

第134回日本結核・非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会
第107回日本呼吸器学会近畿地方会
合同学会

プログラム・抄録集

日 時：2026年6月27日(土) 午前9時より

会 場：京都テルサ

〒601-8047 京都府京都市南区東九条下殿田町70
TEL 075-692-3400

会 長 中野 恭幸

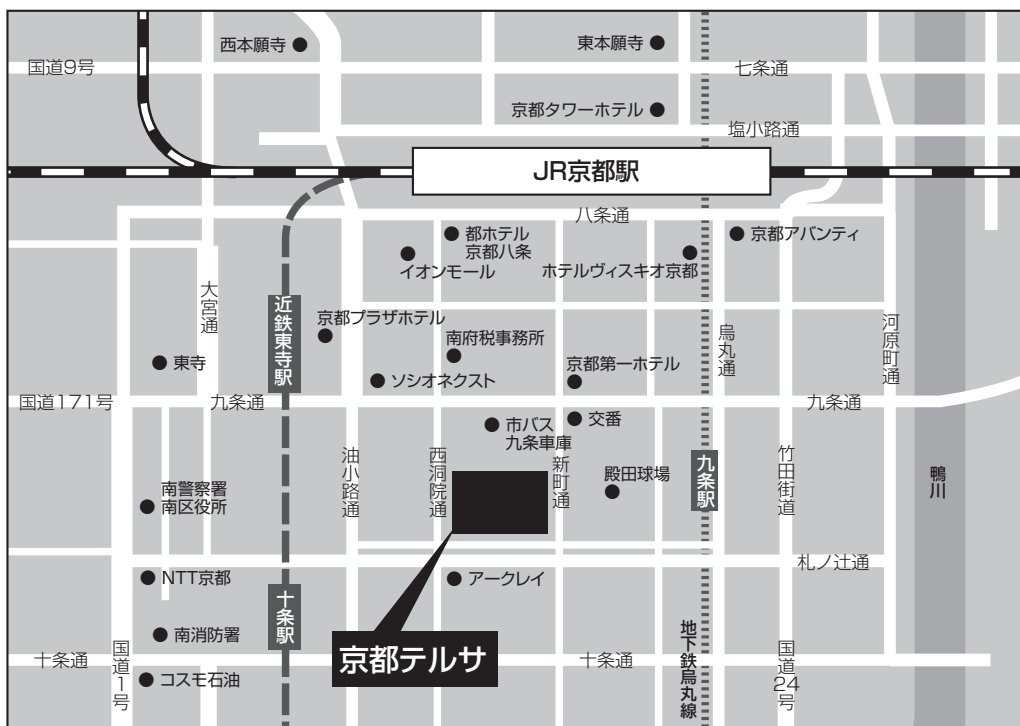
滋賀医科大学 呼吸器内科学講座 教授

事務局長 黄瀬 大輔

滋賀医科大学 呼吸器内科学講座 講師

〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町 TEL 077-548-2111

会場アクセス



京都テルサ 〒601-8047 京都市南区東九条下殿田町70番地
(新町通九条下ル 京都府民総合交流プラザ内)

- JR京都駅(八条口西口)より南へ徒歩約15分
- 近鉄東寺駅より東へ徒歩約5分
- 地下鉄九条駅4番出口より西へ徒歩約5分
- 市バス九条車庫南へすぐ
- 名神京都南インターより国道1号北行き市内方面へ

参加者，発表者へのご案内

《参加者の方へ》

本大会は、完全現地開催です。

参加者は、当日会場にて参加登録を行ってください。

開場は8：00、参加受付時間は8：20～16：00迄です。

●参加費

参加区分	参加費
医師（会員・非会員）	3,000 円
研修医・メディカルスタッフ	1,000 円
名誉・功労会員 / 学生	無 料

参加費の税区分：会員は不課税。非会員は消費税込み。

参加で取得できる単位は以下のとおりです。

- 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。
- 日本呼吸器学会専門医 出席は5単位、筆頭演者は3単位加算。
- 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士単位：出席7単位
- 3学会合同呼吸器療法認定士 20単位。

現地開催での留意事項

1. 受付は8時20分より開始します。
2. 受付にて名札とネームストラップをお渡しいたします。
3. 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。
4. 受付後は所属学会によらず、第1～5会場に参加できます。

《一般演題 座長の方へ》

参加受付後、受付内に設置する「座長受付」へお立寄りください。

演者よみリストをご用意しております。

ご担当会場には、セッション開始の15分前にご入室いただき待機をお願いします。

《発表者の方へ》

1. 発表時間

セッション名	発表時間
一般演題	7分（発表5分＋質疑応答2分）
共催セミナー（LS、スイーツS）	50分（質疑応答含む）
教育講演	50分（質疑応答含む）

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

※詳細は利益相反ページをご覧ください。

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



一般社団法人日本結核・非結核性抗酸菌症学会 倫理委員会「利益相反(COI)関連」

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

一般社団法人日本呼吸器学会 利益相反

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

3. 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 Power Point 2024です。

4. 発表30分前までにPC受付(1F/テルサホールロビー)にて試写を終え、発表開始15分前までには、会場の次演者席へお越しください。

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20分より開始します。

※音声は受け付けられません。

※macOS上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。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。

《日本結核・非結核性抗酸菌症学会 近畿支部 理事会の案内》

会議名	時間	場所	出席対象
日本結核・非結核性抗酸菌症学会 近畿支部 理事会	10:10 ~ 10:30	2F/ 第10会議室	支部長・理事・監事

《日本結核・非結核性抗酸菌症学会 近畿支部 総会の案内》

第1会場(西館1F/テルサホール)にて総会を行います。(時間13:00 ~ 13:20)

日本結核・非結核性抗酸菌症学会の会員は、どなたでもご出席いただけます。

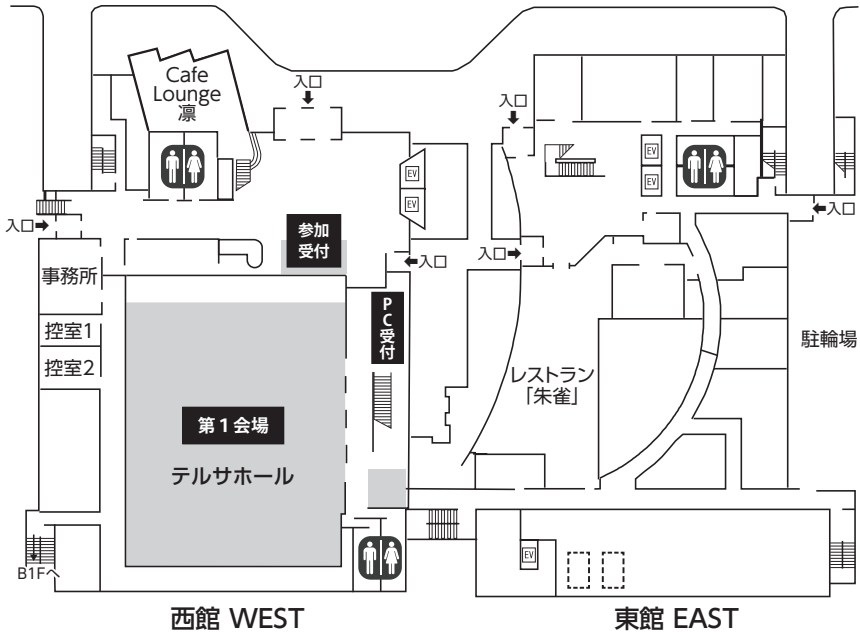
《アワードセッション 発表者へのご案内》

13:20~第1会場にて優秀演題賞の表彰式を執り行いますので、ご発表者をご参加ください。

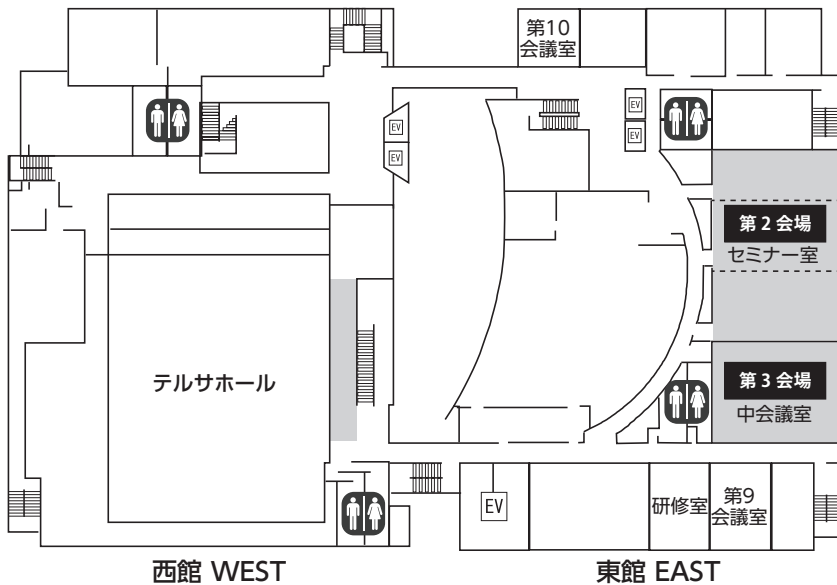
ご都合により参加が難しい場合は、参加受付にてその旨をお伝えください。

会場案内図

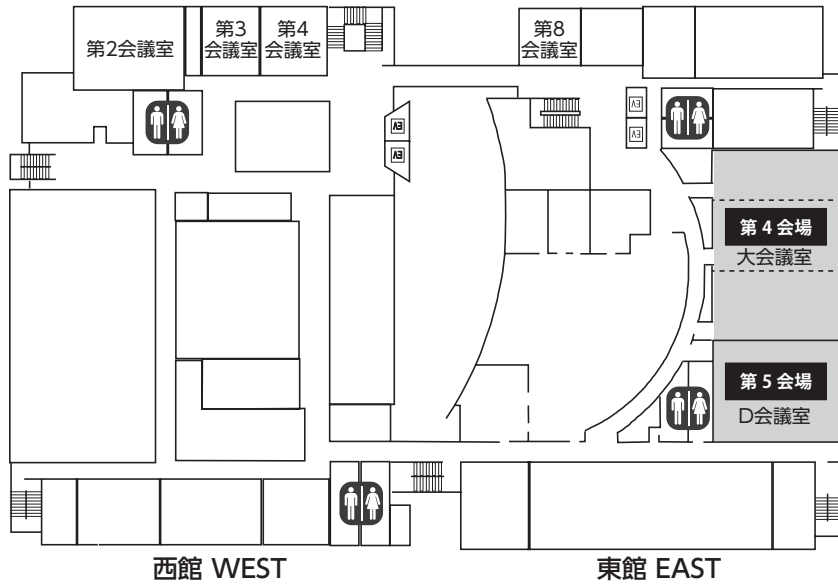
1F



2F



3F



学会進行予定表 (一般演題：発表5分、討論2分)

	第1会場 (西館1F/テルサホール)	第2会場 (東館2F/セミナー室)	第3会場 (東館2F/中会議室)
8:55	開会の辞		
9:00	教育講演1 (9:00~9:50) 座長：松本智成 演者：倉原 優	肺がん診断 (9:00~9:35) 座長：阪森優一 (O001~005)	喘息、咳、アレルギー1 (9:00~9:28) 座長：中村敬彦 (O039~042)
10:00	教育講演2 (10:00~10:50) 座長：掛屋 弘 演者：伊藤 穰	肺がん治療1 (9:35~10:10) 座長：山田忠明 (O006~010)	喘息、咳、アレルギー2 (9:28~9:56) 座長：小熊 毅 (O043~046)
11:00	教育講演3 (11:00~11:50) 座長：平井豊博 演者：佐々木結花	肺がん治療2 (10:10~10:45) 座長：永井宏樹 (O011~015)	真菌感染症1 (9:56~10:24) 座長：西岡慶善 (O047~050)
12:00	ランチョンセミナー1 (12:00~12:50) 座長：黄 文禧 演者：立川 良・小林岳彦 共催：インスメッド合同会社	肺がん治療3 (10:45~11:20) 座長：小笹裕晃 (O016~020)	真菌感染症2 (10:24~10:52) 座長：土谷美知子 (O051~054)
13:00	総会 (13:00~13:20)	希少疾患 (11:20~11:48) 座長：大塚浩二郎 (O021~024)	気道疾患 (10:52~11:27) 座長：谷村和哉 (O055~059)
14:00	教育講演4 (13:40~14:30) 座長：高山浩一 演者：庄司文裕	ランチョンセミナー2 (12:00~12:50) 座長：國政 啓 演者：藤本大智 共催：ヤンセンファーマ株式会社	ランチョンセミナー3 (12:00~12:50) 座長：中野恭幸 演者：丸毛 聡 共催：リジネロン・ジャパン株式会社
15:00	スイーツセミナー1 (14:40~15:30) 座長：中野恭幸 演者：片岡健介 共催：日本ペーリンガーインゲルハイム株式会社	優秀演題表彰式 (13:20~13:40)	免疫チェックポイント阻害剤、免疫関連有害事象、サイトカイン放出症候群1 (13:30~14:05) 座長：野口哲男 (O025~029)
16:00	教育講演5 (15:40~16:30) 座長：中村敬哉 演者：永谷幸裕	免疫チェックポイント阻害剤、免疫関連有害事象、サイトカイン放出症候群2 (14:05~14:33) 座長：山本正嗣 (O030~033)	その他の腫瘍性病変1 (13:30~13:58) 座長：藤本大智 (O060~063)
17:00	閉会の辞	スイーツセミナー2 (14:40~15:30) 座長：山口将史 演者：山田充啓 共催：アストラゼネカ株式会社	その他の腫瘍性病変2 (13:58~14:26) 座長：平田陽彦 (O064~067)
		リンパ増殖性疾患 (15:40~16:15) 座長：桂田直子 (O034~038)	ウイルス感染症 (15:40~16:15) 座長：立川 良 (O068~072)

第4会場 (東館3F/大会議室)	第5会場 (東館3F/D会議室)	
		8:55
		9:00
アワード1 (9:00~9:56) 座長：羽白 高 浅井一久 (O073~080)	アワード3 (9:00~9:56) 座長：半田知宏 新井 徹 (O110~117)	
		10:00
アワード2 (9:56~10:59) 座長：赤松弘朗 田宮基裕 (O081~089)	アワード4 (9:56~10:52) 座長：黄 文禧 山口将史 (O118~125)	
		11:00
結核1 (11:00~11:42) 座長：中治仁志 (O090~095)	サルコイドーシス, 肺胞蛋白症 (11:05~11:40) 座長：福永健太郎 (O126~130)	
		12:00
ランチョンセミナー4 (12:00~12:50) 座長：阪森優一 演者：大矢由子・藤田浩平 共催：中外製薬株式会社	ランチョンセミナー5 (12:00~12:50) 座長：小笹裕晃 演者：赤松弘朗 共催：アムジェン株式会社	
		13:00
結核2 (13:30~14:05) 座長：角 謙介 (O096~100)	びまん性肺疾患 (13:30~14:05) 座長：谷澤公伸 (O131~135)	
		14:00
非結核性抗酸菌症1 (14:05~14:33) 座長：神田理恵 (O101~104)	細菌感染症1 (14:05~14:33) 座長：大澤 真 (O136~139)	
		15:00
スイーツセミナー4 (14:40~15:30) 座長：延山誠一 演者：浅井一久 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社		
		16:00
非結核性抗酸菌症2 (15:40~16:15) 座長：倉原 優 (O105~109)	細菌感染症2 (15:40~16:08) 座長：井上大生 (O140~143)	
		17:00

第134回日本結核・非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会
第107回日本呼吸器学会近畿地方会
アワードセッション 審査員

審査員長

中野 恭幸 滋賀医科大学 呼吸器内科学講座

審査員 (五十音順)

赤松 弘朗 和歌山県立医科大学 内科学第三講座
浅井 一久 大阪公立大学大学院医学研究科呼吸器内科学
新井 徹 独立行政法人国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研修センター
池上 達義 日本赤十字社和歌山医療センター呼吸器内科
河村 哲治 NHO 姫路医療センター 呼吸器内科
木島 貴志 兵庫医科大学医学部 呼吸器内科学
北 英夫 高槻赤十字病院 呼吸器内科
重松三知夫 一般社団法人住友病院 呼吸器内科
多田 公英 神戸市民病院機構 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科
玉置 伸二 国立病院機構奈良医療センター 呼吸器内科・内科
田宮 基裕 大阪国際がんセンター 呼吸器内科
富岡 洋海 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科
羽白 高 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
半田 知宏 京都大学大学院医学系研究科 呼吸不全先進医療講座
黄 文禧 大阪赤十字病院 呼吸器内科
松本 久子 近畿大学医学部 呼吸器アレルギー内科学教室
南 俊行 兵庫医科大学医学部 呼吸器内科学
室 繁郎 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座
山口 将史 滋賀医科大学 呼吸器内科学講座
山本 信之 和歌山県立医科大学 内科学第三講座

教育講演

【西館1F/テルサホール】

1. 低まん延となった日本における今後の結核の課題

座長：松本 智成（一般財団法人大阪府結核予防会大阪病院 副院長
内科部長 健診部長）

演者：倉原 優（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
感染対策室長）

時間：9：00～9：50

2. 非結核性抗酸菌症に関する最近の話題

座長：掛屋 弘（大阪公立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学 教授）

演者：伊藤 穰（大津赤十字病院 呼吸器内科 第2部長）

時間：10：00～10：50

3. 気管支拡張症に関する最近の話題

座長：平井 豊博（京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 教授）

演者：佐々木結花（国立病院機構東京病院 呼吸器センター 呼吸器内科
副院長・臨床研修センター長）

時間：11：00～11：50

4. 肺癌の周術期治療について

座長：高山 浩一（京都府立医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 教授）

演者：庄司 文裕（滋賀医科大学 呼吸器外科学講座 教授）

時間：13：40～14：30

5. 呼吸器画像診断におけるAI

座長：中村 敬哉（滋賀県立総合病院 病院長）

演者：永谷 幸裕（滋賀医科大学 放射線医学講座 講師）

時間：15：40～16：30

ランチョンセミナー

【12:00~12:50】

1. 講演1：非薬物療法から始める慢性気道疾患診療

～Treatable Traitsと呼吸リハビリテーション～

座長：黄 文禧（大阪赤十字病院 院長補佐 兼 呼吸器内科部長
兼 治験・臨床研究管理センター長）

演者：立川 良（神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 部長）

講演2：ガイドラインの行間を埋める薬物療法のコツについて

座長：黄 文禧（大阪赤十字病院 院長補佐 兼 呼吸器内科部長
兼 治験・臨床研究管理センター長）

演者：小林 岳彦（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
治験管理室長）

共催：インスメッド合同会社

会場：第1会場

2. 新時代におけるEGFR変異陽性肺癌治療戦略

座長：國政 啓（大阪国際がんセンター 呼吸器内科 副部長）

演者：藤本 大智（兵庫医科大学病院 呼吸器内科 准教授）

共催：ヤンセンファーマ株式会社

会場：第2会場

3. Beyond the Guideline, Toward Disease Stability

～増悪を待たないCOPD診療とdupilumabの新たな役割～

座長：中野 恭幸（滋賀医科大学 呼吸器内科学講座 教授）

演者：丸毛 聡（北野病院 病院長補佐）

共催：リジェネロン・ジャパン株式会社

会場：第3会場

4. 講演1：令和8年ALK陽性肺がんの界限

座長：阪森 優一（滋賀県立総合病院 呼吸器内科 科長）

演者：大矢 由子（藤田医科大学医学部 呼吸器内科学 講師）

講演2：ALK陽性肺がんのシーケンス治療戦略とCase Report執筆の勧め

座長：阪森 優一（滋賀県立総合病院 呼吸器内科 科長）

演者：藤田 浩平（国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科 医長）

共催：中外製薬株式会社

会場：第4会場

5. 再発小細胞肺癌における Tarlatamab の臨床的位置づけ

座長：小笹 裕晃（京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学 講師
京都大学医学部附属病院がん診療部 肺癌診療ユニット長）

演者：赤松 弘朗（和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科 准教授）

共催：アムジェン株式会社

会場：第5会場

スイーツセミナー

【14:40～15:30】

1. 間質性肺炎診療のスキルアップに役立つ話題

座長：中野 恭幸（滋賀医科大学 呼吸器内科学講座 教授）
演者：片岡 健介（公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 部長）
共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
会場：第1会場

2. 重症喘息Update：最新知見から学ぶ病態理解と治療戦略

座長：山口 将史（滋賀医科大学 呼吸器内科学講座 准教授）
演者：山田 充啓（東北大学大学院 医学系研究科 内科病態学講座
呼吸器内科学分野 准教授）
共催：アストラゼネカ株式会社
会場：第2会場

3. NSCLC治療における生存延長の実現

—サイラムザ併用療法のエビデンスと実臨床—

座長：金田 裕靖（大阪公立大学大学院医学研究科 臨床腫瘍学 病院教授）
演者：関 順彦（帝京大学医学部 内科学講座 腫瘍内科 教授）
共催：日本イーライリリー株式会社
会場：第3会場

4. 重症喘息治療における新たな選択肢現

～エキシデンサーへの期待～

座長：延山 誠一（関西医科大学香里病院 内科・総合診療科 教授・内科部長）
演者：浅井 一久（大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 准教授）
共催：グラクソ・スミスクライン株式会社
会場：第4会場

第 1 会場

(西館 1F/テルサホール)

開会の辞 (8:55~9:00)

会長 中野 恭幸

教育講演 1 (9:00~9:50)

座長 松本 智成
(一般財団法人大阪府結核予防会大阪病院 副院長 内科部長 健診部長)

『低まん延となった日本における今後の結核の課題』

倉原 優

(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 感染対策室長)

教育講演 2 (10:00~10:50)

座長 掛屋 弘
(大阪公立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学 教授)

『非結核性抗酸菌症に関する最近の話題』

伊藤 穰

(大津赤十字病院 呼吸器内科 第2部長)

教育講演 3 (11:00~11:50)

座長 平井 豊博
(京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 教授)

『気管支拡張症に関する最近の話題』

佐々木結花

(国立病院機構東京病院 呼吸器センター 呼吸器内科 副院長・臨床研修センター長)

ランチョンセミナー 1 (12:00~12:50)

座長 黄 文禧
(大阪赤十字病院 院長補佐 兼 呼吸器内科部長
兼 治験・臨床研究管理センター長)

講演 1: 『非薬物療法から始める慢性気道疾患診療
- Treatable Traits と呼吸リハビリテーション -』

立川 良

(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 部長)

講演 2: 『ガイドラインの行間を埋める薬物療法のコツについて』

小林 岳彦

(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 治験管理室長)

共催: インスマッド合同会社

総 会 (13:00~13:20)

優秀演題表彰式 (13:20~13:40)

教育講演4 (13:40～14:30)

座長 高山 浩一
(京都府立医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 教授)

『肺癌の周術期治療について』

庄司 文裕
(滋賀医科大学 呼吸器外科学講座 教授)

スイーツセミナー1 (14:40～15:30)

座長 中野 恭幸
(滋賀医科大学 呼吸器内科学講座 教授)

『間質性肺炎診療のスキルアップに役立つ話題』

片岡 健介
(公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 部長)

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

教育講演5 (15:40～16:30)

座長 中村 敬哉
(滋賀県立総合病院 病院長)

『呼吸器画像診断におけるAI』

永谷 幸裕
(滋賀医科大学 放射線医学講座 講師)

閉会の辞 (16:30～16:40)

会長 中野 恭幸

第2会場 (東館2F/セミナー室)

肺がん診断 (9:00～9:35)

座長 阪森 優一
(滋賀県立総合病院 呼吸器内科 科長)

- O-001 気管支内粘液塞栓様陰影を呈した小細胞肺癌の1例
1) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
2) 同 呼吸器外科
○宮川 伸¹⁾, 佐藤いずみ¹⁾, 蟻本 亜美¹⁾, 岡田 吉弘¹⁾, 古室 太誠¹⁾,
飯塚 正徳¹⁾, 綿部 裕馬¹⁾, 乾 佑輔¹⁾, 上田 将秀¹⁾, 茨木 敬博¹⁾,
美藤 文貴¹⁾, 竹中 英昭¹⁾, 長 澄人¹⁾, 鈴木 啓史²⁾, 西村 元宏²⁾
- O-002 化膿性脊椎炎に合併した診断に難渋した浸潤性粘液性肺腺癌の1例
1) 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 呼吸器内科
2) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学
○村田 卓嗣^{1,2)}, 中島 康博^{1,2)}, 前迫 哲史^{1,2)}, 長野 昭近¹⁾, 南 大輔¹⁾,
南 俊行²⁾, 金廣 有彦¹⁾, 栗林 康造²⁾, 木島 貴志²⁾
- O-003 すりガラス結節を呈し極細径気管支鏡と1.1mmクライオプローブの併用が有用であった左下葉肺腺癌の1例
1) NHO姫路医療センター 呼吸器内科
2) 同 病理診断科
○山之内義尚¹⁾, 水守 康之¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 高田 正浩¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾,
永田 憲司¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾,
横井 陽子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 安松 良子²⁾, 竹井 雄介²⁾,
中原 保治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾
- O-004 アレルギー性気管支肺真菌症 (ABPM) との鑑別を要した肺腺癌の一例
堺市立総合医療センター 呼吸器内科
○西村 和也, 中野 仁夫, 芹澤 廣香, 関灘 大輔, 久瀬 雄介, 西田 幸司,
渡邊 勇夫, 岡本 紀雄, 梶田 元, 郷間 巖
- O-005 原発性乳癌と鑑別を要した肺腺癌の乳房転移の一例
1) 公立豊岡病院 呼吸器内科
2) 同 病理診断科
3) 同 乳腺外科
○坂井 温¹⁾, 中尾 高浩¹⁾, 小西 宏侑¹⁾, 平位 一廣¹⁾, 三好 琴子¹⁾,
寺田 和弘²⁾, 杉本 堯³⁾, 中治 仁志¹⁾

肺がん治療1 (9:35~10:10)

座長 山田 忠明
(京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科 准教授)

- O-006 HER2 non-TKD 変異に対してゾンゲルチニブが奏功した一例
大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科
○横田 健斗, 三輪 千華, 白井 義貴, 柳楽 大樹, 辻 哲顕, 飛田 哲志,
新津 敬之, 山本 真, 矢賀 元, 上野 清伸
- O-007 急速な病勢進行をきたしたROS1融合遺伝子陽性肺扁平上皮癌の術後再発にタレトレクチニブが著効した1例
兵庫県立はりま姫路総合医療センター 呼吸器内科
○中條 翔太, 木村 洋平, 村上 晃輝, 浦田 勝哉, 松本 夏鈴, 吉村 将
- O-008 クリゾチニブ20日間投与と局所放射線治療によって長期病勢制御を得たROS-1融合遺伝子陽性肺癌の一例
明石医療センター
○古川 湧也, 畠山由記久, 奥田 有沙, 畦倉 孝暁, 井上 拓弥, 池田 美穂,
岡村佳代子, 大西 尚
- O-009 オシメルチニブ関連心筋障害によりゲフィチニブへ変更後, 2年以上治療継続中のEGFR陽性肺癌の1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 病理診断科
○戸谷 梨沙¹⁾, 難波 晃平¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 赤松 歩実¹⁾, 水城裕加里¹⁾,
藤本 佑樹¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 山田 徹¹⁾, 榎屋 大輝¹⁾,
鈴木雄二郎¹⁾, 大林 千穂²⁾
- O-010 ロルラチニブ投与により幻聴を伴う多彩な精神神経症状を呈したALK陽性肺癌の1例
神戸市立医療センター中央市民病院
○中山真裕美, 立川 良, 大塚 裕斗, 田中 尚登, 杉山 貴康, 畦倉 孝暁,
村上 莉奈, 平井 将隆, 池田 陽呂, 青木 勝平, 笹田 剛史, 齊藤正一郎,
庵坂 学外, 白川 千種, 神戸 寛史, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 松田 耕平,
永田 一真, 富井 啓介

肺がん治療2 (10:10~10:45)

座長 永井 宏樹
(神戸市立医療センター中央市民 病院腫瘍内科)

- O-011 セルベルカチニブ内服中に乳糜胸水を認めたRET融合遺伝子陽性肺癌の一例
北播磨総合医療センター
○百道 光亮, 前川 真佑, 森川 真帆, 伊藤 彩希, 河野 祐子, 松本 正孝,
高月 清宣, 西村 善博

- O-012 セルペルカチニブの副作用マネージメントに難渋したRET融合遺伝子陽性肺癌の一例
 1) 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科
 2) 岡山大学 呼吸器内科
 ○塩田 哲広¹⁾, 榎本 剛²⁾, 富樫 庸介²⁾
- O-013 アファチニブが著効した92歳, 女性肺腺癌EGFR E709G G719A compound mutationの一例
 1) 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科
 2) 岡山大学 呼吸器内科
 ○塩田 哲広¹⁾, 榎本 剛²⁾, 富樫 庸介²⁾
- O-014 EGFR E709X+L858R陽性の肺腺癌に対しアファチニブが長期に奏功した1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
 ○小南 亮太, 吉川 和志, 高田 正浩, 日隈 俊宏, 永田 憲司, 平岡 亮太,
 山之内義尚, 加藤 智浩, 東野 幸子, 鏡 亮吾, 塚本 宏壮, 水守 康之,
 横井 陽子, 佐々木 信, 河村 哲治
- O-015 EGFR変異陽性非小細胞肺癌の多発脳転移に対し高用量エルロチニブ療法が奏効した一例
 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
 ○田中 佑磨, 橋本 成修, 藤本 尚子, 岩垣 慈音, 岡垣 暢紘, 坂本 裕人,
 中西 司, 松村 和紀, 中村 哲史, 上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介,
 田中 栄作, 田口 善夫, 羽白 高

肺がん治療3 (10:45~11:20)

座長 小笹 裕晃
 (京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科 講師)

- O-016 オンコマインDxTTで野生型も, EGFR遺伝子変異が示唆され, 2nd line エルロチニブが奏効した浸潤性粘液性肺腺癌の一例
 1) 姫路医療センター 呼吸器内科
 2) 同 病理診断科
 3) 函館医療センター 呼吸器内科
 ○平岡 亮太¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 高田 正浩¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 永田 憲司¹⁾,
 竹野内政紀¹⁾, 平田 展也^{1,3)}, 山之内義尚¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾,
 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾,
 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 安松 良子²⁾
- O-017 トラスツズマブデルクステカンのlate lineでの有効性と安全性: 当院の4症例での報告
 1) 滋賀医科大学医学部附属病院呼吸器内科
 2) 滋賀医科大学保健管理センター
 3) 同 医学部附属病院感染制御部
 ○横江 真弥¹⁾, 市田 周¹⁾, 藤野 真由¹⁾, 奥田 祥伍¹⁾, 御園生昌史¹⁾,
 大岡 彩¹⁾, 入山 朋子¹⁾, 重森 度¹⁾, 角田 陽子¹⁾, 山崎 晶夫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⁾

- O-018 当院における ALK 遺伝子陽性肺癌に対するアレクチニブの有効性と安全性
 1) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器内科学
 2) 同 胸部腫瘍学特定講座
 ○西村 駿¹⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 森 麻子¹⁾, 加藤 瑞樹¹⁾, 長谷川 裕¹⁾,
 藤岡 毅¹⁾, 村上 美沙¹⁾, 河村 直樹¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 近藤 孝憲¹⁾,
 清田穰太郎¹⁾, 東山 友樹^{1,2)}, 多田 陽郎^{1,2)}, 柗木 芳樹^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)},
 高橋 良^{1,2)}, 藤本 大智^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}
- O-019 当院における EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌に対する Amivantamab の治療実態
 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
 2) 同 大学院医学研究科 呼吸器内科学
 ○張 怡¹⁾, 住永圭一郎²⁾, 小笹 裕晃²⁾
- O-020 当院における Amivantamab 点滴静注製剤の使用経験
 1) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器内科学
 2) 同 胸部腫瘍学
 ○近藤 孝憲¹⁾, 河村 直樹¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 藤岡 毅¹⁾, 村上 美沙¹⁾,
 清田穰太郎¹⁾, 西村 駿¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 多田 陽郎¹⁾, 柗木 芳樹^{1,2)},
 米田 和恵²⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)}, 藤本 大智^{1,2)},
 南 俊行^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}
- 希少疾患 (11 : 20 ~ 11 : 48) 座長 大塚浩二郎
(神鋼記念病院 呼吸器内科)
- O-021 胸水 LE 細胞を契機に診断に至ったループス胸膜炎の一例
 兵庫県立はりま姫路総合医療センター 呼吸器内科
 ○木村 洋平, 浦田 勝哉, 西井 雅彦, 松本 夏鈴, 吉村 将
- O-022 偶発的に発見された肺小結節から肺トキシカラ症を疑い診断できた一例
 大阪公立大学大学院 医学研究科 呼吸器内科学
 ○榎本 光志, 覺野 重毅, 新谷 穰, 石山 福道, 坂野 勇太, 上田 隆博,
 松本 吉矢, 長嶺 宏明, 中井 俊之, 山田 一宏, 渡辺 徹也, 浅井 一久,
 川口 知哉
- O-023 特発性肺骨化症の一例
 関西医科大学 呼吸器感染症内科
 ○福田 直樹, 尾形 誠, 宮下 修行
- O-024 肝肺症候群を伴う多発肺動静脈瘻に対する塞栓術により著明な症状改善を得た一例
 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
 2) 同 放射線診断科
 ○杉山 貴康¹⁾, 神戸 寛史¹⁾, 岡 祥次郎²⁾, 中山 怜那¹⁾, 吉村倫太郎¹⁾,
 平田 拓士¹⁾, 柏木 郁美¹⁾, 打谷 美沙¹⁾, 田中 尚登¹⁾, 平井 将隆¹⁾,
 西田 湧也¹⁾, 齊藤正一郎¹⁾, 伊部 匡晃¹⁾, 白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾,
 佐藤 悠城¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 立川 良¹⁾

『新時代におけるEGFR変異陽性肺癌治療戦略』

藤本 大智

(兵庫医科大学病院 呼吸器内科 准教授)

共催：ヤンセンファーマ株式会社

免疫チェックポイント阻害剤、免疫関連有害事象、サイトカイン放出症候群1 (13:30～14:05)

座長 野口 哲男
(市立長浜病院 呼吸器内科 責任部長)

O-025 トルーソー症候群との鑑別に難渋したirAE脳炎の一例

1) 公益財団法人甲南会 甲南医療センター 呼吸器内科

2) 同 神経内科

○塚本 玲¹⁾, 佐々木祥彦¹⁾, 金澤 史朗¹⁾, 吉崎 飛鳥¹⁾, 伊藤 絢²⁾,
関谷 怜奈¹⁾, 中田 恭介¹⁾

O-026 Pembrolizumabを2年間投与後にRS3PE症候群を発症した肺腺癌の1例

兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科

○松村 洋希, 戸川 雄貴, 平井 厚志, 吉田 奈生, 本田 郁子, 小川 亮,
小坂 七海, 岡崎 航也, 永田 一真, 齋藤恵美子, 平位 知之, 松本 啓孝,
遠藤 和夫

O-027 irAE肺臓炎後のPembrolizumab投与で筋炎・重症筋無力症を来した肺扁平上皮癌の1例

1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科

2) 同 リウマチ膠原病内科

○川崎 初姫¹⁾, 黒田 修平¹⁾, 桐山 大樹¹⁾, 中矢日奈子¹⁾, 堀 秀輔¹⁾,
松尾 壮介¹⁾, 赤松 歩美¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾, 森田 敦視¹⁾, 坂田 悟郎¹⁾,
藤本 葉月¹⁾, 松岡 史憲¹⁾, 石井 達也¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 友國 佳奈¹⁾,
徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 小林 和幸¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 山根 隆志²⁾

O-028 当院で経験したPembrolizumabによる糸球体腎炎の2例

大津赤十字病院 呼吸器内科

○池上佳那美, 高橋 珠紀, 阪本 哲紀, 北原 健一, 佐藤 将嗣, 嶋 一樹,
八木 由生, 伊藤 穰, 酒井 直樹

O-029 ニボルマブによる2度の薬剤性肺炎を経て病勢制御を得た悪性胸膜中皮腫の1例

1) 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

○吉川 和志¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 中原 保治¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 安松 良子²⁾

免疫チェックポイント阻害剤、免疫関連有害事象、サイトカイン放出症候群2 (14:05～14:33)
座長 山本 正嗣
(神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科)

O-030 SMARCA4欠損未分化腫瘍に対してCBDC+PTX+Ipilimumab + Nivolumabを投与し長期奏効が得られた一例

兵庫県立がんセンター 呼吸器内科

○河 良崇, 道満 剛之, 十三 且也, 山田 潤, 安田裕一郎, 伊藤 彰一,
服部 剛弘, 里内美弥子

O-031 cemiplimab併用の化学療法が著効した肺扁平上皮癌の1例

1) 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 呼吸器内科

2) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学

○前迫 哲史¹⁾, 中島 康博^{1,2)}, 村田 卓嗣^{1,2)}, 長野 昭近¹⁾, 南 大輔¹⁾,
南 俊行²⁾, 金廣 有彦¹⁾, 栗林 康造²⁾, 木島 貴志²⁾

O-032 Tarlatamab投与後に片側胸水の増加を認め、サイトカイン放出症候群の影響が考えられた小細胞肺癌の一例

1) 石切生喜病院 呼吸器内科

2) 同 呼吸器腫瘍内科

○松井恵利香¹⁾, 石川 遼馬¹⁾, 青原 大介¹⁾, 引石 惇仁¹⁾, 桑原 学¹⁾,
中濱 賢治¹⁾, 吉本 直樹¹⁾, 南 謙一¹⁾, 平島 智徳²⁾, 平田 一人¹⁾

O-033 免疫療法中に重症サイトカイン放出症候群を発症し救命後、後治療が奏効した胸膜中皮腫の1例

1) 滋賀医科大学 呼吸器内科学講座

2) 同 呼吸器外科学講座

3) 同 保健管理センター

4) 滋賀医科大学医学部附属病院 感染制御部

5) 東近江総合医療センター 呼吸器内科

○角田 陽子¹⁾, 後藤 幸⁵⁾, 市田 周¹⁾, 植木 康光¹⁾, 奥田 祥伍¹⁾,
御園生昌史¹⁾, 大岡 彩¹⁾, 横江 真弥¹⁾, 入山 朋子¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾,
片岡 瑛子²⁾, 重森 度¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 山口 将史¹⁾,
大澤 真⁴⁾, 小川恵美子³⁾, 中野 恭幸^{1,4)}

スイーツセミナー2 (14:40～15:30)

座長 山口 将史
(滋賀医科大学 呼吸器内科学講座 准教授)

『重症喘息Update：最新知見から学ぶ病態理解と治療戦略』

山田 充啓

(東北大学大学院 医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野 准教授)

共催：アストラゼネカ株式会社

- O-034 抗菌薬治療抵抗性肺炎を契機に診断されたびまん性汎大細胞型B細胞リンパ腫の1例
1) 市立伊丹病院 呼吸器内科
2) 甲南医療センター 緩和ケア内科
○竹崎 一皓¹⁾, 細井 慶太¹⁾, 木下 善詞¹⁾, 原 聡志¹⁾, 原 彩子¹⁾,
 亀井 郁恵¹⁾, 由良 成¹⁾, 西川 祐樹¹⁾, 浅井 優希¹⁾, 高田 悠司²⁾
- O-035 超音波ガイド下針生検で診断し得たtriple expressorびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の1例
奈良県西和医療センター
○宮本 誉, 中村 孝人, 田村 緑, 新田 祐子, 中井 昌弘
- O-036 右眼窩原発マントル細胞リンパ腫の治療前評価で施行した気管支鏡検査で偶発的に発見された気管転移の1例
1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科
2) 同 病理診断科
3) 田村クリニック
○桐山 大樹¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 黒田 修平¹⁾, 川崎 初姫¹⁾, 中矢日奈子¹⁾,
 堀 秀輔¹⁾, 松尾 壮太¹⁾, 赤松 歩美¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾, 森田 敦視¹⁾,
 坂田 悟郎¹⁾, 藤本 葉月¹⁾, 松岡 史憲¹⁾, 石井 達也¹⁾, 藤井 真央¹⁾,
 友國 佳奈¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 田村 大介³⁾, 今井 幸弘²⁾
- O-037 濾胞性リンパ腫に合併した乳糜胸の一例
天理よろづ相談所病院
○橋本 文蔵, 坂本 裕人, 藤本 尚子, 岡垣 暢紘, 田中 佑磨, 中西 司,
 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, 羽白 高, 田口 善夫
- O-038 IgG4高値を呈しIgG4関連疾患との鑑別を要した肺リンパ増殖性病変の一例
1) 神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科
2) 同 病理診断科
○岡本真理子¹⁾, 桂田 直子¹⁾, 田中 伴典²⁾, 矢谷 敦彦¹⁾, 羽間 大祐¹⁾,
 永野 達也¹⁾, 立原 素子¹⁾

第 3 会場 (東館 2F/ 中会議室)

喘息、咳、アレルギー 1 (9:00 ~ 9:28)

座長 中村 敬彦

(大阪医科大学病院 呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科)

O-039 EGPA が疑われた著明な好酸球増多症の原因が肝蛭症であった 1 例

1) 滋賀医科大学医学部附属病院 呼吸器内科

2) 同 感染制御部

3) 同 保健管理センター

○御園生昌史¹⁾, 山口 将史¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾,
角田 陽子¹⁾, 重森 度¹⁾, 入山 朋子¹⁾, 横江 真弥¹⁾, 大岡 彩¹⁾,
植木 康光¹⁾, 奥田 祥伍¹⁾, 市田 周¹⁾, 藤野 真由¹⁾, 大澤 真²⁾,
小川恵美子³⁾, 中野 恭幸^{1,3)}

O-040 *Fomitopsis* sp. によるアレルギー性気管支肺真菌症と考えられた一例

1) 滋賀医科大学 呼吸器内科学講座

2) 同 感染制御部

3) 滋賀医科大学 保健管理センター

○久保 直之¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 市田 周¹⁾, 植木 康光¹⁾, 奥田 祥伍¹⁾,
中西 司¹⁾, 御園生昌史¹⁾, 大岡 彩¹⁾, 横江 真弥¹⁾, 入山 朋子¹⁾,
角田 陽子¹⁾, 重森 度¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 山口 将史¹⁾,
大澤 真^{1,2)}, 小川恵美子^{1,3)}, 中野 恭幸^{1,2)}

O-041 難治性アトピー咳嗽の 1 例における P2X3 阻害薬の効果

1) 関西医科大学 内科学第一講座

2) 同 総合医療センター 呼吸器内科

○石浦 嘉久^{1,2)}, 野村 昌作^{1,2)}, 伊藤 量基^{1,2)}

O-042 難治性アトピー咳嗽における P2X3 阻害の重要性についての後方視研究

1) 関西医科大学 内科学第一講座

2) 同 総合医療センター 呼吸器内科

○石浦 嘉久^{1,2)}, 野村 昌作^{1,2)}, 伊藤 量基^{1,2)}

喘息、咳、アレルギー 2 (9:28 ~ 9:56)

座長 小熊 毅

(京都市立病院 呼吸器内科)

O-043 テゼペルマブにより咳失神が消失した難治性喘息の一例

社会医療法人 愛仁会 明石医療センター

○井上 拓弥, 岡村佳代子, 奥田 有沙, 佐々木和子, 畦倉 孝暁, 古川 湧也,
池田 美穂, 畠山由記久, 大西 尚

- O-044 難治性慢性好酸球性肺炎，慢性好酸球性副鼻腔炎に対してメボリズマブが著効した28歳女性
 1) 医療法人 伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科
 2) 岡山大学 呼吸器内科
 ○塩田 哲広¹⁾，榎本 剛²⁾，富樫 庸介²⁾
- O-045 慢性好酸球性肺炎合併気管支喘息に対しベンラリズマブが有効であった一例
 大阪けいさつ病院 呼吸器内科
 ○小山 広介，杉浦 朱夏，本郷 卓英，神島 望，朝川 遼，所司原奈央，二見 悠，仲谷 健史，山本 傑
- O-046 喘息COPDオーバーラップに合併した好酸球増多症候群に対してベンラリズマブが有効であった1例
 1) 高槻赤十字病院 呼吸器内科
 2) 同 血液内科
 3) 同 皮膚科
 4) 高槻赤十字病院 消化器内科
 ○前谷 知毅¹⁾，前迫 善智²⁾，水野 嵩彬³⁾，松村大志郎⁴⁾，三崎裕美子¹⁾，森 令法¹⁾，野村奈都子¹⁾，深田 寛子¹⁾，中村 保清¹⁾，北 英夫¹⁾

真菌感染症1 (9:56～10:24)

座長 西岡 慶善
 (彦根市立病院 呼吸器内科)

- O-047 高度免疫抑制患者に生じたびまん性すりガラス陰影を呈する播種性クリプトコッカス症の一例
 1) 日本生命病院 呼吸器免疫内科
 2) 同 皮膚科
 3) 同 病理診断科
 ○尾崎 佑理¹⁾，田中 雅樹¹⁾，大塚 啄生¹⁾，本郷 卓英¹⁾，刀祢 麻里¹⁾，甲原 雄平¹⁾，井原 祥一¹⁾，武田 吉人¹⁾，松岡 洋人¹⁾，立花 功¹⁾，林 美沙²⁾，城光寺 龍³⁾
- O-048 JAK阻害薬投与中にニューモシスチス肺炎(PjP)を発症した1例
 大阪赤十字病院 呼吸器内科
 ○安藤 勇哉，秋田 小梅，石川 遼一，黄 文禧，福田 考生，山田 拓実，池田 拓真，岩垣 慈音，矢野 翔平，山野 隆史，西 健太，笠松 知子，高岩 卓也，中川 和彦，吉村 千恵
- O-049 左腎癌術後レンパチニブ投与中に，肺アスペルギルス症が増悪し，咯血，入院に至った一例
 国立病院機構南京都病院 呼吸器内科
 ○渡邊 利光

- O-050 間質性肺炎に対して集学的治療を行うも救命できず、病理解剖で播種性ムコール症が判明した1例
京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科
○田村 早希, 岩田 敏之, 田里 美樹, 祖開 暁彦, 楠 咲, 安田 直晃,
林 康之, 西村 尚志

真菌感染症 2 (10:24 ~ 10:52)

座長 土谷美知子
(洛和会音羽病院)

- O-051 *Aspergillus sclerotiorum*による職業関連肺真菌症の1例
1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科
2) 同 病理診断科
○日隈 俊宏^{1,2)}, 河村 哲治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 塚本 宏壯¹⁾, 水守 康之¹⁾,
鏡 亮吾¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 小南 亮太¹⁾,
山之内義尚¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 高田 正浩¹⁾,
吉川 和志¹⁾, 竹井 雄介²⁾, 安松 良子²⁾
- O-052 イサブコナゾニウムによるSIADHを発症した慢性進行性肺アスペルギルス症の1例
1) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器内科学
2) 同 胸部腫瘍学特定講座
○田上 健太¹⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 河村 直樹¹⁾, 脇田 悠¹⁾, 長谷川 裕¹⁾,
村上 美沙¹⁾, 近藤 孝憲¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 清田穰太郎¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾,
東山 友樹^{1,2)}, 多田 陽郎^{1,2)}, 衿木 芳樹^{1,2)}, 米田 和恵²⁾, 藤本 大智^{1,2)},
三上 浩司^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}
- O-053 非結核性抗酸菌症との鑑別を要し、気管支鏡検査で診断した *Exophiala dermatitidis* による肺黒色真菌症の一例
地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター 呼吸器内科
○保倉 望, 佐藤佳奈子, 細谷 諒, 後藤 文香, 吉村聡一郎, 秋岡 正史,
レオン実賀, 門谷 英昭, 澤 信彦, 眞本 卓司
- O-054 副作用を恐れるあまり、第一選択の抗真菌薬の使用に踏み切れず治療に難渋した肺空洞内ムコール症の一例
国立病院機構 南京都病院 呼吸器内科
○渡邊 利光

気道疾患 (10:52 ~ 11:27)

座長 谷村 和哉
(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 講師)

- O-055 潰瘍性大腸炎の既往があり、高度気道狭窄をきたした1例
愛仁会 明石医療センター
○池田 美穂, 岡村佳代子, 奥田 有沙, 畦倉 孝暁, 古川 湧也, 井上 拓弥,
畠山由記久, 大西 尚

O-056 HTLV-1 関連肺疾患 (HABA) の経時的変化を追跡しえた1例

洛和会音羽病院 呼吸器内科

○小國 莉子, 宮本 瑛史, 味水 瞳, 小間 圭祐, 佐村 和紀, 可児 啓吾,
柴原 一毅, 榎本 昌光, 小倉 由莉, 細谷 和貴, 田宮 暢代, 土谷美知子,
長坂 行雄

O-057 側弯症に伴う右下葉無気肺の2例

独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター 呼吸器内科

○和田 広, 後藤 幸

O-058 炭酸ランタン水和物チュアブル錠による気管支異物の1例

北播磨総合医療センター

○森川 真帆, 高月 清宣, 小島 直之, 百道 光亮, 伊藤 彩希, 河野 祐子,
松本 正孝, 西村 善博

O-059 ガイドシース併用気管支内連続送気法 (GS-CEIT) が診断に有用であったアスペルギルス関連肺疾患の2例

国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

○永田 憲司, 水守 康之, 吉川 和志, 高田 正浩, 日隈 俊宏, 平田 展也,
平岡 亮太, 山之内義尚, 小南 亮太, 東野 幸子, 加藤 智浩, 横井 陽子,
鏡 亮吾, 塚本 宏壮, 佐々木 信, 河村 哲治

ランチョンセミナー3 (12:00～12:50)

座長 中野 恭幸

(滋賀医科大学 呼吸器内科学講座 教授)

『Beyond the Guideline, Toward Disease Stability

～増悪を待たないCOPD診療と dupilumabの新たな役割～』

丸毛 聡

(北野病院 病院長補佐)

共催：リジェネロン・ジャパン株式会社

その他の腫瘍性病変 1 (13:30～13:58)

座長 藤本 大智

(兵庫医科大学病院 呼吸器内科)

O-060 縦隔型肺癌との鑑別を要した無色素性肺原発悪性黒色腫の1例

1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科

2) 同 病理診断科

○友國 佳奈¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 黒田 修平¹⁾, 松尾 壮太¹⁾, 中矢日奈子¹⁾,
堀 秀輔¹⁾, 森田 敦視¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾, 坂田 悟郎¹⁾, 藤井 真央¹⁾,
徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 小林 和幸¹⁾, 西尾 真理²⁾, 今井 幸弘²⁾

O-061 CEA・CYFRAが高値を示した縦隔未熟奇形腫の1例

1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科

2) 同 病理診断科

○高田 陽平¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 中矢日奈子¹⁾, 堀 秀輔¹⁾, 松尾 壮太¹⁾,
戸谷 梨沙¹⁾, 森田 敦視¹⁾, 坂田 悟郎¹⁾, 黒田 修平¹⁾, 藤本 葉月¹⁾,
松岡 史憲¹⁾, 石井 達也¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 友國 佳奈¹⁾, 堀 朱矢¹⁾,
小林 和幸¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 西尾 真理²⁾, 今井 幸弘²⁾

O-062 診断に難渋した嚢胞性肺疾患の一例

大阪府済生会千里病院

○村上 世紀, 森本 彬人, 多河 広史, 山口 統彦, 山根 宏之

O-063 胸痛を契機に発見され経気管支生検で診断した類上皮血管内皮腫の一例

1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

2) 同 腫瘍内科

3) 同 病理診断部

○藤本 尚子¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 坂本 裕人¹⁾, 田中 佑磨¹⁾,
中西 司¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 池上 直弥¹⁾,
加持 雄介¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 古武 剛²⁾, 住吉 真治³⁾,
羽白 高¹⁾

その他の腫瘍性病変2 (13:58 ~ 14:26)

座長 平田 陽彦

(大阪大学大学院医学系研究科呼吸器・免疫内科学)

O-064 転移性腫瘍と鑑別を要した、肺および肝臓に多発する海綿状血管腫の一例

1) 和歌山県立医科大学 内科学第三講座

2) 同 外科学第一講座

3) 同 人体病理学講座

4) 同 バイオメディカルサイエンスセンター

○打田 幸大¹⁾, 高瀬 衣里¹⁾, 矢田 由美²⁾, 高橋 祐³⁾, 櫻井可南子¹⁾,
上田 亮太¹⁾, 宮井 優¹⁾, 中口 恵太¹⁾, 加藤 真衣¹⁾, 大西美帆子¹⁾,
春谷 勇平¹⁾, 古田 勝之¹⁾, 村上恵理子¹⁾, 泉 源浩^{1,4)}, 鍋谷大二郎¹⁾,
早田 敦志¹⁾, 洪 泰浩^{1,4)}, 中西 正典¹⁾, 山本 信之^{1,4)}

O-065 FDG-PET/CTで集積を呈し悪性腫瘍との鑑別を要した気管支神経鞘腫の1例

1) 滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科

2) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

3) 同 呼吸器外科

4) 同 病理診断部

○中西 司^{1,2)}, 藤本 尚子²⁾, 岡垣 暢紘²⁾, 坂本 裕人²⁾, 田中 佑磨²⁾,
中村 哲史²⁾, 松村 和紀²⁾, 上山 維晋²⁾, 池上 直弥²⁾, 加持 雄介²⁾,
橋本 成修²⁾, 田中 栄作²⁾, 田口 善夫²⁾, 小林 萌³⁾, 中川 達雄³⁾,
辻井 秀明⁴⁾, 金森 直美⁴⁾, 住吉 真治⁴⁾, 羽白 高²⁾

O-066 切除後再発に対しステロイドで縮小を得た炎症性偽腫瘍の1例

大阪府済生会野江病院

○藤木 貴宏, 梶原 佑一, 的場 智也, 井利 顕子, 日下部悠介, 中山 絵美,
山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作

O-067 CTガイド下生検で確定診断し手術を施行した胸膜原発孤立性線維性腫瘍の一切切除

1) 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科

2) 岡山大学 呼吸器内科

○塩田 哲広¹⁾, 槇本 剛²⁾, 富樫 庸介²⁾

スイーツセミナー3 (14:40～15:30)

座長 金田 裕靖

(大阪公立大学大学院医学研究科 臨床腫瘍学 病院教授)

『NSCLC治療における生存延長の実現

—サイラムザ併用療法のエビデンスと実臨床—』

関 順彦

(帝京大学医学部 内科学講座 腫瘍内科 教授)

共催：日本イーライリリー株式会社

ウイルス感染症 (15:40～16:15)

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)

O-068 免疫抑制剤を使用中に多発粒状影を呈したサイトメガロウイルス肺炎の一例

1) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

2) 済生会吹田病院 呼吸器内科

3) 奈良県立医科大学附属病院 栄養管理部

○中川 靖仁¹⁾, 片岡 良介¹⁾, 嶋岡 直也¹⁾, 本保 太郎¹⁾, 宇和田若菜¹⁾,
金井 千恵¹⁾, 飯塚 正徳²⁾, 太田 和輝¹⁾, 西前 弘憲¹⁾, 中村 真弥¹⁾,
古山 達大¹⁾, 古高 心¹⁾, 岩佐 佑美¹⁾, 藤岡 伸啓¹⁾, 宮高 泰匡¹⁾,
谷村 和哉¹⁾, 長 敬翁¹⁾, 藤田 幸男³⁾, 山本 佳史¹⁾, 室 繁郎¹⁾

O-069 ステロイドパルス療法後の漸減過程でサイトメガロウイルス肺炎を発症した末期腎不全の1例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○岡田 吉弘, 宮川 伸, 蟻本 亜美, 古室 太誠, 飯塚 正徳, 綿部 裕馬,
佐藤いずみ, 乾 佑輔, 上田 将秀, 茨木 敬博, 美藤 文貴, 竹中 英昭,
長 澄人

O-070 急性発症の嘔声を主訴とした、インフルエンザA型感染を伴う急性喉頭蓋炎の1例

1) 彦根市立病院 呼吸器内科

2) 国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科

3) 彦根市立病院 耳鼻咽喉科

4) 同 呼吸器外科

○岡田 裕太¹⁾, 藤本 直輝^{1,2)}, 西岡 憲亮¹⁾, 岡本 菜摘¹⁾, 片岡 健一³⁾,
林 栄一⁴⁾, 月野 光博¹⁾

- O-071 インフルエンザと COVID-19 の相違点
関西医科大学内科学第一講座 呼吸器感染症・アレルギー科
○福田 直樹, 宮下 修行, 小林 良樹, 尾形 誠
- O-072 オミクロン変異株による肺炎の重症度ならびに重症化リスク因子の検討
関西医科大学 内科学第一講座 呼吸器感染症・アレルギー科
○福田 直樹, 宮下 修行, 矢村 明久, 小林 良樹, 尾形 誠

第 4 会 場

(東館3F/大会議室)

アワード1 (9:00 ~ 9:56)

座長 羽白 高
(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

座長 浅井 一久
(大阪公立大学大学院医学研究科呼吸器内科学)

O-073 膀胱内BCG注入療法後に発熱と腹腔内リンパ節腫大を呈し、尿培養でBCG菌が同定された1例

1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科

2) 同 病理診断科

3) 奈良県立医科大学 微生物感染症講座

4) 近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科

○菊岡あおい¹⁾, 長崎 忠雄¹⁾, 花田宗一郎¹⁾, 白波瀬 賢¹⁾, 岩井 正道¹⁾,
鈴木 由希³⁾, 矢野 寿一³⁾, 松本 久子⁴⁾, 村木 正人⁴⁾, 東田 有智⁴⁾,
川本 恭子²⁾, 若狭 朋子²⁾

O-074 胸壁腫瘤として発見され腫瘍性病変との鑑別を要した胸壁結核の1例
大阪府済生会中津病院

○辻 和貴, 北川 怜奈, 中山聡一郎, 藤本さやか, 宮本 滉大, 北村 美華,
野田 彰大, 池内 美貴, 福島 有星, 宮崎 慶宗, 齊藤 隆一, 東 正徳,
長谷川吉則, 上田 哲也

O-075 抗IFN- γ 自己抗体を背景に発症した皮下・骨膿瘍を伴う播種性*M. kansasii*症の一例

1) 京都大学医学部附属病院 総合臨床教育・研修センター

2) 同 呼吸器内科

3) 同 形成外科

4) 京都大学 環境安全保健機構

5) 群馬大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科

6) 熊本大学病院 呼吸器内科

○一氏 英人^{1,2)}, 興梠 陽平²⁾, 中塚 賀也²⁾, 細谷 和貴²⁾, 宮田佑里恵³⁾,
今井誠一郎^{2,4)}, 伊藤 功朗^{2,5)}, 坂上 拓郎⁶⁾, 平井 豊博²⁾

O-076 ドレナージに難渋した若年成人女性における*Fusobacterium necrophorum*によるレミエール症候群の1例

神鋼記念病院 呼吸器センター

○齋藤 京葉, 赤松 歩実, 門田 和也, 戸谷 梨沙, 水城裕加里, 今尾 舞,
難波 晃平, 藤本 佑樹, 稲尾 崇, 山田 徹, 榎屋 大輝, 大塚浩二郎,
鈴木雄二郎

O-077 抗菌薬不応の多発結節影を呈したマイコプラズマ肺炎に伴う肺動脈血栓塞栓症の一例

1) 神戸市立医療センター中央市民病院 臨床研修センター

2) 同 呼吸器内科

○藤井 美咲¹⁾, 池田 陽呂²⁾, 中山 怜那²⁾, 吉村倫太郎²⁾, 平田 拓士²⁾,
柏木 郁美²⁾, 打谷 美沙²⁾, 杉山 貴康²⁾, 田中 尚登²⁾, 平井 将隆²⁾,
西田 湧也²⁾, 青木 勝平²⁾, 齊藤正一郎²⁾, 伊部 匡晃²⁾, 白川 千種²⁾,
神戸 寛史²⁾, 平林 亮介²⁾, 佐藤 悠城²⁾, 富井 啓介²⁾, 立川 良²⁾

O-078 肺癌，脳転移との鑑別を要した播種性クリプトコッカス症の一例

- 1) 公立甲賀病院 呼吸器内科
- 2) 同 脳神経内科
- 3) 同 脳神経外科
- 4) 同 血液内科

○岩崎 萌音¹⁾，加藤 悠人¹⁾，堀内 智房¹⁾，福永健太郎¹⁾，田中 弘一²⁾，
二宮 楓太³⁾，初田 直樹³⁾，武内 美紀⁴⁾

O-079 β -Dグルカン高値を呈しニューモシスチス肺炎 (PCP) との鑑別が困難であった肺カンジダ症の剖検例

- 1) 近畿大学病院
- 2) 近畿大学奈良病院

○久米 亜実¹⁾，西川 裕作¹⁾，松原 若葉¹⁾，富田 淳史¹⁾，永橋亨汰朗²⁾，
川端 慶之¹⁾，國田 裕貴¹⁾，吉川 和也¹⁾，山崎 亮¹⁾，上榎 潔¹⁾，
佐野安希子¹⁾，西山 理¹⁾，松本 久子¹⁾

O-080 悪性リンパ腫患者に発症した難治性COVID-19に対して抗ウイルス薬の投与期間延長が奏功した1例

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

○栗田 恵¹⁾，吉川 和也²⁾，富田 淳史²⁾，松原 若葉²⁾，川端 慶之²⁾，
國田 裕貴²⁾，山崎 亮²⁾，上榎 潔²⁾，西川 裕作²⁾，佐野安希子²⁾，
西山 理²⁾，松本 久子²⁾

アワード2 (9:56 ~ 10:59)

座長 赤松 弘朗
(和歌山県立医科大学 内科学第三講座 准教授)

座長 田宮 基裕
(大阪国際がんセンター 呼吸器内科 副部長)

O-081 EGFR 遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌に対して Amivantamab + Lazertinib 併用療法が有効であった一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○木村 太一，中川 和彦，安藤 勇哉，福田 考生，山田 拓実，池田 拓真，
岩垣 慈音，矢野 翔平，山野 隆史，石川 遼一，西 健太，笠松 知子，
高岩 卓也，吉村 千恵，黄 文禧

O-082 多発転移を呈したMET exon 14 skipping 変異陽性肺多形癌術後再発に対し，Capmatinib を投与した1例

神戸市立医療センター中央市民病院

○久保 玲奈，神戸 寛史，中山 怜那，吉村倫太郎，平田 拓士，柏木 郁美，
打谷 美沙，大塚 裕斗，田中 尚登，杉山 貴康，平井 将隆，西田 湧也，
青木 勝平，庵坂 学外，齊藤正一郎，伊部 匡晃，白川 千種，平林 亮介，
佐藤 悠城，立川 良

- O-083 間質性肺炎疑いで紹介され、BALが診断の契機となった肺腺癌の1例
1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修センター
2) 同 呼吸器内科
3) 吹田徳洲会病院 呼吸器内科
○竹之内博斗¹⁾, 乾 佑輔²⁾, 上田 将秀²⁾, 岡田あすか³⁾, 宮川 伸²⁾,
蟻本 亜美²⁾, 岡田 吉弘²⁾, 古室 太誠²⁾, 飯塚 正徳²⁾, 綿部 裕馬²⁾,
佐藤いずみ²⁾, 茨木 敬博²⁾, 美藤 文貴²⁾, 竹中 英昭²⁾, 長 澄人²⁾
- O-084 肺癌による高度の気管狭窄のため挿管管理を要した1例
市立長浜病院 呼吸器内科
○高須 祐治, 田中 怜於, 高木 順平, 野口 哲男
- O-085 若年発症の肺原発腸型腺癌の一例
大阪府済生会中津病院呼吸器内科
○森田 晃大, 宮本 滉大, 狩山 一郎, 佐々木祥彦, 水城裕加里, 堀 靖貴,
北村 美華, 北川 怜奈, 池内 美貴, 野田 彰大, 林 優介, 齊藤 隆一,
東 正徳, 上田 哲也, 長谷川吉則
- O-086 抗TIF-1 γ 抗体陽性皮膚筋炎を合併した進展型小細胞癌の一例
1) 奈良県立医科大学附属病院 臨床研修センター
2) 同 呼吸器・アレルギー内科
3) 同 腫瘍内科
4) 同 栄養管理部
5) 関西医科大学 呼吸器腫瘍内科
6) 奈良県立医科大学 睡眠医療・呼吸管理センター
○浅井 寛子¹⁾, 宮高 泰匡²⁾, 嶋岡 直也²⁾, 本保 太郎²⁾, 宇和田若菜²⁾,
井上 泰孝²⁾, 太田 和輝²⁾, 西前 弘憲²⁾, 片岡 良介²⁾, 古山 達大²⁾,
古高 心²⁾, 藤岡 伸啓²⁾, 甲斐 吉郎²⁾, 谷村 和哉²⁾, 大田 正秀³⁾,
藤田 幸男⁴⁾, 本津 茂人⁵⁾, 山本 佳史²⁾, 山内 基雄⁶⁾, 室 繁郎²⁾
- O-087 長期無治療経過後に2度目の重症呼吸不全を来したニボルマブ関連薬剤性肺炎の一例
(食道癌)
1) 滋賀医科大学 医学部 医学科
2) 同 附属病院 呼吸器内科学講座
○永盛 優浩¹⁾, 仲川 宏昭²⁾, 市田 周²⁾, 角田 陽子²⁾, 山崎 晶夫²⁾,
黄瀬 大輔²⁾, 山口 将史²⁾, 大澤 真²⁾, 小川恵美子²⁾, 中野 恭幸²⁾
- O-088 ペムプロリズマブによるirAE肺臓炎とCRSの鑑別に苦慮し、最終的にirAE肺臓炎と診断した一例
1) 奈良県西和医療センター 臨床研修医
2) 同 呼吸器内科
○三浦 梨紗¹⁾, 田村 緑²⁾, 宮本 誉²⁾, 中井 昌弘²⁾, 新田 祐子²⁾,
中村 孝人²⁾

- O-089 アテゾリズマブによるギラン・バレー症候群様多発ニューロパチーを発症した肺腺癌の一例
1) 済生会滋賀県病院 臨床研修センター
2) 同 呼吸器内科
3) 同 脳神経内科
○川井ゆり子¹⁾, 長谷川 功²⁾, 土井 悠暉²⁾, 陣野 一輝²⁾, 佐井 那月²⁾, 藤井 明弘³⁾

結核1 (11:00 ~ 11:42)

座長 中治 仁志
(公立豊岡病院 呼吸器内科 部長)

- O-090 非外傷性乳び胸を契機に診断した結核性リンパ節炎の1例
大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
○豊後みどり, 長嶺 宏明, 上野健太郎, 堤 将也, 上田 隆博, 平位 佳歩, 覺野 重毅, 小川 晃一, 松本 吉矢, 中井 俊之, 山田 一宏, 渡辺 徹也, 浅井 一久, 川口 知哉

- O-091 バザン硬結性紅斑の一例
市立吹田市民病院
○東口 将佳, 岡部 福子, 山本有美子, 稲田 怜子, 角田 尚子, 依藤 秀樹, 鉄本 訓史, 片田 圭宣

- O-092 副鼻腔結核の1例
1) 独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院
2) 滋賀医科大学医学部附属病院 呼吸器内科
3) 同 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
4) 同 感染制御部
○成宮 慶子¹⁾, 神田 理恵¹⁾, 大岡 彩²⁾, 戸嶋 一郎³⁾, 久保 良仁³⁾, 大澤 真⁴⁾, 中野 恭幸²⁾

- O-093 根治的化学放射線療法およびICI維持療法後, 5年の経過を経て発症した活動性肺結核の1例
1) NHO近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター
2) 同 内科
○小林 岳彦¹⁾, 田宮 朗裕^{1,2)}, 谷口 善彦²⁾, 沖塩 協一^{1,2)}, 田中 悠也¹⁾, 倉原 優^{1,2)}, 露口 一成²⁾, 新井 徹¹⁾

- O-094 INH/PZA/EB耐性結核菌とSM耐性結核菌の混合感染が疑われた肺結核の一例
1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
2) 同 感染症内科
3) 同 臨床研究センター
○田中 悠也¹⁾, 倉原 優^{1,2,3)}, 小林 岳彦³⁾, 露口 一成^{1,2,3)}

- O-095 抗結核薬による薬剤性腸管浮腫疑いの精査，加療目的で転院後，大量吐血，心停止に至った一例
国立病院機構 南京都病院 呼吸器内科
○渡邊 利光

ランチョンセミナー4 (12:00～12:50)

座長 阪森 優一
(滋賀県立総合病院 呼吸器内科 科長)

講演1:『令和8年 ALK 陽性肺がんの境界』

大矢 由子
(藤田医科大学医学部 呼吸器内科学 講師)

講演2:『ALK 陽性肺がんのシークエンス治療戦略とCase Report 執筆の勧め』

藤田 浩平
(国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科 医長)

共催：中外製薬株式会社

結核2 (13:30～14:05)

座長 角 謙介
(NHO南京都病院 呼吸器センター)

- O-096 一般病棟で入院治療中に喀痰塗抹検査陽性となった肺結核患者の一例の感染対策の検討
橋本市民病院 呼吸器内科
○田中 将規, 高倉 敏彰, 駿田 直俊
- O-097 中小病院における結核対応(フローチャートの作成と実践)
医療法人社団 千春会 千春会病院 看護部
○上田 望, 足立 太平, 井上 真子
- O-098 神戸市での外国生まれ結核患者の接触者健診で複数の発病者を認めた事例
1) 神戸市保健所
2) 神戸市健康科学研究所
3) 結核研究所 ネパール事務所
○藤山 理世¹⁾, 林下菜穂子¹⁾, 鬼塚久美子¹⁾, 佃 郁美¹⁾, 中島 香¹⁾,
内山 理沙¹⁾, 菅原 悠¹⁾, 長谷部さおり¹⁾, 楠原 千絵¹⁾, 森本 るみ¹⁾,
坂口 香¹⁾, 南谷 千絵¹⁾, 河村 一郎¹⁾, 宗田 由紀¹⁾, 中村 俊一¹⁾,
楠 信也¹⁾, 大畑 奈月²⁾, 有川健太郎²⁾, 岩本 朋忠²⁾, 下内 昭³⁾
- O-099 T-SPOT.TBの前処理方法変更前後における結核菌検出症例での陽性率についての検討
1) 京都市立病院 呼吸器内科
2) 同 感染科
○小熊 毅¹⁾, 栃谷健太郎²⁾, 吉田 葵¹⁾, 高田 直秀¹⁾, 山添 正敏¹⁾,
太田 登博¹⁾, 吉岡 秀敏¹⁾, 五十嵐修太¹⁾, 小林 祐介¹⁾

O-100 結核入院患者に対する動画を用いた禁煙支援プログラムの試み

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) 同 感染対策室

○倉原 優^{1,2)}, 大槻登季子²⁾, 露口 一成^{1,2)}

非結核性抗酸菌症Ⅰ (14:05～14:33)

座長 神田 理恵

(地域医療機能推進機構滋賀病院)

O-101 演題取り下げ

O-102 免疫抑制下に播種性NTM (非結核性抗酸菌) 症を発症した2例

1) 兵庫県立尼崎総合医療センター

2) 公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院

○本田 郁子¹⁾, 北島 尚昌²⁾, 戸川 雄貴¹⁾, 松村 洋希¹⁾, 平井 厚志¹⁾,
吉田 奈生¹⁾, 小川 亮¹⁾, 岡崎 航也¹⁾, 齋藤恵美子¹⁾, 松本 啓孝¹⁾,
永田 一真¹⁾, 平位 知之¹⁾, 遠藤 和夫¹⁾

O-103 強皮症に伴う食道蠕動障害を背景とした肺 *Mycobacterium goodii* 症の一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○山田 拓実, 矢野 翔平, 安藤 勇哉, 福田 考生, 池田 拓真, 岩垣 慈音,
山野 隆史, 西 健太, 石川 遼一, 高岩 卓也, 笠松 知子, 中川 和彦,
吉村 千恵, 黄 文禧

O-104 質量分析により同定しえた肺 *Mycobacterium marseillense* 症の一部検例

大阪市立総合医療センター 感染症内科

○白野 倫徳, 森田 諒, 麻岡 大裕

スイーツセミナー4 (14:40～15:30)

座長 延山 誠一

(関西医科大学香里病院 内科・総合診療科 教授・内科部長)

『重症喘息治療における新たな選択肢 ～エキシデンサーへの期待～』

浅井 一久

(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 准教授)

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

- O-105 気胸後に非結核性抗酸菌感染症による右膿胸を発症した一例
済生会中和病院 呼吸器内科
○藤原 隆徳, 市村 善太, 井上 泰孝, 田崎 正人, 櫻井 正樹, 新井 正伸,
北田 裕陸, 徳山 猛
- O-106 肺非結核性抗酸菌症の長期治療中に器質化肺炎を発症した一例
公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院
○青木 勝平, 井上 大生, 東 寿希也, 大倉 千明, 野原 瑛里, 神野 志織,
田嶋 範之, 森本 千絵, 北島 尚昌, 福井 基成, 丸毛 聡
- O-107 M.avium・M.abscessusの治療中に器質化肺炎を併発したNTMの一例
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
3) 近畿大学病院
○花田宗一郎¹⁾, 永橋亨汰朗¹⁾, 岩井 正道¹⁾, 白波瀬 賢¹⁾, 長崎 忠雄¹⁾,
村木 正人¹⁾, 松本 久子²⁾, 東田 有智³⁾
- O-108 M. intracellulare症治療中にM. abscessus症とMALTリンパ腫を合併した一例
1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
2) 同 臨床研究センター
3) 同 病理検査科
○正木 暁¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 小林 岳彦²⁾, 倉原 優²⁾,
清水 重喜³⁾, 露口 一成²⁾
- O-109 経過中に悪性胸膜中皮腫を発症した難治性肺MAC症の一例
1) 国立病院機構奈良医療センター 内科
2) 奈良県総合医療センター 呼吸器内科
○玉置 伸二¹⁾, 久下 隆¹⁾, 板東 千昌¹⁾, 芳野 詠子¹⁾, 田中小百合¹⁾,
熊本 牧子¹⁾, 小山 友里¹⁾, 富田 大¹⁾, 奥田悠太郎¹⁾, 西崎 友哉²⁾,
伊藤 武文²⁾

第 5 会場 (東館 3F/D会議室)

アワード3 (9:00 ~ 9:56)

座長 半田 知宏
(京都大学大学院医学系研究科 呼吸不全先進医療講座 特定准教授)

座長 新井 徹
(独立行政法人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 臨床研究センター長)

O-110 環境調査が原因究明に有用であった過敏性肺炎の1例

1) 関西電力病院 呼吸器内科

2) 同 病理診断科

○和田 岳¹⁾, 坂野 勇太¹⁾, 森 優花¹⁾, 坂井 俊介¹⁾, 松浦 弘幸¹⁾,
嶋田 有里¹⁾, 藤本 寛樹¹⁾, 岩元 竜太²⁾

O-111 禁煙で改善の見られた単一臓器型肺ランゲルハンス細胞組織球症の一例

1) 独立行政法人国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科

2) 同 呼吸器外科

3) 同 消化器内科

4) 同 放射線診断科

5) 同 病理診断科

6) 京都大学医学部附属病院 血液内科

○望月 雅斗¹⁾, 外山 尚吾¹⁾, 岡田 裕太¹⁾, 伊藤 高範¹⁾, 今北 卓間¹⁾,
大井 一成¹⁾, 金井 修¹⁾, 藤田 浩平¹⁾, 賀来 良輔²⁾, 澤井 聡²⁾,
浅野 陽一³⁾, 高橋 滉平⁴⁾, 桑原 遼⁴⁾, 森吉 弘毅⁵⁾, 吉永 則良⁶⁾,
谷澤 公伸¹⁾

O-112 シェーグレン症候群に合併した胸膜肺実質線維弾性症 (PPFE) の1剖検例

1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科

2) 同 リウマチ・膠原病内科

3) 同 放射線科

4) 同 臨床病理科

5) 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 病理診断科

○平林穂乃佳¹⁾, 富岡 洋海¹⁾, 山田 夕輝¹⁾, 李 正道¹⁾, 横田 真¹⁾,
網本 久敬¹⁾, 瀧口 純司¹⁾, 金子 正博¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 壺井 和幸²⁾,
上原栄理子³⁾, 勝山 栄治⁴⁾, 河端 美則⁵⁾

O-113 2年続けて冬季に複数回の間質性肺炎を起こした心アミロイドーシスの1例

1) 大阪府済生会千里病院, 大阪公立大学医学部附属病院 初期研修医

2) 同 循環器内科

3) 同 免疫内科

4) 同 呼吸器内科

○大瀬戸 渚¹⁾, 森本 彬人⁴⁾, 柏木 樹¹⁾, 伴 奈菜加¹⁾, 蓑田 有希¹⁾,
山本 隆盛²⁾, 松浦 良信³⁾, 葛谷憲太郎³⁾, 川田 翔司³⁾, 山口 統彦⁴⁾

O-114 間質性肺疾患進行予測バイオマーカーであるCCL17に対する抗線維化薬の影響

1) 大阪大学 医学部 医学科

2) 同 大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学

○柴山幸太郎¹⁾, 榎本 貴俊²⁾, 武田 吉人²⁾, 久下 朋輝²⁾, 内藤真依子²⁾,
内藤祐二郎²⁾, 白山 敬之²⁾, 三宅浩太郎²⁾, 平田 陽彦²⁾, 熊ノ郷 淳²⁾

O-115 胸膜炎を契機に全身性エリトマトーデスの診断に至った1例

1) 和泉市立総合医療センター 呼吸器内科

2) 同 病理診断科

○森谷亜里紗¹⁾, 武田 倫子¹⁾, 中桐 悠登¹⁾, 松下 雄大¹⁾, 坂井田美穂²⁾,
門谷 英昭¹⁾, 上西 力¹⁾, 久保 寛明¹⁾, 田中 秀典¹⁾, 落合 健²⁾,
太田 善夫²⁾, 松下 晴彦¹⁾

O-116 びまん性肺胞出血を伴い治療抵抗性であった顕微鏡的多発血管炎の一例

大阪府済生会野江病院

○坂本 蘭, 的場 智也, 梶原 佑一, 井利 顕子, 中山 絵美, 藤木 貴宏,
日下部悠介, 山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

O-117 気管・気管支に局限した再発性多発軟骨炎 (relapsing polychondritis: RP) の2例

1) 住友病院 呼吸器内科

2) 同 膠原病・リウマチ内科

○上田 聖也¹⁾, 田中 彩加¹⁾, 國宗 直紘¹⁾, 桂 悟史¹⁾, 奥村 太郎¹⁾,
重松三知夫¹⁾, 山田 恵壽²⁾

アワード4 (9:56 ~ 10:52)

座長 黄 文禧
(大阪赤十字病院 呼吸器内科)

座長 山口 将史
(滋賀医科大学 呼吸器内科学講座)

O-118 両側胸水貯留を認め、肺癌との鑑別を要した卵管癌胸膜播種の1例

大阪赤十字病院

○榎本 朱里, 石川 遼一, 安藤 勇哉, 福田 考生, 山田 拓実, 池田 拓真,
岩垣 慈音, 矢野 翔平, 山野 隆史, 西 健太, 高岩 卓也, 笠松 知子,
中川 和彦, 吉村 千恵, 黄 文禧

O-119 無気肺を契機に発見された前腸重複嚢胞と診断された一例。

1) 関西医科大学呼吸器腫瘍内科学講座

2) 同 付属病院呼吸器外科

○今西 優¹⁾, 中西健太郎¹⁾, 竹安 優貴¹⁾, 服部 志保²⁾, 谷口 洋平²⁾,
荒木 啓吾¹⁾, 北川 真愛¹⁾, 横原なつ¹⁾, 吉田 清里¹⁾, 生駒 龍興¹⁾,
中濱かほり¹⁾, 勝島 詩恵¹⁾, 濱井 宏介¹⁾, 山中 雄太¹⁾, 池田 慧¹⁾,
村川 知弘²⁾, 倉田 宝保¹⁾

- O-120 画像所見と乖離し急速に進行した拘束性換気障害を契機に筋萎縮性側索硬化症と診断された1例
1) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
2) 同 医療の質・安全管理学
3) 同 臨床腫瘍学
○久野 暢子¹⁾, 新名 航平¹⁾, 小川 晃一¹⁾, 山田 一宏¹⁾, 永木佑一良¹⁾, 等々力 輝¹⁾, 大島 友里¹⁾, 杉本 亮¹⁾, 中井 俊之¹⁾, 渡辺 徹也^{1,2)}, 浅井 一久¹⁾, 川口 知哉^{1,3)}
- O-121 肺移植後閉塞性細気管支炎における気管支径の経時的定量的評価
1) 大阪大学 医学部 医学科
2) 大阪大学大学院 医学系研究科 呼吸器・免疫内科学
3) 同 免疫分子制御学
4) 大阪大学医学部附属病院 オンコロジーセンター
○石田 花奈¹⁾, 三宅浩太郎²⁾, 仲谷 勇輝²⁾, 山内桂二郎²⁾, 宮崎 暁人²⁾, 塚口 晃洋²⁾, 岩橋 佑樹²⁾, 刀裨 麻里⁴⁾, 榎本 貴俊³⁾, 内藤真依子²⁾, 内藤祐二郎²⁾, 白山 敬之²⁾, 平田 陽彦²⁾, 武田 吉人²⁾
- O-122 腹膜透析中の横隔膜交通症に対し胸腔鏡下横隔膜縫縮術を行ったが, 1年10カ月で再発し再手術を行った1例
京都市立病院
○笠井 美里, 村西 祐介, 西野 嘉紘, 河野 朋哉, 宮原 亮
- O-123 歯科処置中に落下した歯冠を経気管支鏡的に除去した一例
京都鞍馬口医療センター
○朱 幸煥, 嶋本 貴之, 谷 望未, 小西 一央
- O-124 同種臍帯血移植延期困難なAML患者に発症した難治性気胸をEWSによる気管支充填術で制御し得た1例
1) 姫路赤十字病院 臨床研修センター
2) 同 呼吸器内科
3) 同 血液・免疫細胞療法科
○中山菜々子¹⁾, 狩野 裕久²⁾, 浅野 豪³⁾, 武田 知樹²⁾, 田中 愛也²⁾, 林 愛理²⁾, 中村 香葉²⁾, 真下 周子²⁾, 平松 靖史³⁾, 岸野 大蔵²⁾
- O-125 非結核性抗酸菌症による有癭性膿胸に対し胸膜癒着術とEWSによる気管支充填術を施行した1例
公立豊岡病院 呼吸器内科
○石井 千絵, 大端 周, 小西 宏侑, 中尾 高浩, 平位 一廣, 三好 琴子, 中治 仁志

サルコイドーシス，肺胞蛋白症（11：05～11：40）

座長 福永健太郎
（公立甲賀病院 呼吸器内科）

O-126 小葉中心優位のびまん性粒状影を呈したサルコイドーシスの1例。

1) NHO 姫路医療センター 呼吸器内科

2) 公益財団法人天理よろづ相談所病院 病理診断部

○高田 正浩¹⁾，平田 展也¹⁾，河村 哲治¹⁾，吉川 和志¹⁾，日隈 俊宏¹⁾，
永田 憲司¹⁾，竹野内政紀¹⁾，平岡 亮太¹⁾，山之内義尚¹⁾，小南 亮太¹⁾，
東野 幸子¹⁾，加藤 智浩¹⁾，鏡 亮吾¹⁾，横井 陽子¹⁾，水守 康之¹⁾，
塚本 宏壮¹⁾，佐々木 信¹⁾，中原 保治¹⁾，小橋陽一郎²⁾

O-127 結核との鑑別を要した空洞形成を伴うサルコイドーシスの1例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○吉村倫太郎，神戸 寛史，中山 怜那，平田 拓土，打谷 美沙，柏木 郁美，
杉山 貴康，田中 尚登，西田 湧也，平井 将隆，齊藤正一郎，伊部 匡晃，
白川 千種，平林 亮介，佐藤 悠城，富井 啓介，立川 良

O-128 進行性肺線維症を呈し，ニンテダニブで治療を行った，サルコイドーシス合併自己免疫性肺胞蛋白症の一例

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) 同 呼吸器内科

3) 同 放射線科

4) 同 病理

○新井 徹¹⁾，滝本 宜之¹⁾，竹内奈緒子²⁾，香川 智子²⁾，澄川 裕充³⁾，
清水 重喜⁴⁾

O-129 多発性筋炎と同時に診断した自己免疫性肺胞蛋白症の1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) 同 臨床研究センター

3) 同 放射線科

4) 同 病理診断科

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

O-130 抗GM-CSF抗体定性キットのAPAP診断能とバンド強度の臨床的意義に関する検討
NHO 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター

○広瀬 雅樹，初田 和由，新井 徹

ランチョンセミナー5（12：00～12：50）

座長 小笹 裕晃
（京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学 講師
京都大学医学部附属病院がん診療部 肺癌診療ユニット長）

『再発小細胞肺癌における Tarlatamab の臨床的位置づけ』

赤松 弘朗

（和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科 准教授）

共催：アムジェン株式会社

- O-131 気腫合併肺線維症による慢性呼吸不全患者に発症した牛車腎気丸による急性薬剤性肺炎の1例
- 1) 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科
 - 2) 岡山大学 呼吸器内科
- 塩田 哲広¹⁾, 榎本 剛²⁾, 富樫 庸介²⁾
- O-132 急性経過を呈した抗KS抗体および抗Ro52抗体陽性の間質性肺炎の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) 東京都立多摩総合医療センター 呼吸器・腫瘍内科
- 平田 拓士¹⁾, 神戸 寛史¹⁾, 村上 莉奈^{1,2)}, 中山 怜那¹⁾, 吉村倫太郎¹⁾, 打谷 美沙¹⁾, 柏木 郁美¹⁾, 杉山 貴康¹⁾, 田中 尚登¹⁾, 西田 湧也¹⁾, 平井 将隆¹⁾, 齊藤正一郎¹⁾, 伊部 匡晃¹⁾, 白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 立川 良¹⁾
- O-133 致死的経過を呈したMPO-ANCA/抗GBM抗体二重陽性肺腎症候群の一例
- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
 - 2) 同 膠原病・リウマチ内科
- 中山 怜那¹⁾, 大塚 裕斗¹⁾, 住友 秀次²⁾, 吉村倫太郎¹⁾, 平田 拓士¹⁾, 杉山 貴康¹⁾, 田中 尚登¹⁾, 打谷 美沙¹⁾, 柏木 郁美¹⁾, 平井 将隆¹⁾, 西田 湧也¹⁾, 齊藤正一郎¹⁾, 伊部 匡晃¹⁾, 神戸 寛史¹⁾, 白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 立川 良¹⁾
- O-134 肺空洞病変術後6年で肺胞出血を契機に診断された多発血管炎性肉芽腫症の1例
神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
- 平井 将隆, 平林 亮介, 中山 怜那, 吉村倫太郎, 平田 拓士, 柏木 郁美, 杉山 貴康, 田中 尚登, 打谷 美沙, 西田 湧也, 齊藤正一郎, 伊部 匡晃, 白川 千種, 神戸 寛史, 佐藤 悠城, 富井 啓介, 立川 良
- O-135 同種末梢血幹細胞移植後の慢性GVHDによる胸膜肺実質線維弾性症の一剖検例
- 1) 神鋼記念病院 呼吸器センター
 - 2) 同 血液内科
 - 3) 同 病理診断科
 - 4) 神戸大学医学部附属病院 病理診断科
- 水城裕加里¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 赤松 歩実¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 難波 晃平¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 山田 徹¹⁾, 榎屋 大輝¹⁾, 有馬 靖佳²⁾, 吉田 征以⁴⁾, 大林 千穂³⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

- O-136 多項目PCR肺炎パネル導入と抗菌薬使用への影響
1) 地方独立行政法人奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター 呼吸器内科
2) 同 小児科
○奥田 陽亮¹⁾, 林 由佳¹⁾, 西崎 友哉¹⁾, 渋谷 篤志¹⁾, 伊佐敷沙恵子¹⁾,
佐藤 一郎¹⁾, 松田 昌之¹⁾, 伊木れい佳¹⁾, 花岡 健司¹⁾, 伊藤 武文¹⁾,
北野 泰斗²⁾
- O-137 2007年から2017年の11年間と2025年の大流行時の、15歳以上の百日咳の男女別年齢分布
1) 大阪府済生会千里病院 呼吸器内科
2) 西岡内科クリニック
○山口 統彦¹⁾, 西岡 清訓²⁾, 村上 世紀¹⁾, 森本 彬人¹⁾, 中坪彩恵子¹⁾,
山根 宏之¹⁾
- O-138 マクロライド耐性マイコプラズマ肺炎の治療：肺炎ガイドラインは妥当か？
関西医科大学内科学第一講座 呼吸器感染症・アレルギー科
○福田 直樹, 宮下 修行, 小林 良樹, 尾形 誠
- O-139 誤嚥性肺炎における延命治療の意思決定因子：多変量解析を用いた患者背景の検討
高島市民病院
○徳岡 駿一

- O-140 ラスクフロキサシンで発症した抗菌薬関連脳症(AAE)の一例
1) 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科
2) 岡山大学 呼吸器内科
○塩田 哲広¹⁾, 榎本 剛²⁾, 富樫 庸介²⁾
- O-141 肺癌と鑑別を要した播種性ノカルジア症の一例
1) 大阪赤十字病院 呼吸器内科
2) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○岩垣 慈音¹⁾, 橋本 成修²⁾, 藤本 尚子²⁾, 岡垣 暢紘²⁾, 田中 佑磨²⁾,
坂本 裕人²⁾, 中西 司²⁾, 中村 哲史²⁾, 松村 和紀²⁾, 上山 維晋²⁾,
池上 直弥²⁾, 加持 雄介²⁾, 田中 栄作²⁾, 田口 善夫²⁾, 羽白 高²⁾
- O-142 Evans症候群で免疫抑制下に生じた*Nocardia nova*膿胸の1例
大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
○水取 興平, 覺野 重毅, 山田 一宏, 水岡 史織, 塚本 遥香, 上野健太郎,
上田 隆博, 長嶺 宏明, 小川 晃一, 松本 吉矢, 中井 俊之, 渡辺 徹也,
浅井 一久, 川口 知哉

O-143 空洞結節陰影に対して経気管支肺生検の組織培養で診断した肺放線菌症の1例
医学研究所 北野病院

○東 寿希也, 丸毛 聡, 青木 勝平, 大倉 千明, 野原 瑛里, 神野 志織,
田嶋 範之, 森本 千絵, 北島 尚昌, 井上 大生, 福井 基成

抄 録

教育講演

ランチョンセミナー

スイーツセミナー

教育講演 1

低まん延となった日本における今後の結核の課題

倉原 優

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 感染対策室長

日本における結核罹患率は人口10万人対10を下回り、低まん延国の水準に到達した。一方で、低まん延化に伴う新たな課題も顕在化している。疫学的には、高齢結核患者の比率が高いことに加え、今後さらに重要性を増す外国出生者の結核への対応が課題であり、入国前結核スクリーニング制度であるJPETSも開始されている。

薬剤耐性結核については、複数の新規薬剤の登場により、多剤耐性結核であっても薬剤感受性結核に近い治療成績が期待できる時代となった。しかし、諸外国で標準的に用いられているプレトマニドは日本では使用できず、患者数の減少により国内治験の実施も困難となっている。このため、今後開発される新規薬剤についても、日本で速やかに使用できない可能性がある。低まん延地域において結核罹患率をさらに低下させるためには、結核発症リスクを有する集団に対する潜在性結核感染症 (LTBI) 治療を通じて、活動性結核の発症を予防する取り組みが不可欠である。

日本の結核診療体制は、入院から外来までをつなぐDOTSにより服薬遵守を支える点で優れている。一方で、コロナ禍を経て、保健所を中心とする行政負担の大きさも改めて明らかとなった。日本の結核対策は多くの強みを有しているが、低まん延化の先にある課題に対応するには、世界標準の結核診療から学びつつ、国内制度との調和を図る必要がある。

教育講演2

非結核性抗酸菌症に関する最近の話題

伊藤 穰

大津赤十字病院 呼吸器内科 第2部長

肺非結核性抗酸菌（NTM）症の多くが結節・気管支拡張型であり，NTM症のリスク因子としても気管支拡張症が重要である．近年，NTM症を気管支拡張症のレジストリーの中で比較，検証されている．気管支拡張症の予後や増悪と関連した重症度指数であるBronchiectasis Severity Index(BSI)には年齢，BMI，緑膿菌を含む細菌の分離などが含まれるが，肺NTM症の予後にはBACESスコアにある年齢，BMIや緑膿菌の共分離などが関連し，BSIと共通する点が多い．気管支拡張症において新規に分離されたNTMの除菌の意義は不明とされるが，肺NTM症の診断後3か月以内の早期に治療を開始するとそれ以降の治療開始に比べ，すべての入院や救急受診を減少する可能性がある．

肺NTM症の抗菌治療の効果指標には喀痰培養の陰性化が重要であるが，健康関連QOLに関連した患者報告アウトカムを含む多次元評価も重視されている．韓国のコホート研究ではNTM症の治療開始6ヵ月後でのQOL-Bでの身体機能，呼吸器症状の改善が1/3の症例で認めたが，培養陰性化とは関連がなかった．COVERT試験においてガイドラインに基づく標準治療（GBT）に不応な難治性肺MAC症患者に対するアミカシン硫酸塩吸入用製剤（ALIS）+GBTは対照群のGBTに比べ，培養陰性化率が有意に高いことが示されたが，QOLの改善については不明であった．一方，最近報告された未治療肺MAC症患者を対象にしたARISE試験において，ALIS + AZM + EBの治療は7か月時点で対照群のAZM + EBに比べて培養陰性化率は有意に高く（78.8%対47.1%， $p=0.0010$ ），ALIS群での培養陰性化がQOL-Bの呼吸器症状ドメインと有意な相関を認めた．

教育講演3

気管支拡張症に関する最近の話題

佐々木 結花

国立病院機構東京病院 呼吸器センター 呼吸器内科 副院長・臨床研修センター長

気管支拡張症は、気道の不可逆的な拡張と慢性的な気道炎症、繰り返す感染を特徴とする疾患群である。一般的なイメージとしては「軽症」で、慢性的な咳嗽や喀痰を主訴とするが、生命にかかわる増悪をもたらす疾患としてとらえられてはこなかった。進行するが治療薬が特異的に定まっておらず、気管支拡張という画像所見でくくられ、各併存呼吸器疾患の後遺症的な扱いであったとも言えよう。

近年、単なる「形態的異常」としての捉え方から、「気管支拡張をもたらす炎症は何によって生じるのか」、「併存症はこの病態にどのように影響するのか」など、多くの臨床的な課題が提起され、研究が一気に加速した。近年、気管支拡張をもたらす原因の一つとして、好中球の過剰な活性化が注目され、好中球の成熟に係るDPP-1U (dipeptidyl peptidase 1) が注目され、この阻害により好中球エラスターゼの活性化を抑制することで、気管支拡張の増悪頻度の有意な減少をもたらすことが明らかとなった。

しかし、気管支拡張の形態自体は改善せず、多くの患者が訴える咳嗽と喀痰の問題は解消せずに残る。2025年に改訂されたヨーロッパ呼吸器疾患のガイドライン (European Respiratory Society clinical practice guideline for the management of adult bronchiectasis. Eur Respir J. 2025;66(6):2501126.) において、症状・画像・微生物・併存症を組み合わせた多次元評価と、treatable traits アプローチを導入したことが大きな変更点と考えられる。非薬物治療として、気道クリアランス、呼吸リハビリテーションがほとんどの患者に推奨された。

また、マイクロバイオームの多様性と宿主の免疫応答の相互作用から、増悪高リスク群に対する長期マクロライド療法、緑膿菌定着かつ増悪高リスク群に対する長期吸入抗菌薬の導入が推奨された。症状・画像・微生物・併存症を組み合わせた多次元評価と、treatable traits アプローチを導入したことが大きな変更点と考えられる。

本報告ではこれら文献的な検討を基盤とし、最近の話題を臨床に役立てることを目標として報告する。

教育講演 4

肺癌の周術期治療について

庄司 文裕

滋賀医科大学 呼吸器外科学講座 教授

近年、免疫チェックポイント阻害薬（ICI）や分子標的薬が肺癌周術期治療へ応用されている。その有効性は複数の臨床試験にて立証されており、切除可能肺癌に対する治療戦略は大きく変わりつつある。

しかしながら肺癌周術期治療の対象は臨床病期 I - III 期と対象が広く、加えて病態が不均一である。また、周術期治療を実施する時期、つまり術前・術後・術前後のどの時期に行うのが最も適切か、具体的には、即時手術と術後補助療法を行うか、複合免疫療法による術前補助療法と手術（±術後補助療法）を行うかを決定するためのエビデンスはまだ不十分である。さらに臨床病期 III A 期 N2 症例に対する術前治療の選択肢として、術前複合免疫療法と術前化学放射線療法の効果はいずれが高いのかも未解決である。

腫瘍内 PD-L1 蛋白発現や EGFR 遺伝子変異といったバイオマーカー検査は、臨床的有用性を反映するために必要であるが、術前補助療法と術後補助療法のいずれを選択するかは、腫瘍サイズ、リンパ節転移、組織型、患者の全身状態などの様々な要因にも左右される。特に術前補助療法を行うメリットとして、病理学的に治療効果判定が可能であることに加え、完全切除率向上や術後補助治療と比較した忍容性の高さなどが挙げられている。また理論上 ICI を術前治療として用いる方が免疫系を介した微小遠隔転移の制御、薬剤デリバリーなどの点で利点が多いと報告されている。しかしながら、複合免疫療法による術前補助療法は免疫関連有害事象出現によって手術までの期間を遅延させたり、手術機会そのものを逸する危険性も懸念される。加えて併存疾患、全身状態、あるいは本人の意思により、補助療法そのものを受けない患者もある一定の割合で存在する。

従って、個々の患者の状態や癌の特徴に基づいた個別化治療が不可欠であり、最適な治療戦略を立てるためにはカンサーボード等による緊密な連携が必要となる。

本講演では非小細胞肺癌の周術期治療について我々の経験症例も踏まえてレビューしたい。

教育講演5

呼吸器画像診断におけるAI

永谷 幸裕

滋賀医科大学 放射線医学講座 講師

人工知能（Artificial Intelligence：AI）は、学習、認識、予測や最適化のような人間の知的活動をコンピュータによって実現する技術と定義される。AIの代表的手法である機械学習では、多様なデータから対応パターンとルールを自動で学習する技術であるが、学習結果による特徴量設定が必要となる。2006年に機械学習の一分野として、自動で特徴量の探索し、データ分類や予測を行う深層学習が登場し、アルゴリズムの発展や大規模データの活用等の第3次AIブーム到来の後、医療分野におけるAI技術の導入が加速している。呼吸器領域においても大きな変革がみられ、深層学習に基づいた画像解析、画像再構成や読影支援システム等、様々な技術が臨床現場に導入され、有用なツールとして広く用いられつつある。一方で、現状では、AI技術を使用した診断プロセスが完全に透明化されていない等の課題に留意すべきである。

最初に、深層学習の基盤となる、人間の脳が持つ神経回路の仕組みを取り入れた畳み込みニューラルネットワーク（Convolution neural network：CNN）やビジョントランスフォーマー（Vision transformer：ViT）の概要を説明した後、肺野結節の自動検出、結節の良悪性鑑別、病理学的浸潤や予後の予測、びまん性肺疾患におけるすりガラス影・網状影・蜂巣肺等の各種陰影の分類、被曝線量低減につながる画像ノイズ抑制による病変や正常構造の描出や定量性向上におけるAI技術の有用性を解説する。加えて、深層学習をもとに構築された画像高精細化技術やアーチファクト低減技術、さらに胸部単純X線やCTを実際に読影する際に使用可能な自動解析機能を、具体的な症例を呈示しながら紹介する。本講演が、呼吸器画像診断におけるAIに関する知識の整理・復習や、今後の日常臨床の一助となれば幸いである。

ランチョンセミナー 1

講演 1…非薬物療法から始める慢性気道疾患診療 — Treatable Traits と呼吸リハビリテーション —

立川 良

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 部長

近年、COPD や喘息に加え、気管支拡張症も多様な病態を背景とするヘテロな疾患として認識され、個々の患者における治療可能な要素 (treatable traits) に着目した個別化医療が注目されている。感染制御や抗菌薬治療は依然として重要な介入の柱であるが、日常診療においては慢性的な喀痰貯留、咳嗽、運動耐容能低下、身体活動量低下、さらには栄養状態や心理的要因など、非薬物療法の介入対象となりうる多様な課題が併存している。呼吸リハビリテーションは、これら複数の treatable traits に横断的に介入しうる中核的な非薬物療法であり、排痰指導を含む airway clearance techniques や運動療法を通じて、症状の軽減のみならず、運動耐容能や生活の質の改善に寄与することが示されている。また近年では、身体活動促進やセルフマネジメント支援などを含めた多面的介入として、その意義が再評価されている。本講演では、慢性気道疾患、特に気管支拡張症における treatable traits の概念を整理したうえで、非薬物療法の中核となる呼吸リハビリテーションの実践と課題について考察する。

ランチョンセミナー 1

講演2…ガイドラインの行間を埋める薬物療法のコツについて

小林 岳彦

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 治験管理室長

本邦で罹患率が急増する非結核性抗酸菌（NTM）症において、実臨床最大の難所は「観察から治療介入、そして難治例への治療強化へと舵を切る至適タイミング」の見極めである。2020年の国際ガイドライン発刊以降、肺 MAC 症に対するアミカシンリポソーム吸入用懸濁液などの強力な選択肢が登場した一方、介入の遅れは不可逆的な肺破壊を招き、拙速な介入は高齢患者を副作用で疲弊させる。本セッションでは、「治療強化・介入を決断のタイミング」について、ガイドラインの行間を埋める、薬物療法についてのお話をさせていただく。

ランチョンセミナー2

新時代におけるEGFR変異陽性肺癌治療戦略

藤本 大智

兵庫医科大学病院 呼吸器内科 准教授

EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌 (NSCLC) は、分子標的治療の進歩により予後が大きく改善してきた。第三世代EGFR-TKIであるオシメルチニブは、FLAURA 試験において第一世代EGFR-TKIに対する無増悪生存期間(PFS)および全生存期間(OS)の延長を示し、長らくEGFR変異陽性NSCLCの第一選択治療の中核を担っている。標準治療を対象とした直接比較試験においてOSの優越性まで示されたことは、EGFR変異陽性肺癌治療の歴史において極めて重要な転換点であった。

こうした中、オシメルチニブを上回る有効性を示す新たな治療選択肢として注目されているのが、EGFRおよびMETに対する二重特異性抗体アミバンタマブと、第三世代EGFR-TKIラゼルチニブの併用療法である。MARIPOSA試験では、アミバンタマブ+ラゼルチニブ併用療法がオシメルチニブ単剤と比較してPFSの有意な延長を示し、その後の報告ではOSの延長も示されたことから、EGFR変異陽性NSCLCにおける新たな標準治療として位置づけられている。これらの成績は、EGFR阻害に加えてMET関連耐性機序にも同時に介入する治療戦略の臨床的意義を示すものであった。

一方で、アミバンタマブを含む治療では、実臨床で対応を要する多様な有害事象がみられる。これらの毒性を適切に予防・早期介入・継続管理することは治療効果を最大限に引き出すうえで極めて重要である。近年、アミバンタマブの皮下注射製剤が登場し、投与時間や通院負担の軽減、初回投与時の運用改善といった観点から、治療導入の現実性を高める新たな展開として期待されている。一方で、本質的な毒性マネジメントの重要性は変わらず、むしろ安全な普及のためには、医師・看護師・薬剤師を含む多職種連携による包括的なマネジメント体制の整備が重要となる。

本講演では、EGFR-TKI治療の進化を概観した上で、アミバンタマブ+ラゼルチニブ併用療法の臨床試験成績とその科学的意義を整理する。さらに、皮下注射製剤の登場により広がる治療実装の可能性も踏まえつつ、実臨床で鍵となる有害事象マネジメントの実際について解説する。EGFR変異陽性肺癌治療は今まさに大きな転換期を迎えており、新たな標準治療を安全かつ有効に実装するための知識と戦略を、皆様と共有したい。

ランチョンセミナー3

Beyond the Guideline, Toward Disease Stability ～増悪を待たないCOPD診療と dupilumab の新たな役割～

丸毛 聡

北野病院 病院長補佐

GLOBAL STRATEGY FOR PREVENTION, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF COPD : 2026 Report (GOLD 2026) では、COPD を単なる「安定期」と「増悪期」の二分法で捉えるのではなく、増悪、症状、健康状態、肺機能低下が連続的に変動する慢性疾患として再定義し、その新たな治療目標として“disease stability”の重要性が示された。Disease stability とは、増悪がなく、呼吸困難や咳嗽・喀痰などの症状が悪化せず、肺機能低下が加速しない低疾患活動性状態であり、COPD 診療を「現状維持」から「将来リスクの能動的制御」へと押し上げる概念である。

本講演では、この disease stability を実臨床で達成するための視点として、病因型 (etiotypes) と Treatable Traits に基づく COPD の再評価を提案する。とくに、血中好酸球高値あるいは呼気 NO 高値に代表される Type 2 炎症は、増悪しやすいフェノタイプを見抜く治療可能なシグナルであり、慢性咳嗽・気道過分泌、中枢気道の粘液栓、過去の増悪歴、喀痰・末梢血炎症性バイオマーカーと統合して評価すべきである。さらに、COPD 増悪時のみならず診断時および経過観察中にも末梢血好酸球数を確認し、「中等症増悪1回」を治療強化の警鐘として捉えることが、増悪を待たない診療マインドにつながる。IL-4/IL-13 シグナルを直接阻害する dupilumab は、Type 2 炎症を伴い既存の吸入療法下でも増悪を反復する COPD に対して、新たな治療選択肢となる可能性を示している。本講演では、BOREAS 試験および BOREAS/NOTUS 併合解析を踏まえ、増悪抑制、肺機能、SGRQ 総スコア、気腫の有無、粘液病態への期待を整理し、その臨床的位置づけを考察する。

吸入療法でなお増悪を繰り返す患者を“仕方がない COPD”として見過ごすのではなく、炎症・構造・症状・将来リスクを再評価し、disease stability の達成と維持を目指すことが重要である。最後に、純粋な COPD と喘息合併 COPD (ACO) の症例を通じて、Treatable Traits に基づく個別化治療が、COPD 診療を症状緩和から疾患軌道の制御へ進化させる可能性を議論したい。

ランチョンセミナー4

講演1…令和8年ALK陽性肺がんの境界

大矢 由子

藤田医科大学医学部 呼吸器内科学 講師

進行・再発 ALK 融合遺伝子陽性肺がんに対する治療は、ALK-TKI の進歩により大きく変化してきた。特にアレクチニブは、国内第Ⅲ相 J-ALEX 試験においてクリゾチニブに対する明確な無増悪生存期間の延長を示し、日本人患者における有効性と忍容性の両面から、現在も一次治療における重要な標準治療として位置づけられている。

一方で、近年はロルラチニブの CROWN 試験長期追跡結果により、極めて長い PFS および優れた中枢神経系制御が報告され、ALK 陽性肺がんの一次治療選択は新たな局面を迎えている。しかし、ALK 陽性肺がんは長期生存が期待される疾患であるからこそ、単に腫瘍縮小効果や PFS のみで治療を選択するのではなく、治療期間中の生活、就労、家族背景、精神神経系有害事象を含む副作用リスクを総合的に考慮する必要がある。

本公演では、アレクチニブのエビデンスを軸に、ロルラチニブ、ブリグチニブを含む現在の ALK-TKI 治療選択を比較しながら、実臨床における治療シークエンスや患者説明のポイントを考察する。ALK 陽性肺がんは、ALK-TKI の進歩により長期生存が現実的に期待できる疾患となり、10年以上の経過をたどる患者も珍しくなくなった。かつて進行肺がんの診療では、医師と患者の会話は主に「生存期間」「治療効果」「副作用」に関するものであったが、現在はそれだけでは十分ではなく、仕事、妊娠・出産、子育て、家族との時間、精神面への影響など、患者が長い治療期間を「どう生きるか」をともに考える必要がある。ALK 陽性肺がん治療は、延命を目指す Cancer care から、人生設計を支える Life care へと広がりつつある。こうした時代における治療選択と Shared Decision Making のあり方についても考察する。

ランチョンセミナー4

講演2…ALK陽性肺がんのシークエンス治療戦略とCase Report執筆の勧め

藤田 浩平

国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科 医長

ALK 陽性非小細胞肺がんでは、第二・第三世代 ALK 阻害薬の導入により、全身病変のみならず中枢神経病変に対する制御も大きく改善し、長期生存が期待できる時代となった。特に一次治療の進歩は著しく、治療選択は生存期間だけでなく、脳転移抑制効果、忍容性、治療継続性を含めて検討されるようになってきている。一方で、ほぼ不可避に耐性が出現するため、進行時にどのように次の治療へつなぐかが重要である。再生検による耐性変異評価、oligo-progression に対する局所治療の併用、異なる世代の ALK-TKI 使用など、シークエンス治療にはなお多くの課題が残る。本講演では、ALK 陽性肺がん治療の現状を整理し、当院での実臨床も踏まえながら、最適なシークエンス治療戦略を考察する。

また後半では、Case Report 執筆の重要性を伝えたい。Case Report は日常診療で得られた貴重な経験を共有する最も身近な学術活動であり、若手医師にとって研究的視点、論理的思考、文献検索力、発信力を養う格好の機会である。Case Report 誌の Associate Editor 経験を踏まえ、採択される Case Report に共通する特徴、投稿時によくみられる問題点、教育的意義の高い症例の見出し方、執筆から投稿までの実践的なポイントを解説する。Case Report 執筆を通じて、若手医師が臨床力と学術的発信力を高める意義を考えたい。

ランチョンセミナー5

再発小細胞肺癌における Tarlatamab の臨床的位置づけ

赤松 弘朗

和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科 准教授

免疫チェックポイント阻害剤・分子標的薬の開発によって予後が著明に改善した非小細胞肺癌に比べ、小細胞肺癌（SCLC）の治療成績は十分改善していない。特に、一次治療におけるプラチナ併用＋免疫チェックポイント阻害薬（ICI）後に増悪した場合の治療選択は非常に限られ、予後も不良であった。

タルラタマブは、SCLC 細胞表面に高発現する DLL3 と T 細胞上の CD3 を同時に結合させる BiTE[®] 分子製剤である。MHC 非依存的に T 細胞を活性化・増殖させ、抗腫瘍免疫を誘導する新規の機序から、有望な治療標的として注目されている。

本邦ではまず3次治療以降の SCLC に対して使用可能となったが、2024年の米国臨床腫瘍学会において白金製剤を含む一次治療後に進行した SCLC 患者を対象とした国際共同第Ⅲ相試験（DeLLphi-304 試験）が報告された。この試験ではタルラタマブと細胞傷害性抗癌剤（トポテカン、アムルビシンなど）が比較され、主要評価項目である全生存期間（OS）の中央値はタルラタマブ群で13.6か月、標準治療群で8.3か月と有意な延長を認めた。また、無増悪生存期間、奏効率、患者報告アウトカム（PRO）といった一連のアウトカムについても一貫した改善が示された。

本薬の導入にあたっては、免疫活性化に伴うサイトカイン放出症候群（CRS）および免疫エフェクター細胞関連神経毒性症候群（ICANS）への対策が不可欠である。これらの発症時期は投与1か月以内に集中する傾向があるが、多くは適切な支持療法により管理可能であることが示されている。

タルラタマブは、再発 SCLC の予後を改善し、治療パラダイムを転換させる革新的な薬剤である。本講演ではタルラタマブのエビデンス、実地臨床におけるクリニカルクエスト、有害事象の管理を含め、事例を交えて紹介する。

スイーツセミナー 1

間質性肺炎診療のスキルアップに役立つ話題

片岡 健介

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 部長

間質性肺炎（interstitiallungdisease：ILD）は多様な疾患群から構成され、治療反応性や予後も様々である。一方で、多くのILDでは「線維化」が進行性に進み、生命予後に大きく影響することが知られている。近年は抗線維化薬を中心とした薬物療法のエビデンスが蓄積され、疾患進行の抑制を目標とした治療戦略が重要視されるようになった。

その一方、実臨床では「どの時点で治療介入を行うべきか」「病勢進行をどのように評価するか」「治療効果を何で判断するか」といった課題に直面する場面も少なくない。ILD診療においては、単なる症状改善だけでなく、生命予後の改善を見据えた包括的な病態評価と治療判断が求められる。

本講演では、呼吸機能検査、画像所見、症状、6分間歩行検査などを用いた総合的な病勢評価の考え方を整理し、進行性線維化を意識した診療の実践的ポイントについて概説する。また、エビデンスと日常診療の間に存在するギャップにどのように向き合うべきかについても考察し、明日からのILD診療に役立つ視点を共有したい。

スイーツセミナー2

重症喘息Update：最新知見から学ぶ病態理解と治療戦略

山田 充啓

東北大学大学院 医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野 准教授

気管支喘息は不均一な病態からなる疾患であり、さまざまな外的刺激に対する多様な生体反応によって形成される慢性気道炎症を特徴とする。個々の患者における外的刺激への反応性の相違もあり、気管支喘息はその重症化も含め、遺伝素因などの内因性因子と環境因子が複雑に作用する多因子性疾患と理解される。このため、重症喘息の最適な治療には、症状や気流制限の程度のみならず、併存症や各種バイオマーカーによる炎症プロファイル、およびこれに基づく分子機序レベルでの層別化が必要となる。

国内外の研究から、末梢血好酸球数、呼気一酸化窒素濃度 (FeNO)、特異的 IgE などの2型炎症マーカーが上昇した、いわゆる type 2炎症が優位な T2-high 喘息が、重症喘息の中核的サブタイプを構成することが示されている。本来、type 2炎症に対してステロイドは有効な治療手段であることから、T2-high 喘息では、ステロイドで十分に抑制しきれない type 2炎症 (steroid-refractory T2 inflammation) が重症化の一因となっており、これに関するメカニズムは近年の基礎・トランスレーショナル研究により明らかになりつつある。一方で、ステロイドのみでは十分に抑制し得ない type 2炎症のキープレーヤーとなるサイトカイン等を標的とした生物学的製剤が開発され、多くの重症喘息患者がその恩恵を受けるに至っている。

現在使用可能な生物学的製剤は、標的分子に違いがあるものの、基本的には type2炎症関連経路を標的とした製剤であり、対象患者像が重複しているのも事実である。このため、各種製剤の選択にあたっては、単にバイオマーカーの閾値の充足だけでなく、その絶対値や推移に加え、製剤ごとの適応症、投与間隔、自己注射の可否、効果の持続性など、複数の因子を総合的に考慮する必要がある。抗 IL-5受容体 α 抗体ベンラリズマブ (ファセンラ) は、ZONDA試験などから好酸球優位の重症喘息において末梢血および組織好酸球の速やかな枯渇と増悪率低下、維持経口ステロイド量の有意な減量、コントロール指標および呼吸機能の改善をもたらすなどの有効性だけでなく、その安全性についても確認されている。これらの結果から好酸球性、経口ステロイド依存性を伴う症例など、重症喘息における有力な選択肢となっている。

本講演では、重症喘息診療の現状を病態研究の知見も交えて整理し、生物学的製剤を含む治療選択のあり方と現状の問題点を俯瞰するとともに、今後の課題と将来展望について論じる。

スイーツセミナー3

NSCLC治療における生存延長の実現 —サイラムザ併用療法のエビデンスと実臨床—

関 順彦

帝京大学医学部 内科学講座 腫瘍内科 教授

非小細胞肺癌（NSCLC）治療は近年大きく進展し、免疫チェックポイント阻害薬（ICI）や分子標的治療の導入により生存延長が実現されている。一方で、多くの患者は最終的に病勢進行を来し、各治療ラインを通じた最適なシーケンシャル戦略が重要である。肺癌診療ガイドライン2025年版においても、一次治療から後治療に至るまで、エビデンスに基づく治療選択による予後改善の重要性が強調されている。

サイラムザ（ramucirumab）は VEGFR-2 阻害抗体として腫瘍血管新生を抑制し、腫瘍微小環境への免疫調整作用も示唆されている。一次治療においては、EGFR 遺伝子変異陽性 NSCLC に対する RELAY 試験により、エルロチニブ併用により無増悪生存期間（PFS）の有意な延長が示された。最終解析では全生存期間（OS）において長期生存に関する示唆が得られており、特に EGFR-TKI 単剤治療での効果不良因子とされる L858R 変異集団で生存延長の傾向が示された（Nishio M et al., JTO Clin Res Rep. 2025）。

一方、二次治療では REVEL 試験によりドセタキセル併用がドセタキセル単剤と比較し OS を有意に延長することが示され、現在も標準治療の一つとして位置付けられている。さらに ICI 併用化学療法後の治療においても、近年の臨床試験およびリアルワールドデータの双方から本併用療法の有効性と安全性が報告されており、治療シーケンス全体における重要な選択肢としての役割が期待されている（Matsuzawa R et al., EClinicalMedicine. 2023 ; Nakamura A, Eur J Cancer. 2023）。

このようにサイラムザ併用療法は、一次および二次治療の両ラインにおいて一貫した抗腫瘍効果を示し、治療ラインを通じた生存延長戦略の中核を担い得ると考える。本講演では、最新の臨床試験エビデンスに加えリアルワールドデータを踏まえ、サイラムザ併用療法の実臨床における最適な活用について考察する。

スイーツセミナー4

重症喘息治療における新たな選択肢 ～エキシデンサーへの期待～

浅井 一久

大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 准教授

喘息治療は、症状の軽減や増悪抑制を目標とする段階から、より高い到達目標である「臨床的寛解」を目指す時代へと移行している。喘息死亡数は長期的には減少してきた一方で、重症喘息患者では依然として増悪、呼吸機能低下、経口ステロイド薬依存、生活の質の低下が重要な課題である。

重症喘息の病態では、2型炎症、とくに好酸球性炎症が中心的役割を担う。気道上皮はウイルス、アレルゲン、大気汚染物質などによる傷害を受けると、IL-25、IL-33、TSLPなどのalarminを放出し、ILC2やTh2細胞を介してIL-4、IL-5、IL-13産生を誘導する。なかでもIL-5は好酸球の分化、活性化、生存延長に深く関与し、好酸球から放出されるMBP、ECP、EDN、EPXなどの顆粒蛋白は上皮傷害を増幅する。さらに、好酸球性炎症はTGF- β 、VEGF、ET-1などを介して上皮間葉系ユニットを活性化し、気道リモデリングや呼吸機能低下にも関与する可能性が示されている。したがって、IL-5を標的とした治療は、単なる増悪抑制にとどまらず、将来リスクの低減や臨床的寛解達成に向けた重要な戦略となる。

生物学的製剤は重症喘息治療を大きく変えたが、実臨床では治療効果だけでなく、投与継続性やアドヒアランスも重要である。国内レセプトデータを用いた検討では、生物学的製剤のアドヒアランスは救急外来受診、入院、全身性ステロイド薬使用などのアウトカムと関連しており、長期的に治療を継続しやすい薬剤設計の意義が示唆される。FcRn (neonatal Fc receptor) は酸性環境下でIgGと結合し、中性環境下で解離することでIgGをリサイクルし、血中半減期を延長する。Fc領域エンジニアリングはこの機構を応用し、抗体医薬の薬物動態を最適化する。新規抗IL-5抗体であるデペモキマブは、Fc領域エンジニアリングにより半減期延長を図った薬剤であり、気管支喘息に対して26週ごとの皮下注射という投与間隔が実現されている。

本講演では、IL-5を標的とする長期効果持続性新規生物学的製剤エキシデンサーの作用機序、pivotal試験臨床データを概説し、26週ごとの接種間隔がもたらす新時代の重症喘息治療について共有する。

抄 錄

一 般 演 題

O-001

気管支内粘液塞栓様陰影を呈した小細胞肺癌の1例

- 1) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
2) 同 呼吸器外科

○宮川 伸¹⁾, 佐藤 いずみ¹⁾, 蟻本 亜美¹⁾, 岡田 吉弘¹⁾,
古室 太誠¹⁾, 飯塚 正徳¹⁾, 綿部 裕馬¹⁾, 乾 佑輔¹⁾,
上田 将秀¹⁾, 茨木 敬博¹⁾, 美藤 文貴¹⁾, 竹中 英昭¹⁾,
長 澄人¹⁾, 鈴木 啓史²⁾, 西村 元宏²⁾

症例は65歳男性, 重喫煙歴あり。健診で胸部異常陰影を指摘され当科紹介受診となった。胸部CTで左舌区B5気管支内に粘液塞栓を疑う軟部影を認めたが, 経過観察でも改善を認めなかった。確定診断目的に気管支鏡検査を施行したところ, 左B5入口部に白色粘液塞栓様物質の充満を認め, ブラシ擦過の細胞診で小細胞癌と診断した。臨床病期はcT1cN0M0 stage IA3であり, 根治目的に胸腔鏡下左上葉切除術を施行した。病理病期はpT1cN0M0 stage IA3で, 現在術後化学療法(CDDP + VP-16)を施行中である。気管支内進展を主体とする腫瘍影は画像診断のみでは粘液塞栓との鑑別が困難な場合があり, 気管支鏡検査による確定診断の重要性が示唆されたため報告する。

O-002

化膿性脊椎炎に合併した診断に難渋した浸潤性粘液性肺腺癌の1例

- 1) 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 呼吸器内科
2) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学

○村田 卓嗣^{1,2)}, 中島 康博^{1,2)}, 前迫 哲史^{1,2)}, 長野 昭近¹⁾,
南 大輔¹⁾, 南 俊行²⁾, 金廣 有彦¹⁾, 栗林 康造²⁾,
木島 貴志²⁾

【症例】76歳, 男性。尿路感染症からの敗血症および化膿性脊椎炎, 大腰筋膿瘍で緊急入院となった。入院時のCTで右下葉背側に経気道感染に伴う肺炎が疑われた。培養検査から *Escherichia coli* を起炎菌と考えて抗菌剤治療が行われた。右下葉の陰影は残存し, 右中葉にも一部広がっていたことよりEBUS-GS下にて右B9, 10から合計7回の生検を行ったが悪性細胞を認めなかった。血清CEAは正常基準値内であったがCA19-9は10000U/L以上に上昇していた。再度の気管支鏡検査では壊死成分が少ないと考えられた右B7, B8においてEBUS-GSを用いて合計10回の生検を行った。病理組織検体は気管支円柱上皮に類似の細胞や好酸性胞体を有する細胞が乳頭状から肺上皮置換性増生を示しており浸潤性粘液性肺腺癌と診断した。【考察】感染性病変との鑑別が困難な難治性肺浸潤影に対してはCA19-9などの腫瘍マーカーの動態や病変内の的確な生検部位の選定が重要であることが示唆された。

O-003

すりガラス結節を呈し極細径気管支鏡と1.1mmクライオプローブの併用が有用であった左下葉肺腺癌の1例

- 1) NHO 姫路医療センター 呼吸器内科
2) 同 病理診断科

○山之内義高¹⁾, 水守 康之¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 高田 正浩¹⁾,
日隈 俊宏¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 小南 亮太¹⁾,
東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
塚本 宏壮¹⁾, 安松 良子²⁾, 竹井 雄介²⁾, 中原 保治¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾

56歳女性, CTで左S⁶に13mmのすりガラス結節を認め当院紹介。肺癌が疑われたが, 喀痰から *M. avium* が培養され, 非結核性抗酸菌症との鑑別を要した。X年4月, 極細径気管支鏡下に鉗子生検を施行するも診断に至らず, 外科的生検は同意が得られなかった。X年10月に気管支鏡を再検, 気管支内連続送気法を併用しながら極細径気管支鏡で左B⁶cii a xxへ到達, r-EBUSでblizzardsignを確認のうえ, 1.1mmクライオプローブを用い凍結時間7秒で生検を施行した。病理組織で異型細胞を認め, 免疫染色ではTTF-1陽性であった。X+1年2月に左S⁶区域切除術を施行し, 肺腺癌(pT1bN0M0 stageIA2)と診断, 術後再発なく経過している。鉗子生検で診断困難な肺癌に対し, 極細径気管支鏡と1.1mmクライオプローブの併用で術前診断し得た1例を, 文献的考察を加え報告する。

O-004

アレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)との鑑別を要した肺腺癌の一例

- 堺市立総合医療センター 呼吸器内科

○西村 和也, 中野 仁夫, 芹澤 廣香, 関灘 大輔,
久瀬 雄介, 西田 幸司, 渡邊 勇夫, 岡本 紀雄,
榊田 元, 郷間 肇

【症例】68歳男性。X-1年6月の胸部CTで左B1+2bに気管支拡張を伴う粘液栓様陰影を認め, 同年12月に増大したためABPMを疑った。X年1月の気管支鏡検査では左B1+2b内腔に白色粘液栓様病変を認め, 内視鏡所見もABPMに合致した。一方, 喘息合併はなく, 好酸球増多も認めなかったことから悪性腫瘍の可能性も考慮し, 白色粘液様物質を吸引除去後, 透視下に左B1+2b病変に対してTBLBを施行した。病理組織学的に肺腺癌と診断した。【結論】ABPM様所見を呈する症例でも, 喘息合併や好酸球増多などの支持所見に乏しい場合は肺癌を念頭に組織診断を行う必要がある。

O-005

原発性乳癌と鑑別を要した肺腺癌の乳房転移の一例

- 1) 公立豊岡病院 呼吸器内科
- 2) 同 病理診断科
- 3) 同 乳腺外科

○坂井 温¹⁾, 中尾 高浩¹⁾, 小西 宏佑¹⁾, 平位 一廣¹⁾,
三好 琴子¹⁾, 寺田 和弘²⁾, 杉本 堯³⁾, 中治 仁志¹⁾

症例は72歳女性。前医での胸部X線で指摘された左上葉の陰影精査目的で当科を紹介受診した。胸部CTでは辺縁不正な空洞結節影を認め、気管支鏡検査を施行した。細胞診・組織診では悪性所見を認めず、Ziehl-Neelsen染色で少量の抗酸菌を認めたと、抗酸菌培養は陰性であったため、肺癌は否定できなかった。経過中、左乳房の腫瘍を自覚し当院乳腺外科を受診した。吸引式乳腺組織生検でトリプルネガティブ乳癌の診断となった。しかし、肺癌の乳房転移の可能性を考慮し、初回の乳房生検検体の再評価および再度乳房生検を施行し免疫染色を追加した。免疫染色ではTTF-1陽性で肺腺癌の乳房転移として矛盾せず、その他の各種精査結果をふまえ左上葉肺腺癌cT3N1M1cStage4Bの診断となった。肺癌の乳房転移は稀とされ、本症例のように初診時に乳房病変は原発性乳癌と診断される可能性がある。肺癌を疑う症例において乳房病変を認めた際には慎重な病理学的検討が必要である。

O-006

HER2 non-TKD 変異に対してゾンゲルチニブが奏功した一例

大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科

○横田 健斗, 三輪 千華, 白井 義貴, 柳楽 大樹,
辻 哲顕, 飛田 哲志, 新津 敬之, 山本 真,
矢賀 元, 上野 清伸

【背景】HER2遺伝子変異陽性非小細胞肺癌では、チロシンキナーゼドメイン (TKD) の exon20挿入変異が大半を占め、non-TKD 変異に対するゾンゲルチニブの有効性は十分に検討されていない。【症例】73歳男性。X-7年に右下葉肺癌へ根治的放射線治療を施行した。X-2年にリンパ節再発を認め、肺腺癌 rT4N3M0 Stage IIIc と診断した。カルボプラチン+ペメトレキセド+ベムプロリズマブによる化学療法を施行したが、X-1年9月に#8リンパ節の増大によりPDと判定した。再生検でHER2p.S310F 変異を認め、X年1月よりゾンゲルチニブを導入し部分奏効を得た。【考察】p.S310F はnon-TKD 変異であり、本症例はnon-TKD 変異に対してもゾンゲルチニブが有効である可能性を示唆する。【結語】HER2 non-TKD 変異にゾンゲルチニブが有効であった症例を経験した。

O-007

急速な病勢進行をきたした ROS1 融合遺伝子陽性肺扁平上皮癌の術後再発にタレトレクチニブが著効した1例

兵庫県立はりま姫路総合医療センター 呼吸器内科

○中條 翔太, 木村 洋平, 村上 晃輝, 浦田 勝哉,
松本 夏鈴, 吉村 将

【症例】75歳男性【経過】左下葉肺腺扁平上皮癌と右上葉肺腺癌の重複癌に対し外科的治療を施行。左下葉術後検体のオンコマイン Dx Target Test で ROS1 陽性が判明した。術後5ヵ月で CYFRA 上昇と左肺門、縦隔、頸部リンパ節の急速な増大を認め、気管支鏡検査で扁平上皮癌が検出され、左下葉肺癌の再発と判断した。同検体に腺癌成分を認めなかったため遺伝子検査を再提出したところ、ROS1 陽性が確認できた。急速な病勢進行に対しタレトレクチニブを導入したところ、投与2週で頸部リンパ節をはじめとする病変の著明な縮小を認め早期から著効を示した。経過中に稀な光線過敏症を認めたが、ステロイド外用と遮光の徹底により、減量なく治療継続が可能であった。【考察】ROS1 陽性肺癌は腺癌が一般的で、扁平上皮癌は稀である。急速な進行を示す稀な ROS1 陽性肺扁平上皮癌に対し、タレトレクチニブが著効した1例を経験したため若干の考察を加えて報告する。

O-008

クリゾチニブ20日間投与と局所放射線治療によって長期病勢制御を得た ROS-1 融合遺伝子陽性肺癌の一例

明石医療センター

○古川 湧也, 島山由記久, 奥田 有沙, 畦倉 孝暁,
井上 拓弥, 池田 美穂, 岡村佳代子, 大西 尚

症例は肺癌発症時68歳の女性。2009年に検診で左上肺野結節を指摘され、左S1+2の結節(12mm)およびS6の不整形すりガラス影に対して胸腔鏡下部分切除を施行した。二病変とも腺癌であったが、同時多発肺癌と判断した。2016年のCTで切除断端近傍の結節増大を認め、気管支鏡検査で腺癌と診断した。断端再発と考え、2017年2月に左S1+2・S6区域切除を施行したが、2018年8月に肺門・縦隔リンパ節転移が判明した。2017年採取検体からROS-1融合遺伝子陽性であり、2018年10月31日からクリゾチニブを開始したが、11月19日にGrade4の肝機能障害がみられ中止した。中止後は無治療で病勢縮小を維持していたが、2020年10月左肺門部リンパ節の増大がみられ、同部に放射線治療(60Gy/20Fr)を行った。以後、明らかな増悪なく経過している。クリゾチニブ20日間投与と局所放射線治療によって長期病勢制御が得られているROS-1融合遺伝子陽性肺癌を経験したため報告する。

O-009

オシメルチニブ関連心筋障害によりゲフィチニブへ変更後、2年以上治療継続中のEGFR陽性肺癌の1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 病理診断科

○戸谷 梨沙¹⁾, 難波 晃平¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 赤松 歩実¹⁾, 水城裕加里¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 山田 徹¹⁾, 榊屋 大輝¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾, 大林 千穂²⁾

症例は76歳女性。X-2年7月よりEGF R exon21 L858R 変異陽性の左上葉肺扁平上皮癌 (cT4N2M1c) cStage4B に対してオシメルチニブを開始し、PRを得ていた。X年6月に左室駆出率の低下をみとめ、オシメルチニブ関連心筋障害と診断してオシメルチニブを中止した。同年9月、脳転移および原発巣の増大を認めPDと判定、脳転移に対して定位放射線照射を行い、ゲフィチニブを開始した。新規病変の出現はみとめず、X+3年となる現在まで心機能の低下もなく治療継続中である。オシメルチニブ関連心筋障害後の治療選択として、ゲフィチニブの有用性が示唆された。

O-010

ロルラチニブ投与により幻聴を伴う多彩な精神神経症状を呈したALK陽性肺癌の1例

神戸市立医療センター中央市民病院

○中山真裕美, 立川 良, 大塚 裕斗, 田中 尚登, 杉山 貴康, 畦倉 孝暁, 村上 莉奈, 平井 将隆, 池田 陽呂, 青木 勝平, 笹田 剛史, 齊藤正一郎, 庵坂 学外, 白川 千種, 神戸 寛史, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 松田 耕平, 永田 一真, 富井 啓介

77歳女性。ALK陽性肺腺癌 (cT4N3M1c) に対しロルラチニブを開始した。開始1か月後には明らかな有害事象は認めず、2か月後の造影CTでは多発転移の著明な縮小を認めた。一方で、記憶障害、性格変化(多弁、焦燥、集中力低下)、幻聴などの精神神経症状が出現した。薬剤性を疑い2週間休薬したところ、記憶障害、性格変化は改善した。その後隔日投与で再開したが、幻聴は持続し再度休薬後も遷延した。病勢進行の不安から内服継続を希望された。精神科評価では聴覚型シャルボネ症候群が疑われた。本症例は臨床経過よりロルラチニブによる精神神経障害が示唆された。

O-011

セルベルカチニブ内服中に乳糜胸水を認めたRET融合遺伝子陽性肺癌の一例

北播磨総合医療センター

○百道 光亮, 前川 真佑, 森川 真帆, 伊藤 彩希, 河野 祐子, 松本 正孝, 高月 清宣, 西村 善博

症例は49歳男性。右下葉肺腺癌 (cT1cN2M1c, cStage4b, RET融合遺伝子陽性) に対して、X-4年よりセルベルカチニブの内服を開始した。X-1年12月のPET-CTで中等量の右胸水貯留が認められたが、胸膜播種を疑う病変は指摘されなかった。X年1月の胸部X線写真で右胸水の増加を認め、胸腔穿刺を行うと、乳白色の胸水が得られた。胸水中トリグリセリドは7260mg/dLと著明高値で乳糜胸水と診断した。セルベルカチニブの休薬を行わず、食事療法を行うことで、胸水の減量が得られた。セルベルカチニブ内服中の乳糜胸水は本邦でも販売元へ複数例の報告が挙げられており、因果関係が否定できない。今回、我々は貴重な一例を経験したので、セルベルカチニブと乳糜胸水の関連性について若干の文献的考察を含めて報告する。

O-012

セルベルカチニブの副作用マネージメントに難渋したRET融合遺伝子陽性肺癌の一例

1) 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科
2) 岡山大学 呼吸器内科

○塩田 哲広¹⁾, 横本 剛²⁾, 富樫 庸介²⁾

症例は77歳。女性。主訴は呼吸困難、心窩部痛、食思不振。現病歴は2週間前から食欲低下。10日前から安静時呼吸困難、心窩部痛が出現し当院循環器内科を受診。胸部CTにて右上葉に長径5cmの塊状陰影と右大量胸水貯留を認めたため当科紹介受診。右上葉原発肺癌、癌性胸膜炎の疑いにて局所麻酔下胸腔鏡検査を施行。壁側胸膜には白色隆起性病変をびまん性に認めた。生検のHE染色では線維増生を示す腺癌細胞の集塊を多数認めた。肺癌オンコマイン7CDXの結果RET融合遺伝子陽性であった。全身検索の結果右上葉原発肺腺癌 cT3N3M1c2 stage4B (brain, bone) PD-L1TPS60%であった。治療はセルベルカチニブ (80) 4T分2で開始。胸水著明に減少し原発巣の縮小がみられたが、食欲不振 (G3) のために10日で休薬。セルベルカチニブ (40)

2T分2で再開するも肝機能障害のため2週間で休薬。その後セルベルカチニブ (40) 1Tで再開するも全身倦怠感のために中止した。

O-013

アファチニブが著効した92歳、女性肺腺癌 EGFR E709G G719A compound mutation の一例

- 1) 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科
- 2) 岡山大学 呼吸器内科

○塩田 哲広¹⁾、横本 剛²⁾、富樫 庸介²⁾

症例は92歳、女性。主訴は労作時呼吸困難。既往歴は69歳で肺癌にて右上葉切除術。高血圧、脂質異常症にて当院循環器科に通院中。現病歴は1か月前から労作時呼吸困難が出現し次第に増悪するため当院循環器内科で胸部レ線を撮影し左大量胸水を認めたため当科当科外来紹介受診となる。胸部CTにて左大量胸水を認めたため局所麻酔下胸腔鏡検査を施行。壁側胸膜、肺胸膜ともにびまん性に腫瘍が浸潤増生しており生検の結果肺腺癌と診断。肺癌オンコマイン7CDXでEGFR E709G G719Aのcompound mutationを認めた。この両者に感受性があるのはアファチニブしかなく、アファチニブ20mgで治療を開始した。治療後胸水はゆっくりと減少し呼吸困難も改善した。下痢(G1)、皮疹(G1)、口内炎(G2)を認めたため4カ月目から2週間投薬、2週間休薬で治療を継続しているが治療後6か月でPR継続中である。

O-014

EGFR E709X+L858R 陽性の肺腺癌に対しアファチニブが長期に奏功した1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

○小南 亮太、吉川 和志、高田 正浩、日隈 俊宏、永田 憲司、平岡 亮太、山之内義尚、加藤 智浩、東野 幸子、鏡 亮吾、塚本 宏壮、水守 康之、横井 陽子、佐々木 信、河村 哲治

症例は73歳女性。X-3年に左上葉肺腺癌に対する胸腔鏡下左上葉切除術を施行した。pT1bN2M0 pStage3Aであり、CDDP+VNRによる術後補助化学療法を実施した。その後経過観察していたが、術後2年で左頸部～鎖骨上窩リンパ節増大により肺癌再発が確定した。手術検体で提出したオンコマインTM Dx Target TestマルチCDxシステムでEGFRE709X+L858R陽性が判明し、アファチニブによる治療を開始した。速やかにリンパ節が縮小し、治療開始から4年が経過した現在でもCRを維持している。当院でのEGFR Uncommon mutation例に対する治療成績も交え考察を行う。

O-015

EGFR 変異陽性非小細胞肺癌の多発脳転移に対し高用量エルロチニブ療法が奏効した一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○田中 佑磨、橋本 成修、藤本 尚子、岩垣 慈音、岡垣 暢紘、坂本 裕人、中西 司、松村 和紀、中村 哲史、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37歳女性。X-2年に左鎖骨上窩リンパ節腫脹および咳嗽を契機に受診し、肺腺癌(cT4N3M1b Stage IVA, EGFR Ex19del 陽性, PD-L1 発現率75%)と診断された。オシメルチニブを開始するも進行し、化学療法施行後も再増悪した。X年11月に意識障害・頭痛が出現し、頭部MRIで多発脳転移を認め、症状からは癌性髄膜炎の併発が疑われた。オシメルチニブ再投与は無効であり、高用量エルロチニブ療法(750mgを5日毎内服)を開始した。治療後、腫瘍マーカーの低下および画像上の改善を認め、意識障害・頭痛も軽快した。中枢神経系におけるエルロチニブの治療濃度を維持するために、高用量エルロチニブ療法の有用性が報告されている。本症例でも治療開始後、約14ヵ月間にわたり制御が得られ、後治療へ移行可能となった。中枢神経系病変制御の一手段として重要と考えられるため報告する。

O-016

オンコマイン DxTT で野生型も、EGFR 遺伝子変異が示唆され、2nd line エルロチニブが奏効した浸潤性粘液性肺腺癌の一例

- 1) 姫路医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 病理診断科
- 3) 函館医療センター 呼吸器内科

○平岡 亮太¹⁾、吉川 和志¹⁾、高田 正浩¹⁾、日隈 俊宏¹⁾、永田 憲司¹⁾、竹野内政紀¹⁾、平田 展也^{1,3)}、山之内義尚¹⁾、小南 亮太¹⁾、東野 幸子¹⁾、加藤 智浩¹⁾、鏡 亮吾¹⁾、横井 陽子¹⁾、塚本 宏壮¹⁾、水守 康之¹⁾、佐々木 信¹⁾、河村 哲治¹⁾、安松 良子²⁾

症例は81歳女性、血痰を契機に当院を受診した。胸部CTにて1.右上葉GGN、2.右中葉GGO、3.右下葉に空洞を伴うすりガラス浸潤影が認められた。出血源と考えられる右下葉病変に対してTBLBが施行され、浸潤性粘液性肺腺癌(IMA)と診断された。1.右上葉区域切除、2.右中葉部分切除、3.右下葉切除が施行され、病理結果はいずれも乳頭状増殖主体の腺癌で同一腫瘍と考えられた。中葉断端再発に対しペメトレキセドを使用するも効果乏しく、右下葉検体のODxTTの結果でEGFRの検出不能なバリエーションの存在が示唆されたため、2nd lineでエルロチニブを投与しgood PRが得られた。後日EGFR ex19に15塩基の欠失と1塩基の置換が認められることが判明した。本例は時間を要する癌ゲノム遺伝子パネル検査に回さず、二次治療として保険適応のあるエルロチニブを投与することで良好な結果を得たので、文献的考察を加え報告する。

O-017

トラスツズマブデルクステカンの late line での有効性と安全性：当院の4症例での報告

- 1) 滋賀医科大学医学部附属病院呼吸器内科
- 2) 滋賀医科大学保健管理センター
- 3) 同 医学部附属病院感染制御部

○横江 真弥¹⁾, 市田 周¹⁾, 藤野 真由¹⁾, 奥田 祥彦¹⁾, 御園生昌史¹⁾, 大岡 彩¹⁾, 入山 朋子¹⁾, 重森 度¹⁾, 角田 陽子¹⁾, 山崎 晶夫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⁾

トラスツズマブデルクステカン (T-DXd) の日本の実臨床かつ late line での有効性/安全性の報告は限られる。当院で T-DXd 投与を行った4例の有効性と安全性を報告する。【患者背景】症例1, 症例2, 症例3, 症例4のそれぞれで年齢: 58歳, 62歳, 72歳, 65歳。治療 line: 3次, 5次, 4次, 10次。PS: 1, 1, 2 (HOT 使用), 2 (アナモレリン使用)。病期: 4A, 4B, 4A, 4B。【有効性】全例で原発巣/転移巣が縮小し, 最良効果は PR であった。脳転移を伴う2例でも脳転移巣の病勢制御が得られ, 胸水を伴う2例でも胸水の減少が見られた。PD となった2例における PFS はそれぞれ 10.1 ヶ月, 8.0 ヶ月であった。【安全性】ILD は症例2(Grade1)と症例4(Grade2)で生じ, 症例2では投与再開できたが症例4では中止した。症例1では Grade2 の嘔気が見られオランザピンの追加を行った。【結論】PS: 2 を含む late line 患者でも T-DXd は有効であったが, ILD と嘔気のマネージメントには注意を要する。

O-018

当院における ALK 遺伝子陽性肺癌に対するアレクチニブの有効性と安全性

- 1) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器内科学
- 2) 同 胸部腫瘍学特定講座

○西村 駿¹⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 森 麻子¹⁾, 加藤 瑞樹¹⁾, 長谷川 裕¹⁾, 藤岡 毅¹⁾, 村上 美沙¹⁾, 河村 直樹¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 近藤 孝憲¹⁾, 清田穰太郎¹⁾, 東山 友樹^{1,2)}, 多田 陽郎^{1,2)}, 衿木 芳樹^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)}, 藤本 大智^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

背景：今日の肺癌治療薬では、ALK 遺伝子陽性肺癌に対しては複数の分子標的薬が保険承認されている。目的：実臨床下での ALK 遺伝子陽性肺癌に対するアレクチニブの有効性と安全性を明らかにすること。方法：2003年6月より2025年6月までに当院で ALK 遺伝子陽性肺癌に対し1次治療としてアレクチニブを投与した30例を対象に無増悪生存期間、全生存期間等について後方視的に検討した。結果：症例背景は男性/女性：11/19例、年齢中央値：59歳(38-81)、腺癌/扁平上皮癌：28/2例、PS: 0/1/2/3/4: 14/12/1/2/1例、フォローアップ中央値は50.9ヵ月だった。有効性は全症例で mPFS: 30.8ヵ月(95%信頼区間: 11.1-56.8)、mOS: 145.2ヵ月(95%信頼区間: 44.1-NR)だった。有害事象は Grade3以上が2例、Grade5は0例だった。考察：実臨床下での ALK 遺伝子陽性肺癌に対してのアレクチニブの有効性、安全性は J-ALEX 試験の結果(mPFS: 43.1ヵ月、mOSは未達)と比較しても妥当な結果となった。

O-019

当院における EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌に対する Amivantamab の治療実態

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
- 2) 同 大学院医学研究科 呼吸器内科学

○張 怡¹⁾, 住永圭一郎²⁾, 小笹 裕晃²⁾

背景：EGFR 遺伝子変異陽性進行性 NSCLC に対して Amivantamab が臨床試験で有効性を示し実臨床で使用されるようになった。しかし、実臨床においては既に複数の前治療が入っている症例もあり臨床試験と患者背景が異なっている。実臨床における有効性や、有効性に寄与する因子については報告が乏しい。目的：当院における Amivantamab の治療実態を調査し、無増悪生存期間 (PFS) に寄与する因子を検討した。方法：Amivantamab を投与した NSCLC 患者を対象とした。PFS の解析には Kaplan-Meier 法を用いた。結果：27例患者を登録した。中央値67歳、PS0-1が85.2%であった。PFS の傾向は概ね既報と同様であった。単変量解析では、PEM 治療歴、プラチナ製剤治療歴、PS、治療ラインが PFS と有意に関連した(すべて p < 0.01)。結論：当院においても Amivantamab は既報と類似した有効性を示したが、過去の治療歴や投与タイミングがその治療効果に影響を及ぼす可能性が示唆された。

O-020

当院における Amivantamab 点滴静注製剤の使用経験

- 1) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器内科学
- 2) 同 胸部腫瘍学

○近藤 孝憲¹⁾, 河村 直樹¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 藤岡 毅¹⁾, 村上 美沙¹⁾, 清田穰太郎¹⁾, 西村 駿¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 多田 陽郎¹⁾, 衿木 芳樹^{1,2)}, 米田 和恵²⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)}, 藤本 大智^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

2025年6月から2026年1月までに当院で Amivantamab 点滴静注製剤の投与歴を有する非小細胞肺癌症例14例について診療録をもとに後方視的に集計し有効性および安全性を評価した。年齢中央値は65.5歳(45-82歳)、男性/女性: 1/13例、ECOGPS0/1: 4/10例、遺伝子変異型は Ex 19del/L858R/Ex20ins: 7/6/1例、病期はⅢ期/Ⅳ期/術後再発: 1/10/3例、レジメンは MARIPOSA/MARIPOSA2/PAPILLON: 4/9/1例であった。CR/PR/SD/PD/NE: 0/5/3/2/4例。12例が infusion reaction (IRR) を経験した。毒性による休薬/中止: 2/2例であり理由としては爪囲炎が3例、食欲不振が1例であった。当院における Amivantamab 点滴静注製剤の治療効果は既存の報告と同様に良好であった。IRR は休薬・中止の原因とはならなかったが、爪囲炎の管理が治療継続に最も重要であった。皮下投与製剤が使用可能となり投与負担の軽減が期待される一方で爪囲炎の管理がより重要になると考えられる。

O-021

胸水 LE 細胞を契機に診断に至ったループス胸膜炎の一例

兵庫県立はりま姫路総合医療センター 呼吸器内科

○木村 洋平, 浦田 勝哉, 西井 雅彦, 松本 夏鈴,
吉村 将

【症例】71歳, 女性【主訴】発熱・左胸痛【現病歴】1年前に関節痛・脱毛を自覚し, 1カ月前に関節リウマチ疑いで当院膠原病内科を受診され, 精査中であつた。発熱・胸痛あり救急搬送され, 胸部 CT で左片側性胸水を認め, 胸水穿刺にて滲出性胸水 (pH7.4, Glu 68mg/dL, 好中球優位) であつた。細菌性胸膜炎を疑い ABPC/SBT を開始も, 発熱が遷延した。膠原病関連の胸膜炎を疑い再検した胸水より LE 細胞を確認した。血清抗 ds-DNA 抗体陽性, 蛋白尿, 脱毛, 関節痛, 漿膜炎の所見からループス胸膜炎と診断し, ステロイド治療で速やかに解熱した。【考察】ループス胸膜炎は SLE 全体の 20% に合併するが, 胸膜炎を契機に診断に至る例は少なく, 感染性胸膜炎との鑑別を要し診断に難渋する。LE 細胞の特異度は高く, 臨床像から SLE を疑い, 胸水中の LE 細胞を証明することは, 極めて有用と考え報告する。

O-022

偶発的に発見された肺小結節から肺トキシカラ症を疑い診断できた一例

大阪公立大学大学院 医学研究科 呼吸器内科学

○榎本 光志, 覺野 重毅, 新谷 穰, 石山 福道,
坂野 勇太, 上田 隆博, 松本 吉矢, 長嶺 宏明,
中井 俊之, 山田 一宏, 渡辺 徹也, 浅井 一久,
川口 知哉

【症例】40歳代男性【主訴】なし【既往歴】大腸癌, アルコール性肝障害, 慢性肺炎【現病歴】X年11月大腸癌術前評価の胸腹部 CT 検査で左肺上葉に小結節影を偶発的に指摘され, X年12月に当科紹介となった。炎症性変化を第一に疑ったが, 寄生虫感染も否定できなかった。そのため1か月後の胸部 CT 検査でフォローをしたところ, 小結節が移動しているのを確認した。寄生虫感染を疑い, 血清学的検査を施行した。抗トキシカラ IgG 抗体が陽性となり, 肺トキシカラ症と診断した。改めて問診をするとウシの生レバーの常習的な摂食歴があつた。大腸癌の術後に, アルベンダゾール 400mg1日2回を4週間投与する予定である。【考察】本症例は偶発的に発見された肺小結節影を契機に診断された肺トキシカラ症であり, 画像上炎症性変化との鑑別が困難であつた。結節の遊走性や血清抗体検査が診断に有用であり, 寄生虫感染症も鑑別に挙げる重要性が示唆された。

O-023

特発性肺骨化症の一例

関西医科大学 呼吸器感染症内科

○福田 直樹, 尾形 誠, 宮下 修行

【症例】57歳男性【主訴】特記すべきことなし【既往】50歳心房細動, 高尿酸血症, 高脂血症【喫煙歴】なし【職業歴】事務職34年, 2年ほど内装業【経過】健康診断にて, 胸部異常影指摘あり, 当科紹介受診となった。胸部 CT 画像上では, 両側下肺野に石灰化小結節伴うすりガラス影, 浸潤を認め, 精査のため, 胸腔鏡下右肺下葉部分切除術を行った。術中の胸腔鏡での目視下所見では, 臓側胸膜に隆起性の小結節が散見され, 切除標本の病理組織所見では, 周囲に肉芽腫形成, 線維芽層の形成がなく, 軽度のリンパ球, 形質細胞浸潤と, 肺腔内の骨化像が散見された。塵肺所見としては, やや経過から乖離があり, 特発性肺骨化症と診断した。多数の肺石灰化小結節を認める場合には, 特発性肺骨化症も鑑別にあげることがある。特発性肺骨化症の一例を経験したため, 考察を加えて報告する。

O-024

肝肺症候群を伴う多発肺動静脈瘻に対する塞栓術により著明な症状改善を得た一例

1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
2) 同 放射線診断科

○杉山 貴康¹⁾, 神戸 寛史¹⁾, 岡 祥次郎²⁾, 中山 怜那¹⁾,
吉村倫太郎¹⁾, 平田 拓士¹⁾, 柏木 郁美¹⁾, 打谷 美沙¹⁾,
田中 尚登¹⁾, 平井 将隆¹⁾, 西田 湧也¹⁾, 齊藤正一郎¹⁾,
伊部 匡晃¹⁾, 白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾,
富井 啓介¹⁾, 立川 良¹⁾

Child-Pugh Grade B の肝硬変を有し, 以前より仰臥位で改善する呼吸困難を自覚していた70歳代女性。呼吸困難の増悪を契機に当院を受診した。造影 CT では明らかな肺炎像を認めず, 肺底部優位の血管拡張およびシャントを認めた。肺換気血流シンチグラフィでは換気血流不均衡を伴わず, 肺内シャントの存在が示唆された。画像所見より肝肺症候群を伴う多発肺動静脈瘻と診断し, 右中葉および両側下葉病変に対して多発塞栓術を施行した。治療後, 酸素化の改善と症状の軽減を認めた。広範な塞栓術を一律に適応することは困難であるが, 適応を個別に検討することで, 治療効果が期待される可能性がある。

O-025

トルソー症候群との鑑別に難渋した irAE 脳炎の一例

- 1) 公益財団法人甲南会 甲南医療センター 呼吸器内科
2) 同 神経内科

○塚本 玲¹⁾, 佐々木祥彦¹⁾, 金澤 史朗¹⁾, 吉崎 飛鳥¹⁾,
伊藤 絢²⁾, 関谷 怜奈¹⁾, 中田 恭介¹⁾

現喫煙者の69歳女性。肺腺癌 cT4N2bM1c2 (多発骨・筋転移), TTF-1陰性, KRAS p.Gly12Asp 変異, PD-L1低発現, 1st line として IMpower130 レジメンを導入した。第15病日に発熱性好中球減少症に対して G-CSF および CFPM を開始した。第16病日に意識障害が出現し、頭部 MRI で多発脳梗塞を認めた。トルソー症候群を疑いヘパリンを開始したが、意識障害の改善に乏しかった。CFPM 中止後も改善なく、CFPM 脳症も否定的であった。神経学的局在症状に乏しく、髄液検査後に免疫関連有害事象 (irAE) による自己免疫性脳炎を疑い、第17病日よりステロイドパルス療法を開始した。第19病日には意識レベルの改善を認めた。傍腫瘍性神経症候群関連抗体は陰性であったが、臨床経過および治療反応性から irAE 自己免疫性脳炎と診断した。免疫療法中の意識障害では早期の irAE 脳炎の評価と治療介入が重要と考えられた。

O-026

Pembrolizumab を2年間投与後に RS3PE 症候群を発症した肺腺癌の1例

兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科

○松村 洋希, 戸川 雄貴, 平井 厚志, 吉田 奈生,
本田 郁子, 小川 亮, 小坂 七海, 岡崎 航也,
永田 一真, 齋藤恵美子, 平位 知之, 松本 啓孝,
遠藤 和夫

【症例】68歳男性。肺腺癌術後再発に対し Pembrolizumab を開始し、2年間 PR を維持した。投与終了1ヶ月以内に、血清 Alb 値が4g/dL 台から2g/dL 以下へと急落し、次いで両手指・足背に陥凹性浮腫を伴う対称性関節痛が出現した。RF・抗 CCP 抗体は陰性、画像上も骨びらんを認めず、臨床像より RS3PE 症候群と診断した。【経過・考察】PSL15mg/日を開始したところ、速やかに関節痛・浮腫は消失し、Alb 値も正常化した。RS3PE 症候群は VEGF 等のサイトカイン上昇による血管透過性亢進が病態に関与し、低アルブミン血症を伴うことが知られている。本症は副腫瘍症候群としても知られるが、本例は病勢増悪を認めず、ICI 投与終了直後に発症した免疫関連有害事象 (irAE) と考えられた。【結語】ICI 投与終了後も遅発性に RS3PE 症候群を発症する可能性がある。

O-027

irAE 肺臓炎後の Pembrolizumab 投与で筋炎・重症筋無力症を来した肺扁平上皮癌の1例

- 1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科
2) 同 リウマチ膠原病内科

○川崎 初姫¹⁾, 黒田 修平¹⁾, 桐山 大樹¹⁾, 中矢日奈子¹⁾,
堀 秀輔¹⁾, 松尾 壮介¹⁾, 赤松 歩美¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾,
森田 敦視¹⁾, 坂田 悟郎¹⁾, 藤本 葉月¹⁾, 松岡 史憲¹⁾,
石井 達也¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 友國 佳奈¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾,
堀 朱矢¹⁾, 小林 和幸¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 山根 隆志²⁾

66歳男性。X-4年10月左上葉肺扁平上皮癌 cT4N1M0 Stage IIIC (PD-L12%, ドライバー遺伝子変異陰性) に対し化学放射線療法 (CDDP+TS-1) を行なった。Durvalumab 初回投与1週間後に Grade2 の irAE 肺臓炎が出現したため中止し、ステロイド内服治療で改善した。その後再発に対する化学療法も PD となり、X 年1月 Pembrolizumab 投与を開始した。初回投与3週間後に著明な高 CK 血症のため入院し、MRI と針筋電図検査で筋炎所見を認め irAE 筋炎と診断した。ステロイドパルス療法を開始したが、左眼瞼下垂や首下がり症状が出現、抗 AChR 抗体陽性より重症筋無力症と判明した。初期増悪による2型呼吸不全を合併したためタクロリムスを導入、以後症状及び CK 値も改善し自宅退院となった。

O-028

当院で経験した Pembrolizumab による糸球体腎炎の2例

大津赤十字病院 呼吸器内科

○池上佳那美, 高橋 珠紀, 阪本 哲紀, 北原 健一,
佐藤 将嗣, 嶋 一樹, 八木 由生, 伊藤 穰,
酒井 直樹

【背景】Pembrolizumab による腎障害は間質性腎炎が多いが、糸球体腎炎の症例も散見される。【症例1】72歳男性。肺扁平上皮癌に対して CBDCA+PTX+Pembrolizumab4 コース施行後、Pembrolizumab 単剤2コースを終了。3コース目予定の1週間前から発熱があり、予定受診時に全身倦怠感、血尿と蛋白尿、腎機能の著明な悪化を認め、緊急入院した。抗 GBM 抗体陽性が判明し入院5日目よりステロイドパルスと血漿交換を施行したが、最終的に透析導入となった。【症例2】56歳男性。肺扁平上皮癌に対して CBDCA+nab-PTX+Pembrolizumab を4コース施行後、Pembrolizumab での維持療法を1コース終了後に重症薬疹を発症し、治療を中断していた。定期外来受診時 Cre 上昇があり糸球体腎炎にいたり、緊急透析、ステロイドパルス療法も行ったが維持透析に移行した。【結語】早期の診断および治療介入によっても腎不全へ移行した Pembrolizumab に起因する急性進行性糸球体腎炎を経験した。

O-029

ニボルマブによる2度の薬剤性肺炎を経て病勢制御を得た悪性胸膜中皮腫の1例

- 1) 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

○吉川 和志¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 中原 保治¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 安松 良子²⁾

73歳男性, 石綿曝露歴あり。左胸膜肥厚にて当科紹介, 胸腔鏡下生検で上皮型悪性胸膜中皮腫と診断した。術前化学療法としてプラチナ製剤+ペメトレキド療法を開始したが, 病勢進行で手術適応外となり二次治療でニボルマブを導入, 治療は奏効した。13コース目に右上葉大葉性肺炎を発症, 抗生剤不応で免疫関連有害事象(irAE)としてニボルマブ休薬のみで軽快した。以後無治療で奏効を維持できていたが, 1年7ヶ月後に再発し, ニボルマブの投与再開で再び腫瘍縮小を得た。再開3コース後に左下葉大葉性肺炎を発症したがニボルマブを再度中止で軽快した。2回目の肺炎軽快後はニボルマブを再開せずに現在まで無増悪を維持している。irAEによる肺炎発症後の薬剤再投与に関しては様々な考え方があり。irAE肺炎改善後すぐに再開せず, 増悪後ニボルマブを再投与, 再度奏効も速やかに肺炎再発, 投与中止で肺炎改善も病勢制御を維持できている症例を経験したので報告する。

O-030

SMARCA4欠損未分化腫瘍に対してCBDCA+PTX+Ipilimumab + Nivolumabを投与し長期奏効が得られた一例

兵庫県立がんセンター 呼吸器内科

○河 良崇, 道満 剛之, 十三 且也, 山田 潤, 安田裕一郎, 伊藤 彰一, 服部 剛弘, 里内美弥子

54歳男性。強い背部痛を主訴に当科紹介となった。胸腹部造影CTにて右上葉に腫瘤影が認められ, 一部は上大静脈(SVC)内に浸潤していた。診断を目的に他院で腫瘍生検術およびSVC再建術を行った。SMARCA4欠損未分化腫瘍cT4N1M1c2 (PD-L1TPS: <1%)と診断した。X年7月より初回治療としてCBDCA+PTX+Ipilimumab + Nivolumabを開始した。治療効果はPRであった。両虚血性視神経症を伴う視力低下が出現し, 免疫関連有害事象が疑われたためX+1年12月に投与終了した。その後もX+5年4月までPRを維持している。SMARCA4欠損未分化腫瘍は予後不良の疾患として知られている。免疫チェックポイント阻害薬が奏効した報告はあるが, 本症例は其中でも長期奏効を得られている。若干の文献的考察も含め報告する。

O-031

cemiplimab併用の化学療法が著効した肺扁平上皮癌の1例

- 1) 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 呼吸器内科
- 2) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学

○前迫 哲史¹⁾, 中島 康博^{1,2)}, 村田 卓嗣^{1,2)}, 長野 昭近¹⁾, 南 大輔¹⁾, 南 俊行²⁾, 金廣 有彦¹⁾, 栗林 康造²⁾, 木島 貴志²⁾

【症例】83歳, 女性。ANCA関連血管炎の加療中(PSL7mg/日)に咳嗽を認めたため当科に紹介となった。胸部CTで左上葉に長径54mmの塊状影, 左肺門リンパ節腫大(LN #11長径25mm)を認めた。左肺門リンパ節に対してEBUS-TBNAを行い肺扁平上皮癌と診断した。多発脳転移を認めたことより肺扁平上皮癌(StageIVB:T3N1M1c, PD-L1 IHC 22C3 TPS:5%, ドライバー遺伝子変異なし)と診断した。Performance Status (PS) 1の全身状態を考慮した共同意思決定の下, CBDCA+PAC+cemiplimabを開始した。2コース施行後に左上葉の塊状影は著明に縮小しRECIST-PR判定となった。薬剤毒性は食欲不振(Grade2), 関節痛(Grade2)を認めたが支持療法で対応可能であり, 免疫関連有害事象の発症はなかった。【考察】cemiplimab併用の化学療法はEMPOWER-Lung 3において肺扁平上皮癌やPS1の患者への有用性が報告されており, 本症例においても有用であった。文献的考察を加え発表する。

O-032

Tarlatamab投与後に片側胸水の増加を認め, サイトカイン放出症候群の影響が考えられた小細胞肺癌の一例

- 1) 石切生喜病院 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器腫瘍内科

○松井恵利香¹⁾, 石川 遼馬¹⁾, 青原 大介¹⁾, 引石 惇仁¹⁾, 桑原 学¹⁾, 中濱 賢治¹⁾, 吉本 直樹¹⁾, 南 謙一¹⁾, 平島 智徳²⁾, 平田 一人¹⁾

【症例】76歳, 女性【現病歴】X年6月に進展型小細胞肺癌(cT3N2M1a cStageIVA, M1a:悪性胸水)と診断された。一次治療としてCBDCA+ETP, 二次治療としてAMRを施行したが, 左胸水増加で病勢進行と判断した。X+1年1月にTarlatamab導入目的で入院となった。【経過】day1の夜に発熱と低酸素血症を認めGrade2のサイトカイン放出症候群(CRS)としてベタメタゾンを投与した。day2の早朝に呼吸状態が悪化し, 喘鳴と左胸水増加を認め, Grade3のCRSとしてトシリズマブの投与, ステロイドパルス療法, 高流量鼻カニューレ酸素療法を開始した。day3にさらに左胸水増加し胸腔穿刺で黄色透明胸水1600mLを排液した。その後は改善あり, 再投与可能で, 有害事象も軽減した。【考察】Tarlatamab投与後のCRSとして胸水が増加したという報告は調べた限りでは認めなかった。一方でBiTE分子製剤のEpcoritamabによる致死的小細胞肺癌の症例報告があり, 本症例も同様の局所CRSであったと考えられる。

O-033

免疫療法中に重症サイトカイン放出症候群を発症し救命後、後治療が奏効した胸膜中皮腫の1例

- 1) 滋賀医科大学 呼吸器内科学講座
- 2) 同 呼吸器外科学講座
- 3) 同 保健管理センター
- 4) 滋賀医科大学医学部附属病院 感染制御部
- 5) 東近江総合医療センター 呼吸器内科

○角田 陽子¹⁾, 後藤 幸⁵⁾, 市田 周¹⁾, 植木 康光¹⁾, 奥田 祥伍¹⁾, 御園生昌史¹⁾, 大岡 彩¹⁾, 横江 真弥¹⁾, 入山 朋子¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 片岡 瑛子²⁾, 重森 度¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 山口 将史¹⁾, 大澤 真⁴⁾, 小川恵美子³⁾, 中野 恭幸^{1,4)}

【背景】悪性胸膜中皮腫に対するニボルマブ・イピリムマブ (Nivo/Ipi) 併用療法は有効であるが、免疫関連有害事象としてのサイトカイン放出症候群 (CRS) は稀ながら重篤化し得る。【症例】60代女性。2019年に上皮型胸膜中皮腫と診断し、Nivo/Ipi 療法を開始した。投与後に発熱、血圧低下、血球減少を認め入院した。免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) 関連有害事象を疑い、IL-6およびフェリチン高値を認め、臨床所見と併せて重症 CRS と診断した。【経過】メチルプレドニゾンおよびトシリズマブ投与により改善した。約1か月後にフェリチン再上昇を認め、CRS 再燃を疑いトシリズマブを再投与し安定化した。ICI は中止したが腫瘍縮小は維持された。再増大後は後治療としてカルボプラチン+ベメトレキセドを施行し奏効した。【結語】重症 CRS の管理における IL-6 およびフェリチンの有用性と、ICI 中止後の後治療の重要性が示唆された。

O-034

抗菌薬治療抵抗性肺炎を契機に診断されたびまん性汎大細胞型 B 細胞リンパ腫の1例

- 1) 市立伊丹病院 呼吸器内科
- 2) 甲南医療センター 緩和ケア内科

○竹崎 一皓¹⁾, 細井 慶太¹⁾, 木下 善詞¹⁾, 原 聡志¹⁾, 原 彩子¹⁾, 亀井 郁恵¹⁾, 由良 成¹⁾, 西川 祐樹¹⁾, 浅井 優希¹⁾, 高田 悠司²⁾

【症例】74歳、女性。入院約1週間前より発熱と咳嗽が出現し持続したため近医を受診し肺炎と診断された。対症療法を受けたが改善しないため精査加療目的に当院紹介となり肺炎加療目的に入院となった。入院後の経過として抗菌薬治療に抵抗性であり、精査目的に気管支鏡検査を施行した。右中葉および右下葉気管支に狭窄病変を認め、生検でB細胞性リンパ腫が疑われた。確定診断目的に胸腔鏡下リンパ節生検を行い、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) と診断した。その後は血液内科へ転科し化学療法導入の方針となった。【考察】肺原発悪性リンパ腫は稀であり、その多くは低悪性度の MALT リンパ腫である中で本症例のような DLBCL はさらに稀である。抗菌薬抵抗性肺炎においては非感染性疾患として腫瘍性疾患も鑑別であり、気管支鏡などでの早期評価が治療方針の決定に重要である。

O-035

超音波ガイド下針生検で診断し得た triple expressor びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の1例

奈良県西和医療センター

- 宮本 誉, 中村 孝人, 田村 緑, 新田 祐子, 中井 昌弘

【背景】慢性心房細動に対する DOAC 内服中の症例において、肺動脈浸潤および血痰を伴う胸部悪性腫瘍では、出血リスクなどにより気管支鏡検査が困難な場合がある。【症例】85歳男性。心房細動を背景に呼吸困難を主訴として受診した。造影 CT で左中等度胸水および肺動脈への浸潤が示唆される腫瘍を認めた。出血リスクを考慮し気管支鏡検査は回避し、ベッドサイドで超音波ガイド下胸膜生検および胸腔ドレナージを施行した。病理組織から、びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫免疫染色で c-Myc, BCL2, BCL6 陽性の triple expressor と診断した。他院血液内科紹介し、R-CVP 療法を施行したが治療効果は限定的で、best supportive care の方針となった。【考察】本例は侵襲的気管支鏡検査が困難な状況下で、超音波ガイド下胸膜生検が確定診断に有用であった。

O-036

右眼窩原発マントル細胞リンパ腫の治療前評価で施行した気管支鏡検査で偶発的に発見された気管転移の1例

- 1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科
- 2) 同 病理診断科
- 3) 田村クリニック

○桐山 大樹¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 黒田 修平¹⁾, 川崎 初姫¹⁾, 中矢日奈子¹⁾, 堀 秀輔¹⁾, 松尾 壮太¹⁾, 赤松 歩美¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾, 森田 敦視¹⁾, 坂田 悟郎¹⁾, 藤本 葉月¹⁾, 松岡 史憲¹⁾, 石井 達也¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 友國 佳奈¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 田村 大介³⁾, 今井 幸弘²⁾

76歳女性。流涙障害を契機に右眼窩腫瘍を指摘され、生検でマントル細胞リンパ腫と診断された。治療前の胸部 CT で右下葉の小葉中心性粒状影、右中葉の気管支拡張、左舌区末梢結節を認め、T-SPOT 陽性、抗 MAC 抗体陽性で抗酸菌症合併が疑われた。化学療法導入前の精査として気管支鏡検査を施行したところ、気管支粘膜に発赤を伴う多発病変を認め、生検でマントル細胞リンパ腫の気管進展と診断した。洗浄液培養では M. avium を検出した。マントル細胞リンパ腫の気管病変はまれであり、抗酸菌症精査を契機に偶発的に診断し得た貴重な1例として報告する。

O-037

濾胞性リンパ腫に合併した乳糜胸の一例

天理よろづ相談所病院

○橋本 文蔵, 坂本 裕人, 藤本 尚子, 岡垣 暢紘,
田中 佑磨, 中西 司, 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, 羽白 高, 田口 善夫

症例は70歳女性。X年6月に咳嗽を主訴に前医を受診し、悪性リンパ腫疑いとしてX年7月に当院血液内科を紹介受診となった。PET-CTで左鎖骨上窩・横隔膜脚後腔リンパ節腫大・左胸水貯留を認め、左鎖骨上窩リンパ節生検を行い、濾胞性リンパ腫(Ann Arbor分類:stage4)の診断となった。左胸水の精査目的に当科紹介受診となり、胸腔穿刺を行い、色調は乳白色、TG:1998mg/dLの所見から乳糜胸と診断した。濾胞性リンパ腫に伴う乳糜胸と考え、化学療法の治療効果を見ることとなり、当院血液内科にてGB療法(オビヌズマブ+ベンダムスチン療法)を行い、左鎖骨上窩・横隔膜脚後腔リンパ節腫大の縮小、左胸水は消退が得られた。乳糜胸はリンパ増殖性疾患の稀な合併症であり、胸管への外部圧迫や直接浸潤により生じるとされている。リンパ増殖性疾患に伴う乳糜胸への対応について文献的考察を踏まえて報告する。

O-038

IgG4高値を呈しIgG4関連疾患との鑑別を要した肺リンパ増殖性病変の一例

1) 神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科
2) 同 病理診断科

○岡本真理子¹⁾, 桂田 直子¹⁾, 田中 伴典²⁾, 矢谷 敦彦¹⁾,
羽間 大祐¹⁾, 永野 達也¹⁾, 立原 素子¹⁾

症例は53歳男性。X-6年に多発肺結節影を指摘されBAL(組織球61%,リンパ球38%),TBLBを施行されたが確定診断に至らず経過観察されていた。無症状であるもX年に結節影の緩徐な増悪を認め当科紹介となった。CTでは広義間質主体の陰影で一部に嚢胞を認めた。画像上リンパ増殖性疾患が疑われたが、肺門縦隔リンパ節の有意な腫大はなかった。血液検査ではIgG4 150mg/dLと軽度高値、IL-6 3.7pg/mL、CRP 0.14mg/dLと炎症反応の上昇はなかった。右下葉の外科的肺生検検体では、広義間質周囲に形質細胞とリンパ球浸潤を認め、キャッスルマン病形質細胞型の所見であった。IgG4陽性細胞は増加(78/HPPF)していたがIgG4/IgG比は36%と基準を満たさず、IgG4関連疾患は否定的であった。リンパ節腫大はなく、無症状で炎症所見にも乏しくキャッスルマン病としての診断基準を満たさなかった。IgG4軽度上昇を示すリンパ増殖性疾患の鑑別について文献的考察を加え報告する。

O-039

EGPAが疑われた著明な好酸球増多症の原因が肝蛭症であった1例

1) 滋賀医科大学医学部附属病院 呼吸器内科
2) 同 感染制御部
3) 同 保健管理センター

○御園生昌史¹⁾, 山口 将史¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾,
山崎 晶夫¹⁾, 角田 陽子¹⁾, 重森 度¹⁾, 入山 朋子¹⁾,
横江 真弥¹⁾, 大岡 彩¹⁾, 植木 康光¹⁾, 奥田 祥伍¹⁾,
市田 周¹⁾, 藤野 真由¹⁾, 大澤 真²⁾, 小川恵美子³⁾,
中野 恭幸^{1,3)}

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)は気管支喘息や好酸球増多を特徴とする全身性血管炎である。一方、寄生虫感染症も類似した臨床像を呈し診断に苦慮することがある。症例は30代ベトナム人男性。X年7月より咳嗽と膨疹が出現し、近医にて喘息および蕁麻疹の診断となり治療開始となった。その後も症状は遷延し、発熱や筋肉痛も出現した。9月の血液検査で著明な好酸球増多があり、前医受診となった。ステロイド内服により一過性に症状は軽快したが、漸減すると症状が再燃し、EGPAの疑いとして当院紹介となった。詳細な食歴聴取でサワガニや生野菜などの摂食歴を認め、寄生虫感染症を疑い精査を行った。前医で実施された糞便虫卵検査は陰性であったが、抗寄生虫抗体スクリーニング検査が陽性となり、精査の結果、抗肝蛭抗体陽性が判明し、肝蛭症の診断に至った。好酸球増多を伴う症例では肝蛭症を含む寄生虫感染症を念頭に置くことが重要である。

O-040

Fomitopsis sp.によるアレルギー性気管支肺真菌症と考えられた一例

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

○久保 直之¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 市田 周¹⁾, 植木 康光¹⁾,
奥田 祥伍¹⁾, 中西 司¹⁾, 御園生昌史¹⁾, 大岡 彩¹⁾,
横江 真弥¹⁾, 入山 朋子¹⁾, 角田 陽子¹⁾, 重森 度¹⁾,
仲川 宏昭¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 山口 将史¹⁾, 大澤 真^{1,2)},
小川恵美子^{1,3)}, 中野 恭幸^{1,2)}

【症例】44歳男性。X-10年頃より咳嗽や喀痰が出現し、近医で気管支喘息と診断され治療が開始となった。X-2年に前医を紹介受診し、胸部CTにて多発気管支拡張像や内部液貯留を認め、経過観察を行っていた。その後も症状や胸部CT所見は改善乏しく、精査・加療目的にX年に当院を紹介受診した。末梢血好酸球・IgE上昇あり、胸部CTでは中枢性気管支拡張・中枢性気管支内粘液栓・粘液栓濃度上昇を認め、アレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)の可能性が考えられた。喀痰検査を実施したが有意所見を認めず気管支鏡検査を実施したところ、気道内に粘液栓を認め培養からはFomitopsis sp.を検出し、同真菌によるABPMと考えられた。その後ステロイド加療を開始したところ、症状ならびに胸部CT所見は改善傾向となった。【考察】Fomitopsis sp.はツガサルノコシカケ属の真菌を指す。ABPMは稀な真菌でも発症することが報告されており、起炎菌検索が重要と考えられる。

O-041

難治性アトピー咳嗽の1例における P2X3 阻害薬の効果

- 1) 関西医科大学 内科学第一講座
- 2) 同 総合医療センター 呼吸器内科

○石浦 嘉久^{1,2)}, 野村 昌作^{1,2)}, 伊藤 量基^{1,2)}

咳嗽は臨床で頻繁に遭遇する重要な症状である。慢性難治性咳嗽の原因の一つであるアトピー性咳嗽では気管における好酸球性炎症による感覚神経C線維の過敏が主病態である。P2X3拮抗薬であるゲファピキサントはC線維の興奮を抑制して鎮咳作用を有する。今回我々はゲファピキサントが有効であった難治性アトピー咳嗽の1例を経験した。症例は64歳の女性。慢性難治性咳嗽を主訴に当院を受診した。気道過敏性陰性でカプサイシン咳感受性陽性でアゼラスチン内服で症状が一部改善しアトピー咳嗽と診断した。しかし症状は残存遷延しその後増悪した。トシル酸スプラタストや吸入ステロイドなどの追加治療で効果なかったがゲファピキサント(90mg/日)による追加治療でVAS, LCQなどの臨床指標は改善し、カプサイシン咳感受性も改善した。この症例の治療経過は、P2X3阻害がアトピー咳嗽による慢性難治性咳嗽に対する有効な治療選択肢である可能性を示している。

O-042

難治性アトピー咳嗽における P2X3 阻害の重要性についての後方視研究

- 1) 関西医科大学 内科学第一講座
- 2) 同 総合医療センター 呼吸器内科

○石浦 嘉久^{1,2)}, 野村 昌作^{1,2)}, 伊藤 量基^{1,2)}

咳嗽は臨床で頻繁に遭遇する重要な症状である。慢性難治性咳嗽、特に日本における慢性難治性咳嗽の主な原因の一つであるアトピー性咳嗽に対して、より強力な鎮咳薬による治療が必要である。これまでの研究で、気管における好酸球性炎症による感覚神経C線維の過敏がアトピー性咳嗽の病態であることが判明している。P2X3拮抗薬であるゲファピキサントはC線維の興奮を抑制することにより鎮咳作用を有する薬剤である。今回我々はヒスタミンH1拮抗薬で症状が残る難治性アトピー咳嗽患者に対するP2X3拮抗薬ゲファピキサント追加投与の効果の後方視的に検討した。23名(男性10名女性13名, 平均年齢62.2歳, Range22-87)が対象となった。全例でアゼラスチン4mgが投与されており、ゲファピキサント(90mg/日)による追加治療前後でFVC, FEV1, FeNOには変化なかったが、咳VAS, LCQ, カプサイシン咳感受性は有意に改善しその有効性が示された。

O-043

テゼベルマブにより咳失神が消失した難治性喘息の一例

社会医療法人 愛仁会 明石医療センター

- 井上 拓弥, 岡村佳代子, 奥田 有沙, 佐々木和子,
畦倉 孝暁, 古川 湧也, 池田 美穂, 畠山由記久,
大西 尚

症例は79歳男性。若年時より造船業および金属加工の現場に従事し、60歳以降は現場作業は減少したものの巡回業務を継続していた。気管支喘息に対して吸入療法および内服加療が行われてきたが、症状は安定せず、X-5年に当院紹介となった。紹介後も季節性増悪や職業環境変化に伴う悪化がみられ、全身性ステロイドの投与も複数回要した。X年には激しい咳嗽発作に伴う意識消失が出現し、吸入治療の強化および全身性のステロイド投与を行うも症状は遷延した。2型炎症の関与に加え、外的刺激に対する気道過敏性の亢進が考えられたためテゼベルマブを導入したところ、咳嗽は改善し咳失神は消失した。本症例は難治性喘息および咳失神に対するテゼベルマブの有効性を示唆するものと考えられ、文献的考察を加えて報告する。

O-044

難治性慢性好酸球性肺炎、慢性好酸球性副鼻腔炎に対してメボリズマブが著効した28歳女性

- 1) 医療法人 伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科
- 2) 岡山大学 呼吸器内科

○塩田 哲広¹⁾, 横本 剛²⁾, 富樫 庸介²⁾

症例は28歳、女性。主訴は咳嗽、発熱。現病歴は咳嗽、発熱が1週間以上持続するため当科外来を初診。胸部CTにて両側上葉、下葉S6に末梢優位な濃度上昇を認めた。末梢血好酸球数は1190/ μ lと高値で慢性好酸球性肺炎と診断しプレドニンによる治療を開始した。治療開始後症状は速やかに改善したが漸減すると好酸球性肺炎の再燃を繰り返した。10か月後からは気管支喘息、慢性好酸球性副鼻腔炎も併発してきた。ステロイド投与期間も1年半の長期になってきたため、メボリズマブの投与を施行した。その後好酸球数は100/ μ l以下で推移し慢性好酸球性肺炎の再燃はみられず、気管支喘息、慢性好酸球性副鼻腔炎の症状ともに改善した。ステロイド長期投与を要するいわゆる好酸球増多症候群(HES)に対してメボリズマブ投与が有効であった症例を経験したが、メボリズマブの適応症にHESは含まれていない。

O-045

慢性好酸球性肺炎合併気管支喘息に対しベンラリズムブが有効であった一例

大阪けいさつ病院 呼吸器内科

○小山 広介, 杉浦 朱夏, 本郷 卓英, 神島 望,
朝川 遼, 所司原奈央, 二見 悠, 仲谷 健史,
山本 傑

症例は41歳男性。気管支喘息で通院中であり、慢性進行性肺アスペルギルス症の既往を有する。発熱と上気道症状を主訴に前医を受診した。FilmArrayでRSウイルス陽性を認め入院となったが改善せず、当院紹介となった。当院では好酸球増多、IgE高値、中枢性気管支拡張および粘液栓からABPAを疑い、第1病日に左上葉病変よりAspergillus fumigatusを検出しイトラコナゾールを開始した。しかし右下葉すりガラス陰影は増悪し、第6病日に気管支肺胞洗浄で好酸球27%と高値を認め慢性好酸球性肺炎(CEP)と診断した。ステロイド開始後、肺陰影は速やかに改善した。その後CEP再燃および喘息増悪を認めステロイド依存状態となったため、ベンラリズムブを導入した。導入後はステロイドの速やかな減量が可能となり、良好な経過を得た。本症例はABPAにCEPを合併した難治例に対しベンラリズムブが有効であった一例であり、文献的考察を加えて報告する。

O-046

喘息 COPD オーバーラップに合併した好酸球増多症候群に対してベンラリズムブが有効であった1例

1) 高槻赤十字病院 呼吸器内科
2) 同 血液内科
3) 同 皮膚科
4) 高槻赤十字病院 消化器内科○前谷 知毅¹⁾, 前迫 善智²⁾, 水野 嵩彬³⁾, 松村大志郎⁴⁾,
三崎裕美子¹⁾, 森 令法¹⁾, 野村奈都子¹⁾, 深田 寛子¹⁾,
中村 保清¹⁾, 北 英夫¹⁾

【症例】80歳男性【病歴】他院検査入院中に発熱・咳嗽を発症し、胸部CTで気腫を背景に両側上葉すりガラス陰影を認め、血液検査では好酸球数増多(11700/ μ L)を認め、抗菌薬にて改善乏しく転院となった。肺機能検査で閉塞性障害・FeNO上昇を認め、喘息COPDオーバーラップ(ACO)と診断した。気管支鏡検査にてBAL中好酸球は24%と上昇していた。骨髄には成熟好酸球増加のみで芽球は認めず、胃粘膜生検及び紅皮症状態の皮膚生検にて好酸球浸潤を認めたが、血管炎を疑う所見なく好酸球増多症候群(HES)と診断した。プレドニゾン30mgを開始し所見は改善したが、漸減中に好酸球数が再上昇し症状が再燃したため、ベンラリズムブを開始した。以降は好酸球上昇や肺陰影の悪化、症状の再燃は認めていない。【結語】ACOに合併したHESに対し、ベンラリズムブが奏功した1例を経験した。

O-047

高度免疫抑制患者に生じたびまん性すりガラス陰影を呈する播種性クリプトコッカス症の一例

1) 日本生命病院 呼吸器免疫内科
2) 同 皮膚科
3) 同 病理診断科○尾崎 佑理¹⁾, 田中 雅樹¹⁾, 大塚 啄生¹⁾, 本郷 卓英¹⁾,
刀祢 麻里¹⁾, 甲原 雄平¹⁾, 井原 祥一¹⁾, 武田 吉人¹⁾,
松岡 洋人¹⁾, 立花 功¹⁾, 林 美沙²⁾, 城光寺 龍³⁾

症例は81歳女性。難治性自己免疫性水疱性類天疱瘡に対し、皮膚科にてY年11月よりプレドニゾン(以下PSL)40mg/日を開始された。20mg/日まで漸減された段階で皮膚症状が再燃し、ミゾリピンと免疫グロブリン大量静注療法、シクロスポリンが追加された。Y+1年7月より労作時呼吸困難が出現し β Dグルカン高値および胸部CTで両側すりガラス陰影を認めたため当科に転科となった。ニューモシスチス肺炎を強く疑いST合剤とPSL80mg/日で治療を行うも、気管支肺胞洗浄液や髄液中にcryptococcusを検出し播種性クリプトコッカス症の併発と診断した。アムホテリシンBとフルシトシンを開始したが改善に乏しく第39病日に死亡し病理解剖を行った。高度免疫抑制患者に生じた播種性クリプトコッカス症の一例を経験し、剖検結果から宿主の免疫応答とCT所見との関連を検討したため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

O-048

JAK 阻害薬投与中にニューモシスチス肺炎(PjP)を発症した1例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○安藤 勇哉, 秋田 小梅, 石川 遼一, 黄 文禧,
福田 考生, 山田 拓実, 池田 拓真, 岩垣 慈音,
矢野 翔平, 山野 隆史, 西 健太, 笠松 知子,
高岩 卓也, 中川 和彦, 吉村 千恵

【症例】82歳女性【現病歴】関節リウマチ(RA)に対しメトトレキサートを使用されていたがX-1月からJAK阻害薬(フィルゴチニブ)に変更された。X月に微熱と呼吸困難を主訴に近医を受診し、胸部レントゲンで両側肺野に浸潤影を認めたため肺炎の疑いで当科に紹介となった。CTで両側下葉優位のびまん性すりガラス陰影を認め、呼吸不全を合併していたため緊急入院とした。入院日に気管支肺胞洗浄(BAL)を施行し、BAL液中のリンパ球の増加を認め、Pneumocystis jirovecii PCRが陽性であったため、PjPの診断としてST合剤とステロイドを開始した。経過中に薬疹が生じたため第11病日よりST合剤をアトバコンに変更し計3週間の治療を施行し病勢は改善傾向だった。【考察】JAK阻害薬はRAを始め難治性免疫性炎症性疾患の治療薬として広く用いられているが、PjP発症率は低い。しかし非HIV患者でのPjPの死亡率は高く、早期発見・治療が重要であり、BALを含めた精査が必要である。

O-049

左腎癌術後レンパチニブ投与中に、肺アスペルギルス症が増悪し、咯血、入院に至った一例

国立病院機構 東京都病院 呼吸器内科

○渡邊 利光

もともと左腎癌術後に対し、泌尿器科、腫瘍内科にて、レンパチニブによる術後加療中、肺アスペルギルス症が増悪し、咯血、入院に至った一例を経験したので報告する。

O-050

間質性肺炎に対して集学的治療を行うも救命できず、病理解剖で播種性ムコール症が判明した1例

京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○田村 早希, 岩田 敏之, 田里 美樹, 祖開 暁彦,
楠 咲, 安田 直晃, 林 康之, 西村 尚志

症例は77歳男性。関節リウマチ、間質性肺炎で近医フォロー中、X-19病日に間質性肺炎急性増悪で同院入院、ステロイドパルスを実施。X-2病日に再増悪の判断で再度ステロイドパルス実施するも呼吸状態悪化し当院転院となった。近医の血液検査でMPO-ANCA陽性であり、当院では肺胞出血を伴う血管炎に準じた治療としてステロイド投与に加えて血漿交換、エンドキサンパルスを行った。感染症疑いに抗菌薬投与、X+11病日の喀痰培養でアスペルギルス陽性となり抗真菌薬投与を含めた集学的治療を行ったが症状改善乏しくX+13日永眠された。病理解剖では両肺、右胸壁、横隔膜、心膜、右腎臓からムコールの検出があり播種性ムコール症の診断となった。ムコール症は培養感度が低く血清マーカーに乏しいため診断に組織診断を要することが多いが、病勢強く生前の診断には至らないケースも多い。播種性ムコール症についての既報は限られており、文献的考察も加えて報告する。

O-051

Aspergillus sclerotiorum による職業関連肺真菌症の1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科
2) 同 病理診断科

○日隈 俊宏^{1,2)}, 河村 哲治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 山之内義尚¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 高田 正浩¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 竹井 雄介²⁾, 安松 良子²⁾

20歳男性、既往歴なし。右胸痛で受診し、右気胸・胸水貯留・右上葉結節を認めた。気胸および結節性病変に対して胸腔鏡下右上葉部分切除術を施行し、組織中に多数の菌糸を伴う菌塊を認め、組織培養より*A. sclerotiorum*が検出された。患者は換気設備のない狭小空間で洋菓子製造のアルバイトに従事しており、小麦粉中で増殖した本菌を吸入したことにより肺感染症を来し気胸を続発したものと考えられた。*A. sclerotiorum*は環境・食品汚染菌としての報告例があるが、呼吸器感染症の報告例はなく、菌の生育条件と作業環境が合致することにより発症した極めて稀な症例と考えられたので報告する。

O-052

イサブコナゾニウムによるSIADHを発症した慢性進行性肺アスペルギルス症の1例

1) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器内科学
2) 同 胸部腫瘍学特定講座

○田上 健太¹⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 河村 直樹¹⁾, 脇田 悠¹⁾, 長谷川 裕¹⁾, 村上 美沙¹⁾, 近藤 孝憲¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 清田 稜太郎¹⁾, 徳田 麻佑子¹⁾, 東山 友樹^{1,2)}, 多田 陽郎^{1,2)}, 祢木 芳樹^{1,2)}, 米田 和恵²⁾, 藤本 大智^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

症例は82歳男性、発熱および夜間咳嗽を主訴に受診した。採血にて炎症反応上昇と、胸部CTにて肺野空洞内に液体貯留を認めたため、肺化膿症と診断し抗菌薬を開始した。炎症反応は改善傾向を示したが、陰性化には至らず再度精査したところ、採血にてアスペルギルスIgG抗体の陽転化と胸部CTにて空洞壁肥厚の増悪を認め、喀痰培養からも*A. fumigatus*を検出したため、慢性進行性肺アスペルギルス症と診断した。ポリコナゾールによる治療を開始したが、薬剤性SIADHを発症したため被疑薬であるポリコナゾールを中止し、支持療法を行なった。低Na血症の改善を確認したのち、イサブコナゾニウムを開始した。しかし、再度低Na血症を認め、SIADHの診断基準を満たしたため、イサブコナゾニウムによるSIADHと診断した。ポリコナゾールによるSIADHの報告はあるが、イサブコナゾニウムによるSIADHの報告は稀であり、文献的考察も含め報告する。

O-053

非結核性抗酸菌症との鑑別を要し、気管支鏡検査で診断した *Exophiala dermatitidis* による肺黒色真菌症の一例

地方独立行政法人大阪市民病医院機構大阪市立総合医療センター
呼吸器内科

○保倉 望, 佐藤佳奈子, 細谷 諒, 後藤 文香,
吉村聡一郎, 秋岡 正史, レオン実賀, 門谷 英昭,
澤 信彦, 真本 卓司

【症例】57歳女性【現病歴】X年の健康診断で胸部異常陰影を指摘された。X年11月に前医を受診し、右中葉に16mmの結節影を認めた。CTガイド下肺生検では類上皮肉芽腫を認めたが、生検針洗浄液の抗酸菌培養は陰性であった。抗MAC抗体8.72U/mLと上昇しており、非結核性抗酸菌（NTM）症が疑われた。当院に紹介となり、X+1年1月に気管支鏡検査を施行した。気管支洗浄液の抗酸菌培養は陰性で、真菌培養では *Exophiala dermatitidis* を検出した。肺黒色真菌症と診断し、3月からイトラコナゾール200mg/日を開始した。結節影は緩徐に縮小し、X+2年4月まで計13ヶ月間投与した。以降再発は認めていない。【考察】*E. dermatitidis* による呼吸器感染症は稀で、中年女性や気管支拡張症を背景に持つ患者の発症が報告されており、NTM症と類似した臨床背景を有する。NTM症が鑑別に上がるも抗酸菌培養が陰性の場合、積極的な気管支鏡検査による起菌菌の検索が肝要である。

O-054

副作用を恐れるあまり、第一選択の抗真菌薬の使用に踏み切れず治療に難渋した肺空洞内ムコール症の一例

国立病院機構 京都都病院 呼吸器内科

○渡邊 利光

発症3年前、EGFR陽性肺扁平上皮癌に対し化学療法開始。右上葉原発巣が空洞形成を伴い増大し、入院前月、原発巣に放射線治療施行（50Gy/10Fr）。入院23日前、発熱あり。入院21日前、当院受診。Xpで、右上肺野の空洞内に液面形成出現。空洞内感染を疑い、CTRX点滴とAMPC/CVA内服開始。入院16日前、陰影改善したが、入院当日再診時、咳嗽増悪と炎症反応再燃し、内服抗菌剤不応の肺炎と判断。同日入院。TAZ/PIPC開始。感覚異常の副作用を認め、CFPMに変更。炎症反応改善し、入院第19病日投与終了。第26病日、胸部CTで空洞内に腫瘤影の発育を認め、喀痰再検。糸状菌の発育あり、第33病日、38℃台の発熱、炎症反応再燃あり。CFPM再開したが、効果は乏しく、第36病日、MEPM+PSCZ開始。一時的に解熱・炎症反応低下したが、第46病日、再度発熱。PSCZからL-AMBに変更。変更後、発熱なく第82病日、退院。

O-055

潰瘍性大腸炎の既往があり、高度気道狭窄をきたした1例

愛仁会 明石医療センター

○池田 美穂, 岡村佳代子, 奥田 有沙, 畦倉 孝暁,
古川 湧也, 井上 拓弥, 畠山由記久, 大西 尚

症例は89歳男性。2年前に下部消化管内視鏡検査で潰瘍性大腸炎の直腸炎型を指摘され内服治療で病勢は安定していた。7か月前から呼吸苦が出現し痩せも進行した。1か月前から咳嗽と呼吸苦の増悪があり、近医でステロイドの点滴をされた際に症状は軽減したが、その後も呼吸苦は持続した。定期受診時に新規に右上肺野浸潤影を指摘され肺炎として入院した。CTで気管の壁不整と右上葉に収縮を伴う浸潤影がみられた。気管支鏡検査では高度な気管の狭小化があり、潰瘍形成は無く線維性に幾重にも重なる気道狭窄がみられた。バルーン拡張術の後に気管狭窄部と右上葉から検体採取を行い、結核や悪性腫瘍は否定的であり、非特異的な炎症のみ検出された。癒痕狭窄ではなく、バルーン拡張術のみでは短期の拡張しか得られなかったため、他院で気道ステント留置を施行された。潰瘍性大腸炎に伴う気道病変が考慮された珍しい症例であり、文献的考察を含めて報告する。

O-056

HTLV-1関連肺疾患（HABA）の経時的変化を追跡しえた1例

洛和会音羽病院 呼吸器内科

○小國 莉子, 宮本 瑛史, 味水 瞳, 小間 圭祐,
佐村 和紀, 可児 啓吾, 柴原 一毅, 榎本 昌光,
小倉 由莉, 細谷 和貴, 田宮 暢代, 土谷美知子,
長坂 行雄

症例は69歳女性。20XX年12月に咳嗽を主訴に受診した。胸部X線で両下肺野の浸潤影および胸部CTでびまん性の粒状影、気管支拡張を認めた。喀痰抗酸菌検査は陰性であり、肺機能検査で拘束性換気障害を認めた。患者の出身地が九州であること、HTLV-1抗体が陽性だったことより臨床的にHTLV-1関連肺疾患（HABA）と診断した。20XX+6年まで外来通院するも、以降通院を中断されていた。20XX+13年5月に呼吸困難増悪のため当院を受診した。肺機能および胸部画像所見は経時的に悪化していた。2型呼吸不全を呈しており、NPPVによる補助換気を開始した。薬物加療および補助換気により呼吸不全は改善し、夜間のみNPPV使用で退院した。HABAはまれな疾患であり慢性気道炎症をきたす。画像では多彩なパターンをとり、診断が困難な場合がある。今回、HABAの経時的変化を追跡しえた症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

O-057

側弯症に伴う右下葉無気肺の2例

独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター
呼吸器内科

○和田 広, 後藤 幸

症例1は50歳女性, 4日前からの発熱で, 近医を受診, 抗菌薬投与で改善なく肺炎像がみられるために紹介となった。幼少期から側弯症があり, 胸部CT上, 右下葉が無気肺となっており, 同部位に感染を合併している可能性を考えた。抗菌薬治療のち気管支鏡検査を施行したところ, 右主気管支から圧排性にスリット状の狭窄がみられた。吸引すると膿性痰がみられ, 感染の合併が示唆された。症例2は46歳女性, 1か月前からの湿性咳嗽, 5日前からの発熱で近医を受診され, 右肺炎の診断で紹介となった。幼少期から側弯症があり, 胸部CT上, 右下葉が無気肺となっており, 同部位に感染を起こしていたものの, 近医での抗菌薬治療で改善していると考えた。後日気管支鏡検査を行ったところ, 右中間気管支幹後方より圧排性に右下葉がスリット状に狭窄していた。ともに側弯症による胸郭変形のため, 胸椎によって右下葉枝が圧迫されることで無気肺をきたしていると考えた。

O-058

炭酸ランタン水和物チュアブル錠による気管支異物の1例

北播磨総合医療センター

○森川 真帆, 高月 清宣, 小島 直之, 百道 光亮,
伊藤 彩希, 河野 祐子, 松本 正孝, 西村 善博

血液維持透析中の73歳男性。脳出血後の後遺症で右顔面神経麻痺と左片麻痺があり, 以前から誤嚥が多かったが, 顕性誤嚥のエピソードはなかった。X-7日に定期的胸部X線写真で右肺門部にX線高吸収の小結節影を認めた。X-4日の胸部X線写真でも陰影は著変なく, 胸部CT検査で右B7入口部に径6mm大の高吸収を呈する円形の物質を認めた。気管支異物と考えられ, X日に当科紹介となり, 軟性気管支鏡下に把持鉗子を用いて異物除去を行った。気管支異物が確認されたから1週間以上が経過していたが, 肉芽形成は認めなかった。異物はCT検査で高いCT値を呈しており, 金属含有製剤が考えられた。内服薬剤を確認したところ, 炭酸ランタン水和物チュアブル錠と判明した。画像検査が異物の性質を判断する一助となった症例を経験したので報告する。

O-059

ガイドシース併用気管支内連続送気法(GS-CEIT)が診断に有用であったアスペルギルス関連肺疾患の2例

国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

○永田 憲司, 水守 康之, 吉川 和志, 高田 正浩,
日隈 俊宏, 平田 展也, 平岡 亮太, 山之内義尚,
小南 亮太, 東野 幸子, 加藤 智浩, 横井 陽子,
鏡 亮吾, 塚本 宏壮, 佐々木 信, 河村 哲治

当院では気管支内連続送気法(continuous endobronchial insufflation technique; CEIT)を気管支鏡の視野確保に活用しているが, 生検時は送気が中断され, 視野不良となる課題があった。今回, ガイドシースとYアダプターを組み合わせたGS-CEITにより, 処置中も送気を継続し視野を保ったまま直視下生検を可能にした2例を報告する。症例1では気管支末梢の菌球様病変を確認したが, 気道狭窄により視野確保が困難であったためGS-CEIT下に生検した。症例2では末梢まで連続する気管支内粘液栓のため視野確保が困難であったためGS-CEIT下に1.1mmクライオプローブで生検した。いずれもアスペルギルス関連肺疾患の診断に至った。GS-CEITを用いた直視下生検は診断精度向上に寄与する可能性がある。

O-060

縦隔型肺癌との鑑別を要した無色素性肺原発悪性黒色腫の1例

1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科
2) 同 病理診断科

○友國 佳奈¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 黒田 修平¹⁾, 松尾 壮太¹⁾,
中矢日奈子¹⁾, 堀 秀輔¹⁾, 森田 敦視¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾,
坂田 悟郎¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾,
小林 和幸¹⁾, 西尾 真理²⁾, 今井 幸弘²⁾

65歳男性。検診の胸部X線異常を主訴に来院した。胸部CTで右肺門部リンパ節と一塊となった径4cm大の腫瘍と右主気管支の圧排を認め, 縦隔型肺癌が疑われた。気管支鏡検査では右B1aに辺縁不整で発赤を伴う腫瘍の露出を認め, 同部位より生検を施行した。組織学的に著明な色素沈着は認めなかったが, 免疫染色でSOX10強陽性, PRAME陽性であり, 悪性黒色腫に合致する所見であった。全身検索にて腺病変, 傍大動脈リンパ節腫脹を認めたが, 皮膚, 眼球, 消化管等の粘膜に他原発を示唆する病変を認めず, 肺原発悪性黒色腫(PPMM)と診断した。PPMMは全肺腫瘍の約0.01%と極めて稀な疾患であり, 本例のように黒色調を呈さない無色素性の形態をとる場合は低分化癌等との鑑別が困難である。確定診断には詳細な免疫学的検討が不可欠であり, 文献的考察を交えて報告する。

O-061

CEA・CYFRAが高値を示した縦隔未熟奇形腫の1例

- 1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科
- 2) 同 病理診断科

○高田 陽平¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 中矢日奈子¹⁾, 堀 秀輔¹⁾, 松尾 壮太¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾, 森田 敦視¹⁾, 坂田 悟郎¹⁾, 黒田 修平¹⁾, 藤本 葉月¹⁾, 松岡 史憲¹⁾, 石井 達也¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 友國 佳奈¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 小林 和幸¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 西尾 真理²⁾, 今井 幸弘²⁾

28歳男性。X年1月より胸痛を自覚し、呼吸困難・胸痛増悪のため2月16日緊急入院した。造影CTで左胸腔内に114×86×116mm大の腫瘤を認め、縦隔へ進展し主要血管・気管支を圧排していた。CEA41.8ng/mL、CYFRA9.0ng/mLの上昇を認めた。エコーガイド下生検で紡錘形細胞・管腔形成上皮・軟骨成分など多彩な組織像を呈し、未熟奇形腫と診断した。hCGの上昇はなかったがAFP809.4ng/mLと上昇していた。精巣腫瘍を認めなかった。本症例ではCEA・CYFRAの高値を認めたが、奇形腫に含まれる多彩な上皮成分がこれらのマーカー産生源となった可能性が考えられた。若年発症・縦隔主体の進展様式の場合は、CEA・CYFRA高値を認める胸腔内腫瘍であっても、肺原発腫瘍と確定的に判断せず、胚細胞腫瘍を鑑別に挙げて、AFPやhCGの測定や確実な病理組織学的診断を行うことが重要と考えられた。

O-062

診断に難渋した嚢胞性肺疾患の一例

大阪府済生会千里病院

- 村上 世紀, 森本 彬人, 多河 広史, 山口 統彦, 山根 宏之

80歳女性。卵巣嚢腫術後以外に既往歴はなし。10日前からの発熱、呼吸苦を主訴に受診。胸部XP、CTにて左優位に両側性胸水貯留を認め、同日呼吸器内科入院となった。胸部CTのその他の所見としては、右1度気胸、気管支拡張を伴うすりガラス影、浸潤影や、散在する嚢胞性肺病変あり。嚢胞性肺疾患の鑑別として、血管肉腫の肺転移を挙げ、身体診察を再度行ったところ、頭頂部から後頭部にかけて暗赤紫紅斑を認めた。近位皮膚科に往診を依頼し、同部位より皮膚生検を実施し、血管肉腫の診断となり、びまん性に発生している嚢胞性肺病変は血管肉腫の肺転移であると考えられた。血管肉腫の肺転移は、嚢胞性肺疾患の鑑別の中でも稀で、また、肺転移が予後の規定因子となることから、呼吸器診療の上でも重要な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

O-063

胸痛を契機に発見され経気管支生検で診断した類上皮血管内皮腫の一例

- 1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
- 2) 同 腫瘍内科
- 3) 同 病理診断部

○藤本 尚子¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 坂本 裕人¹⁾, 田中 佑磨¹⁾, 中西 司¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 池上 直弥¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 古武 剛²⁾, 住吉 真治³⁾, 羽白 高¹⁾

症例は65歳女性。右側胸部痛を主訴に前医受診し、胸部CTで右肺中葉腫瘤影、右胸水貯留、胸膜播種疑いを指摘されX-1年7月当科紹介となった。肺癌ならびに癌性胸膜炎を疑い気管支鏡検査を施行したが診断に至らず、2回目の気管支鏡検査の結果、組織診で類上皮血管内皮腫の診断となった。同年8月、食思不振で予約外受診され即日入院となり、右胸水増加を認めたため胸腔穿刺によるドレナージを繰り返し行った。全身状態が回復したため、同年9月よりカルボプラチン+パクリタキセル+ベパシズマブによる化学療法を開始した。その後右胸水は概ね増加なく経過しており、4コース終了後のPET-CTでは骨転移は一部増悪あるものの原発巣、胸膜播種において集積の低下を認めた。類上皮血管内皮腫は比較的稀な疾患であり、文献的考察を交えて報告する。

O-064

転移性腫瘍と鑑別を要した、肺および肝臓に多発する海綿状血管腫の一例

- 1) 和歌山県立医科大学 内科学第三講座
- 2) 同 外科学第一講座
- 3) 同 人体病理学講座
- 4) 同 バイオメディカルサイエンスセンター

○打田 幸大¹⁾, 高瀬 衣里¹⁾, 矢田 由美²⁾, 高橋 祐一³⁾, 櫻井可南子¹⁾, 上田 亮太¹⁾, 宮井 優¹⁾, 中口 恵太¹⁾, 加藤 真衣¹⁾, 大西美帆子¹⁾, 春谷 勇平¹⁾, 古田 勝之¹⁾, 村上恵理子¹⁾, 泉 源浩^{1,4)}, 鍋谷大二郎¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 洪 泰浩^{1,4)}, 中西 正典¹⁾, 山本 信之^{1,4)}

症例は42歳男性。検診で胸部異常陰影を指摘され当科を受診した。胸腹部CTにて、両肺に5～10mm大の境界明瞭な類円形結節が多発し、肝臓にも複数の乏血性結節を認めた。転移性肺腫瘍および転移性肝腫瘍を疑い、PET-CTや消化管内視鏡検査等の全身検索を行ったが、両結節にFDG異常集積はなく、原発巣を示唆する病変も認めなかった。外科的肺生検および超音波ガイド下肝生検の結果、病理組織学的所見は、いずれの病変も拡張した血管の集簇からなり、血管内皮細胞に異型を伴わず、海綿状血管腫と診断された。現在、自覚症状はなく未治療で経過観察中であるが、増大時には咯血など重篤な病態を来す可能性があるため、定期的な画像評価を予定している。肺海綿状血管腫は稀であり、特に肝海綿状血管腫を合併した症例の報告は限られている。両病変の関連性を考慮することで、過侵襲な検査を回避できる可能性があると考え、本症例を報告する。

O-065

FDG-PET/CTで集積を呈し悪性腫瘍との鑑別を要した気管支神経鞘腫の1例

- 1) 滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科
- 2) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
- 3) 同 呼吸器外科
- 4) 同 病理診断部

○中西 司^{1,2)}, 藤本 尚子²⁾, 岡垣 暢紘²⁾, 坂本 裕人²⁾, 田中 佑磨²⁾, 中村 哲史²⁾, 松村 和紀²⁾, 上山 維晋²⁾, 池上 直弥²⁾, 加持 雄介²⁾, 橋本 成修²⁾, 田中 栄作²⁾, 田口 善夫²⁾, 小林 萌³⁾, 中川 達雄³⁾, 辻井 秀明⁴⁾, 金森 直美¹⁾, 住吉 真治⁴⁾, 羽白 高²⁾

63歳女性。X年3月の検診で胸部異常陰影を指摘された。4月に前医を受診し、胸部CTで左主気管支内腔から左下葉にかけて腫瘤影を認めた。精査加療目的に当科紹介となった。気管支鏡検査では左主気管支内に腫瘤性病変を認めて、直視下生検を施行したが確定診断には至らなかった。FDG-PET/CTで同部位に集積を認めて、肺癌を含めた悪性腫瘍も鑑別に挙げたことから外科的加療の方針となった。開胸下左S6区域切除術および気管支形成術を施行し、手術所見や病理組織所見から気管支神経鞘腫と診断した。術後合併症は認めず、再発なく経過している。FDG-PET/CTで集積を呈し、肺癌を含めた悪性腫瘍との鑑別を要した気管支神経鞘腫の一例を経験し、文献的考察を加え報告する。

O-066

切除後再発に対しステロイドで縮小を得た炎症性偽腫瘍の1例

大阪府済生会野江病院

- 藤木 貴宏, 梶原 佑一, 的場 智也, 井利 顕子, 日下部悠介, 中山 絵美, 山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作

【症例】81歳女性、右中葉に腫瘤を指摘され紹介となった。【臨床経過】気管支鏡検査では確定診断に至らず経時的な増大を認めたため手術方針となった。術中迅速病理診断では悪性所見は認めなかったため中葉部分切除術を施行し無菌性肺膿瘍と診断した。3年後に切除部近傍に同様の腫瘤影が出現した。再手術を行うも癒着のため切除できず生検のみ行ったところ前回と同様の病理所見であった。炎症性偽腫瘍を疑いステロイドを投与したところ腫瘤は縮小した。【考察】炎症性偽腫瘍は正常細胞で構成されるが臨床的には増大傾向や浸潤や再発を呈することがあり悪性腫瘍との鑑別が問題となる。本症例でも臨床経過から悪性腫瘍による断端再発が否定できず繰り返しの組織学的検討を要した。炎症性偽腫瘍と悪性腫瘍の鑑別は難しく、腫瘤影を呈する場合本疾患を鑑別に挙げ病理所見を踏まえた総合的判断が重要と考えられる。

O-067

CTガイド下生検で確定診断し手術を施行した胸膜原発孤立性線維性腫瘍の一切除例

- 1) 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科
- 2) 岡山大学 呼吸器内科

○塩田 哲広¹⁾, 横本 剛²⁾, 富樫 庸介²⁾

症例は60歳、女性。現病歴は自覚症状はなかったがCT検診にて右第三肋間の胸壁に28×10mmの腫瘤陰影を指摘されたため精査・加療目的で当科初診。胸部CTでExtrapleural signを伴っていたため胸壁腫瘍の疑いにてCTガイド下生検を施行。HE染色では異型の乏しい紡錘形細胞の束状増殖がみられ、膠原線維の介在を伴っていた。腫瘍細胞はSTAT6陽性、CD34陰性で孤立性線維性腫瘍と診断した。Retrospectiveにみると9年前の胸部CTで同じ部位に14×3mmの腫瘤陰影を認めており、腫瘍は非常に緩徐に増大していることが判明した。胸膜原発孤立性線維性腫瘍の診断にて手術を施行した。胸腔鏡を挿入すると腫瘍と壁側胸膜との間に柵状の癒着を認めたため電気メスで癒着を切離すると腫瘍は茎を有し肺胸膜からキノコ状に胸腔内に発育していた。正常肺をつけて自動縫合器を用いて腫瘍を摘出した。摘出標本も生検と同様の所見で良性線維性腫瘍と診断した。

O-068

免疫抑制剤を使用中に多発粒状影を呈したサイトメガロウイルス肺炎の一例

- 1) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座
- 2) 済生会吹田病院 呼吸器内科
- 3) 奈良県立医科大学附属病院 栄養管理部

○中川 靖仁¹⁾, 片岡 良介¹⁾, 嶋岡 直也¹⁾, 本保 太郎¹⁾, 宇和田若菜¹⁾, 金井 千恵¹⁾, 飯塚 正徳²⁾, 太田 和輝¹⁾, 西前 弘憲¹⁾, 中村 真弥¹⁾, 古山 達大¹⁾, 古高 心¹⁾, 岩佐 佑美¹⁾, 藤岡 伸啓¹⁾, 宮高 泰匡¹⁾, 谷村 和哉¹⁾, 長 敬翁¹⁾, 藤田 幸男³⁾, 山本 佳史¹⁾, 室 繁郎¹⁾

【背景】免疫抑制剤を内服中の症例において、肺炎をきたす感染症は多岐にわたる。【症例】49歳男性。腎移植後抗体関連拒絶反応で免疫抑制剤を多剤併用中に発熱、労作時呼吸困難を主訴に受診した。胸部CTで両側に一部tree-in-bud signを伴う多発粒状影を認めた。陰圧室に隔離し、3連痰は陰性であった。採血結果からC7-HRP：93個と陽性でありサイトメガロウイルス肺炎と診断した。ガンシクロビルを投与し、全身状態、肺炎像ともに改善し退院となった。

【考察】免疫抑制患者に生じた肺野多発粒状影では抗酸菌感染以外にサイトメガロウイルス肺炎も鑑別に入れる必要がある。

O-069

ステロイドパルス療法後の漸減過程でサイトメガロウイルス肺炎を発症した末期腎不全の1例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○岡田 吉弘, 宮川 伸, 蟻本 亜美, 古室 太誠,
飯塚 正徳, 綿部 裕馬, 佐藤いずみ, 乾 佑輔,
上田 将秀, 茨木 敬博, 美藤 文貴, 竹中 英昭,
長 澄人

【症例】69歳女性。X-24年より末期腎不全にて血液透析を受けている。X年11月下旬に細菌性肺炎にてA病院へ入院となった。1型呼吸不全増悪のために入院後2日で転院となった。広域抗菌薬投与に加えてステロイドパルス療法を開始し、肺野の陰影の改善を認めた。ステロイドパルス療法後は投与量を漸減し、肺炎の再燃なく経過していたが、12月上旬に湿性咳嗽の出現と両側肺の陰影増悪を認めた。血液検査にて入院前は陰性であったサイトメガロウイルス pp65抗原が陽性であり、サイトメガロウイルス特異的IgG抗体とIgM抗体も陽性であった。気管支肺胞洗浄液中のサイトメガロウイルスの核酸を検出し、サイトメガロウイルス肺炎と診断した。ガンシクロビルを投与開始後、肺野の陰影は改善し、湿性咳嗽も消失した。【結語】血液透析患者へのステロイド投与は免疫機能低下を招く可能性があり、サイトメガロウイルス感染症を含めた日和見感染に注意する必要がある。

O-070

急性発症の嘔声を主訴とした、インフルエンザA型感染を伴う急性喉頭蓋炎の1例

1) 彦根市立病院 呼吸器内科
2) 国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科
3) 彦根市立病院 耳鼻咽喉科
4) 同 呼吸器外科○岡田 裕太¹⁾, 藤本 直輝²⁾, 西岡 憲亮¹⁾, 岡本 菜摘¹⁾,
片岡 健一³⁾, 林 栄一⁴⁾, 月野 光博¹⁾

【症例】71歳女性。受診2日前に同居家族がインフルエンザA型と診断されていた。受診日の夕食後、20時頃から嘔声を自覚し、22時頃に家人が救急要請した。病着時意識清明で、顕著な嘔声を認め、頭頸部CTでは喉頭蓋～声門領域の軟部陰影の腫脹を認めた。気管支鏡下の観察では喉頭蓋および声門の著明な浮腫を認めた。急性喉頭蓋炎として気管内挿管を行い、入院とした。入院2日目から発熱が見られ、入院3日目に咽頭拭い液のFilmArray呼吸器パネルでインフルエンザA型が検出され、ペラミビルを投与した。入院8日目に鼻咽頭鏡・頸部CT検査で声門周囲の浮腫改善を確認し、抜管した。その後合併症なく退院となった。【結語】インフルエンザウイルス感染の稀な合併症として喉頭蓋炎がある。流行期における急性発症の嘔声は気道緊急の前段階である可能性があり、適切なタイミングで気道の評価・気道確保のための介入を行うことが重要であると考えられた。

O-071

インフルエンザとCOVID-19の相違点

関西医科大学内科学第一講座 呼吸器感染症・アレルギー科

○福田 直樹, 宮下 修行, 小林 良樹, 尾形 誠

【目的】COVID-19とインフルエンザの違いを明らかにするため、同時期に入院を要した患者の比較検討を行った。【方法】COVID-19オミクロン株患者193名と、入院を要したインフルエンザH1N1患者98名を比較した。【結果】COVID-19群ではインフルエンザ群と比較して、1) 男性、2) 慢性腎臓病、悪性腫瘍、自己免疫疾患、免疫抑制剤使用中の患者、3) 複数の基礎疾患を有する患者、4) 医療関連肺炎、5) 純粋ウイルス性肺炎、6) 誤嚥性肺炎、7) 感染診断以降抗ウイルス薬を使用していない症例、8) 侵襲的人工呼吸管理または集中治療室入院を要した患者、9) 死亡、が有意に多かった。一方、インフルエンザ群ではCOVID-19群と比較して、1) 基礎疾患のない患者、2) 過去1年以内にワクチン接種を受けた患者が有意に多かった。【結論】高齢者の重症化率と死亡率は、COVID-19群で依然として高い。なお、2025年から2026年の冬から春にかけても同様の検討を行う予定である。

O-072

オミクロン変異株による肺炎の重症度ならびに重症化リスク因子の検討

関西医科大学内科学第一講座 呼吸器感染症・アレルギー科

○福田 直樹, 宮下 修行, 矢村 明久, 小林 良樹,
尾形 誠

【目的】SARS-CoV-2は変異を続け、オミクロン株では病原性が低下し、国民の関心が低下している。【方法】5類移行後の第9波(XBB系統)、第10波(JN.1株)、第11波(KP.3株)、第12波(XEC株)、第13波(NB.1.8.1)の5期間で重症化率の比較を行った。また、重症化のリスク因子についても検討した。【結果】KP.3変異株群の患者では、XBB系統およびJN.1変異株群の患者と比較して、ICU入院または人工呼吸器装着の必要率が有意に高かったものの、XECおよびNB.1.8.1変異株群の患者では、KP.3変異株群の患者と比較して重症度は低下した。患者の年齢、免疫不全、2つ以上の併存疾患、および前回のワクチン接種から1年以上経過していることが、重症度の増加と有意に関連していた。【結論】65歳以上の患者または複数の併存疾患を有する患者でCOVID-19が発見された場合、医師はSARS-CoV-2ワクチン接種を推奨し、抗SARS-CoV-2薬を積極的に使用すべきと考える。

O-073

膀胱内 BCG 注入療法後に発熱と腹腔内リンパ節腫大を呈し、尿培養で BCG 菌が同定された1例

- 1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科
- 2) 同 病理診断科
- 3) 奈良県立医科大学 微生物感染症講座
- 4) 近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科

○菊岡あおい¹⁾、長崎 忠雄¹⁾、花田宗一郎¹⁾、白波瀬 賢¹⁾、岩井 正道¹⁾、鈴木 由希³⁾、矢野 寿一³⁾、松本 久子⁴⁾、村木 正人⁴⁾、東田 有智⁴⁾、川本 恭子²⁾、若狭 朋子²⁾

75歳男性。局所浸潤性膀胱癌に対し膀胱内 BCG 注入療法を8週施行した。38℃台発熱と全身倦怠感が遷延し当科紹介。胸部 CT で活動性陰影を認めず、T-SPOT 及び3回の喀痰抗酸菌塗抹・培養は陰性。傍大動脈から左骨盤内に多発リンパ節腫大を認め、生検は肉芽腫を伴わない反応性所見で、抗酸菌培養陰性であった。また血液・尿の複数回の抗酸菌塗抹・培養検査も当初は陰性であった。BCG による反応性リンパ節炎を疑い、プレドニゾロン30mg/日を開始し漸減したところ、解熱しリンパ節は縮小したが炎症反応は不安定で、CRP は20台から1未満まで上昇と低下を反復した。その後、尿培養で結核菌群陽性となり、追加解析で *M. bovis* BCG (Tokyo 172 株) と同定した。全身性 BCG 感染か局所 BCG 感染に反応性リンパ節炎を伴った病態かは判別困難であった。当日は治療経過を含めて報告する。膀胱内 BCG 注入療法後に遷延する発熱では BCG 感染症を鑑別に挙げ、反復培養を行うことが重要である。

O-074

胸壁腫瘤として発見され腫瘍性病変との鑑別を要した胸壁結核の1例

大阪府済生会中津病院

○辻 和貴、北川 怜奈、中山聡一郎、藤本さやか、宮本 滉大、北村 美華、野田 彰大、池内 美貴、福島 有星、宮崎 慶宗、齊藤 隆一、東 正徳、長谷川吉則、上田 哲也

47歳女性。1ヶ月前より右側腹部痛を自覚し近医を受診。胸部 X 線にて右下肺野の胸壁肥厚を指摘され精査目的に当科紹介となった。既往歴に28歳時の肺結核治療歴があった。胸部 CT で右第7・8肋骨に接して内部に石灰化を伴う胸壁腫瘤を認め、第8肋骨皮質は一部菲薄化し肋骨浸潤が疑われた。PET-CT では同部位に FDG 集積を認め、肺癌・限局性胸膜中皮腫などの腫瘍性病変が考えられた。診断目的に CT ガイド下生検を施行したところ、悪性所見は認めず壊死を伴う類上皮細胞肉芽腫を認めた。血液検査では明らかな腫瘍マーカーの上昇は認めず T-SPOT 陽性であった。以上の所見から胸壁結核と判断し抗結核薬治療を導入した。治療にて胸壁腫瘤は縮小傾向を示した。胸壁結核は全結核の1~5%と比較的稀な疾患であり、画像上腫瘍性病変との鑑別に難渋することも多く若干の文献的考察を加えて報告する。

O-075

抗 IFN- γ 自己抗体を背景に発症した皮下・骨膿瘍を伴う播種性 *M. kansasii* 症の一例

- 1) 京都大学医学部附属病院 総合臨床教育・研修センター
- 2) 同 呼吸器内科
- 3) 同 形成外科
- 4) 京都大学 環境安全保健機構
- 5) 群馬大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科
- 6) 熊本大学病院 呼吸器内科

○一氏 英人^{1,2)}、興梠 陽平²⁾、中塚 賀也²⁾、細谷 和貴²⁾、宮田佑里恵³⁾、今井誠一郎^{2,4)}、伊藤 功朗^{2,5)}、坂上 拓郎⁶⁾、平井 豊博²⁾

【症例】78歳女性【主訴】前胸部の発赤・圧痛を伴う皮下腫瘍【要約】X-17年に炎症反応高値、高 γ グロブリン血症、IL-6高値よりキャスルマン病と診断されステロイド内服治療されていた。X-8年8月、左肺 S6 空洞性陰影出現、喀痰から *M. abscessus* を検出し肺 *M. abscessus* 症と診断。抗菌治療により改善し X-5年9月に終診となった。X 年7月、胸骨上部前面に発赤、圧痛を伴う皮下腫瘍が出現し、胸部 CT で胸骨の溶骨性変化を伴う軟部腫瘤を認めた。穿刺液および喀痰から *M. kansasii* を検出し、皮下・骨膿瘍を伴う播種性 *M. kansasii* 症と診断。RFP + EB + CAM + INH で治療開始し、膿瘍は縮小し5か月後には治癒した。血液疾患や HIV 感染は認めず、QFT 陽性コントロールの検出なく、最終的に抗 IFN- γ 自己抗体陽性と判明し、播種性 *M. kansasii* 症の原因と考えられた。

O-076

ドレナージに難渋した若年成人女性における *Fusobacterium necrophorum* によるレミエール症候群の1例

神鋼記念病院 呼吸器センター

○齋藤 京葉、赤松 歩実、門田 和也、戸谷 梨沙、水城裕加里、今尾 舞、難波 晃平、藤本 佑樹、稲尾 崇、山田 徹、梶屋 大輝、大塚浩二郎、鈴木雄二郎

生来健康な32歳女性が発熱、咽頭痛で扁桃炎として前医で抗菌薬加療を受けたが、発熱が持続し呼吸困難も出現したため救急受診した。右肺を圧排する大量膿胸および左肺膿瘍を認め、右胸腔ドレーンを留置し ABPC/SBT を開始した。左前頸静脈血栓を伴い、血液培養と胸水培養から *Fusobacterium necrophorum* を検出したためレミエール症候群と診断した。胸腔ドレナージ後も複数の膿胸腔が残存し高熱が持続したが、開窓術の同意を得られず、残存する各膿胸腔に対して穿刺排液や背側からの CT ガイド下チューブ留置を行った。その後右膿胸腔・左肺膿瘍は徐々に縮小し、左前頸静脈血栓も自然退縮し、解熱したため計8週間の抗菌薬加療後に自宅退院した。本症候群は稀だが診断の遅れが重症化につながりうるため、化膿性肺炎患の明らかなりスク因子を欠く症例では先行する咽喉頭感染および頸部静脈血栓の有無を確認し、積極的に鑑別に挙げる必要がある。

O-077

抗菌薬不応の多発結節影を呈したマイコプラズマ肺炎に伴う肺動脈血栓塞栓症の一例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 臨床研修センター
- 2) 同 呼吸器内科

○藤井 美咲¹⁾, 池田 陽呂²⁾, 中山 怜那²⁾, 吉村 倫太郎²⁾, 平田 拓士²⁾, 柏木 郁美²⁾, 打谷 美沙²⁾, 杉山 貴康²⁾, 田中 尚登²⁾, 平井 将隆²⁾, 西田 湧也²⁾, 青木 勝平²⁾, 齊藤 正一郎²⁾, 伊部 匡晃²⁾, 白川 千種²⁾, 神戸 寛史²⁾, 平林 亮介²⁾, 佐藤 悠城²⁾, 富井 啓介²⁾, 立川 良²⁾

症例は特記既往ない21歳男性。発熱と咳嗽を主訴に前医を受診。マイコプラズマIgM陽性と胸部CTで左下葉のすりガラス影を認め、マイコプラズマ肺炎と診断された。10日間の抗菌薬加療でも左下葉浸潤影の改善が得られず、さらに右下葉末梢に新規に周囲にすりガラス影を伴う多発浸潤影と両側胸水が出現し、当院転院となった。マイコプラズマ感染に伴う器質性肺炎が疑われたが、Dダイマー高値のため撮影した造影CTで、肺動脈血栓塞栓症を認めた。血栓リスク因子はなく、マイコプラズマ感染に伴う肺動脈血栓症及び肺梗塞と診断した。抗凝固療法により速やかに症状は改善した。健常若年者においてもマイコプラズマ感染を契機に肺動脈血栓塞栓症を合併し得る。抗菌薬不応例では、感染増悪や器質化肺炎に加え、肺動脈血栓塞栓症の可能性も念頭に置くことが重要である。

O-078

肺癌、脳転移との鑑別を要した播種性クリプトコッカス症の一例

- 1) 公立甲賀病院 呼吸器内科
- 2) 同 脳神経内科
- 3) 同 脳神経外科
- 4) 同 血液内科

○岩崎 萌音¹⁾, 加藤 悠人¹⁾, 堀内 智房¹⁾, 福永健太郎¹⁾, 田中 弘一²⁾, 二宮 楓太³⁾, 初田 直樹³⁾, 武内 美紀⁴⁾

症例は50歳代男性。頭痛を主訴に受診し、頭部単純CTで多発低吸収域を認めた。全身検索で右上葉に結節影を認め、肺癌および転移性脳腫瘍が疑われた。転移性脳腫瘍に対しγナイフでの治療を先行し、気管支鏡検査前に行った血液検査でHIV抗体陽性が判明したが、肺癌を前提とした精査を継続した。頭痛は抗浮腫治療に抵抗性で、気管支鏡検査翌日に意識障害が進行した。癌性髄膜炎を疑い腰椎穿刺を施行し、墨汁染色で真菌を認めた。血液および髄液培養でCryptococcus neoformansを検出し、肺生検でも同菌を確認し、播種性クリプトコッカス症と診断した。肺クリプトコッカス症は、時に肺癌との鑑別が困難である。肺結節と多発脳腫瘍を認めた場合、真菌感染症などの肺感染症との鑑別が重要である。

O-079

β-Dグルカン高値を呈しニューモシスチス肺炎(PCP)との鑑別が困難であった肺カンジダ症の剖検例

- 1) 近畿大学病院
- 2) 近畿大学奈良病院

○久米 重実¹⁾, 西川 裕作¹⁾, 松原 若葉¹⁾, 富田 淳史¹⁾, 永橋亨汰朗²⁾, 川端 慶之¹⁾, 國田 裕貴¹⁾, 吉川 和也¹⁾, 山崎 亮¹⁾, 上榎 潔¹⁾, 佐野安希子¹⁾, 西山 理¹⁾, 松本 久子¹⁾

【症例】80歳代男性。X年8月より発熱があり近医で抗菌薬などを処方されるも改善なく、2週間後に呼吸困難が出現し当院救急搬送となった。酸素10L/分でSpO₂ 88%の低酸素血症と、胸部CTで両肺びまん性すりガラス影を認め入院。間質性肺炎急性増悪として人工呼吸器管理とし、抗菌薬・ステロイドで治療を行った。第8病日に抜管したが増悪し、第19病日に再挿管となった。β-Dグルカンが281.7pg/mLと高値を呈し、胸部CTでは両肺すりガラス影と浸潤影の混在を認めた。臨床経過よりPCPと判断しST合剤を開始したが改善せず、第32病日に死亡した。剖検で血液中と肺胞腔内にカンジダが証明された。【考察】免疫不全者におけるβ-Dグルカン高値とPCPを疑う陰影の併存は、PCPへの診断バイアスを生じやすい。肺カンジダ症は臨床的に診断困難なことが多いが、治療不応例では抗真菌薬投与の適応を早期に検討すべきである。

O-080

悪性リンパ腫患者に発症した難治性COVID-19に対して抗ウイルス薬の投与期間延長が奏功した1例

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

○栗田 恵¹⁾, 吉川 和也²⁾, 富田 淳史²⁾, 松原 若葉²⁾, 川端 慶之²⁾, 國田 裕貴²⁾, 山崎 亮²⁾, 上榎 潔²⁾, 西川 裕作²⁾, 佐野安希子²⁾, 西山 理²⁾, 松本 久子²⁾

症例は82歳男性。悪性リンパ腫に対してRituximab投与中、X年7月から乾性咳嗽と発熱を認め、8月に前医入院。抗菌薬治療で一時軽快したが再燃し、難治性肺炎として8月20日、当院転院。SARS-CoV-2 PCR陽性、その他血清学的マーカーの所見に乏しく、COVID-19中等症としてモルヌピラビルとデカドロンで加療したが、治療後に発熱・胸部陰影の悪化と低Ct値を伴うPCR再陽性を認め、COVID-19の再燃と判断した。免疫不全状態を背景とした難治性COVID-19と考えられ、ニルマトレルビル/リトナビルを標準の5日間から10日間へ延長投与したところ、再燃なく退院となった。免疫不全患者におけるCOVID-19の治療戦略は十分に確立されていない。本症例は、Rituximab投与中の難治性COVID-19に対して、抗ウイルス薬の投与期間延長が有効であった1例として、文献的考察を加えて報告する。

O-081

EGFR 遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌に対して
Amivantamab + Lazertinib 併用療法が有効であった一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○木村 太一, 中川 和彦, 安藤 勇哉, 福田 考生,
山田 拓実, 池田 拓真, 岩垣 慈音, 矢野 翔平,
山野 隆史, 石川 遼一, 西 健太, 笠松 知子,
高岩 卓也, 吉村 千恵, 黄 文禧

【症例】59歳女性【現病歴】右胸背部痛を主訴に近医を受診し、MRIで右肺上葉に腫瘍性病変を指摘され当科紹介。経皮的針生検などの精査により、肺扁平上皮癌 cT4N3M1c1 StageIVB EGFR 遺伝子変異 (L858R) 陽性と診断した。Amivantamab + Lazertinib 併用療法を開始し、病変の縮小、自覚症状の改善が得られた。【考察】EGFR 遺伝子変異陽性 NSCLC の治療法としては EGFR-TKI が標準的であるが、腺癌においては効果が約束されているものの、扁平上皮癌においては効果が限定的とする報告が多い。近年 EGFR 遺伝子変異陽性 NSCLC に対する新たな治療法として Amivantamab + Lazertinib 併用療法の有効性が示されたが、やはり扁平上皮癌に対する使用経験は乏しく、本症例は EGFR 遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌に対して Amivantamab + Lazertinib 併用療法が有効である可能性を示唆する貴重な症例であり、経過を踏まえて報告する。

O-082

多発転移を呈した MET exon 14 skipping 変異陽性肺多形癌術後再発に対し、Capmatinib を投与した1例

神戸市立医療センター中央市民病院

○久保 玲奈, 神戸 寛史, 中山 怜那, 吉村倫太郎,
平田 拓士, 柏木 郁美, 打谷 美沙, 大塚 裕斗,
田中 尚登, 杉山 貴康, 平井 将隆, 西田 湧也,
青木 勝平, 庵坂 学外, 齊藤 正一郎, 伊部 匡晃,
白川 千種, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 立川 良

症例は58歳男性。X年Y-1月に血痰を主訴に受診し、胸部CTで右下葉空洞結節を認めた。X年Y月に右下葉切除+ND2a-1郭清を施行し、多形癌 (pT2aN0M0, pStageIB) と診断され経過観察となった。X年Y+5月に背部痛が出現し、造影CTで多発肝・骨・両副腎転移および腎静脈・肺動脈内腫瘍塞栓を認めた。オンコマイン Dx Target TestでMET exon14 skipping 変異を認め Capmatinib を開始し、2週後には縮小を認めた。多形癌は予後不良で術後早期再発が多いが、一部の症例ではMET 遺伝子変異などが陽性となる。MET 阻害薬の多形癌への有効性は十分には確立されていないが、本症例のように有効な治療選択肢となる可能性がある。

O-083

間質性肺炎疑いで紹介され、BALが診断の契機となった肺腺癌の1例

- 1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修センター
- 2) 同 呼吸器内科
- 3) 吹田徳洲会病院 呼吸器内科

○竹之内博斗¹⁾, 乾 佑輔²⁾, 上田 将秀²⁾, 岡田あすか³⁾,
宮川 伸²⁾, 蟻本 亜美²⁾, 岡田 吉弘²⁾, 古室 太誠²⁾,
飯塚 正徳²⁾, 綿部 裕馬²⁾, 佐藤いずみ²⁾, 茨木 敬博²⁾,
美藤 文貴²⁾, 竹中 英昭²⁾, 長 澄人²⁾

【背景】肺癌は一般に結節影や腫瘤影として発見されることが多いが、癌性リンパ管症や粟粒肺内転移を主体とした進展様式を呈する場合、間質性肺炎様像の画像所見を示すことがあり、診断に難渋することがある。【症例】77歳、女性。労作時呼吸困難を主訴に受診し、胸部CTでびまん性の小葉間隔壁肥厚およびすりガラス影、微細粒状影を認め、当初は間質性肺炎患や過敏性肺炎が疑われた。気管支肺泡洗浄により悪性細胞を認め、右肺尖部小結節の生検から肺腺癌と診断した。EGFR exon21 L858R 変異陽性であり、化学療法と分子標的薬により画像所見は改善し、良好な治療効果を得た。【結論】ILD 様陰影を呈する症例では、腫瘍性疾患も念頭に置き、早期に組織学的評価を行うことが重要である。

O-084

肺癌による高度の気管狭窄のため挿管管理を要した1例

市立長浜病院 呼吸器内科

○高須 祐治, 田中 怜於, 高木 順平, 野口 哲男

【背景】高度な気道狭窄を伴う進展型小細胞肺癌 (ED-SCLC) の気道管理は困難を極める。【症例】54歳男性。嘔声と呼吸困難で受診。巨大腫瘍による高度気管狭窄と声帯麻痺を認め入院した。第2病日より化学放射線療法を開始したが、第6病日に気道浮腫等で挿管管理となった。気管切開困難と判断し挿管下で治療を継続したところ、腫瘍は著明に縮小。第26病日に多職種立ち会い下で抜管に成功し、第35病日に退院となった。【考察】気管切開困難例でも、治療奏効を待つ挿管管理は有効な戦略となり得る。抜管時の安全確保には多職種連携が不可欠である。【結語】適切な気道管理により安全に治療を完遂し得た ED-SCLC の1例を経験した。

O-085

若年発症の肺原発腸型腺癌の一例

大阪府済生会中津病院呼吸器内科

○森田 晃大, 宮本 滉大, 狩山 一郎, 佐々木祥彦,
水城裕加里, 堀 靖貴, 北村 美華, 北川 怜奈,
池内 美貴, 野田 彰大, 林 優介, 齊藤 隆一,
東 正徳, 上田 哲也, 長谷川吉則

【症例】27歳男性。既往なし。検診で右中肺野異常陰影を指摘され、X年6月、当科紹介受診した。胸部CT検査で右下葉腫瘤影を認めたため、気管支鏡検査を施行したが、診断には至らなかった。呼吸器外科を紹介し、胸腔鏡下右下葉切除術＋リンパ節廓清術を施行した。切除標本の免疫組織学的検査では、CK7、CK20が陽性、TTF-1が陰性だった。上下部消化管内視鏡検査を施行したが、悪性所見を認めなかったため、33×30mmの腸型腺癌、pT2aN0M0 Stage IBと診断した。【考察】肺原発腸型腺癌は、腸上皮様の形態を呈する稀な疾患である。CK7が陽性になることが多いとの報告もあり、免疫組織学的精査および全身検索を組み合わせた慎重な鑑別が重要である。また本症例は術後6ヶ月で肝転移により再発している。肺原発腸型腺癌は治療法や予後に一定の見解は得られていない。若年発症は極めて稀であり、文献的考察を加え報告する。

O-086

抗 TIF-1 γ 抗体陽性皮膚筋炎を合併した進展型小細胞癌の一例

- 1) 奈良県立医科大学附属病院 臨床研修センター
- 2) 同 呼吸器・アレルギー内科
- 3) 同 腫瘍内科
- 4) 同 栄養管理部
- 5) 関西医科大学 呼吸器腫瘍内科
- 6) 奈良県立医科大学 睡眠医療・呼吸管理センター

○浅井 寛子¹⁾, 宮高 泰匡²⁾, 嶋岡 直也²⁾, 本保 太郎²⁾,
宇和田若菜²⁾, 井上 泰孝²⁾, 太田 和輝²⁾, 西前 弘憲²⁾,
片岡 良介²⁾, 古山 達大²⁾, 古高 心²⁾, 藤岡 伸啓²⁾,
甲斐 吉郎²⁾, 谷村 和哉²⁾, 大田 正秀³⁾, 藤田 幸男⁴⁾,
本津 茂人⁵⁾, 山本 佳史²⁾, 山内 基雄⁶⁾, 室 繁郎²⁾

症例は47歳女性。家族歴として母がSLE、母方祖父および叔母が関節リウマチ。X年5月より顔面蝶形紅斑、6月より爪囲紅斑と関節炎が出現した。他院皮膚科で爪上皮出血点を指摘され、当院皮膚科紹介となり、抗 TIF-1 γ 抗体陽性皮膚筋炎と診断された。同時期より頭痛、倦怠感、労作時呼吸困難を自覚していた。全身CTで縦隔リンパ節腫大を認め、X年12月当科紹介。進展型小細胞肺癌 cT1bN3M1b (LYM) Stage IVBと診断した。皮疹増悪のリスクはあるが、若年で明らかな臓器障害を認めずPS1であったため、CDDP＋ETP＋Durvalumab療法を開始した。4コース後、皮疹は改善し部分奏功を得たが、Durvalumab維持2コース後に皮疹増悪と病勢進行を認めた。経過中、特記すべき免疫関連有害事象は認めなかった。自己免疫疾患併存例に対する免疫チェックポイント阻害薬使用はエビデンスに乏しく、個別の慎重な判断が必要である。

O-087

長期無治療経過後に2度目の重症呼吸不全を来したニボルマブ関連薬剤性肺炎の一例（食道癌）

- 1) 滋賀医科大学 医学部 医学科
- 2) 同 附属病院 呼吸器内科学講座

○永盛 優浩¹⁾, 仲川 宏昭²⁾, 市田 周²⁾, 角田 陽子²⁾,
山崎 晶夫²⁾, 黄瀬 大輔²⁾, 山口 将史²⁾, 大澤 真²⁾,
小川恵美子²⁾, 中野 恭幸²⁾

初診時76歳の男性。食道癌 cStage IIIA に対し術前化学療法後に胸腔鏡下食道亜全摘術＋リンパ節廓清を施行し、術後補助療法としてニボルマブを開始した。投与中に免疫関連有害事象として薬剤性肺炎を発症し、重症呼吸不全により人工呼吸器管理を要した。軽快後は約1年間無治療で経過観察されていたが、その後酸素6Lを要する重症呼吸不全を伴い再入院した。気管支肺胞洗浄でリンパ球33%、好酸球12%と有意な上昇を認め、CTでも初回と同様のすりガラス影・浸潤影を認めたことから、ICI関連薬剤性肺炎の再燃と診断した。ステロイドパルス療法により速やかに改善した。ICI関連薬剤性肺炎は無治療期間後にも再燃しうるが、本症例のように長期無治療経過後に重症呼吸不全として再燃する報告は稀であり、臨床上重要と考え報告する。

O-088

ベムプロリズマブによるirAE肺臓炎とCRSの鑑別に苦慮し、最終的にirAE肺臓炎と診断した一例

- 1) 奈良県西和医療センター 臨床研修医
- 2) 同 呼吸器内科

○三浦 梨紗¹⁾, 田村 緑²⁾, 宮本 誉²⁾, 中井 昌弘²⁾,
新田 祐子²⁾, 中村 孝人²⁾

<症例>66歳女性。X年2月に進行右腎盂癌と診断され、同3月よりエンホルツマブベドチンとベムプロリズマブによる化学療法を開始された。同6月上旬に5クール目を施行され、同月下旬の外來受診時に、発熱、呼吸困難感、倦怠感を訴えた。胸部CTで両肺野にすりガラス影を認め、精査加療目的で当科に紹介受診された。低血圧、低酸素血症を認め、緊急度を鑑みてCRSとしてメチルプレドニゾロンパルス療法およびトシリズマブ400mgの投与を施行し、パルス後はプレドニゾロン60mg/日で後療法を行った。肺陰影は一時軽快傾向であったが、投与第12病日に新たなすりガラス影が出現し、呼吸状態も再度悪化した。この経過よりステロイド抵抗性irAE肺臓炎と診断した。再度メチルプレドニゾロンパルス療法を行い、インフリキシマブ250mgを追加投与し、プレドニゾロン60mg/日で後療法を行った。その後は肺炎像の改善を認め、以後プレドニゾロンを漸減し退院となった。

O-089

アテゾリズマブによるギラン・バレー症候群様多発ニューロパチーを発症した肺腺癌の一例

- 1) 済生会滋賀県病院 臨床研修センター
- 2) 同 呼吸器内科
- 3) 同 脳神経内科

○川井ゆり子¹⁾, 長谷川 功²⁾, 土井 悠暉²⁾, 陣野 一輝²⁾, 佐井 那月²⁾, 藤井 明弘³⁾

症例は66歳男性。左上葉肺腺癌術後再発のため、X年12月から、オシメルチニブによる治療を開始。X+2年11月CT上、胸膜播種を認め、ABCP療法を開始した。9日後から発熱が続き、12日後に腹部紅斑、頭痛も認め、腰椎穿刺を実施したが、髄膜炎は否定的であった。その後、腹部紅斑が悪化し、皮膚科にて、アテゾリズマブによる副作用が疑われた。22日後から両足裏のしびれを自覚、当初バクリタキセルによる副作用を考えていたが、24日後には両手や両膝までしびれの拡大を認め、歩行困難になった。再度、腰椎穿刺を行い、蛋白細胞解離、その後に神経伝導検査で感覚神経優位の末梢神経障害を認め、アテゾリズマブによるギラン・バレー症候群様多発ニューロパチーと診断し、ステロイド投与、IVIgを行い、改善した。アテゾリズマブによる神経障害は投与約1~2ヶ月後に多い。本症例では初回投与後、約3週間で発症し、髄液検査が診断に有用であった。

O-090

非外傷性乳び胸を契機に診断した結核性リンパ節炎の1例

大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

- 豊後みどり, 長嶺 宏明, 上野健太郎, 堤 将也,
上田 隆博, 平位 佳歩, 覺野 重毅, 小川 晃一,
松本 吉矢, 中井 俊之, 山田 一宏, 渡辺 徹也,
浅井 一久, 川口 知哉

【症例】23歳、男性。ネパール出身、X-3年より日本在住。X-1カ月より呼吸困難を自覚し前医を受診した。胸部X線で左大量胸水を認め、胸水検査で乳び胸と診断され持続ドレナージが開始された。胸部CTで頸部、縦隔、後腹膜リンパ節腫大を認め、精査加療目的に当院へ転院となった。QFTは陰性であり、喀痰抗酸菌も陰性であった。第6病日に診断目的で頸部リンパ節針生検を施行したところ、壊死を伴う類上皮肉芽腫を認めた。Ziehl-Neelsen染色は陰性であったが結核菌培養陽性であり、結核性リンパ節炎と診断し抗結核治療を開始した。その後、持続ドレナージ終了後も乳び胸の再貯留はなくリンパ節腫大も改善した。非外傷性の乳び胸の誘因としてはリンパ腫を代表とする悪性腫瘍に伴うものが多いが、結核性リンパ節炎も重要な鑑別疾患の一つである。本症例のようにQFT陰性であっても結核は否定できないため、結核の可能性も考慮しながら診療を進めるべきである。

O-091

バザン硬結性紅斑の一例

市立吹田市民病院

- 東口 将佳, 岡部 福子, 山本有美子, 稲田 怜子,
角田 尚子, 依藤 秀樹, 鉄本 訓史, 片田 圭宣

症例は27歳女性。下腿に結節を伴う皮疹、筋肉痛、多発関節痛が出現したため当院受診。既往歴として甲状腺機能亢進症があり、多嚢胞性卵巣症候群、右卵巣嚢腫疑いにてフォロー中であった。BCG接種歴はあり、結核接触歴はなかった。皮膚生検で真皮深層に壊死性血管炎を認め、脂肪小葉内に炎症性変化を認めた。T-SPOT検査陽性であった。皮膚生検のPCRでは抗酸菌群プライマーによる増幅が認められたが、結核菌トランスポゾンプライマーによる増幅は認められず、結核菌を証明することはできなかった。胸部CTでは肺結核を疑う所見は認めなかった。以上の検査所見からバザン硬結性紅斑と診断した。4剤抗結核治療を開始し約1ヶ月で症状改善し、6ヶ月治療を完遂した。皮膚結核は結核菌の直接感染によるもの（尋常性狼瘡；lupus vulgarisなど）と過敏反応による結核疹（tuberculid）に分類される。Bazinはtuberculidの一つの分類とされている。

O-092

副鼻腔結核の1例

- 1) 独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院
- 2) 滋賀医科大学医学部附属病院 呼吸器内科
- 3) 同 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 4) 同 感染制御部

○成宮 慶子¹⁾, 神田 理恵¹⁾, 大岡 彩²⁾, 戸嶋 一郎³⁾,
久保 良仁³⁾, 大澤 真⁴⁾, 中野 恭幸²⁾

【症例】76歳女性【主訴】鼻汁、聴力低下【現病歴】X-2年12月頃より膿性鼻汁が出現し、X-1年9月頃よりA病院にて投薬治療を受けたが症状は改善しなかった。同年10月より聴力の急激な悪化を自覚し、B病院を受診したところ、聴力の低下と左下鼻甲介に腫瘤様の所見を認めたため、滋賀医科大学耳鼻科を紹介受診した。CTにて、両側副鼻腔内と両側中耳内に液貯留の所見を認め、胸部では両側上葉優位に粒状陰影を認めた。左下鼻甲介の粘膜生検組織と鼻汁にて、抗酸菌塗抹とTB-TRCが陽性となったが、耳漏と喀痰では陰性であった。検査結果を総合的に考慮し、副鼻腔結核、結核性中耳炎、肺結核と診断した。X年11月より当院の結核病床へ入院し、A法にて治療を開始した。鼻汁にて3回連続での結核菌塗抹が陰性となったことを確認し、X+1年1月に退院した。【結語】治療反応に乏しい副鼻腔炎では、副鼻腔結核の可能性も検討する必要がある。

O-093

根治的化学放射線療法およびICI維持療法後、5年の経過を経て発症した活動性肺結核の1例

- 1) NHO 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター
2) 同 内科

○小林 岳彦¹⁾, 田宮 朗裕^{1,2)}, 谷口 善彦²⁾, 沖塩 協一^{1,2)}, 田中 悠也¹⁾, 倉原 優^{1,2)}, 露口 一成²⁾, 新井 徹¹⁾

【背景】肺癌治療の進歩により、根治的治療後の長期生存例が増加している。一方、治療に関連した肺損傷や免疫学的変容を背景とする感染症の併発は、再発との鑑別に重要である。

【症例】64歳男性、喫煙者。X年8月に血痰を主訴に来院。右下葉扁平上皮肺癌 (cT1bN2M0, Stage III A, PD-L1 TPS 50%) に対し、シスプラチン+ビンレルビン併用放射線療法 (60Gy/30回) を施行し、デュルバルマブによる12ヶ月間の維持療法を完遂。以降、原発巣は縮小を維持していた。X+6年5月、胸部CTにて原発巣の増大および周囲に新規の粒状影を認めた。経時的な変化から局所再発を疑ったが、喀痰検査にて抗酸菌塗抹およびTB-PCR陽性が判明。活動性肺結核と診断し、抗結核薬の投与により画像所見の改善を認めた。

【考察】放射線治療による局所の物理的脆弱性や、ICI投与による免疫動態への干渉が、遠隔期における結核再活性化に関与した可能性が考えられた。

O-094

INH/PZA/EB耐性結核菌とSM耐性結核菌の混合感染が疑われた肺結核の一例

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
2) 同 感染症内科
3) 同 臨床研究センター

○田中 悠也¹⁾, 倉原 優^{1,2,3)}, 小林 岳彦³⁾, 露口 一成^{1,2,3)}

症例は93歳女性。発熱、食思不振でA病院受診し喀痰検査で抗酸菌塗抹陽性、核酸増幅法で結核菌陽性のためB病院紹介入院となった。B病院でも同様に陽性でありイソニアジド (INH)、リファンピシン (RFP)、エタンブトール (EB)、ピラジナミド (PZA) で治療開始した。2か月後INH、RFPによる維持療法とし、排菌陰性化後は外来治療とした。しかしB病院での喀痰培養の感受性試験でINH、PZA、EB耐性が判明し多剤耐性結核への進展が懸念され当院転院となった。入院時は喀痰塗抹陰性で全身状態画像所見も改善していたためINH、RFPにレボフロキサシン (LVFX) を追加し治療継続とした。その後A病院初診時の培養菌は表現型および遺伝子型 (Deeplex Myc TBによる) ともストレプトマイシン (SM) 単剤耐性と判明した。経過良好のため同治療を継続した。本症例はINH/PZA/EB耐性菌とSM耐性菌の混合感染が示唆された。結核治療における薬剤選択に示唆を与える症例と考え報告する。

O-095

抗結核薬による薬剤性腸管浮腫疑いの精査、加療目的で転院後、大量吐血、心停止に至った一例

国立病院機構 南京都病院 呼吸器内科

○渡邊 利光

近医にて、10年以上、間質性肺炎をフォロー中、咳嗽の増悪を認め、他院救急受診。両肺多発結節を認め、結核菌PCR検査にて陽性、肺結核と診断。抗結核薬開始後、十二指腸炎、食道炎、閉塞性黄疸を来とし、抗結核薬中止。その後、敗血症性ショックを来とし、抗結核薬の再開延期。抗結核薬再開後、十二指腸炎、食道炎が、再出現したため、抗結核薬中止。以上の経過から、抗結核薬による腸管浮腫が疑われ、精査加療目的で、当院転院。当院で抗結核薬再開後、大量吐血、出血性ショック、3回の心停止後、無事ROSCし、緊急IVRにて止血。その後、抗結核薬を漸増させ、無事、紹介元へ退院となった。

O-096

一般病棟で入院治療中に喀痰塗抹検査陽性となった肺結核患者の一例の感染対策の検討

橋本市民病院 呼吸器内科

○田中 将規, 高倉 敏彰, 駿田 直俊

72歳男性。2週持続する発熱・食欲不振と肺粒状影を認め、喀痰の抗酸菌塗抹検査は3回陰性だが、結核菌PCR検査陽性で肺結核の診断となった。RFP+INH+EB+PZAを外来で開始したが、皮疹の出現と食欲不振から5日目で中止し、入院となった。陰圧個室での入院としたが、再度喀痰抗酸菌塗抹検査を3回陰性確認し、咳嗽は極軽度で、感染源隔離目的の入院基準は満たさないと判断され、結核病棟のない当院の一般病棟で治療継続となった。SM+LVFX+PZAを開始し、続いてINHを減感作療法にて入院4週後には通常量を安定して投与できたが、発熱と肺陰影悪化があり、喀痰抗酸菌塗抹検査が陽性となったため、結核病棟を有する医療機関へ転院となった。院内の接触者検診で陽性者はなかった。感染源隔離目的の入院基準を満たさない結核患者において、入院治療する際の感染対策継続の必要性について当院の他の治療導入例も併せて検討する。

O-097

中小病院における結核対応（フローチャートの作成と実践）

医療法人社団 千春会 千春会病院 看護部

○上田 望, 足立 太平, 井上 真子

本研究は中小病院における結核対策について、CNICとCNCRの視点から実践的な手法を整理しフローチャート化することで、職員の認識共有と現場対応力の強化を目指した。現場での課題や制約、具体的な工夫も検討し、感染対策と患者ケアの両立を重視したアプローチの有効性を考察した。限られた資源の中、早期スクリーニングや隔離、情報共有、研修、地域連携が重要であり、経験不足への対応や組織の柔軟性も不可欠とした。今回フローチャートを作成することで特定の職員がいなくても現場レベルでの迅速な対応が可能となった。

O-098

神戸市での外国生まれ結核患者の接触者健診で複数の発病者を認めた事例

- 1) 神戸市保健所
- 2) 神戸市健康科学研究所
- 3) 結核研究所 ネパール事務所

○藤山 理世¹⁾, 林下菜穂子¹⁾, 鬼塚久美子¹⁾, 佃 郁美¹⁾, 中島 香¹⁾, 内山 理沙¹⁾, 菅原 悠¹⁾, 長谷部さおり¹⁾, 楠原 千絵¹⁾, 森本 るみ¹⁾, 坂口 香¹⁾, 南谷 千絵¹⁾, 河村 一郎¹⁾, 宗田 由紀¹⁾, 中村 俊一¹⁾, 楠 信也¹⁾, 大畑 奈月²⁾, 有川健太郎²⁾, 岩本 朋忠²⁾, 下内 昭³⁾

【はじめに】2025年、日本語教育機関で、複数の発病者を認めた事例を経験したので報告する。【事例】初発患者は20代女性、主訴は発熱・咳・体重減少8Kg/3か月。来日2か月前に肺炎で治療を受け改善、日本語教育機関に所属。来日約3か月後から発熱と咳が出現、悪化し職員とともに受診。喀痰塗抹3+, TB-PCR陽性で肺結核と診断、bII2。菌培養陽性、HREZ, SM, KM, LVFXに感受性。ルームメイト・クラスメイト19人にQFT検査を実施。12人陽性で5人発病。職員8人に健診を拡大し、3人がQFT陽性、発病者はなし。発病5人のうち3人が菌培養陽性、2人は初発患者とVNTR型別が一致、1人は不一致。他6事例では約20人でQFT陽性は4人までで、診断前の咳の期間が長かったことが感染・発病多数につながったと考えられた。【おわりに】保健所では接触者健診を徹底する一方で、高蔓延国出身者の結核発病のリスクを本人及び周囲の人に啓発し、早期受診・早期診断につなげたい。

O-099

T-SPOT.TBの前処理方法変更前後における結核菌検出症例での陽性率についての検討

- 1) 京都市立病院 呼吸器内科
- 2) 同 感染科

○小熊 毅¹⁾, 桒谷健太郎²⁾, 吉田 葵¹⁾, 高田 直秀¹⁾, 山添 正敏¹⁾, 太田 登博¹⁾, 吉岡 秀敏¹⁾, 五十嵐修太¹⁾, 小林 祐介¹⁾

【背景】結核診療においてインターフェロンγ遊離試験(IGRA)は、補助検査として重要な位置を占めている。T-SPOT.TBは代表的なIGRAであるが、2023年頃より前処理方法が変更となっている。変更の際に同等性試験は行われているが、実臨床において変更前後での検出率を比較した報告は無い。【目的】当院委託先において前処理方法が変更となった2023年の前後での、結核菌陽性症例におけるT-SPOT陽性率の変化を検討する。【方法】2020年1月から2025年11月までに結核菌PCRもしくは培養が陽性となった症例の内、T-SPOTを施行した症例を2022年以前(A)・2023年以降(B)の2群に分け、その背景因子・陽性率を比較した。【成績】陽性率は、A群50/56(89.3%)、B群38/63(60.3%)と著明な低下が見られた。平均年齢はA群74.0、B群58.9とA群が高齢であった。【結論】T-SPOTの前処理変更時期以降、感度が低下している可能性がある。

O-100

結核入院患者に対する動画をういた禁煙支援プログラムの試み

- 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) 同 感染対策室

○倉原 優^{1,2)}, 大槻登季子²⁾, 露口 一成^{1,2)}

【背景】喫煙は結核の再発・死亡リスクを高め、禁煙支援は重要であるが、結核病棟での指導内容は標準化されておらず医療従事者の個々の知識・経験に依存している。【方法】当院結核病棟看護師に禁煙指導に関するアンケートを実施。この結果を踏まえ、入院時・入院2週間後・退院前の3段階の禁煙支援動画を制作した。喫煙中結核入院患者を対象として、過去の対照群および動画非介入群(それぞれ81例・17例)と動画介入群22例の退院後初回外来での禁煙達成率を比較した。【結果】看護師の82%が禁煙指導に困難を感じ、自信がある者は0%であった。3本の動画を制作したタブレットで視聴可能とした。退院後の禁煙達成率は介入群のほうが有意に高かった(データ解析中)。【結語】動画をういた系統的禁煙支援は、結核患者の禁煙達成率向上に寄与する可能性がある。

演題取り下げ

O-102

免疫抑制下に播種性 NTM(非結核性抗酸菌) 症を発症した2例

- 1) 兵庫県立尼崎総合医療センター
- 2) 公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院

○本田 郁子¹⁾, 北島 尚昌²⁾, 戸川 雄貴¹⁾, 松村 洋希¹⁾, 平井 厚志¹⁾, 吉田 奈生¹⁾, 小川 亮¹⁾, 岡崎 航也¹⁾, 齋藤 恵美子¹⁾, 松本 啓孝¹⁾, 永田 一真¹⁾, 平位 知之¹⁾, 遠藤 和夫¹⁾

症例1は74歳女性。真性多血症に対する JAK 阻害薬投与中に発熱、リンパ節腫大、sIL-2R 高値 (5254U/mL) と T-SPOT® 陽性を認めた。喀痰・リンパ節穿刺液・血液培養から *Mycobacterium kansasii* を検出し、肝膿瘍を伴う播種性 NTM 症と診断した。症例2は77歳男性。胃全摘後のビタミン B12 欠乏による汎血球減少に発熱性好中球減少症と GNR 菌血症を合併し、ビタミン B12 補充と広域抗菌薬を開始した。解熱せず胸部 CT で左下葉結節、リンパ節腫大、胸水が出現した。sIL-2R 高値 (4419U/mL) と QFT-4G® 陽性を認めた。縦隔リンパ節生検培養で *Mycobacterium kansasii* を検出し、播種性 NTM 症と診断した。いずれも抗結核薬により全身状態は改善した。血液疾患や免疫不全を背景とした播種性 NTM 症は、悪性リンパ腫との鑑別を要し、本症を念頭に置く重要性が示唆された。

O-103

強皮症に伴う食道蠕動障害を背景とした肺 *Mycobacterium goodii* 症の一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○山田 拓実, 矢野 翔平, 安藤 勇哉, 福田 考生,
池田 拓真, 岩垣 慈音, 山野 隆史, 西 健太,
石川 遼一, 高岩 卓也, 笠松 知子, 中川 和彦,
吉村 千恵, 黄 文禧

症例は84歳女性。強皮症、原発性胆汁性胆管炎でフォローアップ中、X-2年7月に胸部CTですりガラス影を指摘された。症状に乏しく経過観察としていたがX年1月の胸部CTですりガラス影、浸潤影の著明な悪化。発熱を認め当科入院となった。TAZ/PIPC で治療を開始したが改善乏しく、気管支鏡検査を2回行ったが、疾患特異的な所見は認めなかった。器質性肺炎としてPSL40mgを開始した。改善傾向に思えたがPSLを漸減したところ再燃した。その後2度の気管支洗浄液より *M. goodii* を認め肺 *M. goodii* 症と診断した。MEPM+AMK+STFX で加療を開始し経過は良好である。*M. goodii* は迅速発育抗酸菌の一種で肺病変を引き起こすことは稀である。迅速発育抗酸菌は食道疾患との関連が指摘されており、本症例も強皮症に伴う食道蠕動障害が発症のリスクとなった可能性が高い。食道疾患のある患者における難治性肺炎では原因として迅速発育抗酸菌を念頭に置く必要がある。

O-104

質量分析により同定しえた肺 *Mycobacterium marseillense* 症の剖検例

大阪市立総合医療センター 感染症内科

○白野 倫徳, 森田 諒, 麻岡 大裕

【背景】

Mycobacterium marseillense は *Mycobacterium avium* complex (MAC) に属する遅発育抗酸菌として2009年に提唱された比較的新しい菌種である。本菌による感染症の報告は少なく、その臨床像は十分には解明されていない。

【症例】

高血圧および職業上のアスベスト曝露歴を有する75歳男性。健診で実施された胸部CT検査で肺の異常陰影を指摘され、当院を受診した。喀痰培養にて抗酸菌が検出され、当初PCR検査で *M. intracellulare* と同定されたが、後に質量分析により *M. marseillense* と再同定された。多剤併用療法を実施されたが、呼吸不全が進行して死亡に至り、病理解剖が実施された。

【結語】

質量分析による同定が普及し、今後、肺 *M. marseillense* 症の診断頻度が増える可能性がある。肺 *M. marseillense* 症は多剤併用療法を実施しても重症化することがあり、臨床像の解明が望まれる。

O-105

気胸後に非結核性抗酸菌感染症による右膿胸を発症した一例

済生会中和病院 呼吸器内科

○藤原 隆徳, 市村 善太, 井上 泰孝, 田崎 正人,
櫻井 正樹, 新井 正伸, 北田 裕陸, 徳山 猛

症例は91歳女性。X-4年に胸部異常陰影のため当院紹介され喀痰培養検査で *Mycobacterium avium* が検出された。超高齢かつ自覚症状が乏しく、リスク・ベネフィットを鑑みて経過観察とした。X年Y-1月29日に発熱および呼吸困難のため近医を受診し、画像検査で両中肺野浸潤影および右肺虚脱を指摘された。同日に右胸腔ドレーン留置および抗菌薬加療が開始され、Y月4日に当院へ転院となった。Y月9日に右肺の拡張を認め胸腔ドレーン抜去したが、10日に39.0℃の発熱および右被包化胸水貯留を認めた。11日に胸水培養を提出し、セフトリアキソンおよびメロペネム不応であったことから *Mycobacterium avium* による膿胸を疑いクラリスロマイシン、エタンブトールを開始した。29日に胸水培養で *Mycobacterium avium* 陽性が判明したためリファンピシンも追加し、本人の早期退院希望もありY+1月1日に退院とした。非結核性抗酸菌感染症による膿胸を生じる例は稀であり、報告する。

O-106

肺非結核性抗酸菌症の長期治療中に器質化肺炎を発症した一例

公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院

○青木 勝平, 井上 大生, 東 寿希也, 大倉 千明,
野原 瑛里, 神野 志織, 田嶋 範之, 森本 千絵,
北島 尚昌, 福井 基成, 丸毛 聡

2008年に *Mycobacterium avium* (*M. avium*) による肺非結核性抗酸菌症（肺NTM症）と診断された72歳女性。現在はクラリスロマイシン・エタンブトール・リファンピシンにて治療し、右中葉に粒状影、気管支拡張、浸潤影を認めるも、病勢は安定していた。2025年12月の胸部CTで、無症候ながら右中葉浸潤影の増悪および両下葉に新規結節影を認めた。右中葉気管支の擦過洗浄液では抗酸菌塗抹陽性・*M. avium* TRC陽性であったが培養は陰性であった。翌1月に陰影は更に悪化し、肺NTM症の増悪と判断し治療強化したが反応不良であった。左下葉の新規陰影に対するTBLCにて器質化肺炎と診断した。同検体からは抗酸菌は検出しなかった。ステロイド治療開始後、陰影は速やかに改善した。【考察】肺NTM症治療中に肺野陰影が増悪した際に、臨床経過が非典型的な場合は、器質化肺炎など別病態を合併している可能性も考慮し、生検を含む精査を行うことが重要である。

O-107

M. avium・*M. abscessus* の治療中に器質化肺炎を併発したNTMの一例

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
3) 近畿大学病院

○花田宗一郎¹⁾, 永橋亨次朗¹⁾, 岩井 正道¹⁾, 白波瀬 賢¹⁾,
長崎 忠雄¹⁾, 村木 正人¹⁾, 松本 久子²⁾, 東田 有智³⁾

【症例】67歳・女性【経過】202X-3年11月に胸部異常陰影を認め、当科紹介となった。胸部CTで粒状影・空洞性病変を認めた。精査目的で実施した気管支鏡検査では、悪性所見は認めず、培養より *M. avium* が検出された。他方、喀痰培養からは、*M. avium* が検出され、治療反応性も考慮し、*M. avium* の治療を開始した。治療反応性は良好であったが、喀痰培養からは *M. abscessus* の検出は持続していた。202X-1年7月にDOEが悪化し、左胸水貯留を認め、胸水所見よりNTM関連の胸膜炎と診断し、*M. abscessus* をターゲットにした治療へ変更した。治療反応性は良好であったが、202X年2月の胸部CTで左上葉に新規の腫瘤影が出現し、LKの鑑別も必要と判断し、気管支鏡検査を実施した。気管支鏡検査の結果、悪性所見は認めず、病理学的検討より、器質化肺炎の併発と診断した。*M. avium*・*M. abscessus* の治療中に器質化肺炎を併発した症例と考え、若干の文献的考察を含め報告する。

O-108

M. intracellulare 症治療中に *M. abscessus* 症とMALTリンパ腫を合併した一例

1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
2) 同 臨床研究センター
3) 同 病理検査科

○正木 暁¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 小林 岳彦²⁾,
倉原 優²⁾, 清水 重喜³⁾, 露口 一成²⁾

症例は80歳の男性。当院受診20年前に健康診断で異常陰影を指摘され、かかりつけ医で非結核性抗酸菌症の診断となるも経過観察となった。当院受診10年前に *Mycobacterium intracellulare* が喀痰抗酸菌培養より検出されリファンピシン、エタンブトール、クラリスロマイシンで治療開始となった。治療継続中の胸部CTで右下葉に新規腫瘤影を指摘され当院紹介受診となった。気管支鏡検査を行い、気管支洗浄液の抗酸菌培養で *Mycobacterium abscessus* (*M. abscessus*) を検出し、生検では *Mucosa Associated Lymphoid Tissue* (MALT) リンパ腫の所見を認めた。MALT リンパ腫の発生原因の一つに非結核性抗酸菌症も報告されているが、その中でも *M. abscessus* 症に合併したMALT リンパ腫の報告例は検索した限りではみられなく本症例を通じて報告する。

O-109

経過中に悪性胸膜中皮腫を発症した難治性肺 MAC 症の一例

- 1) 国立病院機構奈良医療センター 内科
- 2) 奈良県総合医療センター 呼吸器内科

○玉置 伸二¹⁾, 久下 隆¹⁾, 板東 千昌¹⁾, 芳野 詠子¹⁾, 田中小百合¹⁾, 熊本 牧子¹⁾, 小山 友里¹⁾, 富田 大¹⁾, 奥田悠太郎¹⁾, 西崎 友哉²⁾, 伊藤 武文²⁾

【症例】76歳、女性。【現病歴】難治性肺 MAC 症に対してアミカシンリポソーム吸入用懸濁液導入後に外科的治療を施行し、経過良好であった。CAM + RFP + STFX による治療を継続していたが、X年5月下旬頃より右側胸部痛を自覚するようになった。【臨床経過】同年7月の胸部CTでは右胸壁に腫瘍性病変を認め、胸膜播種を示唆する所見も認めた。CTガイド下生検を施行し、悪性胸膜中皮腫と診断した。Nivo + Ipi による化学療法を開始したが、腹部症状が強く継続困難となった。以後対症療法のみ行っていたが、X + 1年1月に上大静脈症候群を発症し、腫瘍に対して30Gy/10回の放射線治療を行った。【考察】難治性肺 MAC 症の経過中に新たな病変を認めた時には、悪性腫瘍などの合併を考慮する必要がある。

O-110

環境調査が原因究明に有用であった過敏性肺炎の1例

- 1) 関西電力病院 呼吸器内科
- 2) 同 病理診断科

○和田 岳¹⁾, 坂野 勇太¹⁾, 森 優花¹⁾, 坂井 俊介¹⁾, 松浦 弘幸¹⁾, 嶋田 有里¹⁾, 藤本 寛樹¹⁾, 岩元 竜太²⁾

【症例】症例は71歳女性。労作時呼吸困難により前医へ緊急入院し、間質性肺炎の疑いで中等量のステロイドを導入された。症状が改善し退院したが、自宅で空調を使用したところ発熱や咳嗽が再燃し当院へ入院した。胸部CTでは両肺野にすりガラス影や網状影、牽引性気管支拡張を認めた。血液検査でKL-6は8,450U/mlと上昇し、抗トリ抗体、抗T. asahii 抗体が陽性であった。入院により症状は自然軽快し、気管支鏡検査でTBLBおよびBALを評価し過敏性肺炎と診断した。自宅の環境調査では空調内の汚染が著明であり、擦過培養から真菌が検出された。羽毛製品の除去、ハウスクリーニングを行い、退院後に免疫抑制薬を減量するも再燃なく経過している。【考察】過敏性肺炎において抗原の特定は極めて重要である。本症例では問診に加え環境調査を行うことで抗原を特定でき、患者の予後改善へ繋がった。過敏性肺炎の診療における環境調査の重要性を示す症例と考え報告する。

O-111

禁煙で改善の見られた単一臓器型肺ランゲルハンス細胞組織球症の一例

- 1) 独立行政法人国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科
- 3) 同 消化器内科
- 4) 同 放射線診断科
- 5) 同 病理診断科
- 6) 京都大学医学部附属病院 血液内科

○望月 雅斗¹⁾, 外山 尚吾¹⁾, 岡田 裕太¹⁾, 伊藤 高範¹⁾, 今北 卓間¹⁾, 大井 一成¹⁾, 金井 修¹⁾, 藤田 浩平¹⁾, 賀来 良輔²⁾, 澤井 聡²⁾, 浅野 陽一³⁾, 高橋 混平⁴⁾, 桑原 遼⁴⁾, 森吉 弘毅⁵⁾, 吉永 則良⁶⁾, 谷澤 公伸¹⁾

症例は47歳女性。25年来の喫煙者であった。X年6月の健診で両側多発肺嚢胞を指摘され、X年8月精査目的に当科受診。胸部CTでは2ヶ月間で粒状影、やや壁厚の厚い多発嚢胞が増加、増大しており、転移性肺腫瘍、抗酸菌、真菌感染症、嚢胞性肺疾患を疑った。FDG-PET/CTでは嚢胞壁に一致したFDG集積のほか、肝S4にFDG集積を伴う腫瘍影を認めた。B5での気管支肺胞洗浄液、及びB8での経気管支肺生検では確定診断に至らず、X年9月に外科的肺生検を施行したところ、CD1a陽性の組織球様細胞の間質浸潤を認め、肺ランゲルハンス細胞組織球症と組織診断した。エコーガイド下肝生検ではランゲルハンス細胞を認めず、肺のみの単一臓器型と診断した。禁煙のみで経過観察したところ、2ヶ月後の胸部CTで嚢胞性病変の虚脱、縮小を認めた。本症例は、比較的急速な経過をたどりながら、禁煙のみで改善した肺ランゲルハンス細胞組織球症の症例であり、文献的考察を踏まえて報告する。

O-112

シェーグレン症候群に合併した胸膜肺実質線維弾性症 (PPFE) の1剖検例

- 1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科
- 2) 同 リウマチ・膠原病内科
- 3) 同 放射線科
- 4) 同 臨床病理科
- 5) 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 病理診断科

○平林穂乃佳¹⁾, 富岡 洋海¹⁾, 山田 夕輝¹⁾, 李 正道¹⁾, 横田 真¹⁾, 網本 久敬¹⁾, 瀧口 純司¹⁾, 金子 正博¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 壺井 和幸²⁾, 上原崇理子³⁾, 勝山 栄治⁴⁾, 河端 美則⁵⁾

PPFEは2013年特発性間質性肺炎国際分類で、まれな間質性肺炎として登場したが、種々の疾患に二次的に合併することが報告され、2025年間質性肺炎国際分類では、特発性または膠原病などの二次性原因と記載されるに至った。症例は剖検時70歳代、女性。検診で陳旧性肺結核を指摘されたことはあるが、罹患歴なし。喫煙歴なし。胃潰瘍で当院消化器内科通院中に胸部異常影のため2020年7月当科紹介。当初、肺非結核性抗酸菌症として治療行なったが副作用で継続できず、徐々に呼吸困難が進行し、画像所見の経過からPPFEが疑われた。乾燥症状あり、抗SS-A抗体陽性で、口唇生検の結果、シェーグレン症候群と診断。HOT導入、呼吸リハビリテーションも含めた対症療法を行うも、体重減少、嚥下障害進行し、誤嚥性肺炎を繰り返し、2026年3月死亡。シェーグレン症候群に合併したPPFEについて病理学的検討も含めて検討した症例は貴重であり、文献的考察を加え報告する。

O-113

2年続けて冬季に複数回の間質性肺炎を起こした心アミロイドーシスの1例

- 1) 大阪府済生会千里病院、大阪公立大学医学部附属病院 初期研修医
- 2) 同 循環器内科
- 3) 同 免疫内科
- 4) 同 呼吸器内科

○大瀬戸 渚¹⁾、森本 彬人⁴⁾、柏木 樹¹⁾、伴 奈葉加¹⁾、
 糞田 有希¹⁾、山本 隆盛²⁾、松浦 良信³⁾、葛谷憲太郎³⁾、
 川田 翔司³⁾、山口 統彦⁴⁾

【症例】88歳男性【主訴】発熱、呼吸苦【既往】心アミロイドーシス【経過】1.X-1年1月、2.X-1年2月、3.X年1月に間質性肺炎で入院した。1～3の入院とも新型コロナやインフルエンザウイルス患者との接触があり、副腎皮質ステロイドホルモン剤（以下ステロイド剤）で改善した。心アミロイドーシス、洞不全症候群あり心臓ペースメーカーや除細動治療も受けた。3の退院当日発熱し4.X年2月に入院した。カテーテル穿刺部位感染と判断し抗菌薬で改善した。4の退院当日の夜間にも発熱し、5.入院して抗菌薬で改善した。5の退院当日も夜に発熱した。P E T検査は異常なかった。X年3月、発熱で、6.入院した。無治療で即日解熱した。冬季のみ使用した加湿器内の水を採取すると、グラム陰性桿菌多数、その水のエンドトキシン濃度は6000pg/mlであった。【考察】各種要因があり加湿器肺の視点が脱落していた。【結論】診断に14か月を要した加湿器肺を経験した。

O-114

間質性肺疾患進行予測バイオマーカーであるCCL17に対する抗線維化薬の影響

- 1) 大阪大学 医学部 医学科
- 2) 同 大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学

○柴山幸太郎¹⁾、榎本 貴俊²⁾、武田 吉人²⁾、久下 朋輝²⁾、
 内藤真依子²⁾、内藤祐二期²⁾、白山 敬之²⁾、三宅浩太郎²⁾、
 平田 陽彦²⁾、熊ノ郷 淳²⁾

【背景】我々はこれまで血清CCL17が間質性肺疾患の進行予測バイオマーカーとなり得ることを示したが、抗線維化薬が血清CCL17値に及ぼす影響は不明である。【方法】凍結血清サンプルデータベースから同定された抗線維化薬治療前後の血清サンプルを用いて、血清CCL17値の変化をELISAで評価した。加えて、肺線維症マウスモデルを用いてPirfenidoneが肺CCL17に与える影響を評価した。【結果】同定された12例において、抗線維化薬治療後の血清CCL17値は低下傾向を示した(P=0.062)。さらに、マウスモデルに対するPirfenidoneは肺CCL17の増加を抑制した。【考察】抗線維化薬とりわけPirfenidoneは、肺および血清CCL17値を下げる可能性が示唆された。CCL17が線維化促進作用を有することを考慮すると、Pirfenidoneの抗線維化作用は部分的にCCL17の抑制を介していることが示唆される。治療介入後の血清CCL17低下が治療効果予測のための指標となるかは今後の検証課題である。

O-115

胸膜炎を契機に全身性エリトマトーデスの診断に至った1例

- 1) 和泉市立総合医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 病理診断科

○森谷亜里紗¹⁾、武田 倫子¹⁾、中桐 悠登¹⁾、松下 雄大¹⁾、
 坂井田美穂²⁾、門谷 英昭¹⁾、上西 力¹⁾、久保 寛明¹⁾、
 田中 秀典¹⁾、落合 健²⁾、太田 善夫²⁾、松下 晴彦¹⁾

症例は57歳女性。X年8月に右変形性股関節症に対する術前検査で左優位の両側胸水を指摘され当科紹介となった。左胸水に対し局所麻酔下胸腔鏡検査を施行したが、診断には至らなかった。胸水再貯留する場合は再検査の方針とし、一度退院し経過フォローしていたところ、2週間後に倦怠感で救急要請、炎症所見の増悪および心膜液貯留を認め、再入院となった。初回入院では有意な身体所見はなかったが、部分的な脱毛が出現し、膠原病の可能性も考え追加検査したところAPTT延長、抗核抗体陽性であった。全身性エリトマトーデス(SLE)に伴う胸膜炎、漿膜炎が疑われ、膠原病内科に転科し治療開始となった。その後胸水貯留や脱毛は改善得られた。本症例は胸膜炎を契機に診断されたSLEであり、診断に抗核抗体が手掛かりとなった1例であった。感染や悪性疾患の所見が乏しい非特異的な胸水貯留や胸膜炎に対しては膠原病疾患の可能性を考慮することが重要である。

O-116

びまん性肺胞出血を伴い治療抵抗性であった顕微鏡的多発血管炎の一例

大阪府済生会野江病院

○坂本 蘭、的場 智也、梶原 佑一、井利 顕子、
 中山 絵美、藤木 貴宏、日下部悠介、山本 直輝、
 松本 健、相原 顕作、山岡 新八、三嶋 理晃

症例は慢性腎不全が背景にある81歳女性。食思不振を主訴に救急外来を受診した。尿潜血は強陽性、血清クレアチニンはベースラインから上昇しており、胸部CT検査で下葉背側に網状影、両肺のびまん性浸潤影がみられた。MPO-ANCA陽性であり、気管支鏡検査で肺胞出血をみとめた。びまん性肺胞出血を伴う顕微鏡的多発血管炎(MPA)と診断し、ステロイド、リツキシマブおよび血漿交換療法による治療を開始した。治療導入後も呼吸状態の悪化とCRPの上昇があり、挿管人工呼吸管理の上、アパコパンを追加した。しかしながら治療反応性は不良であり、病勢の安定化は困難と判断し、緩和的治療を優先する方針となった。MPAは早期の適切な治療介入で寛解にいたることが多く、本症例のように治療抵抗性で急激な経過をたどることは少数例である。本症例における経過と治療内容について若干の文献的考察を加えて報告する。

O-117

気管・気管支に局限した再発性多発軟骨炎 (relapsing polychondritis: RP) の2例

- 1) 住友病院 呼吸器内科
- 2) 同 膠原病・リウマチ内科

○上田 聖也¹⁾, 田中 彩加¹⁾, 國宗 直紘¹⁾, 桂 悟史¹⁾, 奥村 太郎¹⁾, 重松三知夫¹⁾, 山田 恵壽²⁾

症例1は69歳女性, 症例2は78歳女性。いずれも既往に気管支喘息があり, COVID-19感染症に罹患後, 咳嗽が遷延し, 喘息治療や抗菌薬治療で改善なく, 血液検査で炎症反応の上昇, 胸部CTにて気管にびまん性の壁肥厚と狭窄を認めた。再発性多発軟骨炎 (relapsing polychondritis: RP) を疑ったが, 耳介や鼻軟骨に有意な所見はみられなかった。気管支鏡で気管内腔粘膜の浮腫状変化と狭窄を認め, Ga シンチグラフィーで気管に局限した強い集積があり, 病変が気管・気管支に局限していると考えられた。外科的に気管軟骨生検を行い, 軟骨周囲にリンパ球浸潤を認め, RPと診断した。RPは軟骨組織に対し特異的に再発性の炎症を起こす稀な疾患で, 病変が気道に局限する症例では診断に難渋し, 致死的な経過をたどることがある。今回我々は, 気管軟骨に局限し, 外科的生検で診断し得たRPの2例を経験したため, 文献的考察を加え報告する。

O-118

両側胸水貯留を認め, 肺癌との鑑別を要した卵管癌胸膜播種の1例

大阪赤十字病院

○榎本 朱里, 石川 遼一, 安藤 勇哉, 福田 考生, 山田 拓実, 池田 拓真, 岩垣 慈音, 矢野 翔平, 山野 隆史, 西 健太, 高岩 卓也, 笠松 知子, 中川 和彦, 吉村 千恵, 黄 文禧

【症例】85歳女性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】X-1年12月より労作時呼吸困難を自覚しX年1月に胸部X線画像で胸水貯留を認め紹介となった。胸部CTで両側胸水貯留および右肺腫瘍影を認め, 胸水細胞診では両側からAdenocarcinomaを検出したため肺癌胸膜播種を疑ったが, 胸水ドレナージ後に再検した胸部CTでは右肺腫瘍影は消失しており無気肺であったことが判明した。胸腹部造影CTでは原発巣を同定できなかったが, CA125高値および胸水セルブロック免疫染色から婦人科領域原発の漿液性癌が疑われた。骨盤部MRIでも腫瘍は指摘できなかったが審査腹腔鏡にて右卵管采から高異型度漿液腺癌を認め右卵管癌と診断した。化学療法開始後, 胸水は減少傾向である。【考察】癌性胸膜炎の原発巣は肺癌と乳癌が多く, 卵管癌を原発とするのは稀である。胸水を契機に診断に至り, 画像上明らかな所見を欠く中で腹腔鏡が診断において有用であった卵管癌の一例を報告する。

O-119

無気肺を契機に発見された前腸重複嚢胞と診断された1例。

- 1) 関西医科大学呼吸器腫瘍内科学講座
- 2) 同 付属病院呼吸器外科

○今西 優¹⁾, 中西健太郎¹⁾, 竹安 優貴¹⁾, 服部 志保²⁾, 谷口 洋平²⁾, 荒木 啓吾¹⁾, 北川 真愛¹⁾, 横原なつの¹⁾, 吉田 清里¹⁾, 生駒 龍興¹⁾, 中濱かほり¹⁾, 勝島 詩恵¹⁾, 濱井 宏介¹⁾, 山中 雄太¹⁾, 池田 慧¹⁾, 村川 知弘²⁾, 倉田 宝保¹⁾

18歳女性。1ヶ月前からの咳嗽と呼吸困難, 1日前からの胸痛を主訴に前医を受診し, 画像検査で左無気肺を認めたため, 当科紹介となった。胸部CT検査で後縦隔に内部均一な低吸収域を呈する境界明瞭な嚢胞性病変を認めた。嚢胞の急速な増大により気道圧排が生じ, 左無気肺を呈していると考えられた。当院放射線科にてCTガイド下嚢胞ドレナージを施行したところ, 速やかに無気肺の改善を認め, 症状も軽快した。その後, 全身状態の安定化を待って約2週間後に胸腔鏡下後縦隔嚢胞壁切除術を施行した。病理組織学的検査では, 消化管を模倣するdesmin陽性の筋層に裏打ちされた病変でForegut duplication cystと診断された。本症例は画像上で気管支嚢胞との鑑別が困難であり, 病理診断により確定した症例であったため, 文献的考察も踏まえて報告する。

O-120

画像所見と乖離し急速に進行した拘束性換気障害を契機に筋萎縮性側索硬化症と診断された1例

- 1) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
- 2) 同 医療の質・安全管理学
- 3) 同 臨床腫瘍学

○久野 暢子¹⁾, 新名 航平¹⁾, 小川 晃一¹⁾, 山田 一宏¹⁾, 永木佑一良¹⁾, 等々力 輝¹⁾, 大島 友里¹⁾, 杉本 亮¹⁾, 中井 俊之¹⁾, 渡辺 徹也^{1,2)}, 浅井 一久¹⁾, 川口 知哉^{1,3)}

【症例】77歳男性【経過】X-5年に珪肺症と診断され当科通院中であった。X年5月まで病状は安定していたが, 8月に労作時呼吸困難を自覚。胸部CTでは新規病変を認めない一方, 呼吸機能検査では1年前の%VC 77.6%, FVC 2.66Lと比較し, %VC 49.3%, FVC 1.68Lと拘束性換気障害の進行を認めた。一方で, %DLCOは86.9%(1年前は88.5%)と保持されていた。9月にはFVC 1.50Lとさらなる低下に加え, 嚥下困難が出現し1年間で約10kgの体重減少も認めた。血液ガス分析では, pH 7.421, PaCO₂ 46.1 Torr, PaO₂ 85 Torr, HCO₃⁻ 29.4mmol/Lと軽度のCO₂貯留を認めたが, A-aDO₂は7.1 Torrと正常範囲内であった。画像所見と呼吸機能検査の乖離, および拡散能低下を伴わない肺低換気の所見から神経筋疾患を疑い, 神経内科へ紹介した。精査の結果, 筋萎縮性側索硬化症と診断された。【考察】進行性の拘束性換気障害を認めた際は, 神経筋疾患も鑑別に入れて診察することが重要である。

O-121

肺移植後閉塞性細気管支炎における気管支径の経時的定量的評価

- 1) 大阪大学 医学部 医学科
- 2) 大阪大学大学院 医学系研究科 呼吸器・免疫内科学
- 3) 同 免疫分子制御学
- 4) 大阪大学医学部附属病院 オンコロジーセンター

○石田 花奈¹⁾, 三宅浩太郎²⁾, 仲谷 勇輝²⁾, 山内桂二郎²⁾, 宮崎 暁人²⁾, 塚口 晃洋²⁾, 岩橋 佑樹²⁾, 刀祢 麻里⁴⁾, 榎本 貴俊³⁾, 内藤真依子²⁾, 内藤祐二期²⁾, 白山 敬之²⁾, 平田 陽彦²⁾, 武田 吉人²⁾

閉塞性細気管支炎 (BO) は病理学的には細気管支の狭窄を特徴とするが、臨床的には中枢気管支の拡張も報告されている。今回、BO 症例における気管支径について経時的に評価した。【症例】35歳で両側肺移植を施行。その後閉塞性換気障害とCT上の air trapping が進行しBOと臨床診断された。【手法】13ヶ月間に撮影された計7回のCT画像について、ソフトウェアで気管支の断面積を網羅的に計測した。座標・長さ・角度に基づいて対応する気管支を特定し、変化率を追跡した。【結果】区域支を2次気管支と定義し、7次まで評価した。吸気位において2〜3次気管支では約+60%の拡張を認めたのに対し、5-7次気管支では約+100%とさらに拡張傾向を認めた。観察期間中にFEV1は1.37Lから0.55Lに低下した。CT上、吸気時の肺容積は変化しなかった。【結語】BOと臨床診断された症例において、中枢からやや末梢の広範な気管支において拡張を認めた。文献的考察を加えて発表する。

O-122

腹膜透析中の横隔膜交通症に対し胸腔鏡下横隔膜縫縮術を行ったが、1年10カ月で再発し再手術を行った1例

京都市立病院

○笠井 美里, 村西 祐介, 西野 嘉紘, 河野 朋哉, 宮原 亮

症例は78歳男性。76歳時に腹膜透析導入されたが、腹膜透析中の右胸水貯留を認め横隔膜交通症と診断された。腹膜透析継続希望であり、胸腔鏡下に横隔膜交通部の縫合閉鎖を行う方針とした。手術ではまず腹腔内にICGを混ぜた腹膜透析液を注入し、横隔膜を確認した。横隔膜の筋層から腱中心に移行する部位に3か所横隔膜嚢胞を認め、同部より漏出を認めた。それぞれPGAシートをプレジェットとし縫合閉鎖した後、フィブリン糊で補強し手術終了した。術後2カ月より腹膜透析を再開し、問題なく継続されていたが、術後1年10カ月で再度透析中の右胸水貯留を認め再手術の方針となった。初回手術で補強した横隔膜のすぐ脇に1箇所漏出部を認め閉鎖した。初回手術で閉鎖した部位とは別に新規に瘻孔が形成されたものと考えられた。横隔膜交通症の再発症例についての報告は少なく、いかにすれば再発が防げるか、文献的考察を行い報告する。

O-123

歯科処置中に落下した歯冠を経気管支鏡的に除去した1例

京都鞍馬口医療センター

○朱 宰煥, 嶋本 貴之, 谷 望未, 小西 一央

【症例】80歳、男性

【主訴】胸部異常陰影

【現病歴】健康診断胸部X線で右肺門部に異常陰影を指摘され、当科紹介となった。紹介となる4か月前、歯科治療中に歯冠が口腔内へ落下したが、消化管を経て自然排出することが予想され経過観察方針となった。その後明らかな呼吸器症状は認められなかった。胸部CTで右中葉気管支内に6mm大の金属様高吸収構造を認め気管支内異物が疑われた。BF-H1200軟性気管支鏡下に観察したところ右中葉入口部に一部新生上皮に覆われた金属異物を認めた。周囲組織を剥離して把持し経気管支鏡的に摘出した。処置中および処置後に明らかな合併症は認めなかった。

【考察】成人気道異物は症状に乏しく診断が遅れることがある。歯科治療に関連するものでは健診画像などを契機に偶発的に発見されることもあり得る。本症例では無症候性に数か月経過していたが、嵌頓を伴わず停滞していたため軟性気管支鏡による低侵襲な摘出が可能であった。

O-124

同種臍帯血移植延期困難なAML患者に発症した難治性気胸をEWSによる気管支充填術で制御し得た1例

1) 姫路赤十字病院 臨床研修センター

2) 同 呼吸器内科

3) 同 血液・免疫細胞療法科

○中山菜々子¹⁾, 狩野 裕久²⁾, 浅野 豪³⁾, 武田 知樹²⁾, 田中 愛也²⁾, 林 愛理²⁾, 中村 香葉²⁾, 真下 周子²⁾, 平松 靖史³⁾, 岸野 大蔵²⁾

症例は49歳、男性。非血縁者間骨髄移植後再発の難治性急性骨髄性白血病に対し、同種臍帯血移植目的に当院へ転院した。転院時から左気胸を認め、胸腔ドレーンを留置したが、気漏が遷延した。高度な血球減少に加え、感染リスクが高く、外科的処置は困難と判断した。移植延期も難しく、前処置と並行して、左上区域支を標的としたEndobronchial Watanabe Spigot (EWS) による気管支充填術を行い、気漏の停止を認めた。移植前日にミノサイクリンによる胸膜癒着術を追加し、胸腔ドレーンを抜去した。以降、気胸の再発や合併症なく、臍帯血移植を施行し得た。本例のように重篤な血液疾患を有する症例に対する、EWSを用いた気管支充填術の報告は限られる。ハイリスクな病態であったが、血液内科との緊密な連携により、最適な介入時期の決定と安全な胸膜癒着が可能となった。同様の難治性気胸患者に対する治療選択の一助になると考え報告する。

O-125

非結核性抗酸菌症による有癭性膿胸に対し胸膜癒着術とEWSによる気管支充填術を施行した1例

公立豊岡病院 呼吸器内科

○石井 千絵, 大端 周, 小西 宏侑, 中尾 高浩,
平位 一廣, 三好 琴子, 中治 仁志

シェーグレン症候群, 原発性硬化性胆管炎が既往にある80歳女性。胸痛を主訴に受診し, 右気胸の診断で胸腔ドレーン挿入後に入院となった。喀痰及び胸水の抗酸菌塗抹陽性, 培養で *Mycobacterium intracellulare* が検出されたことから非結核性抗酸菌症による有癭性膿胸と診断し, アジスロマイシン, エタンプトール, アミカシンによる抗菌薬治療を開始した。胸腔ドレーン挿入後, エアリークが遷延したためミノサイクリン, 自己血, 50%ブドウ糖液による胸膜癒着術に加え, Endbronchial Watanabe Spigot (EWS) による気管支充填術を施行したところ, エアリークの改善を認め気胸腔は消失した。炎症反応の改善も認められたため第53病日に自宅退院した。非結核性抗酸菌症による有癭性膿胸はまれであり, 抗菌薬治療と胸膜癒着術, EWSによる気管支充填術の併用が有効であった。

O-126

小葉中心優位のびまん性粒状影を呈したサルコイドーシスの1例。

- 1) NHO 姫路医療センター 呼吸器内科
- 2) 公益財団法人天理よろづ相談所病院 病理診断部

○高田 正浩¹⁾, 平田 展也¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 吉川 和志¹⁾,
日隈 俊宏¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾,
山之内義尚¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾,
鏡 亮吾¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 中原 保治¹⁾, 小橋陽一郎²⁾

56歳女性。夜間喘鳴で近医を受診, 気管支喘息と診断され, 吸入療法等により症状は改善したが, びまん性粒状影を認めたため当科紹介となった。視力低下や皮疹などの肺外症状は認めず, 胸部CTで両肺上葉優位のびまん性粒状影を認め, その多くは小葉中心性で内部に嚢胞様変化を示すものも混在した。明らかな肺門・縦隔リンパ節腫大は認めなかった。血液検査で可溶性IL-2Rは498U/mLと軽度上昇を認め, 肺機能検査ではほぼ正常であった。クライオ肺生検を施行, 多核巨細胞が集合した小肉芽腫様の病変を認め, 肺サルコイドーシスと診断した。肺サルコイドーシスでしばしば経験するびまん性粒状影はランダム分布が基本であるが, 本例は小葉中心性分布が主体であり, 稀な症例と考えられたので文献的考察を含め報告する。

O-127

結核との鑑別を要した空洞形成を伴うサルコイドーシスの1例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○吉村倫太郎, 神戸 寛史, 中山 怜那, 平田 拓士,
打谷 美沙, 柏木 郁美, 杉山 貴康, 田中 尚登,
西田 湧也, 平井 将隆, 齊藤正一郎, 伊部 匡晃,
白川 千種, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 富井 啓介,
立川 良

40代に潜在性結核感染症の治療歴がある54歳女性。X-5年から右上葉粒状影をサルコイドーシス疑いとして経過観察していた。X年8月, 胸部CTで両側上葉の広義間質に沿った多発粒状影を認め, 右上葉のクライオ生検で非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め, サルコイドーシスと診断した。その後, 他臓器病変の評価中に左上葉の新規空洞影が出現した。潜在性結核感染症の既往から肺結核を疑い, 3連痰と気管支鏡検査を施行したが結核菌は同定されなかった。以上より空洞影を含めてサルコイドーシスと判断し, ステロイド治療を開始し空洞影の改善を認めた。サルコイドーシスにおける空洞形成は稀で, 特に潜在性結核感染症を有する症例では結核との鑑別が重要となる。本症例は新規空洞形成により結核との鑑別を要したが, 十分な微生物学的評価と組織学的検討によりサルコイドーシスと診断し得た一例であり, 空洞性病変を呈する病態の診断には注意が必要である。

O-128

進行性肺線維症を呈し, ニンテダニブで治療を行った, サルコイドーシス合併自己免疫性肺胞蛋白症の一例

- 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) 同 呼吸器内科
- 3) 同 放射線科
- 4) 同 病理

○新井 徹¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 竹内奈緒子²⁾, 香川 智子²⁾,
澄川 裕允³⁾, 清水 重喜⁴⁾

症例は診断時29歳の女性。X-13年の検診の胸部X線写真で, 両下肺野浸潤陰影を指摘され, 肺炎治療で改善しないため, 気管支鏡等で検査したところ, 自己免疫性肺胞蛋白症と診断された。GM-CSF吸入療法, その後の経過観察で, 陰影の軽減, 血清マーカー低下を認めた。X年, 羞明を認め, 眼科にてぶどう膜炎と診断。同時に肺野のGGO増加, 肺門リンパ節腫脹を認め, 皮膚の紅斑も出現した。EBUS TBNA, 皮膚生検で類上皮細胞肉芽腫, ACE, 可溶性IL2受容体の上昇を認め, X年, サルコイドーシスと診断した。ステロイドで全ての病変が改善を示したが, X+6年, 肺野の線維化所見の悪化, FVCの低下を認めたため, 進行性肺線維症として, ニンテダニブを追加した。FVC低下速度は投与前191mL/年から-198mL/年に改善を認めた。サルコイドーシスによるPPFにニンテダニブが有効であった貴重な症例と考え報告する。

O-129

多発性筋炎と同時に診断した自己免疫性肺胞蛋白症の1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) 同 臨床研究センター
- 3) 同 放射線科
- 4) 同 病理診断科

○滝本 直之^{1,2)}, 茂田 光弘¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 香川 智子¹⁾, 井上 義一²⁾, 新井 徹²⁾, 澄川 裕充³⁾, 武田麻衣子⁴⁾, 清水 重喜⁴⁾

X-1年3月頃から乾性咳嗽が出現。抗核抗体陽性で、AST、ALT上昇があり、自己免疫性肝炎疑いで、他院で肝生検も行われたが、正常肝組織との診断であった。X年1月、胸部CTにてすりガラス影と牽引性気管支拡張を認め、間質性肺炎を疑われ、当院紹介受診。2月、気管支鏡検査(BAL/TBLB)を施行も確定診断に至らず。外科的肺生検の結果、間質性肺炎(Cellular and fibrotic NSIP)、肺胞蛋白症(PAP)の診断となった。抗GM-CSF抗体が陽性であり、Auto-immune PAP(APAP)と診断された。一方、CK高値、抗Ku抗体陽性、大腿MRI、筋電図、筋生検の結果より、多発性筋炎と診断された。その後、ステロイド、免疫抑制薬による治療にて、筋炎は改善し、肺病変については著変なく経過している。APAPと多発性筋炎の同時発症の報告はほとんどなく、文献的考察を加えて報告する。

O-130

抗GM-CSF抗体定性キットのAPAP診断能とバンド強度の臨床的意義に関する検討

NHO 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター

○広瀬 雅樹, 初田 和由, 新井 徹

【背景】自己免疫性肺胞蛋白症(APAP)の診断に、迅速抗GM-CSF抗体(GMAb)定性キットが導入されたが、実臨床における診断性能やバンド強度の臨床的意義は十分に解明されていない。【方法】117検体(APAP97, 対照20)を用い、KBM LineCheck APAPの診断精度をELISA法と比較検討した。バンド強度を数値化し定量値との相関を評価するとともに、判定者間の一致度を確認した。【結果】感度97.3%、特異度93.0%、正診率95.7%と極めて良好な診断能を示した。判定者間の一致度は1.0(κ 係数)と完全一致した。一方、バンド強度とGMAb定量値の間には統計的有意な相関を認めしたが、その相関は弱かった($R^2=0.124$)。【結論】本キットは迅速かつ信頼性の高いAPAP診断ツールである。しかし、バンド強度は必ずしも抗体定量値を反映しないため、カットオフ近傍の判定は臨床所見と併せて慎重に行う必要がある。

O-131

気腫合併肺線維症による慢性呼吸不全患者に発症した牛車腎気丸による急性薬剤性肺炎の1例

- 1) 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科
- 2) 岡山大学 呼吸器内科

○塩田 哲広¹⁾, 横本 剛²⁾, 富樫 庸介²⁾

症例は79歳、男性。主訴は呼吸困難。現病歴は気腫合併肺線維症による慢性呼吸不全の診断にて1年前から在宅酸素療法施行中。呼吸困難が急速に増悪してきたため当院救急搬送される。来院時酸素マスク5L/分でSpO₂42%であった。胸部CTでは両側肺野にすりガラス陰影が拡がっており間質性肺炎の急性増悪の診断にて直ちにステロイドのパルス療法を開始した後プレドニンの投与を施行した。その後急速に酸素化は改善し入院時NHFC40L65%を要したが2週間で経鼻酸素2L/分まで改善した。状態が落ち着いてから本人のお話を聞くと1年ほど前から尿の出が悪いため間欠的に牛車腎気丸を服用していたとのこと。1か月前からは毎日服用し、2週間前から乾性咳嗽が出始めたとのこと。入院後薬剤を中止しステロイド投与で速やかに改善したことから牛車腎気丸による薬剤性間質性肺炎と診断した。

O-132

急性経過を呈した抗KS抗体および抗Ro52抗体陽性の間質性肺炎の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) 東京都立多摩総合医療センター 呼吸器・腫瘍内科

○平田 拓士¹⁾, 神戸 寛史¹⁾, 村上 莉奈^{1,2)}, 中山 怜那¹⁾, 吉村倫太郎¹⁾, 打谷 美沙¹⁾, 柏木 郁美¹⁾, 杉山 貴康¹⁾, 田中 尚登¹⁾, 西田 湧也¹⁾, 平井 将隆¹⁾, 齊藤正一郎¹⁾, 伊部 匡晃¹⁾, 白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠悠¹⁾, 立川 良¹⁾

抗KS抗体陽性の間質性肺炎(ILD)は慢性経過が多い一方で、抗SS-A/Ro52(Ro52)抗体陽性ILDは進行性で予後不良な経過と関連することが知られている。【症例】76歳男性。約1週間前からの発熱・咳嗽があり、前医に細菌性肺炎として入院した。入院後急速に呼吸不全が進行し、入院第6病日に人工呼吸器管理が開始され、同日に抗ARS抗体陽性が判明したため、ステロイドパルス開始後に当院へ転院搬送となった。当院入院第3病日にシクロホスファミドパルスを追加。第4病日に抜管し、第11病日にタクロリムスを追加。第60病日にリハビリ転院した。第102病日には室内気で独歩可能な全身状態で当科外来を受診されている。入院時に測定したA-Cubeで抗KS抗体と抗Ro52抗体が陽性であった。【考察】抗KS抗体陽性ILDも抗Ro52抗体併存例では急性経過を呈しうる点、並びに一般的なEIA法の抗SS-A抗体検査は抗Ro52抗体を検出せず留意を要する点から、貴重な症例と考え報告する。

O-133

致死経過を呈した MPO-ANCA/ 抗 GBM 抗体二重陽性肺腎症候群の一例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
- 2) 同 膠原病・リウマチ内科

○中山 怜那¹⁾, 大塚 裕斗¹⁾, 住友 秀次²⁾, 吉村倫太郎¹⁾, 平田 拓士¹⁾, 杉山 貴康¹⁾, 田中 尚登¹⁾, 打谷 美沙¹⁾, 柏木 郁美¹⁾, 平井 将隆¹⁾, 西田 湧也¹⁾, 齊藤正一郎¹⁾, 伊部 匡晃¹⁾, 神戸 寛史¹⁾, 白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 立川 良¹⁾

症例は70歳女性。X年8月より抗菌薬不応性の発熱を認め、左感音性難聴を指摘されていた。X年9月に急性腎障害および肺胞出血を発症し前医に緊急入院。副鼻腔炎の合併からANCA関連血管炎が疑われステロイドパルス療法が開始された。しかし呼吸不全が進行し、第3病日に挿管人工呼吸管理の上、当院へ転院となった。転院後、MPO-ANCAおよび抗GBM抗体陽性が判明し、ANCA関連血管炎と抗GBM病の合併と診断した。血漿交換およびリツキシマブを追加し、重症呼吸不全および腎不全に対してVV-ECMOおよびCHDFを導入した。一時的にECMO離脱および抜管に至ったが、呼吸不全が再増悪し、第39病日に死亡した。二重陽性例は抗GBM病とANCA関連血管炎の両者の特徴を有する重篤な肺腎症候群と再燃性経過を呈することが知られており、本症例の臨床経過の特徴について文献的考察を加え報告する。

O-134

肺空洞病変術後6年で肺胞出血を契機に診断された多発血管炎性肉芽腫症の1例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○平井 将隆, 平林 亮介, 中山 怜那, 吉村倫太郎, 平田 拓士, 柏木 郁美, 杉山 貴康, 田中 尚登, 打谷 美沙, 西田 湧也, 齊藤正一郎, 伊部 匡晃, 白川 千種, 神戸 寛史, 佐藤 悠城, 富井 啓介, 立川 良

【症例】56歳女性。X-9年に右肺空洞病変を指摘された。病変が拡大傾向だったためX-6年に胸腔鏡下右上中葉切除術を施行された。病理所見は壊死性肉芽腫で、結核が疑われたが組織培養検査は陰性で経過観察とされていた。しかし、X-1年に眼球充血を自覚し、X年に血痰および呼吸困難を認めたため当院を受診した。血液検査でPR3-ANCA陽性であり、胸部CTで両側肺浸潤影を認め、多発血管炎性肉芽腫症(GPA)による肺胞出血と診断した。入院時に低酸素血症を認めておりメチルプレドニゾロンおよびシクロホスファミドで治療を開始し、血痰および呼吸不全、肺陰影は改善した。【結論】肺空洞病変の出現から有症状となるまで、典型的な経過よりも長期にわたったGPAの一例を経験した。肺空洞病変ではGPAを鑑別にあげ、初期に無症状であっても、血清学的、病理学的な精査をおこなうことが重要である。

O-135

同種末梢血幹細胞移植後の慢性GVHDによる胸膜肺実質線維弾性症の一部例

- 1) 神鋼記念病院 呼吸器センター
- 2) 同 血液内科
- 3) 同 病理診断科
- 4) 神戸大学医学部附属病院 病理診断科

○水城裕加里¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 赤松 歩実¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 難波 晃平¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 山田 徹¹⁾, 榎屋 大輝¹⁾, 有馬 靖佳²⁾, 吉田 征以⁴⁾, 大林 千穂³⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

【症例】62歳女性。X年3月に急性骨髄性白血病に対する同種末梢血幹細胞移植が行われた。X+5年に呼吸機能低下で当科へ紹介となり経過観察されていた。X+6年2月に両肺すりガラス影が出現し、X+7年に両側上葉で進行性の収縮性変化が認められ、慢性移植片対宿主病(GVHD)による胸膜肺実質線維弾性症(PPFE)と診断された。ベルモスジルやプレドニゾロンを開始されたが効果が乏しく、慢性2型呼吸不全が増悪したため在宅ハイフローセラピーを導入されていた。徐々に慢性2型呼吸不全が進行しX+11年8月中旬に永眠された。剖検にてPPFEに加え肺胞蛋白症、閉塞性細気管支炎を認めた。【考察】同種末梢血幹細胞移植後の胸膜肺実質線維弾性症を発症し剖検した一例を経験したため、文献を交えて考察する。

O-136

多項目PCR肺炎パネル導入と抗菌薬使用への影響

- 1) 地方独立行政法人奈良県立病院機構
奈良県総合医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 小児科

○奥田 陽亮¹⁾, 林 由佳¹⁾, 西崎 友哉¹⁾, 渋谷 篤志¹⁾, 伊佐敷沙恵子¹⁾, 佐藤 一郎¹⁾, 松田 昌之¹⁾, 伊木れい佳¹⁾, 花園 健司¹⁾, 伊藤 武文¹⁾, 北野 泰斗²⁾

【背景】多項目PCR肺炎パネルは喀痰検体から起因菌を迅速に同定可能であり、抗菌薬適正使用への寄与が期待される。本パネルが入院期間および抗菌薬使用に与える影響を検討した。【方法】当センターで入院治療を要した18歳以上の肺炎患者を対象とした。2025年4月以降、喀痰培養に加え本パネルを実施した。導入前後で入院期間および抗菌薬使用状況を比較した。【結果】導入前330例、導入後318例を解析した。入院期間中央値は導入前17(IQR10-30)日、導入後16(10-27)日、抗菌薬使用日数は導入前9.3(5.7-13.7)日、導入後9.0(5.7-14)日と有意差はなかった。一方、導入後はAccess分類βラクタム系抗菌薬使用率が増加し(58.8% vs 64.4%)、カルバペネム系使用率は低下傾向を認めた。【結語】本パネルは狭域抗菌薬選択を促し、抗菌薬適正使用に寄与する可能性が示唆された。

O-137

2007年から2017年の11年間と2025年の大流行時の、15歳以上の百日咳の男女別年齢分布

- 1) 大阪府済生会千里病院 呼吸器内科
2) 西岡内科クリニック

○山口 統彦¹⁾、西岡 清訓²⁾、村上 世紀¹⁾、森本 彬人¹⁾、中坪彩恵子¹⁾、山根 宏之¹⁾

【目的】2017年までの小児科定点時代の15歳以上の百日咳については不明な点も多く、その感染経路を検討した。【方法】2007年から2017年まで抗百日咳菌毒素抗体100単位以上を陽性として陽性者数を数え、性別、年齢別に集計した。2025年の大流行時も同様に集計した。【結果】2007年から2017年は140人以上の陽性者があった。2025年は1年間で60人以上の陽性者があった。2007年から2017年は女性の陽性者数が10代から40代にかけてピークがあるのに対し男性では60代、70代が多かった。2025年も女性は同じ傾向であったが、男性はやや若い世代にまで感染が広がっていた。【考察】10代から40代の女性は社会進出が進んだ中でも子育ての中心を担うと思われ、小児→母親の家庭内の感染ルートがあるものと思われる。2025年も女性では同じ傾向であったが男性は年齢がばらけた。2017年までの散発的な流行期2025年の大流行期では特に男性について感染経路が異なる可能性がある。

O-138

マクロライド耐性マイコプラズマ肺炎の治療：肺炎ガイドラインは妥当か？

関西医科大学内科学第一講座 呼吸器感染症・アレルギー科

○福田 直樹、宮下 修行、小林 良樹、尾形 誠

【目的】肺炎診療ガイドラインで第一選択薬として推奨されているキノロン系抗菌薬ガレノキサシンとラスクフロキサシンの治療効果を比較した。【方法】関西医科大学病院附属病院関連12施設で診断したマイコプラズマ肺炎106名を対象とした。マクロライド耐性マイコプラズマの耐性遺伝子はA2063Gで、マクロライドに対する高度な耐性を獲得していた。【結果】マクロライド感受性患者39名のうち、ガレノキサシン、ラスクフロキサシンおよびミノサイクリンによる抗菌薬投与開始後48時間以内にそれぞれ90%、91%および90%の患者が解熱した。マクロライド耐性患者48名のうち、ガレノキサシン群、ラスクフロキサシン群およびミノサイクリン群のそれぞれ90%が抗菌薬投与開始後48時間以内に解熱した。【結論】ガレノキサシンとラスクフロキサシンは、マクロライドに高度の耐性を示すマイコプラズマ肺炎に対しても有効な治療薬となり得ることを示している。

O-139

誤嚥性肺炎における延命治療の意思決定因子：多変量解析を用いた患者背景の検討

高島市民病院

○徳岡 駿一

【目的】誤嚥性肺炎は本邦の主要死因の一つであり、そのACPにおける延命治療（胃瘻、TPN等）の意思決定は臨床上の重要課題である。本研究では、当院における意思決定に寄与する要因を明らかにすることを目的とした。【方法】2023年4月から2026年3月までの当院に入院した誤嚥性肺炎患者100例を対象とした。延命治療の実施有無を目的変数とし、患者属性および決定者側の要因についてロジスティック回帰分析を行った。【結果】多変量解析の結果、延命治療の選択に寄与する有意な独立因子として、患者の若年（OR:0.89, p=0.002）、女性（OR:3.25, p=0.032）、および医師の経験年数が長いこと（OR:3.37, p=0.036）が抽出された。重症度（ADROP）は負の相関傾向（p=0.078）を示した。【結論】意思決定には、患者の身体的背景のみならず、性別や決定に関与する医師側の経験年数等の属性が強く関与している可能性が示唆された。

O-140

ラスクフロキサシンで発症した抗菌薬関連脳症（AAE）の一例

- 1) 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 呼吸器内科
2) 岡山大学 呼吸器内科

○塩田 哲広¹⁾、横本 剛²⁾、富樫 庸介²⁾

症例は21歳、男性。主訴は発熱、咳嗽。現病歴は39度台の発熱が5日間持続するため当院緊急外来受診。胸部レ線にて左下葉に肺炎像を認め、白血球8,140（好中球71%）、CRP5.64、マイコ核酸（SmartGene）陽性、23SrRNA変異（+）でマイコプラズマ肺炎と診断。アジスロマイシン（500）3日間の投与を受ける。その後も解熱せず5日後に当科外来を受診。胸部レ線にて肺炎の陰影は改善傾向にあったが経口摂取が不良のため入院。入院後抗菌薬をラスクフロキサシン75mgに変更した。ラスクフロキサシン服用後2日目には解熱したが3日目から意識障害が出現。質問にはうなずくが発語がみられないなどの症状が出現。JCS3。項部硬直なく髄膜炎は否定的。ラスクフロキサシンによる抗菌薬関連脳症（AAE）を疑いラスクフロキサシンを中止した。その後ゆっくりと意識障害は回復し薬剤中止5日目に完全に回復した。ラスクフロキサシンによる抗菌薬関連脳症を経験したので報告する。

O-141

肺癌と鑑別を要した播種性ノカルジア症の一例

1) 大阪赤十字病院 呼吸器内科
2) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○岩垣 慈音¹⁾, 橋本 成修²⁾, 藤本 尚子²⁾, 岡垣 暢紘²⁾,
田中 佑磨²⁾, 坂本 裕人²⁾, 中西 司²⁾, 中村 哲史²⁾,
松村 和紀²⁾, 上山 維晋²⁾, 池上 直弥²⁾, 加持 雄介²⁾,
田中 栄作²⁾, 田口 善夫²⁾, 羽白 高²⁾

症例は80歳女性。咳嗽増強を主訴に受診した。胸部CTで右下葉優位の浸潤影・粒状影に加え、気管支内腔への隆起性病変を認めた。気管支鏡では右B⁶入口部に隆起性変化と内腔閉塞を認め、肺癌によるendobronchial lesionを強く疑った。しかし経気管支生検では悪性所見を認めず、多核巨細胞を伴う肉芽腫性病変を認めた。気管支洗浄液より*Nocardia sp.*を検出し、16SrDNA解析にて*Nocardia sputorum*と同定した。頭部MRIで造影結節を認めたことから播種性ノカルジア症と診断した。抗菌薬治療により肺および脳病変はいずれも改善した。本症例は肺癌類似の気管支内病変を呈した稀な播種性ノカルジア症であり、単回生検のみでは診断困難な場合がある。悪性腫瘍を疑う症例においても感染症を鑑別に挙げ、微生物学的検査を含めた多角的評価が重要である。

O-142

Evans 症候群で免疫抑制下に生じた*Nocardia nova*膿胸の1例

大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

○水取 興平, 覺野 重毅, 山田 一宏, 水岡 史織,
塚本 遥香, 上野健太郎, 上田 隆博, 長嶺 宏明,
小川 晃一, 松本 吉矢, 中井 俊之, 渡辺 徹也,
浅井 一久, 川口 知哉

【症例】58歳、女性【病歴】X-10年よりEvans症候群で免疫抑制中であった。X年9月に肝障害を生じ、CTで左舌区に陰影を認めたため当科紹介となった。経過観察をしていたが、翌月に陰影の増悪および左胸水を認め入院となった。喀痰および胸腔穿刺液から*Nocardia nova*が検出され、*N. nova*肺炎および膿胸と診断した。胸水排液の上、AMKとIPM/CS併用し、治療を開始し、肺炎および膿胸はすみやかに改善した。*N. nova*の薬剤感受性は、ペニシリン系への耐性があり、CLDMとCAM内服へ変更し退院とした。しかし外来で再燃が疑われ、ST合剤へ変更した。現在は有害事象なく、治療を継続している。【考察】ノカルジアによる膿胸は報告が少なく、特に*N. nova*による膿胸で救命できた例は稀である。ノカルジアは菌種毎に薬剤感受性が異なり、また治療期間も6-12ヶ月と長期となることが知られている。内服も含め治療戦略が重要であり、治療が奏功した症例でありここに報告する。

O-143

空洞結節陰影に対して経気管支肺生検の組織培養で診断した肺放線菌症の1例

医学研究所 北野病院

○東 寿希也, 丸毛 聡, 青木 勝平, 大倉 千明,
野原 瑛里, 神野 志織, 田嶋 範之, 森本 千絵,
北島 尚昌, 井上 大生, 福井 基成

症例は56歳男性。喫煙歴20本/日。心房細動、アルコール性肝障害の既往症あり。胸部単純X線で胸部異常陰影を指摘され紹介受診した。胸部CTで右肺上葉に空洞を伴う16mm大の結節影を認め、インターフェロン γ 遊離試験および喀痰一般・抗酸菌培養検査はいずれも有意菌の発育を認めなかった。悪性腫瘍や*Mycobacterium kansasii*などを疑い気管支鏡検査を行い、経気管支肺生検の組織培養より*Schaalia odontolytica*が検出され、肺放線菌症と診断した。アモキシシリン/クラブラン酸投与により陰影の縮小を認めた。肺空洞陰影では肺癌、肺抗酸菌症、肺真菌症などが主な鑑別疾患とされるが、肺放線菌症も鑑別に挙げるべき疾患である。喀痰培養検査では本症の検出率は極めて低く、組織培養や病理組織学的検討が重要である。本症例は経気管支肺生検の組織培養で診断し得た1例であり、空洞結節を認める症例では本症を鑑別に含め、組織培養検査の検討が有用と考える。

第134回日本結核・非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会
第107回日本呼吸器学会近畿地方会
協賛企業一覧

本大会の開催にあたり、下記企業よりご支援を賜りました。心よりお礼申し上げます。

共催企業

アストラゼネカ株式会社	アムジェン株式会社
インスメッド合同会社	グラクソ・スミスクライン株式会社
中外製薬株式会社	日本イーライリリー株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	ヤンセンファーマ株式会社
リジェネロン・ジャパン株式会社	

出展企業

インスメッド合同会社	フクダライフテック京滋株式会社
プロテオブリッジ株式会社	

広告掲載企業

旭化成セラピューティクス株式会社	インスメッド合同会社
エーザイ株式会社	MSD株式会社
杏林製薬株式会社	第一三共株式会社
大鵬薬品工業株式会社	塩野義製薬株式会社
ノボキア株式会社	メルクバイオファーマ株式会社

2026年6月12日現在
敬称略・順不同

