

**第101回日本呼吸器学会近畿地方会
第131回日本結核・非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会
合同学会**

プログラム・抄録集

日 時：2023年7月22日(土) 午前9時より

会 場：神戸国際会議場(ハイブリッド開催)

〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-9-1

TEL 078-302-5200

会 長 富井 啓介

神戸市立医療センター中央市民病院 副院長・呼吸器内科部長

〒650-0047 神戸市中央区港島南町2丁目1-1 TEL 078-302-4321

参加者，発表者へのご案内

《参加者の方へ》

本大会につきましては現地主催+ウェブ視聴での開催となります。

参加者は、下記の参加登録のサイトにアクセスしていただき、事前登録をしていただく必要があります。(クレジット決済のみ) → <https://www.kekkaku.gr.jp/ntm/no131/>

参加登録に関する留意事項

- 参加登録期間：2023年6月23日(金)～7月22日(土)13時まで
- 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

※研修医の方は、研修医証明書をダウンロードいただきご提出ください。

※【領収証・参加証明書】は、事前参加登録、クレジット決済完了後、ご登録いただいたメールアドレスに届くURLより、ダウンロードが可能です(PDFデータ)。但し、参加証明書は学会終了後よりダウンロードいただけます。

視聴に関する留意事項

●視聴に際しての注意事項

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

本サイトの視聴推奨環境

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

ブラウザ Edge Firefox Safari Chrome
JavaScript 必ず有効にしてご利用ください。

インターネット接続環境

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

4. プログラム・抄録集につきましては、PDFデータを地方会ホームページ内に掲載いたしますので閲覧・ダウンロード等をお願いします。
(※視聴に際しては、事前登録が必要です。) → <https://www.kekkaku.gr.jp/ntm/no131/>

現地開催での留意事項

1. 受付は8時15分より開始します。
2. 参加登録完了通知、もしくは領収証をプリントアウト(スマートフォンで表示も可)し、ご持参ください。

3. 当日、検温の実施並びに健康状態申告書の提出をお願いしております。
4. 受付にて名札とネームストラップをお渡しいたします。
5. 会場内では携帯電話は電源オフかマナーモードにしてください。

近畿支部 理事会

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	10:30～11:00	4F/404 会議室	支部長・理事・監事
日本呼吸器学会 近畿支部 理事会	12:00～13:00	4F/405 会議室	支部長・理事

参加で取得できる単位は以下のとおりです。

- 日本呼吸器学会専門医 出席は5単位、筆頭演者は3単位加算。
- 日本結核病学会 結核・抗酸菌症認定医 / 指導医、抗酸菌症エキスパート資格 出席は5単位、筆頭演者は5単位追加。
- 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 出席は7単位、筆頭演者は7単位加算
- 3学会合同呼吸器療法認定士 20単位。

《発表者の方へ》

1. 発表時間

セッション名 (略称)	発表時間
モーニングセミナー (MS)	50分 (質疑応答を含む)
ランチョンセミナー (LS)	50分 (質疑応答を含む)
アフタヌーンセミナー (AS)	50分 (質疑応答を含む)
教育講演 (EL)	50分 (質疑応答を含む)
一般演題 (OS)	9分 (発表6分・討論3分)

2. 発表演題に関する利益相反(COI)の開示について

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

スライド例

近畿地方会口頭発表時、
申告すべきCOI状態がない時

下記のスライド例にてCOI開示

様式1-A 学術講演会口頭発表時、申告すべきCOI状態がない時、

日本呼吸器学会
COI 開示

発表者名: 東京一郎 京都二郎 ○大阪三郎(筆頭者)

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

近畿地方会口頭発表時、
申告すべきCOI状態がある時

様式1-A 学術講演会口頭発表時、申告すべきCOI状態がある時、

日本呼吸器学会
COI 開示

発表者名: 東京一郎 京都二郎 ○大阪三郎(筆頭者)

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などとして、

①顧問:	なし
②株保有・利益:	なし
③特許使用料:	なし
④講演料:	なし
⑤原稿料:	なし
⑥受託研究・共同研究費:	○製薬
⑦奨学金付金:	○製薬
⑧寄付講座所属:	あり(○製薬)
⑨贈答品などの報酬:	なし

※詳細は利益相反ページをご覧ください。

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

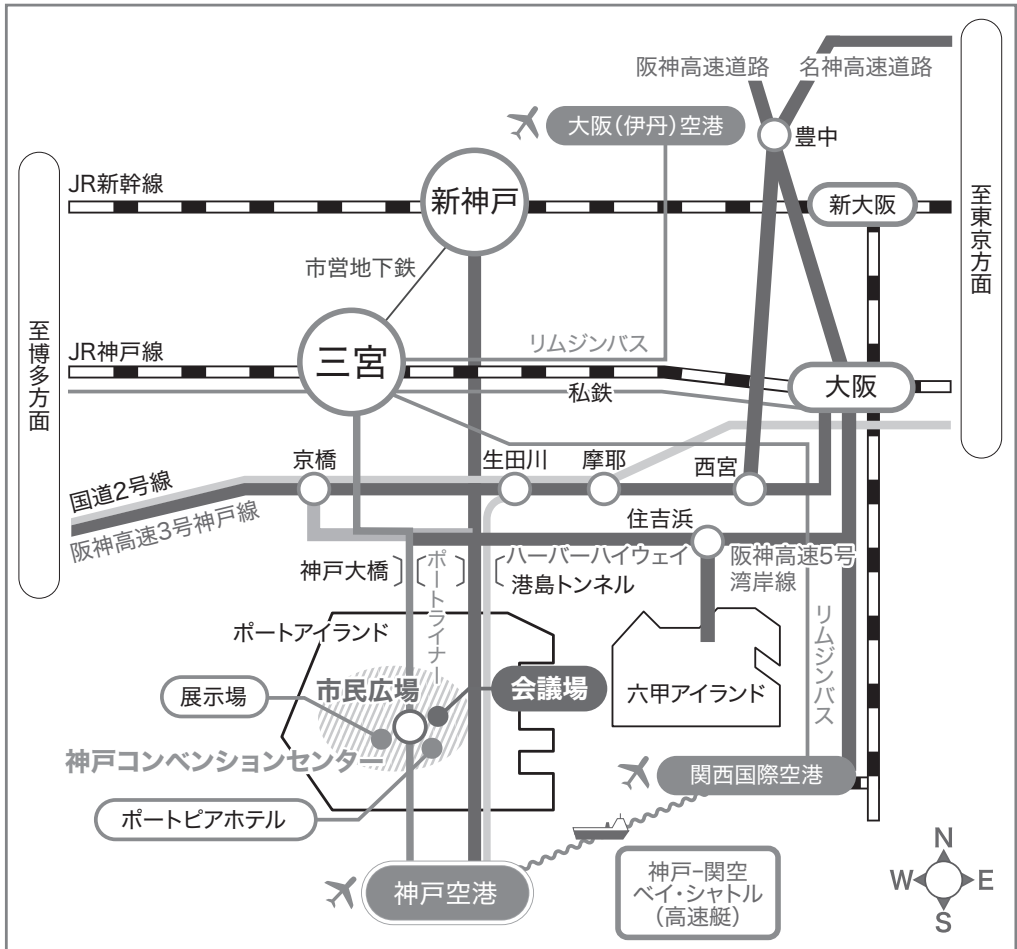
URL: <http://www.jrs.or.jp/about/col.html>

一般社団法人日本結核病学会 倫理委員会「利益相反(COI)関連」

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

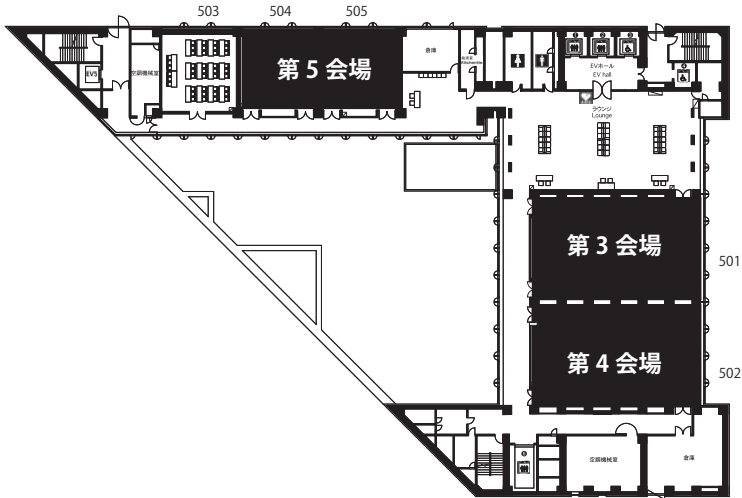
3. 全会場PCによる発表です。PowerPoint(Windows版)で作成したデータをUSBメモリーおよびCD-R、あるいはPCにてご持参ください。
なお、主催者側で用意するPCのOSはWindowsで、PowerPointのバージョンはMicrosoft Power Point 2019です。
4. 発表30分前までにPC受付(3F/ラウンジ)にて試写を終えてください。
発表データは完成版のみ、お持ちください。データ受付は8時15分より開始します。
※音声は受け付けられません。
※Macintoshで作成されたデータについては、ご自身のPCをお持ち込みください。
※PCをお持ち込みになる場合は、PCに付属のACアダプタを必ずご持参ください。
※会場で用意するPCケーブルコネクタの形状はHDMI、およびMiniD-sub15ピンです。
この形状に合ったPCをご使用ください。
また、この形状に変換するコネクタを必要とする場合は、事務局での貸し出しは行っておりません。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。

会場アクセス

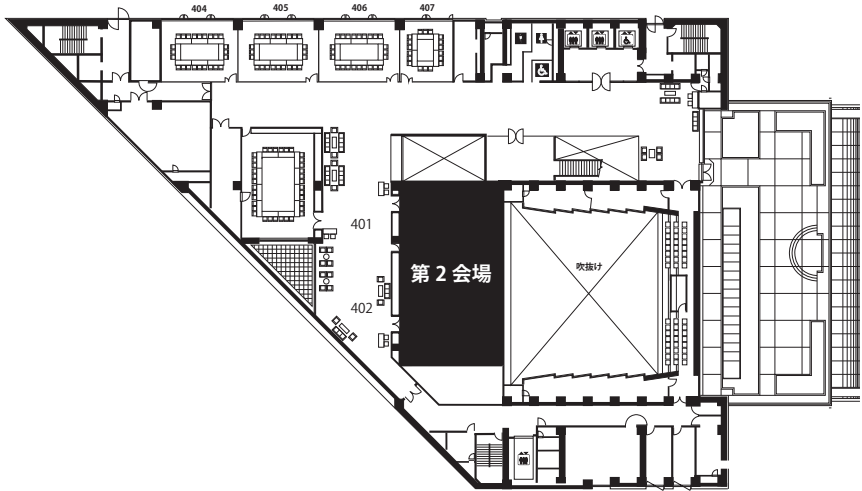


会場案内図

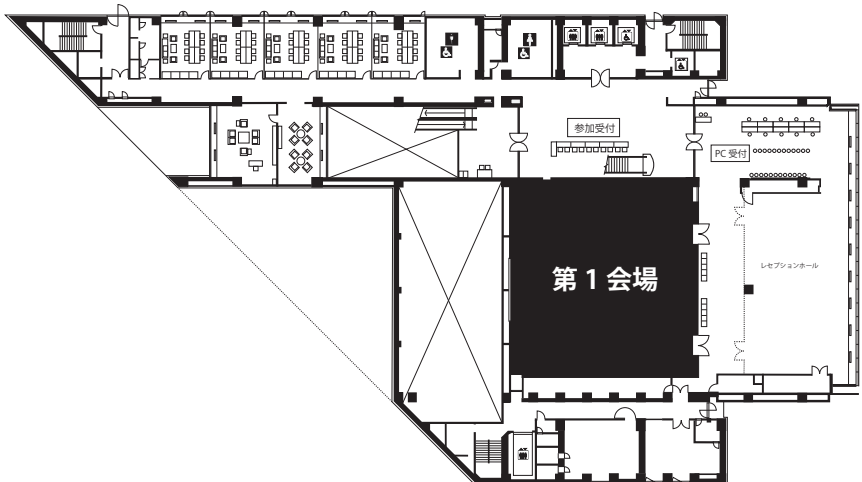
5F



4F



3F



学会進行予定表 (一般演題：発表6分、討論3分)

	第1会場 (3F/国際会議室)	第2会場 (4F/401+402)	第3会場 (5F/501)
8:55			
9:00	開会の辞		
	教育講演1 (9:00~9:50) 座長：富井啓介 演者：岩田健太郎	呼吸調節・呼吸不全 (9:00~9:45) 座長：松本 健 (1~5)	間質性肺疾患1 (9:00~10:03) 座長：平田陽彦 (22~28)
10:00	モーニングセミナー1 (10:00~10:50) 座長：池上達義 演者：倉原 優 共催：インスメッド合同会社	モーニングセミナー2 (10:00~10:50) 座長：水守康之 演者：松本啓孝 共催：日本化薬株式会社	間質性肺疾患2 (10:03~10:57) 座長：佐々木信 (29~34)
11:00	教育講演2 (11:00~11:50) 座長：木島貴志 演者：山口 崇	若手アワード1 (11:00~11:54) 座長：室 繁郎 (6~11)	間質性肺疾患3 (10:57~11:51) 座長：竹内奈緒子 (35~40)
12:00			
	ランチョンセミナー1 (12:15~13:05) 座長：北 英夫 演者：坂上拓郎 共催：アストラゼネカ株式会社	ランチョンセミナー2 (12:15~13:05) 座長：中田恭介 演者：山野泰彦 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	ランチョンセミナー3 (12:15~13:05) 座長：立原素子 演者：藤本大智 共催：中外製薬株式会社
13:00			
	教育講演3 (13:20~14:10) 座長：西山 理 演者：上甲 剛	若手アワード2 (13:20~14:05) 座長：山本信之 (12~16)	結核・非結核性抗酸菌症1 (13:20~14:05) 座長：吉田志緒美 (41~45)
14:00			
	アフタヌーンセミナー1 (14:20~15:10) 演題1…座長：高橋憲一 演者：上田哲也 演題2…座長：西馬照明 演者：永野達也 共催：サノフィ株式会社	アフタヌーンセミナー2 (14:20~15:10) 座長：大塚浩二郎 演者：伊藤健太郎 共催：武田薬品工業株式会社	結核・非結核性抗酸菌症2 (14:05~14:59) 座長：松本智成 (46~51)
15:00			
	教育講演4 (15:20~16:10) 座長：中野恭幸 演者：倉原 優	若手アワード3 (15:20~16:05) 座長：富井啓介 (17~21)	胸膜疾患 (14:59~15:35) 座長：南 俊行 (52~55)
16:00			
			手技 (15:35~16:11) 座長：西島正剛 (56~59)
17:00	閉会の辞		

※若手アワードは、2019年度GSK医療教育事業助成対象セッションです。

第4会場 (5F/502)	第5会場 (5F/504+505)	
		8:55
		9:00
腫瘍・診断 1 (9:00~10:03) 座長：岡田あすか (60~66)	感染症 1 (9:00~10:03) 座長：藤井 宏 (99~105)	10:00
腫瘍・診断 2 (10:03~10:57) 座長：赤松弘朗 (67~72)	感染症 2 (10:03~10:57) 座長：井上大生 (106~111)	11:00
腫瘍・ドライバー変異 (10:57~12:00) 座長：山田忠明 (73~79)	希少疾患 (10:57~12:00) 座長：黄瀬大輔 (112~118)	12:00
		12:00
ランチョンセミナー4 (12:15~13:05) 座長：駄賀晴子 演者：佐藤悠城 共催：日本イーライリリー株式会社	ランチョンセミナー5 (12:15~13:05) 座長：河村哲治 演者：佐々木結花 共催：旭化成ファーマ株式会社	13:00
		13:00
腫瘍・免疫チェックポイント 1 (13:20~14:14) 座長：島田天美子 (80~85)	アレルギー (13:20~14:14) 座長：森田恭平 (119~124)	14:00
腫瘍・免疫チェックポイント 2 (14:14~15:17) 座長：吉岡弘鎮 (86~92)	気道・閉塞性 (14:14~14:59) 座長：佐藤 晋 (125~130)	15:00
腫瘍・その他 (15:17~16:11) 座長：田宮基裕 (93~98)	肺循環障害 (14:59~15:53) 座長：郷間 巖 (131~136)	16:00
		16:00
		17:00

教育講演

【国際会議室】

1. COVID-19パンデミックの終焉は？

座長：富井 啓介(神戸市立医療センター中央市民病院 副院長・呼吸器内科部長)

演者：岩田健太郎(神戸大学医学部附属病院 感染症内科 教授)

時間：9：00～9：50

2. 非がん呼吸器疾患への緩和ケア ～何ができるのか？担うべき役割は？～

座長：木島 貴志(兵庫医科大学医学部 呼吸器・血液内科学 主任教授)

演者：山口 崇(神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科 特命教授)

時間：11：00～11：50

3. 間質性肺疾患画像診断のポイント

座長：西山 理(近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科 特命准教授)

演者：上甲 剛(独立行政法人労働者健康安全機構関西労災病院 放射線科 部長)

時間：13：20～14：10

4. 臨床におけるエビデンス収集とAIの活用

座長：中野 恭幸(滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科 教授)

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
感染予防研究室長)

時間：15：20～16：10

モーニングセミナー

【10:00～10:50】

1. 急増する肺MAC症と戦う ～ALISをいつ導入するか?～

座長：池上 達義（日本赤十字社和歌山医療センター 院長補佐 兼 呼吸器内科部長）
演者：倉原 優（独立行政法人国立病院機構近畿中央呼吸器センター 感染予防研究室長）
共催：インスメッド合同会社
会場：第1会場

2. 市中病院から考える肺扁平上皮癌の匙加減

座長：水守 康之（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 内科医長）
演者：松本 啓孝（兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科 医長）
共催：日本化薬株式会社
会場：第2会場

アフタヌーンセミナー

【14:20～15:10】

1. 重症気管支喘息治療の最新の話

演題1…喘息治療における課題 ～ステロイドの功罪～

座長：高橋 憲一（岸和田市民病院 呼吸器センター副センター長 呼吸器内科部長）
演者：上田 哲也（大阪府済生会中津病院 呼吸器内科 部長）

演題2…重症喘息治療における生物学的製剤の可能性

座長：西馬 照明（加古川中央市民病院 呼吸器内科主任科部長）
演者：永野 達也（神戸大学大学院医学研究科 内科学講座・呼吸器内科学分野 講師）
共催：サノフィ株式会社
会場：第1会場

2. 脳転移症例に対するALK阻害剤の治療戦略

座長：大塚浩二郎（神鋼記念病院 呼吸器内科 部長）
演者：伊藤健太郎（松阪市民病院 呼吸器内科 部長）
共催：武田薬品工業株式会社
会場：第2会場

ランチョンセミナー

【12:15～13:05】

- 1. 重症喘息の新しい治療戦略 – 上皮サイトカイン/TSLPに対峙する –**
座長：北 英夫（高槻赤十字病院 院長補佐 呼吸器センター長）
演者：坂上 拓郎（熊本大学大学院 生命科学研究部 呼吸器内科学講座 教授）
共催：アストラゼネカ株式会社
会場：第1会場
- 2. ILDの早期診断と治療の重要性**
座長：中田 恭介（公益財団法人甲南会甲南医療センター 呼吸器内科 部長）
演者：山野 泰彦（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2会場
- 3. SCLC治療戦略 ～ Real World Dataからわかったこと～**
座長：立原 素子（神戸大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 特命准教授）
演者：藤本 大智（和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科 講師）
共催：中外製薬株式会社
会場：第3会場
- 4. 非小細胞肺癌治療における血管新生阻害薬の役割を再考する**
座長：駄賀 晴子（大阪市立総合医療センター 腫瘍内科 部長）
演者：佐藤 悠城（神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 副医長）
共催：日本イーライリリー株式会社
会場：第4会場
- 5. 肺非結核性抗酸菌症患者における慢性肺アスペルギルス症の合併
– イサブコナゾールの登場に期待するもの –**
座長：河村 哲治（独立行政法人国立病院機構姫路医療センター 院長）
演者：佐々木結花（独立行政法人国立病院機構東京病院 地域医療連携部長
臨床研修センター長）
共催：旭化成ファーマ株式会社
会場：第5会場

第 1 会場

(3F/国際会議室)

開会の辞 (8:55～9:00)

会長 富井 啓介

教育講演 1 (9:00～9:50)

座長 富井 啓介
(神戸市立医療センター中央市民病院 副院長・呼吸器内科部長)

『COVID-19パンデミックの終焉は?』

岩田健太郎
(神戸大学医学部附属病院 感染症内科 教授)

モーニングセミナー 1 (10:00～10:50)

座長 池上 達義
(日本赤十字社和歌山医療センター 院長補佐 兼 呼吸器内科部長)

『急増する肺 MAC 症と戦う ～ALISをいつ導入するか?～』

倉原 優
(独立行政法人国立病院機構近畿中央呼吸器センター 感染予防研究室長)
共催：インスメッド合同会社

教育講演 2 (11:00～11:50)

座長 木島 貴志
(兵庫医科大学医学部 呼吸器・血液内科学 主任教授)

『非がん呼吸器疾患への緩和ケア ～何ができるのか?担うべき役割は?～』

山口 崇
(神戸大学医学部附属病院 緩和支援治療科 特命教授)

ランチョンセミナー 1 (12:15～13:05)

座長 北 英夫
(高槻赤十字病院 院長補佐 呼吸器センター長)

『重症喘息の新しい治療戦略 -上皮サイトカイン/TSLPに対峙する-』

坂上 拓郎
(熊本大学大学院 生命科学研究部 呼吸器内科学講座 教授)
共催：アストラゼネカ株式会社

教育講演 3 (13:20～14:10)

座長 西山 理
(近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科 特命准教授)

『間質性肺疾患画像診断のポイント』

上甲 剛
(独立行政法人労働者健康安全機構関西労災病院 放射線科 部長)

アフタヌーンセミナー 1 (14:20～15:10)

『重症気管支喘息治療の最新の話題』

演題1…「喘息治療における課題～ステロイドの功罪～」

座長 高橋 憲一

(岸和田市民病院 呼吸器センター副センター長 呼吸器内科部長)

上田 哲也

(大阪府済生会中津病院 呼吸器内科 部長)

演題2…「重症喘息治療における生物学的製剤の可能性」

座長 西馬 照明

(加古川中央市民病院 呼吸器内科主任科部長)

永野 達也

(神戸大学大学院医学研究科 内科学講座・呼吸器内科学分野 講師)

共催：サノフィ株式会社

教育講演 4 (15:20～16:10)

座長 中野 恭幸

(滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科 教授)

『臨床におけるエビデンス収集とAIの活用』

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 感染予防研究室長)

閉会の辞 (16:20～16:25)

会長 富井 啓介

第 2 会場 (4F/401+402)

呼吸調節・呼吸不全 (09:00～09:45)

座長 松本 健
(大阪府済生会野江病院 呼吸器内科)

1. 夜間低酸素血症を有する在宅酸素療法患者におけるオートデマンド器と据置器のランダム化クロスオーバー試験
1) 神戸大学大学院医学研究科 内科学講座 呼吸器内科学分野
2) 神戸大学医学部附属病院 臨床研究推進センター
3) 北播磨総合医療センター 呼吸器内科
○矢谷 敦彦¹⁾, 永野 達也¹⁾, 村上 冨²⁾, 大歳 文博¹⁾, 羽間 大祐¹⁾,
桂田 直子¹⁾, 山本 正嗣¹⁾, 立原 素子¹⁾, 西村 善博³⁾, 小林 和幸¹⁾
2. 軽・中等度睡眠時無呼吸症候群に対する舌簡易筋力トレーニングの前向きランダム化比較試験
1) 神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科
2) 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科
○佐藤 宏紀¹⁾, 永野 達也¹⁾, 吉岡 潤哉²⁾, 三村 千尋¹⁾, 関谷 怜奈¹⁾,
大歳 文博¹⁾, 羽間 大祐¹⁾, 桂田 直子¹⁾, 山本 正嗣¹⁾, 立原 素子¹⁾,
小林 和幸¹⁾
3. 低酸素換気応答低下によると思われる安静時低酸素血症に対してアセタゾラミドが奏功した1例
公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院
○植木 康光, 濱川 瑤子, 大倉 千明, 嶋村 優志, 船内 敦司, 塚本 信哉,
野原 瑛里, 神野 志織, 森本 千絵, 北島 尚昌, 井上 大生, 丸毛 聡,
福井 基成
4. 治療に難渋した2型呼吸不全の1例
1) 枚方公済病院, 2) 南京都病院
○山田 有紀¹⁾, 竹中 洋幸¹⁾, 坪井 知正²⁾
5. 原因不明の呼吸不全を繰り返し診断に苦慮した卵円孔開存症による platypnea-orthodeoxia syndrome の1例
公益財団法人天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○岡垣 暢紘, 橋本 成修, 田中 佑磨, 武田 淳志, 丸口 直人, 山本 亮,
中村 哲史, 松村 和紀, 上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介, 田中 栄作,
田口 善夫, 羽白 高

モーニングセミナー2 (10:00～10:50)

座長 水守 康之
(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 内科医長)

『市中病院から考える肺扁平上皮癌の匙加減』

松本 啓孝

(兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科 医長)

共催：日本化薬株式会社

若手アワード 1 (11:00~11:54)

「2019年度GSK医療教育事業助成対象セッション」

座長 室 繁郎

(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

6. *Cryptococcus gattii* VGI型による肺Cryptococcus症の1例
 - 1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科
 - 2) 和歌山県立医科大学 バイオメディカルサイエンスセンター
 - 3) 和歌山県立医科大学附属病院 感染制御部○井邊 公章¹⁾, 永井 隆寛¹⁾, 高瀬 衣里¹⁾, 杉本 武哉¹⁾, 赤松 弘朗¹⁾, 清水 俊雄¹⁾, 根來 和宏¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 中西 正典¹⁾, 洪 泰浩^{1,2)}, 小泉 祐介³⁾, 山本 信之^{1,2)}
7. アレルギー性気管支肺真菌症の治療中に非結核性抗酸菌症と診断した一例
公立豊岡病院
○辻本 晶紀, 藤本 佑樹, 塚本 信哉, 三好 琴子, 中治 仁志
8. COVID-19肺炎における画像定量解析ソフトでの病変評価
 - 1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学, 2) 京都市立病院 呼吸器内科
 - 3) 兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科, 4) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科○片岡 佑介¹⁾, 田辺 直也¹⁾, 濱尾 信叔¹⁾, 白田 全弘¹⁾, 前谷 知毅¹⁾, 白石 祐介¹⁾, 江村 正仁²⁾, 遠藤 和夫³⁾, 長谷川吉則⁴⁾, 小熊 毅¹⁾, 伊藤 功朗¹⁾, 平井 豊博¹⁾
9. 肺炎を契機に発見された左横隔神経麻痺の1例
 - 1) 赤穂市民病院 呼吸器科, 2) 京都大学 呼吸器内科, 3) 名古屋大学○西村 直峻¹⁾, 大道 一輝¹⁾, 塩田 哲広¹⁾, 橋本健太郎²⁾, 辻 貴宏³⁾
10. ベンラリズマブで高吸収粘液栓が改善した気管支喘息の一例
 - 1) 公立甲賀病院 呼吸器内科, 2) 滋賀医科大学医学部附属病院 呼吸器内科○野口 聡志¹⁾, 福永健太郎¹⁾, 徳岡 駿一¹⁾, 加藤 悠人¹⁾, 山口 将史²⁾
11. High-attenuation mucus(HAM) を認めた気管支喘息症状を伴わないアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の1例
 - 1) 赤穂市民病院 呼吸器科, 2) 京都大学 呼吸器内科
 - 3) 名古屋大学 機能形態学 分子細胞学○岩見 真衣¹⁾, 塩田 哲広¹⁾, 平尾 勇介¹⁾, 西村 駿介¹⁾, 大道 一輝¹⁾, 橋本健太郎²⁾, 辻 貴宏³⁾

ランチョンセミナー2 (12:15~13:05)

座長 中田 恭介

(公益財団法人甲南会甲南医療センター 呼吸器内科 部長)

『ILDの早期診断と治療の重要性』

山野 泰彦

(公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 部長)

共催：日本バーリンガーインゲルハイム株式会社

若手アワード 2 (13:20~14:05)

「2019年度GSK医療教育事業助成対象セッション」

座長 山本 信之

(和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科)

12. 上縦隔動静脈瘻から咯血をきたし経カテーテル的動脈塞栓術にて止血した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) 同 放射線診断科
○大澤 開¹⁾, 白川 千種¹⁾, 立川 良¹⁾, 光野 重芝²⁾, 文元 方哉²⁾,
上田 亮太¹⁾, 伊藤 雅弘¹⁾, 高橋 祥太¹⁾, 豊田 裕士¹⁾, 増田 佳純¹⁾,
田代 隼基¹⁾, 李 正道¹⁾, 金澤 史朗¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾,
永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 富井 啓介¹⁾
13. 乳がん治療を契機に自己免疫性肺胞蛋白症が寛解した一例
1) 日本生命病院 臨床研修部, 2) 同 呼吸器・免疫内科
○本郷 卓英¹⁾, 二宮 隆介²⁾, 神島 望²⁾, 柳澤 篤²⁾, 田中 雅樹²⁾,
廣海 汐理²⁾, 小中 八郎²⁾, 甲原 雄平²⁾, 井原 祥一²⁾, 立花 功²⁾
14. 悪性胸膜中皮腫の初回療法としてイピリムマブ+ ニボルマブをおこない肝障害を認めた一例
1) 宝塚市立病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科, 3) 同 消化器内科
○朝岡 拓哉¹⁾, 片上 信之¹⁾, 灘波 良信¹⁾, 高瀬 直人¹⁾, 岡本 忠司¹⁾,
吉積 悠子¹⁾, 発 忠信¹⁾, 西村 駿¹⁾, 松尾 祥平²⁾, 宮本 優帆³⁾
15. 髄膜腫との鑑別に苦慮した転移性脳腫瘍を伴う ALK 融合遺伝子陽性肺癌の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
○宮地 真由¹⁾, 上田 将秀²⁾, 川口 秀亮²⁾, 飯塚 正徳²⁾, 藤原 隆徳²⁾,
綿部 裕馬²⁾, 佐藤いずみ²⁾, 乾 佑輔²⁾, 茨木 敬博²⁾, 美藤 文貴²⁾,
岡田あすか²⁾, 竹中 英昭²⁾, 長 澄人²⁾
16. PD-L1 高発現の STK11/KRAS 変異陽性肺癌に対する免疫チェックポイント阻害剤の使用経験
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
○今津 喬^{1,2)}, 吉田 博徳²⁾, 味水 瞳²⁾, 野溝 岳²⁾, 小笹 裕晃²⁾,
平井 豊博²⁾

アフタヌーンセミナー2 (14:20~15:10)

座長 大塚浩二郎

(神鋼記念病院 呼吸器内科 部長)

『脳転移症例に対する ALK 阻害剤の治療戦略』

伊藤健太郎

(松阪市民病院 呼吸器内科 部長)

共催：武田薬品工業株式会社

若手アワード 3 (15:20~16:05)

「2019年度GSK医療教育事業助成対象セッション」

座長 富井 啓介

(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科)

17. 線維性間質性肺炎治療中短期間で2度急性増悪し鑑別に苦慮した1例
1) 関西医科大学附属病院 卒後臨床研修センター
2) 同 呼吸器感染症アレルギー内科
○横手 ゆり¹⁾, 尾形 誠²⁾, 矢村 明久²⁾, 福田 直樹²⁾, 宮下 修行²⁾
18. 曝露評価により原因抗原が判明した非線維性過敏性肺炎の1例と過去5症例との比較検討
1) 大阪公立大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター
2) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
○八幡 友貴¹⁾, 宮本 篤志²⁾, 古川雄一郎²⁾, 西村美沙子²⁾, 中井 俊之²⁾,
佐藤佳奈子²⁾, 山田 一宏²⁾, 渡辺 徹也²⁾, 浅井 一久²⁾, 川口 知哉²⁾
19. 外科的肺生検約4年後にMPO-ANCA陽転化し増悪した間質性肺炎の1例
1) 神戸市立医療センター西市民病院, 2) 埼玉県立循環器・呼吸器センター
○佐藤 雅士¹⁾, 岩林 正明¹⁾, 横田 真¹⁾, 橋本 梨花¹⁾, 網本 久敬¹⁾,
瀧口 純司¹⁾, 金子 正博¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 富岡 洋海¹⁾, 壺井 和幸¹⁾,
勝山 栄治¹⁾, 河端 美則²⁾
20. 関節リウマチに合併し急速な経過で死亡した急性線維素性器質化肺炎(AFOP)の剖検例
日本赤十字社和歌山医療センター
○米田 奈央, 池上 達義, 濱田健太郎, 河内 寛明, 田中瑛一朗, 矢本 真子,
深尾あかり, 阪森 優一, 寺下 聡, 渡邊 創, 堀川 禎夫, 杉田 孝和
21. プロピルチオウラシルの長期内服中に発生したMPOANCA関連肺胞出血の1例
一般財団法人住友病院
○長谷川 裕, 坂野 勇太, 中田 侑吾, 桂 悟史, 奥村 太郎, 重松三知夫

第 3 会場 (5F/501)

間質性肺疾患 1 (9:00 ~ 10:03)

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)

22. アスペルギルスによる住居関連過敏性肺炎の一例

神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科

○徳重 康介, 瀧口 純司, 小林 裕, 宮本 滉大, 松岡 佑, 李 正道,
岩林 正明, 横田 真, 橋本 梨花, 網本 久敬, 金子 正博, 藤井 宏,
富岡 洋海

23. 浴室床下に大量の真菌を認めた夏型過敏性肺臓炎の一例

1) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 放射線科

○平岡 亮太¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾,
平田 展也¹⁾, 山之内義尚¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野さちこ¹⁾, 加藤 智浩¹⁾,
鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 中原 保治¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 東野 貴徳²⁾

24. 胸腔鏡下肺切除術後に手術側上葉優位の進行性線維化病変を認めた2例

北野病院 呼吸器内科

○野原 瑛里, 井上 大生, 嶋村 優志, 植木 康光, 塚本 信哉, 大倉 千明,
船内 敦司, 神野 志織, 森本 千絵, 濱川 瑤子, 北島 尚昌, 丸毛 聡,
福井 基成

25. 移植後に発症した上葉優位型肺線維症の2症例

社会医療法人愛仁会明石医療センター 呼吸器内科

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

26. Idiopathic Pleuroparenchymal Fibroelastosis に左声帯麻痺を合併した二例

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

○滝本 宜之^{1,2)}, 柳澤 篤¹⁾, 金岡 賢輔¹⁾, 杉本 裕史¹⁾, 茂田 光弘¹⁾,
西原 昂¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 小林 岳彦²⁾, 蓑毛祥次郎¹⁾, 龍華 美咲¹⁾,
竹内奈緒子¹⁾, 香川 智子¹⁾, 橘 和延¹⁾, 井上 義一²⁾, 新井 徹²⁾

27. クライオ肺生検で診断した溶接工肺の1例

1) 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科

○平田 展也¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之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⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 中原 保治¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 安松 良子²⁾

28. 禁煙後も増悪した抗核抗体陽性の剥離性間質性肺炎の一例

1) 社会医療法人愛仁会明石医療センター 呼吸器内科

2) 福山市医師会健康支援センター 病理診断科・検査部

○藤本 葉月¹⁾, 岡村佳代子¹⁾, 井上 拓弥¹⁾, 古川 湧也¹⁾, 塚本 玲¹⁾,
増田 佳純¹⁾, 山崎菜々美¹⁾, 畠山由記久¹⁾, 大西 尚¹⁾, 山鳥 一郎²⁾

間質性肺疾患 2 (10:03 ~ 10:57)

座長 佐々木 信
(姫路医療センター 呼吸器内科)

29. エベロリムス溶出性冠動脈ステントによる重症薬剤性肺障害が疑われた一例

1) 関西電力病院 呼吸器内科, 2) 同 循環器内科

○嶋田 有里¹⁾, 伊東 友好¹⁾, 稲田 祐也¹⁾, 吉村聡一郎¹⁾, 曾根 莉彩¹⁾,
青野 佑哉²⁾

30. 偶発的な再投与により診断された辛夷清肺湯による薬剤性肺障害の一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○榛間 智子, 黄 文禧, 伊藤 雅弘, 中川 和彦, 吉田 薫, 國宗 直紘,
矢野 翔平, 坂本 裕人, 高橋 祥太, 宮里 和佳, 石川 遼一, 高岩 卓也,
森田 恭平, 吉村 千恵, 西坂 泰夫

31. 感染症心内膜炎を契機に肺塞栓症・急性間質性肺炎を発症したと推測された一例
市立大津市民病院

○小川 剛央, 竹村 佳純

32. 薬剤による肺サルコイドーシスの寛解中に肺癌を合併しサルコイド反応が再燃した1例

1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科, 2) 吉野病院 呼吸器内科

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

33. 肺サルコイドーシスに M. abscessus 症および肺アミロイドーシスを合併した一例
京都府立医科大学附属病院

○武井 翔太, 徳田 深作, 片岡 伸貴, 永谷 浩平, 山田 忠明, 高山 浩一

34. MDS に合併した器質性肺炎の一例

1) 近畿大学医学部附属病院, 2) 近畿大学病院総合医学教育研修センター

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

35. 自己免疫性肺胞蛋白症と間質性肺炎を合併した皮膚筋炎の1例
 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科, 2) 同 免疫・膠原病内科, 3) 同 病理診断科
 4) 京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座(画像診断学・核医学)
 ○名取 大輔¹⁾, 半田 知宏¹⁾, 中嶋 蘭²⁾, 谷澤 公伸¹⁾, 池添 浩平¹⁾,
 坂本 亮⁴⁾, 寺田 和弘³⁾, 吉澤 明彦³⁾, 平井 豊博¹⁾
36. 青年期に多発血管炎性肉芽腫症を発症し, 35年の経過を経て多発肺結節が出現し再発と診断した一例
 1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 病理診断科, 3) 同 耳鼻咽喉科
 4) 同 膠原病リウマチ科
 ○池内 美貴¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 山本 浩生¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾,
 田中 悠也¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 門田 和也¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾,
 大林 千穂²⁾, 浦長瀬昌宏³⁾, 旗智さおり⁴⁾
37. COVID-19 流行期に抗MDA5 抗体陽性間質性肺炎を発症し, 救命に至らなかった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
 ○松本 夏鈴¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 坂田 悟郎¹⁾, 高原 夕¹⁾, 浅野 真理¹⁾,
 多木 誠人¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 石川結美子¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 西馬 照明¹⁾,
 越田 祐旭¹⁾, 山根 隆志²⁾
38. 当施設に呼吸器内科に初診された抗ARS 抗体, 抗MDA 5 抗体間質性肺炎18例の画像所見とBAL5例の検査結果
 1) 西宮市立中央病院 呼吸器内科, 2) 同 放射線科
 ○山口 統彦¹⁾, 軸屋龍太郎¹⁾, 森友 昂貴¹⁾, 三宅 悠太¹⁾, 日下部祥人¹⁾,
 二木 俊江¹⁾, 池田 聡史¹⁾, 増田 千晶²⁾, 鏑本美津子²⁾
39. 全身性リンパ節腫大を伴う間質性肺疾患にトシリズマブが奏功した一例
 1) 北野病院 呼吸器内科, 2) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
 ○船内 敦司¹⁾, 林 優介²⁾, 大倉 千明¹⁾, 嶋村 優志¹⁾, 植木 康光¹⁾,
 塚本 信哉¹⁾, 野原 瑛里¹⁾, 神野 志織¹⁾, 森本 千絵¹⁾, 濱川 瑤子¹⁾,
 北島 尚昌¹⁾, 井上 大生¹⁾, 丸毛 聡¹⁾, 福井 基成¹⁾
40. TERT 遺伝子異常が確認された家族性肺線維症の1家系3同胞例
 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
 2) 京都大学大学院医学研究科呼吸不全先進医療講座 呼吸器内科学
 3) 同 呼吸器内科学, 4) あいざわクリニック
 ○李 正道¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 上田 亮太¹⁾, 豊田 裕士¹⁾, 伊藤 雅弘¹⁾,
 田代 隼基¹⁾, 高橋 祥太¹⁾, 増田 佳純¹⁾, 金澤 史朗¹⁾, 白川 千種¹⁾,
 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 立川 良¹⁾,
 半田 知宏²⁾, 中西 智子³⁾, 相澤 敏也⁴⁾

ランチオンセミナー3 (12:15～13:05)

座長 立原 素子
(神戸大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 特命准教授)

『SCLC 治療戦略 ～Real World Dataからわかったこと～』

藤本 大智

(和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科 講師)

共催：中外製薬株式会社

結核・非結核性抗酸菌症 1 (13:20～14:05)

座長 吉田志緒美
(NHO近畿中央呼吸器センター 感染症研究部)

41. 若年女性に発症し緊急心嚢穿刺で診断に至った結核性心膜炎・結核性縦隔リンパ節炎・肺結核の一例
1) 公立甲賀病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科
3) 滋賀医科大学医学部 内科学講座 呼吸器内科
○大岡 彩¹⁾, 徳岡 駿一¹⁾, 加藤 悠人¹⁾, 福永健太郎¹⁾, 苗村 佑樹²⁾,
藤田 琢也²⁾, 山口 将史³⁾, 大澤 真³⁾, 中野 恭幸³⁾
42. 喘息と鑑別を要し妊娠出産を経て気管支結核と診断した一例
1) 独立行政法人国立病院機構南京都病院 呼吸器センター
2) 公益財団法人天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○坂本 裕人^{1,2)}, 田畑 寿子¹⁾, 荏原 雄一¹⁾, 角 謙介¹⁾, 水口 正義¹⁾,
小栗 晋¹⁾, 佐藤 敦夫¹⁾, 坪井 知正¹⁾
43. RFP 耐性遺伝子陰性で, 後日 RFP 感受性, INH, EB,PZA が耐性と判明した外国生まれ肺結核患者の1例
1) 神戸市保健所, 2) 神戸市健康科学研究所
○藤山 理世¹⁾, 中村 匡宏¹⁾, 岡島 花江¹⁾, 千原三枝子¹⁾, 有川健太郎²⁾,
向井 健悟²⁾, 岩本 朋忠²⁾, 楠 信也¹⁾
44. 神戸市の外国生まれ結核患者の分子疫学解析
1) 神戸市健康科学研究所, 2) 神戸市保健所
○有川健太郎¹⁾, 藤山 理世²⁾, 向井 健悟¹⁾, 岩本 朋忠¹⁾
45. 荒蕪肺を背景に *M.mucogenicum* 種による肺感染症をきたした担癌患者の一例
神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
○増田 佳純, 平林 亮介, 上田 亮太, 高橋 祥太, 豊田 裕士, 伊藤 雅弘,
田代 隼基, 李 正道, 金澤 史朗, 白川 千種, 佐藤 悠城, 永田 一真,
中川 淳, 立川 良, 富井 啓介

46. *Mycobacterium intracellulare* による感染性脊椎炎の1例
大阪はびきの医療センター 感染症内科
○仮屋 勇希, 永井 崇之, 田村 嘉孝, 韓 由紀, 橋本 章司
47. 急速に進行する呼吸不全をきたした*M. Avium*の一例
和泉市立総合医療センター
○堀川 正悦, 武田 倫子, 大島 友里, 門谷 英昭, 上西 力, 久保 寛明,
石井真梨子, 田中 秀典, 松下 晴彦
48. 内視鏡的に追跡しえたアミカシン硫酸塩吸入用製剤(アリケイス)による声帯炎の2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 感染症内科
3) 同 内科, 4) 地域医療機能推進機構大阪病院 耳鼻咽喉科
○倉原 優¹⁾, 金岡 賢輔³⁾, 前田 陽平⁴⁾, 新谷 亮多³⁾, 小林 岳彦¹⁾,
龍華 美咲³⁾, 竹内奈緒子³⁾, 香川 智子³⁾, 橘 和延^{1,3)}, 露口 一成^{1,2,3)}
49. シロリムス内服中に肺*M. abscessus* 症を発症したリンパ脈管筋腫症の一例
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 臨床研究センター
○柳澤 篤¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 小林 岳彦²⁾, 倉原 優¹⁾,
露口 一成²⁾, 新井 徹²⁾, 井上 義一²⁾
50. 肺*Mycobacterium abscessus* 症に対するclofazimineの効果, 服薬遵守と有害事象基準
(CTCAE)による報告
1) 下関市立市民病院, 2) 九州大学医学大学院 病態修復内科学
3) 北九州市立門司病院 呼吸器内科
○吉田 順一¹⁾, 白石研一郎²⁾, 廣瀬 宣之³⁾
51. 重症心身障害児施設における*M. abscessus* subsp.*massiliense* の院内感染事例
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) 大阪発達総合療育センター, 3) 結核予防会結核研究所, 4) 大阪大学微生物病研究所
5) 酪農学園大学
○吉田志緒美¹⁾, 露口 一成¹⁾, 竹本 潔²⁾, 鞍谷 沙織²⁾, 梶原 彩²⁾,
船戸 正久²⁾, 青野 昭男³⁾, 五十嵐ゆり子³⁾, 御手洗 聡³⁾, 松本 悠希⁴⁾,
元岡 大祐⁴⁾, 中村 昇太⁴⁾, 能田 淳⁵⁾, 井上 義一¹⁾

52. 肉腫型悪性胸膜中皮腫の経過観察中に多発脳転移を来して閉塞性水頭症を来した一例
1) 天理よろづ相談所病院, 2) 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器内科学
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 集中治療部
○松村 和紀¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 田中 佑磨¹⁾, 武田 淳志¹⁾, 丸口 直人²⁾,
山本 亮³⁾, 中村 哲史¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 池上 直弥¹⁾, 加持 雄介¹⁾,
橋本 成修¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 羽白 高¹⁾

53. 胸腺腫合併重症筋無力症 (MG) 術後, COVID-19 治療中に発症した医原性Buffalo Chest の一例
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○武田 淳志, 岡垣 暢紘, 田中 佑磨, 丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史,
松村 和紀, 上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介, 橋本 成修, 田中 栄作,
田口 善夫, 羽白 高
54. 反復性気胸にたいし手術加療を行いBirt-Hogg-Dube 症候群の診断に至った一例
1) 社会医療法人愛仁会高槻病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科
○阪本萌永子¹⁾, 松村佳乃子¹⁾, 大木元愛子¹⁾, 山岡 貴志¹⁾, 村上 翔子¹⁾,
金 泰雄²⁾, 岩坪 重彰¹⁾, 中村 美保¹⁾, 椎名 祥隆²⁾, 船田 泰弘¹⁾
55. 右側胸水を契機に診断に至った甲状腺機能亢進症の1例
1) 大阪府済生会野江病院 呼吸器内科, 2) 同 糖尿病内分泌内科
○藤木 貴宏¹⁾, 的場 智也¹⁾, 金子 顕子¹⁾, 日下部悠介¹⁾, 中山 絵美¹⁾,
田中 彩加¹⁾, 山本 直輝¹⁾, 松本 健¹⁾, 相原 顕作¹⁾, 山岡 新八¹⁾,
三嶋 理晃¹⁾, 阿部 恵²⁾

手技 (15 : 35 ~ 16 : 11)

座長 西島 正剛
(淀川キリスト教病院 呼吸器内科)

56. 電動式低圧吸引器と経気管支酸素送気を併用することで, 速やかに難治性気胸の責任気管支を同定できた1例
大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
○上野 峻輔, 中井 俊之, 石山 福道, 上野健太郎, 高野 愛, 大島 友里,
宮本 篤志, 小川 晃一, 松本 吉矢, 澤 兼士, 佐藤佳奈子, 山田 一宏,
渡辺 徹也, 浅井 一久, 川口 知哉
57. 経気管支凍結生検法 (クライオバイオプシー) により診断した粟粒結核の2例
和泉市立総合医療センター
○門谷 英昭, 上野健太郎, 大島 友里, 上西 力, 久保 寛明, 石井真梨子,
武田 倫子, 田中 秀典, 松下 晴彦
58. 気管支鏡直後に右季肋部痛を来し腹部超音波検査で早期診断出来た腹直筋血腫の一例
兵庫県立はりま姫路総合医療センター
○木村 洋平, 浦田 勝哉, 向田 諭史, 松尾健二郎, 二ノ丸 平, 吉村 将
59. 人工気胸により呼吸状態が改善し, 胸腔鏡下の胸腔内テント作成術を安全に施行できた
右中葉巨大嚢胞症の一例
1) 市立伊丹病院 呼吸器内科, 2) 大阪府済生会 泉尾病院 呼吸器内科
3) 市立伊丹病院 呼吸器外科
○鳥津 保之¹⁾, 浦東 明久^{1,2)}, 土田 滯¹⁾, 高山 祥泰¹⁾, 高田 悠司¹⁾,
永田 憲司¹⁾, 原 彩子¹⁾, 原 聡志¹⁾, 木下 善詞¹⁾, 小林 健一³⁾,
奥村 好邦³⁾, 細井 慶太¹⁾

第 4 会場 (5F/502)

腫瘍・診断 1 (9:00 ~ 10:03)

座長 岡田あすか
(大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科)

60. 手術検体で確定診断を得られた扁平上皮癌合併の combined large cell neuroendocrine carcinoma の一例
1) 松下記念病院 呼吸器内科, 2) 京都府立医科大学 呼吸器内科
○西村 直也¹⁾, 酒井 健紀¹⁾, 宮本 瑛史¹⁾, 松井 遥平²⁾, 山田 崇央¹⁾
61. 手術で判明した扁平上皮癌と小細胞癌の同時多発肺癌の 1 例
大阪府済生会吹田病院
○飯塚 正徳, 上田 将秀, 岡田あすか, 川口 秀亮, 藤原 隆徳, 綿部 裕馬,
佐藤いずみ, 乾 佑輔, 茨木 敬博, 美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人
62. 結腸転移を来した進展型小細胞肺癌症例
西神戸医療センター
○三輪菜々子, 益田 隆広, 木田 陽子, 額 力也, 櫻井 稔泰, 多田 公英
63. 薄壁空洞を伴う多発小結節を呈した EGFR 陽性肺腺癌の 1 例
大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
○綿部 裕馬, 岡田あすか, 川口 秀亮, 飯塚 正徳, 藤原 隆徳, 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
64. 外科的胸腔鏡下胸膜生検術により診断に至った偽中皮腫性肺癌の一例
大阪警察病院
○仲谷 勇輝, 紅林 亮汰, 所司原奈央, 西松佳名子, 田中 庸弘, 菅 泰彦,
仲谷 健史, 山本 傑
65. 34歳男性に発症した印環細胞様肺腺癌の 1 例
近畿大学奈良病院
○吉川 和也, 村木 正人, 花田宗一郎, 山縣 俊之, 澤口博千代
66. アレルギー性気管支肺アスペルギルス症と鑑別を要した非小細胞肺癌の一例
1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科, 2) 吉野病院 内科
○片岡 良介¹⁾, 鈴木健太郎¹⁾, 岩井 一哲²⁾, 有山 豊²⁾, 村上 伸介²⁾,
福岡 篤彦²⁾, 甲斐 吉郎¹⁾

67. 両肺に多発する浸潤影を認め、免疫染色により腺癌肺転移と診断した1例
1) 京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
○酒井 勇輝¹⁾, 田里 美樹¹⁾, 安田 直晃¹⁾, 林 康之¹⁾, 祖開 暁彦¹⁾,
岩田 敏之¹⁾, 西村 尚志¹⁾, 保木 昌仁²⁾, 渋谷 信介²⁾
68. 急速に進行するランダムパターンのびまん性粒状影を呈した腺癌多発肺転移の1例
1) 公立豊岡病院 呼吸器内科, 2) 同 消化器科, 3) 同 病理診断科
○塚本 信哉¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 原田 威徳²⁾, 中島 直樹³⁾,
中治 仁志¹⁾
69. 多発肺転移, 気管支内転移を認めた前立腺癌の1例
近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科
○山崎 亮, 國田 裕貴, 白波瀬 賢, 御勢 久也, 大森 隆, 西川 裕作,
佐野安希子, 西山 理, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 原口 龍太, 松本 久子
70. 胸膜生検で胆管癌による胸膜播種と診断した2例
1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
○高原 夕¹⁾, 多木 誠人¹⁾, 黒田 修平¹⁾, 佐伯 悠治¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾,
藤井 真央¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 市川 千宙²⁾,
浅野 真理¹⁾, 坂田 悟郎¹⁾, 田村 大介¹⁾
71. 胸腺癌から卵巣成熟嚢胞性奇形腫にTumor-to-tumor metastasis をきたした若年女性の一例
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
3) 同 呼吸器外科, 4) 同 産婦人科
○笹田 剛史¹⁾, 白川 千種¹⁾, 立川 良¹⁾, 山下 大祐²⁾, 濱川 博司³⁾,
畑山 裕生⁴⁾, 上田 亮太¹⁾, 伊藤 雅弘¹⁾, 高橋 祥太¹⁾, 豊田 裕士¹⁾,
増田 佳純¹⁾, 田代 隼基¹⁾, 李 正道¹⁾, 金澤 史朗¹⁾, 平林 亮介¹⁾,
佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 富井 啓介¹⁾
72. オシメルチニブの効果の乏しかったPTHrP 産生EGFR 遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌の一部検例
1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 病理診断センター
○黒田 修平^{1,2)}, 大塚浩二郎¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 清原あすか¹⁾, 北村 美華¹⁾,
難波 晃平¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾,
門田 和也¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 榊屋 大輝¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾, 田代 敬²⁾

73. MET 遺伝子変異陽性粘液産生肺腺癌に対してテポチニブが有効であった一例
 1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科
 2) 和歌山県立医科大学 バイオメディカルサイエンスセンター, 3) 同 病理診断科
 ○鷺岡 篤司¹⁾, 杉本 武哉¹⁾, 赤松 弘朗¹⁾, 北原 大幹¹⁾, 永井 隆寛¹⁾,
 根来 和宏¹⁾, 垣 貴大¹⁾, 高瀬 衣里¹⁾, 春谷 勇平¹⁾, 村上恵理子¹⁾,
 柴木 亮太¹⁾, 寺岡 俊輔¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 清水 俊雄¹⁾,
 中西 正典¹⁾, 洪 泰浩^{1,2)}, 岩元 竜太³⁾, 山本 信之^{1,2)}
74. 当院における MET 遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性肺癌の検討
 淀川キリスト教病院 呼吸器内科
 ○松井恵利香, 山下 卓人, 上野 峻輔, 白浜かおり, 澤 信彦, 篠木 聖徳,
 吉井 直子, 西島 正剛, 大谷賢一郎, 紙森 隆雄, 藤原 寛
75. 脳転移と食道狭窄を伴う ALK 陽性肺癌に対し脳腫瘍摘出術と簡易懸濁法でのアレクニブの投与が奏効した一例
 1) 社会医療法人神鋼記念会神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 脳神経外科
 3) 同 消化器内科, 4) 同 病理診断センター
 ○今尾 舞¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 山本 浩生¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾,
 久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 伊藤 公一¹⁾,
 笠井 由隆¹⁾, 榎屋 大輝¹⁾, 橋村 直樹²⁾, 黒木 茂信³⁾, 大林 千穂⁴⁾,
 鈴木雄二郎¹⁾
76. EGFR 陽性肺癌・多発AAH を合併した ALK 陽性肺癌の一例
 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
 3) 同 放射線科
 ○世利 佳滉¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平田 展也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⁾,
 横井 陽子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾,
 佐々木 信¹⁾, 中原 保治¹⁾, 安松 良子²⁾, 東野 貴徳³⁾, 河村 哲治¹⁾
77. オシメルチニブによる薬剤性肺炎後にエルロチニブ+ラムシルマブを投与した EGFR 遺伝子変異陽性肺線癌の一例
 神戸大学大学院医学研究科 内科学講座 呼吸器内科学分野
 ○藤本 昌大, 立原 素子, 桂田 直子, 山本 正嗣
78. Foundation One で EGFR H773L/V774M 共変異が検出され, オシメルチニブが奏効した腺扁平上皮肺癌の一例
 1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学, 2) 同 腫瘍薬物治療学講座
 ○島 佑介¹⁾, 吉田 寛¹⁾, 橋本健太郎¹⁾, 名取 大輔¹⁾, 住永圭一郎¹⁾,
 味水 瞳¹⁾, 野溝 岳¹⁾, 吉田 博徳¹⁾, 小笹 裕晃¹⁾, 吉岡 正博²⁾,
 金井 雅史²⁾, 武藤 学²⁾, 平井 豊博¹⁾

79. 扁平上皮癌への形質転換を伴った, Exon 21 L858R 変異陽性肺腺癌の1例

公益財団法人天理よろづ相談所病院

○中村 哲史, 外山 尚吾, 岡垣 暢紘, 田中 佑磨, 坂本 裕人, 武田 淳志,
中西 司, 松村 和紀, 上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介, 橋本 成修,
田中 栄作, 田口 善夫, 羽白 高

ランチョンセミナー4 (12:15~13:05)

座長 駄賀 晴子

(大阪市立総合医療センター 腫瘍内科 部長)

『非小細胞肺癌治療における血管新生阻害薬の役割を再考する』

佐藤 悠城

(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 副医長)

共催: 日本イーライリリー株式会社

腫瘍・免疫チェックポイント1 (13:20~14:14)

座長 島田天美子

(神戸低侵襲がん医療センター 呼吸器腫瘍内科)

80. がん免疫療法により顔面神経麻痺と動眼神経麻痺が生じた肺癌の1例

1) 黒滝村国民健康保険診療所, 2) 奈良県総合医療センター

○渋谷 篤志¹⁾, 松本 祥生²⁾, 奥田悠太郎²⁾, 伊佐敷沙恵子²⁾, 村上 早穂²⁾,
藤岡安寿弥²⁾, 松田 昌之²⁾, 伊木れい佳²⁾, 花岡 健司²⁾, 伊藤 武文²⁾

81. 肺腺癌に対するIpilimumab + Nivolumab 療法中にirAE 腎炎をきたした一例

1) 洛和会音羽病院 呼吸器内科, 2) 同 腎臓内科, 3) 洛和会京都呼吸器センター

○佐村 和紀¹⁾, 田宮 暢代¹⁾, 渡邊 寛人²⁾, 可児 啓吾¹⁾, 柴原 一毅¹⁾,
古室 太誠¹⁾, 榎本 昌光¹⁾, 渡部 晃平¹⁾, 畑 妙¹⁾, 土谷美知子¹⁾,
長坂 行雄³⁾

82. ステロイド内服中に上気道炎を契機に発症したサイトカイン放出症候群の一例

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

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

83. 悪性胸膜中皮腫に対してニボルマブ (Nivo), イピリムマブ (Ipi) 4コース投与後, 血球
貪食症候群を生じた1例

1) 高槻赤十字病院 呼吸器センター, 2) 京都大学附属病院 呼吸器内科

○山本 晴香¹⁾, 三崎裕美子¹⁾, 日詰健太郎¹⁾, 武田 翔¹⁾, 村山 恒俊¹⁾,
野溝 岳²⁾, 深田 寛子¹⁾, 中村 保清¹⁾, 北 英夫¹⁾

84. 血液透析中のPD-L1陰性非小細胞肺癌患者に対してニボルマブ・イピリムマブ併用療法
が奏功した一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○矢野 翔平, 吉田 薫, 榛間 智子, 國宗 直紘, 坂本 裕人, 伊藤 雅弘,
高 祥太, 宮里 和佳, 黄 文禧, 西坂 泰夫

85. 肺原発紡錘細胞癌に対してCarboplatin+Paclitaxel+Ipilimumab+Nivolumab療法を行った1例
滋賀県立総合病院 呼吸器内科
○岡本 淳志, 野口 進, 野原 淳, 石床 学, 渡邊 壽規, 中村 敬哉

腫瘍・免疫チェックポイント2 (14:14 ~ 15:17) 座長 吉岡 弘鎮
(関西医科大学附属病院 呼吸器腫瘍内科)

86. アベルマブによる免疫関連有害事象としての細気管支炎の一例
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
○白川 千種¹⁾, 永田 一真¹⁾, 山下 大祐²⁾, 上田 亮太¹⁾, 伊藤 雅弘¹⁾,
高橋 祥太¹⁾, 豊田 裕士¹⁾, 増田 佳純¹⁾, 田代 準基¹⁾, 金澤 史朗¹⁾,
平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 中川 淳¹⁾, 立川 良¹⁾, 富井 啓介¹⁾
87. 肺腺癌術後アテゾリズマブ単剤療法中に後腹膜線維症の再燃と薬剤性肺障害とを併発した1例
1) 公立豊岡病院 呼吸器内科, 2) 同 泌尿器科, 3) 同 病理診断科
○藤本 佑樹¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 塚本 信哉¹⁾, 中治 仁志¹⁾, 植垣 正幸²⁾,
中島 直樹³⁾
88. Pembrolizumab療法中に肺化膿症を発症し, AFOP様の浸潤影を呈した肺扁平上皮癌の一例
1) 奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー内科, 2) 同 腫瘍内科
○宮高 泰匡¹⁾, 金井 千恵¹⁾, 太田 和輝¹⁾, 佐藤 一郎¹⁾, 古高 心¹⁾,
古山 達大¹⁾, 岩佐 佑美¹⁾, 新田 祐子¹⁾, 春成加奈子¹⁾, 藤岡 伸啓¹⁾,
坂口 和宏¹⁾, 谷村 和哉¹⁾, 長 敬翁¹⁾, 藤田 幸男¹⁾, 山本 佳史¹⁾,
本津 茂人¹⁾, 山内 基雄¹⁾, 吉川 雅則¹⁾, 室 繁郎¹⁾, 大田 正秀²⁾
89. irAEに対する全身ステロイド使用中に日和見感染症や多発肺膿瘍を生じた肺腺癌の1剖検例
大阪府済生会野江病院 呼吸器内科
○中山 絵美, 的場 智也, 金子 顕子, 藤木 貴宏, 日下部悠介, 田中 彩加,
山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃
90. ベムプロリズマブ使用中に再発性多発軟骨炎を発症した一例
1) 兵庫県立がんセンター 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
○森川 真帆¹⁾, 河良 崇¹⁾, 佐久間淑子²⁾, 高原 夕¹⁾, 田中 美穂¹⁾,
安田裕一郎¹⁾, 伊藤 彰一¹⁾, 服部 剛弘¹⁾, 里内美弥子¹⁾
91. irAE 腸炎を発症し, インフリキシマブが著効した悪性胸膜中皮腫の一例
大阪大学医学部 呼吸器・免疫内科学
○細野 裕貴, 二見 真史, 内藤真依子, 東 浩志, 大平 貴華, 山本有美子,
谷崎 智史, 内藤祐二郎, 白山 敬之, 三宅浩太郎, 平田 陽彦, 武田 吉人,
熊ノ郷 淳

92. 進展型小細胞肺癌患者に対するカルボプラチン/エトポシド/アテゾリズマブの多施設前向き研究：2年 update
1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科, 2) APOLLO 試験グループ
○藤本 大智¹⁾, 赤松 弘朗^{1,2)}, 齋藤 合²⁾, 三浦 理²⁾, 内田 純二²⁾,
山口 哲平²⁾, 網本 久敬²⁾, 駄賀 晴子²⁾, 池田 英樹²⁾, 坂田 晋也²⁾,
鈴木 秀和²⁾, 池田 慧²⁾, 平岡 亮太²⁾, 矢内 正晶²⁾, 峯村 浩之²⁾,
山本 信之²⁾

腫瘍・その他 (15:17 ~ 16:11)

座長 田宮 基裕
(大阪国際がんセンター 呼吸器内科)

93. TTF-1・CK20・CDX2 陽性, CK7 陰性の多発肺結節を有する腺癌に大腸癌化学治療が奏効した一例
1) 橋本市民病院, 2) 近畿大学病院
○田中 将規¹⁾, 駿田 直俊¹⁾, 磯本 晃佑²⁾, 木村 雅友¹⁾
94. プロカルシトニン (PCT) 高値を示し, 病勢に伴い変化した小細胞肺癌の1例
1) 石切生喜病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器腫瘍内科
○松下 雄大¹⁾, 青原 大介¹⁾, 引石 淳仁¹⁾, 中浜 賢治¹⁾, 谷 恵利子¹⁾,
吉本 直樹¹⁾, 南 謙一¹⁾, 平田 一人¹⁾, 平島 智徳²⁾
95. EBUS-TBNA で診断した sclerosing pneumocytoma の1例
1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 病理診断科
○笹倉 美咲¹⁾, 辻 泰佑¹⁾, 山本 航平¹⁾, 田中 駿也¹⁾, 合田 志穂¹⁾,
塩津 伸介¹⁾, 弓場 達也¹⁾, 内匠千恵子¹⁾, 平岡 範也¹⁾, 上島 康生²⁾,
浦田 洋二³⁾
96. 小細胞肺癌の転移性脊髄腫瘍により不全麻痺を来すも, 椎弓切除術により化学療法を施行することが出来た1例
兵庫県立はりま姫路総合医療センター
○浦田 勝哉, 木村 洋平, 向田 論史, 松尾健二郎, 二ノ丸 平, 吉村 将
97. 重症のbronco肺炎を伴う肺腺癌に対して化学療法を行い人工呼吸器から離脱できた一例
1) 市立池田病院 呼吸器内科, 2) 大阪はびきの医療センター
○西島 良介¹⁾, 清水 裕平¹⁾, 大谷 安司¹⁾, 山内桂二郎²⁾, 住谷 仁¹⁾,
加藤聡一郎¹⁾, 田幡江利子¹⁾
98. 三次治療後に TMB-high を確認した進展肺小細胞癌に対してペムプロリズマブが有効であった1例
神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
○上田 亮太, 中川 淳, 伊藤 雅弘, 田代 隼基, 豊田 裕士, 高橋 祥太,
増田 佳純, 李 正道, 金澤 史朗, 白川 千種, 平林 亮介, 佐藤 悠城,
永田 一真, 立川 良, 富井 啓介

第 5 会場 (5F/504+505)

感染症 1 (9:00 ~ 10:03)

座長 藤井 宏
(神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科)

99. 肺結核・脳結核治療終了2年後に肺クリプトコッカス症を発症したHIV陰性の1例
独立行政法人国立病院機構近畿中央呼吸器センター
○杉本 英司, 小林 岳彦, 中川友香梨, 西原 昂, 蓑毛祥次郎, 龍華 美咲,
滝本 宜之, 露口 一成, 新井 徹
100. トキソカラ症により多発肺結節影を呈した1例
1) 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院
2) 宮崎大学医学部 感染症学講座 寄生虫学分野
○大倉 千明¹⁾, 田中 美緒²⁾, 嶋村 優志¹⁾, 植木 康光¹⁾, 塚本 信哉¹⁾,
船内 敦司¹⁾, 野原 瑛里¹⁾, 神野 志織¹⁾, 森本 千絵¹⁾, 濱川 瑤子¹⁾,
北島 尚昌¹⁾, 井上 大生¹⁾, 丸毛 聡¹⁾, 福井 基成¹⁾
101. 短期治療で軽快を維持している肺 *Cunninghamella bertholletiae* 症の1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 感染症内科
3) 同 内科, 4) 同 臨床検査科
○倉原 優^{1,2,3)}, 龍華 美咲³⁾, 嶋谷 泰明⁴⁾, 柳澤 篤³⁾, 田中 悠也³⁾,
小林 岳彦¹⁾, 露口 一成^{1,2,3)}
102. 健診の胸部異常陰影を契機に診断したトキソカラ症の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 臨床感染制御学
○石山 福道¹⁾, 佐藤佳奈子¹⁾, 覺野 重毅²⁾, 中濱 賢治¹⁾, 渡辺 徹也¹⁾,
川口 知哉¹⁾
103. 肺MAC症に合併し黒色痰で発症した肺 *Exophiala dermatitidis* 症の1例
1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 内科, 2) 同 感染症内科
3) 同 臨床研究センター, 4) 同 臨床検査科
○田中 悠也¹⁾, 倉原 優^{1,2,3)}, 嶋谷 泰明⁴⁾, 小林 岳彦³⁾, 露口 一成^{1,2,3)}
104. 過敏性肺炎との鑑別を要しHIV感染症に合併したニューモシスチス肺炎, サイトメガロウイルス肺炎の一例
1) 明石医療センター, 2) 神戸市立西神戸医療センター
○塚本 玲^{1,2)}, 上領 博²⁾, 島 佑介²⁾, 松岡 佑²⁾, 益田 隆広²⁾,
三輪菜々子²⁾, 木田 陽子²⁾, 額額 力也²⁾, 櫻井 稔泰²⁾, 多田 公英²⁾
105. 肺癌に対するニボルマブ・イピリムマブ療法による薬剤性肺炎の経過中に肺アスペルギルス症を発症した1例
大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科
○朝川 遼, 鬼頭里以子, 高山 祥泰, 飛田 哲志, 田中 智, 山本 傑,
上野 清伸

106. 意識障害を伴うレジオネラ肺炎の1例
甲南医療センター 呼吸器内科
○細江 承, 榎本 隆則, 寺下 智美, 中田 恭介
107. 健康成人においてBLNAR 感染を来した肺嚢胞性病変の1例
1) 独立行政法人国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 放射線科
○小南 亮太¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾,
平岡 亮太¹⁾, 平田 展也¹⁾, 山之内義尚¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾,
鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 横井 陽子¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 東野 貴徳²⁾
108. 気管支動脈塞栓術後も咯血を繰り返した肺仮性動脈瘤の一例
1) 姫路赤十字病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 放射線科
○吉本 愛理¹⁾, 野海 拓¹⁾, 脇 翔平²⁾, 中村 香葉¹⁾, 井上 大作³⁾,
真下 周子¹⁾, 田尾 裕之²⁾, 水谷 尚雄²⁾, 岸野 大蔵¹⁾
109. 侵襲性肺炎球菌肺炎と重症COVID-19肺炎の合併による肺気腫で気胸を繰り返した1例
神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
○伊藤 雅弘, 中川 淳, 上田 亮太, 高橋 祥太, 田代 隼基, 増田 佳純,
李 正道, 白川 千種, 金澤 史朗, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,
立川 良, 富井 啓介
110. 肺癌化学療法投与日にCOVID-19に感染, ウイルス性肺炎を来し在宅酸素療法に至った1例
独立行政法人国立病院機構姫路医療センター
○加藤 智浩, 吉川 和志, 世利 佳滉, 井野 隆之, 竹野内政紀, 平田 展也,
平岡 亮太, 山之内義尚, 小南 亮太, 東野 幸子, 鏡 亮吾, 三宅 剛平,
横井 陽子, 塚本 宏壮, 水守 康之, 佐々木 信, 中原 保治, 河村 哲治
111. 当院におけるアレルギー性気管支肺真菌症に対する生物学的製剤の使用経験
大阪刀根山医療センター
○宮本 哲志, 三橋 靖大, 長田 由佳, 松木 隆典, 新居 卓朗, 辻野 和之,
三木 啓資, 木田 博

112. 自然退縮後再燃し悪性腫瘍と鑑別を要した特発性肺内血腫の一例
1) 社会医療法人神鋼記念会神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 病理診断センター
○難波 晃平¹⁾, 門田 和也¹⁾, 清原あすか¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 黒田 修平¹⁾,
長崎 美華¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾,
笠井 由隆¹⁾, 榊屋 大輝¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾, 大林 千穂²⁾

113. HMGCR 抗体陽性の免疫介在性壊死性ミオパシーの治療経過中に発症した肺胞蛋白症の1例
 1) 北播磨総合医療センター 呼吸器内科, 2) 兵庫県立淡路医療センター 呼吸器内科
 3) 北播磨総合医療センター リウマチ・膠原病内科
 ○西井 雅彦^{1,2)}, 桂田 雅大¹⁾, 百道 光亮¹⁾, 安井 裕美¹⁾, 土橋 直史³⁾,
 河野 祐子¹⁾, 松本 正孝¹⁾, 高月 清宣¹⁾, 西村 善博¹⁾
114. 長期の画像経過を観察できた肺骨化症の一例
 1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 病理診断科
 ○清原あすか¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 大島慎太郎¹⁾, 池内 美貴¹⁾,
 山本 浩生¹⁾, 橋田 恵祐¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾,
 大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾, 田代 敬²⁾, 大林 千穂²⁾
115. 緑膿菌感染症を合併した肺葉内肺分画症の1例
 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 病理診断科
 4) 京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座 (画像診断学・核医学)
 ○谷澤 公伸¹⁾, 名取 大輔¹⁾, 立岡 佑理¹⁾, 大角 明宏²⁾, 松本 和久²⁾,
 半田 知宏¹⁾, 池添 浩平¹⁾, 伊藤 功朗¹⁾, 坂本 亮⁴⁾, 吉澤 明彦³⁾,
 寺田 和弘³⁾, 平井 豊博¹⁾
116. 非結核性抗酸菌症を合併した気管支閉鎖症の1例
 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 病理診断科
 4) 京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座 (画像診断学・核医学)
 ○谷澤 公伸¹⁾, 大角 明宏²⁾, 松本 和久²⁾, 半田 知宏¹⁾, 池添 浩平¹⁾,
 伊藤 功朗¹⁾, 坂本 亮⁴⁾, 吉澤 明彦³⁾, 寺田 和弘³⁾, 平井 豊博¹⁾
117. 成人期に多発嚢胞感染を契機に先天性肺気道奇形と診断された一例
 公益財団法人天理よろづ相談所病院
 ○田中 佑磨, 池上 直弥, 外山 尚吾, 岡垣 暢紘, 坂本 裕人, 中西 司,
 武田 淳志, 松村 和紀, 中村 哲史, 上山 維晋, 加持 雄介, 橋本 成修,
 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫
118. ジスチグミン臭化物によるコリン作動性クラーゼで急性呼吸不全を来した1例
 市立伊丹病院 呼吸器内科
 ○高田 悠司, 細井 慶太, 木下 善詞, 原 聡志, 原 彩子, 永田 憲司,
 高山 祥泰, 島津 保之, 土田 滯

ランチオンセミナー5 (12:15~13:05)

座長 河村 哲治

(独立行政法人国立病院機構姫路医療センター 院長)

『肺非結核性抗酸菌症患者における慢性肺アスペルギルス症の合併
 –イサブコナゾールの登場に期待するもの–』

佐々木結花

(独立行政法人国立病院機構東京病院 地域医療連携部長 臨床研修センター長)

共催：旭化成ファーマ株式会社

119. テゼベルマブが著効した Type 2 low 難治性気管支喘息の2例
1) 赤穂市民病院 呼吸器科, 2) 京都大学 呼吸器内科
3) 名古屋大学 機能形態学 分子細胞学
○塩田 哲広¹⁾, 岩見 麻衣¹⁾, 平尾 勇介¹⁾, 西村 駿介¹⁾, 橋本健太郎²⁾,
辻 貴宏³⁾
120. メボリズマブを導入したアレルギー性気管支肺アスベルギルス症の1例
奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー内科
○太田 和輝, 新田 祐子, 濱田恵理子, 佐藤 一郎, 古山 達大, 古高 心,
宮高 泰匡, 岩佐 佑美, 藤岡 伸啓, 春成加奈子, 坂口 和宏, 谷村 和哉,
長 敬翁, 藤田 幸男, 山本 佳史, 本津 茂人, 山内 基雄, 吉川 雅則,
室 繁郎
121. ベンラリズマブで一時的に制御できたが再燃しデュピルマブが奏功した難治性喘息合併
ABPA の2 例
国立病院機構姫路医療センター
○東野 幸子, 吉川 和志, 世利 佳滉, 井野 隆之, 竹野内政紀, 平田 展也,
平岡 亮太, 山之内義尚, 小南 亮太, 加藤 智浩, 鏡 亮吾, 三宅 剛平,
横井 陽子, 塚本 宏壮, 水守 康之, 佐々木 信, 中原 保治, 河村 哲治
122. メンソール煙草への銘柄変更が原因と考えられた急性好酸球性肺炎の症例
明石医療センター 呼吸器内科
○山崎菜々美, 畠山由記久
123. 薬剤性好酸球性肺炎の二例 (メサラジンとサラゾスルファピリジン)
1) 大阪複十字病院 内科, 2) 大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学
○東口 将佳¹⁾, 酒井 俊輔¹⁾, 行木紳一郎^{1,2)}, 西岡 紘治¹⁾, 木村 裕美¹⁾,
井上 義一¹⁾, 松本 智成¹⁾, 小牟田 清¹⁾
124. 好酸球性肺炎に伴う気管内隆起性病変が治療に伴い消失する経過を確認できた一例
松下記念病院 呼吸器内科
○酒井 健紀, 西村 直也, 宮本 瑛史, 山田 崇央

125. コンプライス不良の気管支喘息発作を背景にたこつぼ心筋症をきたした1例
1) 兵庫医科大学病院 呼吸器・血液内科学, 2) 同 胸部腫瘍学
○神取 恭史¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾, 南 俊行^{1,2)}, 河村 直樹¹⁾, 村上 美沙¹⁾,
清田穰太郎¹⁾, 森下 実咲¹⁾, 西村 駿¹⁾, 長野 昭近¹⁾, 東山 友樹¹⁾,
柁木 芳樹¹⁾, 堀尾 大介¹⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)},
栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

126. 診断後、約20年間経過を評価しえた若年発症重症COPDの1例
 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科, 2) 奈良県立医科大学附属病院 呼吸器内科
 ○名取 大輔¹⁾, 田辺 直也¹⁾, 佐藤 晋¹⁾, 佐藤 篤靖¹⁾, 室 繁郎^{1,2)},
 平井 豊博¹⁾
127. COVID-19によるAutobullectomyの1例
 1) 滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科, 2) 同 感染制御部, 3) 同 保健管理センター
 ○久保 直之¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 横江 真弥¹⁾, 田中 伶於¹⁾, 後藤 幸¹⁾,
 大岡 彩¹⁾, 入山 朋子¹⁾, 成宮 慶子¹⁾, 角田 陽子¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾,
 松尾裕美子³⁾, 行村瑠里子²⁾, 内田 泰樹¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 大澤 真²⁾,
 小川恵美子³⁾, 山口 将史¹⁾, 中野 恭幸¹⁾
128. 慢性肺アスペルギルス症を合併した先天性気管支閉鎖症の1例
 1) 独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
 ○山之内義尚¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 西坂 直人¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾,
 平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾,
 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾,
 安松 良子²⁾, 佐々木 信¹⁾, 中原 保治¹⁾, 河村 哲治¹⁾
130. 慢性呼吸不全患者における客観的データおよび主観的データの関連
 国立病院機構 南京都病院 呼吸器疾患と神経難病のための呼吸ケアセンター
 ○坪井 知正

肺循環障害 (14:59 ~ 15:53)

座長 郷間 巖
 (堺市立総合医療センター 呼吸器内科)

131. 心房細動に対するカテーテルアブレーション後に生じた左上肺静脈閉塞症の1例
 1) 日本赤十字社 大阪赤十字病院 呼吸器内科
 2) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
 ○貴志 亮太^{1,2)}, 黄 文禧¹⁾, 國宗 直紘¹⁾, 矢野 翔平¹⁾, 葭 七海¹⁾,
 藤原 直樹¹⁾, 宮里 和佳¹⁾, 青柳 貴之¹⁾, 石川 遼一¹⁾, 高岩 卓也¹⁾,
 中川 和彦¹⁾, 森田 恭平¹⁾, 吉村 千恵¹⁾, 西坂 泰夫¹⁾
132. 血痰で発症したカテーテルアブレーション後肺静脈閉塞による肺梗塞の1例
 1) 兵庫医科大学医学部 呼吸器・血液内科学, 2) 同 胸部腫瘍学特定講座
 ○河村 直樹¹⁾, 高橋 良^{1,2)}, 東山 友樹¹⁾, 近藤 孝憲¹⁾, 藤岡 毅¹⁾,
 村上 美沙¹⁾, 森下 実咲¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾, 多田 陽郎^{1,2)}, 柘木 芳樹^{1,2)},
 堀尾 大介^{1,2)}, 大搦泰一郎^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)},
 木島 貴志^{1,2)}
133. 治療と診断に難渋した肺高血圧症の1例
 1) 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 循環器内科
 2) 独立行政法人国立病院機構 南京都病院 呼吸器内科
 ○竹中 洋幸¹⁾, 高林 健介¹⁾, 山田 有紀¹⁾, 竹中 琴重¹⁾, 坪井 知正²⁾,
 木村 剛¹⁾

134. オシメルチニブ内服中に肺高血圧症を合併した TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎合併 EGFR 変異陽性肺腺癌の一例
加古川中央市民病院 呼吸器内科
○坂田 悟郎, 徳永俊太郎, 高原 夕, 松本 夏鈴, 浅野 真理, 藤井 真央,
多木 誠人, 堀 朱矢, 西馬 照明
135. ピル服用中 COVID-19 に 2 回罹患後に肺血栓塞栓症を発症したプロテイン C 欠乏症の若年女性の 1 例
1) 大阪医科薬科大学 内科学一教室, 2) 同 内科学講座 腫瘍内科学
3) 同 内科学三教室
○松井 未有¹⁾, 由良 成¹⁾, 船本 智哉¹⁾, 松永 仁綜¹⁾, 中村 敬彦¹⁾,
池田宗一郎¹⁾, 今川 彰久¹⁾, 藤阪 保仁²⁾, 赤松加奈子³⁾, 星賀 正明³⁾
136. 咯血を契機に判明した肺底動脈大動脈起始症に対して血管塞栓術を行い, 長期安定が得られた 1 例
兵庫県立尼崎総合医療センター
○小川 亮, 岡崎 航也, 山中 諒, 葭 七海, 松本 啓孝, 齋藤恵美子,
平位 知之, 遠藤 和夫

抄 録

教育講演

モーニングセミナー

ランチョンセミナー

アフタヌーンセミナー

教育講演 1

COVID-19パンデミックの終焉は？

岩田健太郎

神戸大学医学部附属病院 感染症内科 教授

COVID-19パンデミックは終焉した。それはもちろん、SARS-CoV-2が根絶されたという話ではない。「そういう世界」を我々が選び取ったのである。選び取った世界がよい世界なのかどうか、演者には判断が付きかねるが、世界の歴史は皆で選択していくものなのだから受け入れるよりほかないのだろう。願わくば、この3年間で得られた教訓をチャラにすることがないとよいのだが、日本の感染症史は「学んだことをチャラにする」連続であったので、その点についてもそれほど楽観的ではない。

教育講演2

非がん呼吸器疾患への緩和ケア ～何ができるのか?担うべき役割は?～

山口 崇

神戸大学医学部附属病院 緩和支援治療科 特命教授

緩和ケアは、“生命を脅かす疾患 (Life-threatening illness) による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より、(痛みなどの) 身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題に関して、きちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、生活の質を改善するためのアプローチ”と定義されている (WHO 2002)。本邦において、緩和ケアはがん診療の枠組みの中で発展してきた経緯があり、一般市民のみならず、医療者の中にも「がん患者を対象とするもの」との意識がいまだに根強い。そのような背景から非がん呼吸器疾患患者に対する緩和ケアの提供は十分に行き渡っていないのが現状と考えられる。これまで、非がん呼吸器疾患患者は様々な緩和ケアニーズを抱えていることが国内外から報告されており、まだまだ続く高齢化の波や疾患有病率の動向を踏まえると、非がん呼吸器疾患診療における緩和ケアの重要性は増していくことは間違いがない。

本セッションでは、改めて非がん呼吸器疾患患者がどのような緩和ケアニーズを抱えているのかをレビューし、非がん呼吸器疾患診療において緩和ケアがどのような役割を担うのか?そして、非がん呼吸器疾患患者に対する緩和ケア提供の障壁となっているものは何か?という事に関して考えていきたい。本セッションが、本邦における非がん呼吸器疾患患者に対する緩和ケア提供体制の構築に向けた呼吸器診療専門家と緩和ケア専門家の協働を進めて行くきっかけの一つとなればと願う。

教育講演3

間質性肺疾患画像診断のポイント

上甲 剛

独立行政法人労働者健康安全機構関西労災病院 放射線科 部長

間質性肺疾患に対する画像診断のコアは高分解能CTであり、当時京都大学の伊藤、藤堂らによる開発、臨床への導入以来本年で45年を経ている。まず本講では、呼吸器臨床を行う上で知っておくべき高分解能CTの基本原則から論ずる。いわく検出限界である空間分解能は 512×512 matrixを用いる通常のCT装置だと0.3mm, 2048×2048 matrixを使用可能な最新鋭の高分解能CTでは0.075mmであり、つまりほぼ0.1mm以上の大きさ(幅)の構造しか描出できないことは記憶にしっかりとどめる必要がある。また画像の鮮明さを決定する表示関数には肺野条件では高周波数協調関数を用い、縦隔条件では標準関数を用いる。高分解能CTと画像、病理との対比を通して、伊藤、村田らは肺の基本構造である二次小葉を中心とした読影法を提唱した。多くは経気道性進展を示唆する“小葉中心性分布 (centrilobular distribution)”は、世界共通言語となっている。古くから画像診断は二次小葉を中心とした読影法に代表される“解剖構造に基づく読影法”と画像パターンから診断にせまる“pattern recognition”の二つの方法論を駆使して行われた。間質性肺疾患は大きく Usual Interstitial Pneumonia (UIP) に代表されるいわゆる“間質性肺炎”と sarcooidosis, リンパ増殖性肺疾患等”リンパ路に沿う病変“に2分される。前述の高分解能CTの空間分解能と病変のサイズの関係から、いわゆる“間質性肺炎”には“pattern recognition”, “リンパ路に沿う病変”には“二次小葉に基づく読影法”が有用である。本講ではclassicalな網状影、粒状影のサイズによる分類も言及する。さらに“二次小葉に基づく読影法”に必須の気管支血管束肥厚、小葉間間隔肥厚に代表される広義間質肥厚の判定法も講じる。間質性肺炎はすりガラス影を示す胞隔炎から牽引性気管支拡張をはさみ、線維化のend stageである蜂巢肺までの形態変化を示す。病理組織像との対比を通してこの線維化の自然史にも言及する。講の終わりには、間質性肺炎臨床のコアである UIP と Non-specific Interstitial Pneumonia (NSIP) のCT診断法に関して詳述することとする。細葉辺縁性分布、不均一さ、蜂巢肺の同定がその核心である。本講演が臨床諸家の明日からの臨床の一助となれば幸甚である。

教育講演4

臨床におけるエビデンス収集とAIの活用

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 感染予防研究室長

私たち臨床医が避けて通れないのが、文献検索である。自身の勉強や抄読会で必要な場合、目的の学術論文に行き当たればそれで一旦終了となるが、その先に、文献管理や医学論文執筆などの世界が広がっている。

私が医師になった頃は、二次文献としてUpToDateを使用し、最新の文献を検索する場合PubMedを使っていた。おおまかな流れとしては、現在もこれと相違ない。しかし、近年話題になっているのが人工知能（Artificial Intelligence：AI）を用いた文献検索・文献管理・医学論文執筆サポートである。世間では生成系AIであるChatGPTが話題であるが、これ以外に派生したAIや全く新しいコンセプトのAIも次々と登場している。1～2か月も経てば、現存のAIが過去のものになるほど日進月歩の世界である。

AIの存在を世に知らしめた象徴的な出来事は、1997年にIBMのディープ・ブルーが、チェスの世界チャンピオンのガルリ・カスパロフ氏を破ったことである。それ以降、AIが人類の知能水準を超える転換点、すなわちシンギュラリティがいつ到来するかが喧々囂々と科学者の間で議論されている。

さて、PubMedなどの既存のツールを使いこなすスキルはできるだけ若手医師の頃に身に付けておくことが望ましいが、AIの登場はまさしくパラダイムシフトになるかもしれない。現在の機能面を俯瞰すると、あくまでサポートツールの位置づけにとどまっているが、働き方改革が叫ばれる現在、医師の業務に深く食い込んでくるシンギュラリティが到来する可能性がある。黎明期である現時点で、身近なAIには慣れておいたほうがよいと考えている。

しかし、機械学習の国際会議であるInternational Conference on Machine Learning（ICML）をはじめ、あらゆる学術団体はAIを用いた科学論文執筆を禁じているものの、推敲・修正などについては寛容な玉虫色の立場をとっている。perplexityやElicitといったAIは、論文作成にそのまま転用できるような表示が仕様となっていることから、生成された文章が剽窃に該当しないか注意しつつ、AIとうまく付き合っていく医師のリテラシーが問われる時代になっていくだろう。

本講演では、私自身が普段どのように文献検索しているか、また医学論文に親和性の高い“お役立ちAI”をどのように使っているか、紹介させていただきたいと思う。

モーニングセミナー 1

急増する肺MAC症と戦う ～ALISをいつ導入するか？～

倉原 優

独立行政法人国立病院機構近畿中央呼吸器センター 感染予防研究室長

世界的に、肺非結核性抗酸菌（nontuberculous mycobacterium：NTM）症は急増している。最も多い菌種である *Mycobacterium avium complex*（MAC）に対して、マクロライド，エタンブトール，リファマイシンの3種類併用が標準治療レジメンとして用いられる。しかし，特に高齢者では，エタンブトールによる視神経症，リファマイシンによる消化器症状などの副作用の頻度が高くなることが知られている。空洞を有する例や難治例に用いられるアミノグリコシドの注射剤は，腎毒性・聴器毒性の観点や，外来における投与継続のハードルの高さゆえ，長期投与が実現しにくい現状がある。

こういったアンメットニーズを解決するために登場したのが，難治性肺MAC症に対するアミカシンリポソーム吸入用懸濁液（amikacin liposome inhalation suspension：ALIS）（アリケイス[®]吸入液，インスメッド合同会社）である。国内で上市されてから約2年が経過した。専用ネブライザを用いる必要があること，毎日の消毒が必要になること，そして高額療養費制度の上限額が適用されることから，ALISの導入に二の足を踏むケースはまだ多い。

2023年3月，国際基準に準拠した遅発育菌用の薬剤感受性キット（ブロスミック[®]SGM，極東製薬）が発売され，現在多くの医療機関で適切な抗菌薬が選択可能となっている。もはや common disease となった肺MAC症の治療において，ALISを含めた効果的な抗菌薬を検討する臨床的意義が高まっている。

本講演では，現在の肺MAC症のエビデンスに加え，具体的にどのタイミングでどのように声をかけてALISを導入しているか，またどのように副作用をマネジメントしているか，約2年の経験をもとにお話しさせていただきたい。

モーニングセミナー2

市中病院から考える肺扁平上皮癌の匙加減

松本 啓孝

兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科 医長

免疫チェックポイント阻害薬，分子標的薬の出現により，肺癌に対する治療成績は向上してきている．適切に抗癌剤治療を行うかどうかは患者の生命に直結する問題である．しかしながら，毎年更新されている肺癌診療ガイドラインは，ガイドライン作成方法の問題から1つの Clinical Question に対して複数の治療選択肢が記載されていることが多い．PS 不良，高齢者，フレイル，臓器障害を有する目の前の患者に対して，エビデンスを活用してどのように使い分けるのかは課題の一つである．

肺癌診療においては呼吸器内科医，腫瘍内科医，呼吸器外科医が携わっていることが多い．免疫チェックポイント阻害薬の普及とともに，専門性・立場の違いに関係なく免疫関連有害事象に対する対策を整備する必要性は出現している．General Practitioner として患者の診療・教育，若手医師・コメディカルへの教育を行うとともに，他科（糖尿病内分泌内科，皮膚科，消化器内科，神経内科，腎臓内科，循環器内科など）との連携は必要である．患者の診療・教育，若手医師・コメディカルへの教育は病院機能・周辺環境に応じて対策を組まなければならない．

本講演では，Patient-centered medicine を行うために市中病院の立場から肺扁平上皮癌に対するマネージメント（匙加減）を考えてみる．

ランチョンセミナー 1

重症喘息の新しい治療戦略 – 上皮サイトカイン/TSLPに対峙する –

坂上 拓郎

熊本大学大学院 生命科学研究部 呼吸器内科学講座 教授

喘息の本態が気道の慢性炎症にあることが明らかになり、その分子メカニズムが解明されるにつれて薬物療法は飛躍的に進歩した。しかし依然として重症喘息に苦しむ患者は存在し、本邦における最近の実態調査では喘息症例全体に占める割合は8.3%と報告されている。重症喘息の疾病負担は患者個人の側面からも社会経済的な側面からも大きいことから看過することのできない医療課題である。

重症喘息は約80%がType 2炎症を基盤とした好酸球性気道炎症を呈していることから、その機序に関わる分子を標的とした抗体製剤の開発が進んだ。複数の抗体製剤が使用可能となった近年ではそれら製剤の使い分けが盛んに論じられ、バイオマーカーや併存症による選択法が提唱され、臨床現場では実践されていることが予測される。しかし、使い分けの拠り所となるバイオマーカーが複数陽性となるような例や全てが陰性である非Type2炎症が病態機序として予測される例も存在する。

2022年末に上市されたテゼペルマブは、気道炎症の起点とされる上皮サイトカインのひとつであるTSLPに対しての中和抗体である。TSLPはウイルス、アレルゲンなどの外的刺激によって上皮細胞から警告物質として産生されるサイトカインである。喘息に関連する複雑な炎症経路を惹起し、増悪・呼吸機能低下だけでなく、ステロイド抵抗性の獲得や粘液産生、気道リモデリングなどの多様な表現型に関与する。テゼペルマブの第相試験までの結果からは、増悪抑制効果、呼吸機能改善効果、気道過敏性改善効果などが示され、さらにその効果はType2炎症を呈する重症喘息はもとより、それ以外の炎症表現型を持つ重症喘息でも認められた。気道炎症のより起点に近い機序を抑制し、広範な炎症を制御する可能性を持つ抗体製剤の臨床導入は初めてのことであり、実臨床での知見の集積も待たれている。本レクチャーでは、重症喘息においてTSLPを抑制することの意義を様々な角度から紹介する。

ランチョンセミナー2

ILDの早期診断と治療の重要性

山野 泰彦

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 部長

最近、間質性肺疾患（Interstitial Lung Disease, ILD）に関する診断、自然経過、治療の情報が蓄積されてきた。また、自覚症状のない検診で指摘された Interstitial Lung Abnormalities (ILA) は、その一部が進行性で死亡率が増加する可能性が示唆されていることもあり注目されている。日常臨床でILDやILAに遭遇した際に、予後の予測は極めて重要である。予後予測については、まずは正確なILDの診断が不可欠であると考え。特に頻繁に見られ、難治性とされる特発性肺線維症（Idiopathic Pulmonary Fibrosis, IPF）については、ピルフェニドンとニンテダニブという2つの抗線維化薬が疾患の進行を抑制する効果が大規模なランダム化比較試験（RCT）や、その後のReal world dataで確認されている。IPFの管理においては、適切な診断と早期の介入が重要である。一方で、IPF以外のILD、例えば過敏性肺炎や非特異性間質性肺炎（NSIP）、膠原病関連間質性肺炎においては、環境回避や適切な抗炎症治療の選択・タイミングが疾患経過を変える可能性がある。

近年、進行性線維化を呈する間質性肺疾患（Progressive Fibrosing Interstitial Lung Disease, PF-ILD）の概念が注目されている。これは、適切な原疾患管理にもかかわらず進行性に線維化が進行する患者群を示す。2022年にATS/ERS/JRS/ALATから進行性肺線維症（Progressive Pulmonary Fibrosis, PPF）という新たなガイドラインが発表された。IPF以外のILDでも一部に進行性の線維化を認めること、またPF-ILDを呈した一群はIPFと類似の進行性の経過を示す可能性が示唆されており注目されている。これらの一群は適切な原疾患治療や抗炎症治療が行われている場合、抗線維化薬が有効であることが示されている。

本講演では、まず診断の重要性を述べる。ここではILD診療の際に必要なとされる膠原病診断についても強調する。また、ILD診断の確定後の治療介入、疾患進行を防ぐためにどのようにアプローチしていくべきかを論じたい。

ランチョンセミナー3

SCLC治療戦略 ～Real World Dataからわかったこと～

藤本 大智

和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科 講師

肺がん治療において免疫チェックポイント阻害薬（ICI）であるPD-1/PD-L1阻害薬はめまぐるしいスピードで肺がん薬物療法を塗り替えた。

肺癌全体の10%～15%を占める小細胞肺癌（small cell lung cancer, SCLC）の中で、約7割と推定される進展型小細胞肺癌（Extensive disease-SCLC, ED-SCLC）においても、殺細胞性抗がん薬に加えて、2019年と2020年に2つの免疫チェックポイント阻害薬を併用する療法（化学免疫療法）が承認され、治療の選択肢が広がった。

しかしながら、これら化学免疫療法におけるメリットと考えられる長期奏効データや長期生存データについてはいまだに乏しく、承認背景となった第三相試験において化学免疫療法を受けた日本人患者は20名以下という少数データしかないのが現状である。

昨今日本人における第三相試験において化学免疫療法であるプラチナ併用療法+ICI複合療法の安全性を示すことができなかつたという例があるように、「日本人」に global phase 3で得られたデータがどこまで外挿できるのかという命題がある。さらに「実臨床」の患者集団を考えることは重要であり、global phase3のデータのみから臨床試験において不適格であったであろう患者が大多数含まれている目の前の患者治療を考えることが果たして適切なかどうかを考慮しなければならず、企業主導で安全性報告等にバイアスがかかったデータではなく、医師主導で収集したリアルワールドデータは非常に重要であると言える。

本講演では進展型小細胞肺癌について、我々が行った日本人実地臨床における化学免疫療法の大規模前向き研究データを基にして目の前の患者治療をどう選択していくのか、そしてICIの併用をどこまで行うのかということ述べ、昨今の標準療法がどこまで外挿できるかについて私見を述べたい。

ランチョンセミナー4

非小細胞肺癌治療における血管新生阻害薬の役割を再考する

佐藤 悠城

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 副医長

進行期非小細胞肺癌治療における治療は？と ChatGPT に聞いてみたところ、殺細胞性抗がん剤・分子標的薬・免疫療法・放射線療法と回答が返って来た。10年前を思い返すと免疫療法はまだ標準治療ではなく、血管新生阻害薬をどう使い分けるかについて議論が尽きなかった。近年の免疫療法の発達は著しく、血管新生阻害薬が ChatGPT の回答に入っていないのは寂しい限りだが、目の前の患者さんにより良い治療を届けるためには、血管新生阻害薬のエビデンスを熟知しておくのが重要と考えられる。

癌細胞における血管新生において、血管内皮細胞増殖因子 (vascular endothelial growth factor: VEGF) 産生と血管内皮細胞の VEGFR によるオートクライン (自己分泌) が大きく関与している。非小細胞肺癌において日常臨床で使用可能な血管新生阻害薬は、抗 VEGF-A 抗体であるベバシズマブと抗 VEGFR-2 抗体であるラムシルマブの2種類である。血管新生阻害薬を投与すると、VEGF 経路を阻害することで血管新生を阻害し、抗腫瘍効果を発揮する。また組織の低酸素状態改善による細胞傷害性抗癌剤の組織内移行を上昇させる作用があることや、腫瘍微小環境の変化に伴う免疫活性化作用があると考えられている。

EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌は、長らく EGFR 阻害薬単独での治療が標準治療であったが、現在も様々な治療開発の努力が続けられており、2022年ガイドラインでは5つの治療選択肢が併記されている。RELAY 試験はエルロチニブ単剤療法とエルロチニブとラムシルマブの併用療法を比較する III 相試験であり、無増悪生存期間の優位な延長が示され、EGFR 阻害薬と血管新生阻害薬との併用療法が標準治療の一つとされている。昨今は、Del19と L858R といったサブタイプ別の治療戦略について議論が続けられており、最近の知見について整理したい。

ドライバー遺伝子変異陰性例の二次治療としては、長らくドセタキセルが標準治療とされ、DTX に非劣性を証明する形で複数の第3世代抗癌剤の単剤療法が2022年ガイドラインで推奨されている。REVEL 試験はドセタキセル単剤療法とドセタキセル+サイラムザの併用療法を比較した III 相試験であり、ドセタキセルに対する生存期間の優越性が示されている。当レジメンについては、最近本邦における質の高い観察研究の update が報告されており、その結果について紹介する。

ランチョンセミナー5

肺非結核性抗酸菌症患者における慢性肺アスペルギルス症の合併 —イサブコナゾールの登場に期待するもの—

佐々木結花

独立行政法人国立病院機構東京病院 地域医療連携部長 臨床研修センター長

慢性肺アスペルギルス症（CPA）は診断・治療の両面で問題がある。

CPA 診断において contamination の問題もあり、症状、画像、微生物学的診断、血清診断による総合的な判断が必要となる。微生物学的診断は陽性率が高くなり、現在、補助診断として用いられているアスペルギルス抗 IgG 抗体は、本邦では保険診療の適応ではない。慢性肺アスペルギルス症は肺非結核性抗酸菌症（NTM-PD）と合併率が高く、NTM-PD に CPA 合併が生じた場合、さらに診断は困難となる。

NTM-PD において 6～10% に CPA 合併が生じることが報告されており、いったん共感染すると、治療方針を大きく変更する必要がある。CPA に有効性が高い薬剤であるアゾール系抗真菌薬は相互作用が多く、特に CYP 3 系に感受性のある薬剤との併用に注意する必要がある。肺 *Mycobacterium avium*/*Mycobacterium intracellulare* 症（肺 MA/MI 症）をはじめとした NTM-PD のキードラッグであるクラリスロマイシン（CAM）は、アゾール系の薬剤の血中濃度を上昇させその作用を増強させる。CAM とアゾール系薬剤との併用時慎重になるべきであるが、最近審査事例として診療報酬上査定されずに用いることが可能なアジスロマイシンは、アゾール系薬剤との相互作用の報告はない。またリファマイシン系薬剤はアゾール系薬剤との併用は禁忌である。

アゾール系薬剤は肝障害、皮膚障害等の副作用が多く投与時に注意を要する。特に VRCZ は視力障害を生じる可能性が知られているが、肺 MA/MI 症治療のキードラッグである EB に視機能低下があるため、併用には注意を要する。予後は NTM-PD に CPA が合併すると予後は悪化するとの報告が多く、死亡例では副腎皮質ステロイドホルモンの全身投与、CRP 高値が報告されている。CPA 症例経過中に NTM 症が合併した場合、CPA の予後に大きな影響を与えないとする報告もなされている。

今回上市されたイサブコナゾールは従来のアゾール系抗真菌薬の効果と非劣性であり、副作用の発現頻度も異なることから、今後、CPA、NTM-PD 合併症症例の予後に寄与すると考えられ、今後、本邦において、CPA、NTM-PD 合併症症例の集積を行い世界に発信していく必要がある。

アフタヌーンセミナー 1

演題 1…喘息治療における課題 ～ステロイドの功罪～

上田 哲也

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科 部長

喘息の本態を可逆性の気道収縮と考え気管支拡張薬中心に治療をしていた時代には、治療成績は改善せず増悪に伴う喘息死が減少することはなかったが、喘息の本態を気道の慢性炎症ととらえると、そこを標的として最も効果的な治療薬はステロイド薬であり、その中でも副作用の少ない吸入ステロイド薬（ICS）が現在の喘息治療の第一選択薬となった。ICSによる喘息治療が普及することで、増悪がおさえられ、救急受診、喘息死の減少がもたらされるに至った。

多くの喘息患者はICSを用いた治療でコントロールできるようになったが、一部のコントロール困難な喘息が現在の課題であり、一番の問題はステロイド薬のリスクである。

喘息増悪時には全身ステロイド薬を使用せざるを得なくなり、それが繰り返されるとやがて全身ステロイド薬の連用が必要となり、副作用が問題になってくる。糖尿病や骨粗鬆症だけでなく、大腿骨頭壊死を発症した例もある。全身ステロイド薬の頓用でも、あるいは高用量のICSでさえ、副作用のリスク上昇が明らかになってきた。

ステロイドの副作用リスクを考慮すると、重症化する以前の段階でICSを適切に用いてコントロールをはかること、重症化してきた場合においても、極力全身ステロイド薬を使用せずに、他の治療薬を用いてコントロールをはかることが重要である。とくに生物学的製剤は、高価な治療薬ではあるが、その後の疾患進行抑制とステロイドのリスク軽減に対する期待は非常に大きい。近年標的の異なる生物学的製剤が各種上梓されるようになり、有効性の期待される病態の範囲も拡大してきている。ガイドラインにおいても、全身ステロイド薬よりも先に生物学的製剤の使用を考慮すべきとされ、全身ステロイド薬はあくまでも最終手段的な位置づけに変わってきている。

本セミナーにおいて、喘息治療におけるステロイド薬の効果と副作用、とくに全身ステロイド薬について、その使いどころ、ステロイド依存の問題点等について改めて考えてみたい。

アフタヌーンセミナー 1

演題 2…重症喘息治療における生物学的製剤の可能性

永野 達也

神戸大学大学院医学研究科 内科学講座・呼吸器内科学分野 講師

重症喘息治療における生物学的製剤は、増悪抑制効果、呼吸機能改善効果、経口ステロイドの減量効果などの効果に加え、安全性の面でも使いやすく、日常診療で広く使用されるようになってきている。現在、生物学的製剤にはオマリズマブ、メポリズマブ、ベンラリズマブ、デュピルマブ、テゼベルマブの5種類が上市されている。インターロイキン4と13を標的とするデュピルマブは、GINA2023のガイドラインで治療ステップが5の重症喘息患者で、十分な治療を行っても増悪が年に数回あり、末梢血好酸球が150以上1500/ μ L以下または呼気一酸化窒素が25 ppb以上または経口ステロイドが連用で使用されている患者などで使用が推奨されており、重症喘息患者に広く使用しやすい薬剤であるとともに、多剤からの切り換えとして使用しても、好酸球性喘息においても有望な薬剤であるという研究結果が出てきた。本セミナーでは、各種生物学的製剤の特徴や適した患者像を最近の報告も交えて発表する。

アフタヌーンセミナー2

脳転移症例に対するALK阻害剤の治療戦略

伊藤健太郎

松阪市民病院 呼吸器内科 部長

現在の進行期の肺癌診療では、遺伝子検査の結果からドライバー遺伝子変異を有する場合には、その遺伝子に対応した分子標的薬を選択し治療を行うことが標準治療として確立されている。ALK融合遺伝子もそのドライバー遺伝子変異のひとつであり、ALK融合遺伝子陽性非小細胞肺癌に対する分子標的薬として、現在国内では5種類の薬剤が承認されている。一次治療として次世代ALK阻害剤であるアレクチニブ、ブリグチニブ、ロルラチニブは、クリゾチニブを対象治療とした第Ⅲ相無作為化比較試験を実施しており、どの新規薬剤もクリゾチニブを上回る効果を示した。これら新規薬剤三剤は、互いを一次治療として直接比較した試験はまだ実施されておらず、薬剤選択はそれぞれの第Ⅲ相試験の結果から判断せざるを得ないが、アレクチニブはALEX試験、J-ALEX試験、ALESIA試験の3つの第Ⅲ相試験で結果が示されており、最もエビデンスが多く示されることからガイドラインでも推奨度が高い位置づけとなっている。ALK融合遺伝子陽性非小細胞肺癌では脳転移を有する症例が少なく、過去の複数の報告でも20～30%で脳転移を有することが示されている。脳転移に対する薬剤選択を検討するには、現時点ではサブグループ解析の結果から考察することとなるが、各試験毎での試験デザインが異なり、層別化因子の選択、脳転移症例の症例数、後治療で新薬の使用を認めるクロスオーバー許可などが、解析結果に影響することが考えられる。例えば、ALEX試験では脳転移の有無を層別化因子に含めているがクロスオーバーは許容しておらず、一方でJ-ALEX試験では脳転移を層別化因子としていないがクロスオーバーは許容している。その結果、脳転移症例に対するハザード比がALEXが0.58 (T Mok, et al. Ann Oncol 2020)、J-ALEXでは1.56 (K Hotta, et al. ESMO Open 2022) と大きく異なる結果であることは留意しなければならない。これら試験デザインを含めて考察した上で、脳転移に対するALK阻害剤として考えうる選択肢について、また脳転移に対する治療戦略として放射線治療も含めて、本講演では考察する。

抄 錄

一 般 演 題

1

夜間低酸素血症を有する在宅酸素療法患者におけるオートデマンド器と据置器のランダム化クロスオーバー試験

- 1) 神戸大学大学院医学研究科 内科学講座 呼吸器内科学分野
- 2) 神戸大学医学部附属病院 臨床研究推進センター
- 3) 北播磨総合医療センター 呼吸器内科

○矢谷 敦彦¹⁾, 永野 達也¹⁾, 村上 冨²⁾, 大歳 丈博¹⁾, 羽間 大祐¹⁾, 桂田 直子¹⁾, 山本 正嗣¹⁾, 立原 素子¹⁾, 西村 善博³⁾, 小林 和幸¹⁾

背景：在宅酸素療法で使用される呼吸同期装置は、患者の呼吸に合わせて、吸気時のみ酸素ボンベから酸素を供給する。今回開発されたオートデマンド器の、据置器に対する非劣性と安全性について検討した。方法：患者20名に対し、オートデマンド器または据置器を1日ずつ終夜使用した。主要評価項目は睡眠中の平均SpO₂とした。副次評価項目は、感度割合、SpO₂が90%未満であった時間とその割合、最低SpO₂、平均脈拍、最高脈拍、無呼吸指数、無呼吸低呼吸指数、睡眠時間、快適度・信頼性とした。結果：主要評価項目の差は0.71% (95%信頼区間 [0.062, 1.36]) であり、差の上限値が非劣性マージンとして設定した2.8を超えず、オートデマンド器の非劣性と安全性が示された。また、副次評価項目についても有意差はなかった。結論：夜間低酸素血症の患者に対して、オートデマンド器はSpO₂の改善において据置器に対し非劣性が示され、安全で忍容性が高いことが確認された。

2

軽・中等度睡眠時無呼吸症候群に対する舌簡易筋力トレーニングの前向きランダム化比較試験

- 1) 神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科
- 2) 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科

○佐藤 宏紀¹⁾, 永野 達也¹⁾, 吉岡 潤哉²⁾, 三村 千尋¹⁾, 関谷 怜奈¹⁾, 大歳 丈博¹⁾, 羽間 大祐¹⁾, 桂田 直子¹⁾, 山本 正嗣¹⁾, 立原 素子¹⁾, 小林 和幸¹⁾

背景：口腔咽頭筋機能療法 (OMT) は閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (OSA) の重症度を改善すると報告されているが、その実施方法は複雑で施行が困難な症例がある。目的：トレーニング機器を用いた舌簡易筋力トレーニングのOSAへの治療効果を検討する。方法：軽度、中等度OSA患者20名を無作為に対照群 (n=10) または介入群 (n=10) とし、介入群患者に機器を用いた舌の筋力トレーニングを8週間毎日実施した。その後簡易モニタリングで睡眠時無呼吸を評価し、体格指数 (BMI)、頸周囲径、Epworth Sleepiness Scale (ESS) スコア、舌圧を測定した。結果：無呼吸低呼吸指数 (AHI)、ESSスコア、BMIの変化は対照群と介入群間で有意な差を認めなかった。一方、介入群で有意な頸周囲径の低下と最大舌圧の増加を認めた。結論：舌の筋力トレーニングはAHIを有意に改善しないがAHIの低下と関連する最大舌圧の増加とOSAのリスク因子と知られる頸周囲径の低下を生じた。

3

低酸素換気応答低下によると思われる安静時低酸素血症に対してアセタゾロミドが奏功した1例

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院

○植木 康光, 濱川 瑤子, 大倉 千明, 嶋村 優志, 船内 敦司, 塚本 信哉, 野原 瑛里, 神野 志織, 森本 千絵, 北島 尚昌, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

54歳女性。卵巣癌に対して術後化学療法中であったが、安静臥床時や睡眠中にSpO₂低下を指摘され当科紹介受診となった。呼吸器的には画像上も呼吸機能上も異常を認めず、終夜ポリソムノグラム検査やSpO₂モニタリング等で、覚醒して会話のない仰臥位・側臥位の時に低酸素血症を認めたが、労作時や睡眠時には認めなかった。また動脈血液ガス分析や経皮CO₂モニタリングでは明らかな高二氧化碳血症は認めなかった。その他体位別に呼吸機能検査や胸腹囲測定、心エコーでのマイクロバブルテストなど行ったがいずれも有意所見なく、シャントや肥満低換気症候群は否定的と判断した。安静覚醒時に低酸素換気応答が低下していると考え、アセタゾロミドで代謝性アシドーシスを介して呼吸刺激を行ったところ安静時の低酸素血症は消失した。本症例について若干の文献的考察を加えて報告する。

4

治療に難渋した2型呼吸不全の1例

- 1) 枚方公済病院, 2) 南京都病院

○山田 有紀¹⁾, 竹中 洋幸¹⁾, 坪井 知正²⁾

症例は71歳男性。労作時呼吸苦の精査で当院へ紹介となった。既往歴はCOPDおよび続発性気胸。精査を行い心疾患を認めず、CTにて高度の気腫性変化を認め、動脈血液ガスではPO₂:47.7mmHg, PCO₂:76.3mmHgの2型呼吸不全を認めた。在宅酸素療法を導入し、自宅退院。退院後80日目に意識障害を主訴に救急搬送。救急車内で酸素3L/分投与され、動脈血液ガスでPO₂:110mmHg, PCO₂:147mmHgと著明な二酸化炭素貯留を認めた。CTにて誤嚥性肺炎と思われる浸潤影を認めた。CO₂ナルコーシルと診断し、非侵襲的陽圧換気療法を開始。速やかに意識障害は改善した。非侵襲的陽圧換気療法を中止するとPCO₂:100mmHg近くまで上昇し、意識レベルが低下する状況を繰り返したため、在宅非侵襲的陽圧換気療法が必要であった。専門性の高い病院での治療が必要と考え転院。転院先の治療経過も含めて考察を交え報告する。

5

原因不明の呼吸不全を繰り返し診断に苦慮した卵円孔開存症による platypnea-orthodeoxia syndrome の1例

公益財団法人天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

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

症例は69歳、女性。既往に脳梗塞後の高次脳機能障害、喘息がある。2年前に経皮的動脈血酸素飽和度 (SpO₂) が90% 台前半と低く、胸部単純CTや呼吸機能検査、経胸壁心エコー検査、換気血流シンチグラフィなど施行も原因不明だった。6週間前の他院入院中に脳梗塞が再発、肺炎も併発し治療されたが経鼻ILの酸素需要が残存した。1週間前に呼吸状態が悪化、喘息発作として全身ステロイドなど開始され一時改善したが、再び呼吸状態が悪化し当院に転院した。胸部単純CTで明らかな異常なく、聴診上喘鳴はなく、各種検査で肺塞栓症や肺高血圧症も否定的であった。入院時リザーバー10Lを要したが、一時的に酸素需要が無くなったりと呼吸不全は消長を繰り返した。特に座位でSpO₂が低下し、コントラスト経胸壁心エコー検査を施行すると右-左シャントを認め、最終的に卵円孔開存症による platypnea-orthodeoxia syndrome と診断したが、全身状態を鑑み保存的加療の方針となった。

6

Cryptococcus gattii VGI 型による肺 *Cryptococcus* 症の1例

1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科
2) 和歌山県立医科大学 バイオメディカルサイエンスセンター、3) 和歌山県立医科大学附属病院 感染制御部

○井邊 公章¹⁾, 永井 隆寛¹⁾, 高瀬 衣里¹⁾, 杉本 武哉¹⁾,
赤松 弘朗¹⁾, 清水 俊雄¹⁾, 根来 和宏¹⁾, 藤本 大智¹⁾,
早田 敦志¹⁾, 中西 正典¹⁾, 洪 泰浩^{1,2)}, 小泉 祐介³⁾,
山本 信之^{1,2)}

症例は62歳男性。10～20年前に複数回の海外渡航歴がある。慢性肺炎で外来通院中に前医で施行されたCTで左上葉に辺縁整の孤立結節影を指摘された。原発性肺癌を疑い気管支内視鏡検査を施行したが、組織診および細胞診で悪性所見を認めなかった。一方、気管支洗浄液培養(クロモアガーカンジダ寒天培地)から *Cryptococcus gattii* を検出し、組織検体でのPAS染色およびGrocott染色で *Cryptococcus* 様の真菌を認めた。追加の遺伝子解析でVGI型と同定した。髄液検査および頭部MRIでは中枢神経への感染を示唆する所見を認めなかったため、フルコナゾール400mg/日の内服治療を開始した。*C. gattii* 感染症の本邦での報告は10例程度と少なく、中でもVGI型は既報告が1例のみであり稀な症例と考え、文献的な考察を踏まえて報告する。

7

アレルギー性気管支肺真菌症の治療中に非結核性抗酸菌症と診断した一例

公立豊岡病院

○辻本 晶紀, 藤本 佑樹, 塚本 信哉, 三好 琴子,
中治 仁志

症例は67歳女性。気管支喘息に対し吸入ステロイドとβ刺激薬の吸入をしていた。21年前に、アレルギー性気管支肺真菌症 (ABPM) と診断され、以降増悪時は、内服ステロイドで改善していた。5年前からステロイド糖尿病と咳嗽の増悪があり、ベンラリズムブも追加し治療していた。3ヶ月前から上記治療でも咳嗽や画像所見の改善に乏しいため精査加療目的に当科紹介となった。胸部CTで左舌区に浸潤影を認め、血液検査では好酸球数0.0/μLであった。気管支鏡検査で粘液栓を認めず左舌区の気管支洗浄液からMaviumが検出されたため、非結核性抗酸菌症 (NTM) の診断に至った。NTMに対する治療を追加し、咳嗽及び画像所見は改善した。近年、ABPMとNTMの合併例が報告されている。両疾患は類似した臨床症状や画像所見を呈する一方で、治療方法は大きく異なる。そのため、過去に診断されているABPMに対しても気管支鏡検査を含めた再評価が重要であると考え。

8

COVID-19肺炎における画像定量解析ソフトでの病変評価

1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
2) 京都市立病院 呼吸器内科
3) 兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科
4) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

○片岡 佑介¹⁾, 田辺 直也¹⁾, 濱尾 信叔¹⁾, 白田 全弘¹⁾,
前谷 知毅¹⁾, 白石 祐介¹⁾, 江村 正仁²⁾, 遠藤 和夫³⁾,
長谷川吉則⁴⁾, 小熊 毅¹⁾, 伊藤 功朗¹⁾, 平井 豊博¹⁾

【背景】COVID-19肺炎のCT画像において、すりガラス影(GGO)や浸潤影などの異常陰影パターンを定量する方法が提唱されている。これら異常陰影の空間的分布がCOVID19患者の予後と関連するという仮説を立て検討した。【方法】多施設共同観察研究のデータベースより、重症例(死亡/挿管人工呼吸)95例と非重症例457例を研究対象とした。AIに基づく画像定量解析ソフト(AIQCT)で認識した陰影パターンのラベル画像データを解析する自作ソフトを作成し、末梢・中心領域と上肺野・下肺野毎のすりガラス影と浸潤影の割合を計算した。画像指標と予後の関連を多変量COX比例ハザードモデルにて解析した。【結果】上下肺野の末梢側のすりガラス影と中枢側の浸潤影が、独立して、重症化と関連した。【結語】すりガラス影と浸潤影を弁別し、その空間的分布に注目することで、COVID19肺炎の予後予測能が向上する可能性がある。

9

肺炎を契機に発見された左横隔神経麻痺の1例

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

○西村 直峻¹⁾, 大道 一輝¹⁾, 塩田 哲広¹⁾, 橋本健太郎²⁾, 辻 貴宏³⁾

【症例】66歳, 男性【主訴】咽頭痛, 咳嗽, 発熱【現病歴】X-日から咽頭痛, 咳嗽, 発熱を自覚. X日に当院内科外来受診を受診. 胸部CTにて左肺底区にair-bronchogramを伴う濃度上昇と左胸水貯留を認めた. 細菌性肺炎, 肺炎随伴性胸水の診断にて入院後抗生剤投与を開始した. 抗菌薬投与後症状は速やかに改善したが第7病日の胸部レ線にて左横隔膜挙上と右横隔膜の著明な低下を認めた. 左横隔神経麻痺を疑いシネMRIを撮影した. シネMRIでは左横隔膜は殆ど動かず, 逆に右横隔膜が代償性に大きく動いている所見がみられた. 【考察】横隔神経麻痺の診断にはシネMRIが有効であるが, 片側の場合には患側の横隔膜が挙上しているだけでなく, 健側の横隔膜の代償性の動きが横隔神経麻痺の診断に有効である可能性がある.

10

ベンラリズマブで高吸収粘液栓が改善した気管支喘息の一例

- 1) 公立甲賀病院 呼吸器内科
2) 滋賀医科大学医学部附属病院 呼吸器内科

○野口 聡志¹⁾, 福永健太郎¹⁾, 徳岡 駿一¹⁾, 加藤 悠人¹⁾, 山口 将史²⁾

症例は69歳女性. 20XX-7年より気管支喘息にて近医で加療中であった. 20XX-3年の他院胸部CTにて左下葉優位に両側下葉に高吸収粘液栓(HAM)を認めた. 左下葉粘液栓の悪化を認め, 20XX-1年9月に当院紹介となった. 受診時の血液検査では好酸球数が $1480/\mu\text{l}$ と上昇していたが, IgEは180IU/ml, アスペルギルス抗原, アスペルギルス特異的IgE抗体はともに陰性であった. 20XX年10月に気管支鏡検査を施行したが, 真菌は検出されなかった. アレルギー性気管支肺真菌症の診断基準は満たさず, 気管支喘息に合併したHAMと診断し, ステロイド治療を提案したが, 有害事象を懸念され希望されなかった. 20XX+1年8月の胸部CTではHAMが同様に残存しており, ベンラリズマブによる治療に同意されたため20XX年10月から同薬を開始した. 20XX+1年5月の胸部CTでは両側下葉のHAMは気管支拡張を残して消失した. 気管支喘息にHAMを合併する報告は少なく, 文献的考察を加えて報告する.

11

High-attenuation mucus(HAM)を認めた気管支喘息症状を伴わないアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の1例

- 1) 赤穂市民病院 呼吸器科, 2) 京都大学 呼吸器内科
3) 名古屋大学 機能形態学 分子細胞学

○岩見 真衣¹⁾, 塩田 哲広¹⁾, 平尾 勇介¹⁾, 西村 駿介¹⁾, 大道 一輝¹⁾, 橋本健太郎²⁾, 辻 貴宏³⁾

症例は79歳, 男性. 主訴は全身倦怠感. 現病歴は1か月前から全身倦怠感が出現し症状軽快しないため近医を受診し胸部レ線にて右肺の異常陰影を指摘され当科外来紹介受診となる. 胸部CTでは右上葉S3a領域に濃度上昇を認め, B3a入口部は粘液栓で閉塞し内部に高吸収粘液栓(high-attenuation mucus HAM)を認めた. 以上の所見と血中好酸球 2233 からアレルギー性気管支肺アスペルギルス症を疑い気管支鏡検査を施行. 右B3aは粘液栓で閉塞しており生検の結果粘液, 気管支片とともに好酸球を多数認め, Charcot-Leyden結晶を認めた. グロコット染色では分岐を伴う真菌がみられた. IgE 2500, 抗アスペルギルス抗体 19.65と高値でアレルギー性気管支肺アスペルギルス症と診断した. 本症にHAMが発現する頻度は18.7~30%と高くはないが, 特異度は100%とされている. 気管支喘息症状がなくても画像所見などで本症を疑い気管支鏡検査を施行することが早期診断につながる.

12

上縦隔動静脈瘻から咯血をきたし経カテーテル的動脈塞栓術にて止血した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) 同 放射線診断科

○大澤 開¹⁾, 白川 千種¹⁾, 立川 良¹⁾, 光野 重芝²⁾, 文元 方哉²⁾, 上田 亮太¹⁾, 伊藤 雅弘¹⁾, 高橋 祥太¹⁾, 豊田 裕士¹⁾, 増田 佳純¹⁾, 田代 隼基¹⁾, 李 正道¹⁾, 金澤 史朗¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 富井 啓介¹⁾

症例は50代男性. 2016年に咯血があり, 両側鎖骨下動脈分枝をfeeding arteryとする上縦隔動静脈瘻(Arteriovenous Malformation: AVM)の診断となったが, 経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)は複雑病変で脳梗塞や出血のリスクが高い上に全てのfeeding arteryを塞栓することは困難であり, 保存的加療の方針となった. その後度々咯血を認めるも, 自然止血していた. 2023年に貧血を伴う大量咯血を呈した. 気管支鏡検査では気管に増生血管と思われる隆起性病変を認め, 出血起点と考えられた. AVM自体の根治は困難であったため, 気管支周囲の増生血管の血流を減少させる目的で左右気管支動脈, 右最上肋間動脈に対してTAEを施行し, 止血に成功した. 縦隔AVMは希少である. 本症例は気管支周囲の増生血管から咯血をきたし, 診断に至った. AVMは危機的出血をきたす疾患として重要であり, 本症例の様に縦隔病変もありうることに留意すべきである.

13

乳がん治療を契機に自己免疫性肺胞蛋白症が寛解した一例

1) 日本生命病院 臨床研修部, 2) 同 呼吸器・免疫内科

○本郷 卓英¹⁾, 二宮 隆介²⁾, 神島 望²⁾, 柳澤 篤²⁾,
田中 雅樹²⁾, 廣海 汐理²⁾, 小中 八郎²⁾, 甲原 雄平²⁾,
井原 祥一²⁾, 立花 功²⁾

【症例】62歳女性【主訴】咳嗽, 乳房のしこり【現病歴】X-7年に健康診断にて胸部異常陰影の指摘があり, 当院外来を受診した。胸部CT上で両側に地図状のすりガラス影を認め, 気管支肺胞液でライトグリーン好染の無構造物を認めたこと, 血清抗GM-CSF抗体陽性であったことから自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。症状が咳嗽のみであったことから経過観察の方針とし, 胸部CT上では増悪寛解を繰り返していた。X年に乳房のしこりを主訴に乳腺外科を受診し, 乳癌の診断を受け, 手術および術後放射線化学療法が行われた。その後, 乳癌治療と共に自覚症状が消失, 胸部CT上でも改善を認めた。【考察】自己免疫性肺胞蛋白症と固形癌の関連については少数の症例報告しかない。本症例のように自己免疫性肺胞蛋白症の病態の一つに固形癌との関連がある可能性が示唆された。

14

悪性胸膜中皮腫の初回療法としてイピリムマブ+ニボルマブをおこない肝障害を認めた一例

1) 宝塚市立病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
3) 同 消化器内科

○朝岡 拓哉¹⁾, 片上 信之¹⁾, 灘波 良信¹⁾, 高瀬 直人¹⁾,
岡本 忠司¹⁾, 吉積 悠子¹⁾, 発 忠信¹⁾, 西村 駿¹⁾,
松尾 祥平²⁾, 宮本 優帆³⁾

67歳男性。胸部レントゲン異常陰影を指摘。20XX/1/4に胸部レントゲンで右胸水を指摘され当科を紹介受診された。明らかな粉塵曝露歴なし。胸腔鏡下胸膜生検で右上皮型悪性胸膜中皮腫と診断した。1/25から1st-line イピリムマブ+ニボルマブ併用療法を開始した。Day15に皮疹(Gr2), Day20に右胸水の増加を認めた。タルクによる胸膜癒着術施行のためDay22からのニボルマブをskipした。Day27にCOVID-19感染シラゲブリオを投与した。Day60頃から倦怠感を自覚し, Day64に肝障害(Gr4 AST/ALT=2304/2891)を認めirAEを疑い肝生検施行した。PSL2mg/kg投与でGr1へ回復した。病理組織でリンパ球浸潤を認めたため, irAE肝炎が疑われた。悪性胸膜中皮腫に対しての免疫療法は3/8時点でPRであり経過観察をおこなっている。悪性胸膜中皮腫の初回療法としてイピリムマブ+ニボルマブでirAEの肝炎(Gr4)を合併するステロイド治療が奏功した症例を経験し, 若干の文献を加えて報告する。

15

髄膜腫との鑑別に苦慮した転移性脳腫瘍を伴うALK融合遺伝子陽性肺癌の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

○宮地 真由¹⁾, 上田 将秀²⁾, 川口 秀亮²⁾, 飯塚 正徳²⁾,
藤原 隆徳²⁾, 綿部 裕馬²⁾, 佐藤いずみ²⁾, 乾 佑輔²⁾,
茨木 敬博²⁾, 美藤 文貴²⁾, 岡田あすか²⁾, 竹中 英昭²⁾,
長 澄人²⁾

肺癌患者において転移性脳腫瘍の有無は予後や治療方針に関わるため正確な診断が求められる。今回, 頭部造影MRIで転移性脳腫瘍としては非典型的な所見を示し髄膜腫との鑑別を要した症例を経験した。症例は52歳, 女性。右大量胸水を指摘され紹介となった。右肺門部に6cm大の腫瘤を認め気管支鏡検査にて肺腺癌と診断した。転移検索のため頭部造影MRIを撮影したところ右側脳室体部に4cm大の脳腫瘍を認めた。FDG-PETでは同腫瘍にSUVmax 15の集積に加えて, 胸膜播種や多発骨転移, リンパ節転移を認めcT3N3M1c, 臨床病期4Bと診断した。脳腫瘍は転移性としては典型的ではなく髄膜腫やその他の脳室内腫瘍との鑑別を要したが, 無症候性であったため肺癌の治療を優先した。ALK融合遺伝子陽性でありアレクチニブを開始したところ, 1ヶ月後のMRIでは腫瘍は著明に縮小しており経過からは転移性脳腫瘍と考えられた。

16

PD-L1高発現のSTK11/KRAS変異陽性肺癌に対する免疫チェックポイント阻害剤の使用経験

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

○今津 喬^{1,2)}, 吉田 博徳²⁾, 味水 瞳²⁾, 野溝 岳²⁾,
小笹 裕晃²⁾, 平井 豊博²⁾

KRAS変異陽性の非小細胞肺癌(NSCLC)は, 共存する遺伝子変異によって細分化され, それぞれが異なる治療反応性を示すことが知られている。中でも癌抑制遺伝子であるSTK11変異を同時に有する場合, 他のサブクラスと比較して免疫原性が低く免疫チェックポイント阻害剤の治療効果が低いことが報告されている。STK11変異の有無は現在主流のコンパニオン診断薬であるオンコマイン DxTTやAmoyDxマルチパネル検査では得られないが, FoundationOne CDx等のがんゲノムプロファイリング検査(CGP)で確認されるようになった。CGPは肺癌においても実施する機会が増えており, この度, PD-L1高発現のSTK11/KRAS変異を有するNSCLCに対して免疫チェックポイント阻害剤を投与し長期奏効が得られなかった2症例を経験したので文献的考察を交えて報告する。

17

線維性間質性肺炎治療中短期間で2度急性増悪し鑑別に苦慮した1例

- 1) 関西医科大学附属病院 卒後臨床研修センター
- 2) 同 呼吸器感染症アレルギー内科

○横手 ゆり¹⁾、尾形 誠²⁾、矢村 明久²⁾、福田 直樹²⁾、宮下 修行²⁾

【症例】74歳男性【主訴】労作時呼吸困難【既往】糖尿病、脂質異常症、高血圧、COPD【喫煙歴】30本/日、39年間【アレルギー歴】、【家族歴】特記すべき事なし【住居】鉄筋築30年、ペットなし、加湿器使用なし、公園ベランダに小鳥、ダウンジャケット使用あり、羽毛使用あり【職業歴】タクシー運転手【現病歴】2019年健診にて胸部異常影を指摘されるも経過観察されていた。2021年X月、外傷にて救急搬送された際、胸部画像上網状影を認め、当院紹介となった。精査にて特発性肺線維症と診断し、以後抗線維薬内服を継続していた。2023年Y月労作時呼吸困難を認め、救急搬送となる。胸部画像上、全肺野にすりガラス影を認め、入院。精査加療にて改善し、退院したが、退院後第3病日、再度呼吸困難、全肺野にすりガラス影を認め入院となった。前回入院と今回の入院は別要因であり、診断に苦慮したため、考察を加えてここに報告する。

18

曝露評価により原因抗原が判明した非線維性過敏性肺炎の1例と過去5症例との比較検討

- 1) 大阪公立大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター
- 2) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

○八幡 友貴¹⁾、宮本 篤志²⁾、古川雄一郎²⁾、西村美沙子²⁾、中井 俊之²⁾、佐藤佳奈子²⁾、山田 一宏²⁾、渡辺 徹也²⁾、浅井 一久²⁾、川口 知哉²⁾

67歳女性。持続する微熱の精査の結果、抗セントロメア抗体が陽性であったため、近医で経過観察をうけていた。胸部CTでびまん性すりガラス影を認め、自己免疫性疾患の特徴を有する間質性肺炎が疑われ当科へ紹介となった。HRCTではtypical HPパターンであり、詳細な問診で加湿器の使用が判明し、原因抗原として疑われた。入院後、症状や白血球数、A-aDO₂開大の改善を認めた。また被疑の加湿器で曝露試験を施行したところ、開始10時間後にSpO₂の低下があり、試験中止となった。同時に各種検査値では増悪を認め、加湿器肺と診断した。当科で環境隔離試験後診断に至った非線維性過敏性肺炎5例と本症例を比較検討すると、2020年ATS/JRS/ALATガイドライン及び本邦の診療指針において診断には至るが、本症例と異なり、推定された因子が真に原因抗原であるかが不明瞭な症例が存在した。ガイドラインに沿った曝露評価が重要であると考えられた。

19

外科的肺生検約4年後にMPO-ANCA陽転化し増悪した間質性肺炎の1例

- 1) 神戸市立医療センター西市民病院
- 2) 埼玉県立循環器・呼吸器センター

○佐藤 雅士¹⁾、岩林 正明¹⁾、横田 真¹⁾、橋本 梨花¹⁾、網本 久敬¹⁾、瀧口 純司¹⁾、金子 正博¹⁾、藤井 宏¹⁾、富岡 洋海¹⁾、壺井 和幸¹⁾、勝山 栄治¹⁾、河端 美則²⁾

症例は60歳、男性。X-5年に胸部異常影を指摘され当院呼吸器内科初診、CTでindeterminate for UIP patternを呈し、X-4年にVATSを施行し病理学的UIPであった。IPFと診断し、nintedanib 300mg/day開始、以後外来で治療継続。X-1年12月にCOVID-19発症したが、ニルマトレルビル/リトナビル投与にて重症化せず軽快。X年2月に発熱・筋肉痛出現し、CTで両側性GGO出現、KL-6上昇に加え、MPO-ANCA > 134U/mLと著明高値(同<0.5U/mL、X-2.5年)、BALでは肺泡出血の所見なく、腎障害も認めず、MPA probableのILDとしてミニバルス療法、さらにPSL後治療を行い、軽快している。IPFと診断された症例からMPAが発症する場合があります。その先行病変としてVATS肺病理所見の再評価、ならびに、COVID-19罹患との関連について、考察を加え報告する。

20

関節リウマチに合併し急速な経過で死亡した急性線維索性器質化肺炎(AFOP)の剖検例

日本赤十字社和歌山医療センター

○米田 奈央、池上 達義、濱田健太郎、河内 寛明、田中瑛一朗、矢本 真子、深尾あかり、阪森 優一、寺下 聡、渡邊 創、堀川 禎夫、杉田 孝和

急性線維索性器質化肺炎(AFOP)は急性の臨床経過を辿る肺障害の稀な組織型である。特発性のみでなく膠原病や感染症、薬剤投与に続発するものもある。今回、関節リウマチ(RA)加療中に発症し急速な経過で死亡に至ったAFOPの剖検例を経験したため報告する。

80歳男性。20年程前に非結核性抗酸菌症と診断された。2週間前より血痰・咳嗽・喘鳴を自覚し当科を紹介受診。CTでは右下葉空洞影と両側肺野のすりガラス影を伴う多発性浸潤影を認めた。炎症反応高値であり細菌性肺炎として入院の上抗菌薬加療を開始したが改善に乏しく、入院第6病日に呼吸不全のため死亡した。剖検では硝子膜形成を認めず、広範囲の気腔がフィブリン塊で充満しておりAFOPと診断した。

RAに伴うAFOPの報告は乏しいが、本症との関連は否定できず病態のさらなる解明が待たれる。AFOPにはステロイドの感受性が極めて高い病型も報告されており、組織診断による早期の治療介入が望まれる。

21

プロピルチオウラシルの長期内服中に発生した MPO-ANCA 関連肺胞出血の1例

一般財団法人住友病院

○長谷川 裕, 坂野 勇太, 中田 侑吾, 桂 悟史,
奥村 太郎, 重松三知夫

症例は62歳女性。30歳時に甲状腺機能亢進症と診断され、45歳時からプロピルチオウラシル (PTU) 50mg の隔日内服を開始した。X-10日から湿性咳嗽が出現し血痰、発熱を伴ったためX日に前医を受診した。胸部CT画像上の右肺優位のすりガラス陰影、浸潤影、血液検査で炎症反応の上昇を認めたため当院へ入院した。気管支鏡検査を行い、血性の気管支肺胞洗浄液を回収した。PTU内服歴に加え、血液検査でMPO-ANCAが高値であることが判明し、PTU関連のANCA関連血管炎による肺胞出血と診断した。PTUの内服を中止し、ステロイドパルス施行後にリツキシマブを併用し早期に症状は改善した。PTUが原因薬剤として疑われるANCA関連血管炎の症例は散見される。本例はPTU開始17年後に肺胞出血による呼吸器症状を契機に診断に至った薬剤関連ANCA関連血管炎の1例であった。本疾患は長期のPTU内服中に急性に生じうるため留意すべき疾患であると考え報告する。

22

アスペルギルスによる住居関連過敏性肺炎の一例

神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科

○徳重 康介, 瀧口 純司, 小林 裕, 宮本 滉大,
松岡 佑, 李 正道, 岩林 正明, 横田 真,
橋本 梨花, 網本 久敬, 金子 正博, 藤井 宏,
富岡 洋海

症例は80代、男性。既往歴は大腸癌術後、閉塞性動脈硬化症、喫煙歴はなし。X-7年から季節性に咳嗽と呼吸困難が出現し、過敏性肺炎と診断され外来加療中であった。X年9月から咳、労作時息切れが出現し、10月受診時には両肺にモザイクパターン様のすりガラス影がみられた。KL-6 2763U/mlと上昇しており過敏性肺炎が疑われた。中葉で気管支肺胞洗浄を施行したところ、洗浄液の細胞分画はリンパ球50%と高値であったため過敏性肺炎の再燃と診断し抗原回避および経口ステロイドで加療し改善した。沈降抗体はAspergillus flavusで陽性であった。自宅は築50年以上の木造住宅であり、環境調査を行ったところ寝室の空調機から複数のアスペルギルス属が培養されたため、アスペルギルスによる住居関連過敏性肺炎(空調肺)と診断した。文献的考察を加えて報告する。

23

浴室床下に大量の真菌を認めた夏型過敏性肺臓炎の一例

1) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
2) 同 放射線科

○平岡 亮太¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾,
竹野内政紀¹⁾, 平田 展也¹⁾, 山之内義尚¹⁾, 小南 亮太¹⁾,
東野さちこ¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾,
横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
中原 保治¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 東野 貴徳²⁾

症例は60歳女性。X-5年10月に労作時呼吸困難を主訴に当科初診。画像所見および*T. asahii*抗体陽性より夏型過敏性肺臓炎と診断した。X-4年7月に再燃あり、入院で改善、帰宅試験陽性であったが、この際の環境調査では真菌は検出されたものの肉眼的には目立たず、ハウスクリーニングの実施を行ったのみであった。しかし、その後も夏場に再燃を繰り返し、徐々に肺の線維化が進行したことから、X年10月に再度環境調査を実施したところ浴室の床下に大量の真菌を確認した。大々的なリフォームを実施した。床下の確認も含めた環境調査は容易ではなく、示唆に富む症例と思われる報告した。

24

胸腔鏡下肺切除術後に手術側上葉優位の進行性線維化病変を認めた2例

北野病院 呼吸器内科

○野原 瑛里, 井上 大生, 嶋村 優志, 植木 康光,
塚本 信哉, 大倉 千明, 船内 敦司, 神野 志織,
森本 千絵, 濱川 瑤子, 北島 尚昌, 丸毛 聡,
福井 基成

胸腔鏡下肺切除術後に片側上葉優位の進行性線維化病変を認めた2例を経験した。症例1 70歳台男性、X-4年に左下葉扁平上皮癌に対し胸腔鏡下左肺下葉部分切除術を施行された。症例2 80歳台男性、X-8年に右下葉に結節影を認め、胸腔鏡下右肺下葉切除術を施行された。いずれの症例も呼吸困難が徐々に増悪し当科紹介された。胸部CT検査では2症例とも手術側上葉優位に進行性の線維化病変及び胸郭変形を認めた。呼吸機能検査では拘束性換気障害を認め、%FVCはそれぞれ術前と当科受診時で59.5から29.9、106.9から50.3と低下していた。過去にも胸部手術後に片側性の上葉優位の進行性線維化病変を発症する例が報告され、強い拘束性障害を示し、ADLにも大きな影響を及ぼすことが知られている。しかし、発症要因など不明点も多く、今後症例の集積とともに要因の推測や治療法の確立が期待されている。

25

移植後に発症した上葉優位型肺線維症の2症例

社会医療法人愛仁会明石医療センター 呼吸器内科

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

【症例1】32歳男性。X-4年に悪性リンパ腫に対して同種末梢血幹細胞移植が施行された。肺病変を指摘されX年に当院を受診し原因不明間質性肺炎としてX+3年までステロイド治療が行われた。両上葉の収縮, 嚢胞性病変が進行しX+4年より在宅酸素を導入され, 翌年より非侵襲的陽圧換気が導入された。肺移植登録中であつたが徐々に呼吸不全, 肺高血圧症が悪化しX+8年に永眠された。【症例2】61歳男性。X-2年に急性骨髄性白血病に対して同種骨髄移植が施行された。X年から慢性過敏性肺炎の臨床診断としてステロイド加療が行われX+4年に治療終了となった。しかしX+6年に呼吸症状の悪化と両上葉の収縮を認め移植後の上葉優位型肺線維症が疑われた。抗線維化薬が導入され以後外来通院中である。【考察】自験例では移植後数年で発症し, ステロイドは著効せず, 経年的に上葉優位に収縮が見られた。一例は呼吸不全の進行が早く予後不良であつた。

26

Idiopathic Pleuroparenchymal Fibroelastosis に左声帯麻痺を合併した二例

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

○滝本 宜之^{1,2)}, 柳澤 篤¹⁾, 金岡 賢輔¹⁾, 杉本 裕史¹⁾,
茂田 光弘¹⁾, 西原 昂¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 小林 岳彦²⁾,
糞毛祥次郎¹⁾, 龍華 美咲¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 香川 智子¹⁾,
橘 和延¹⁾, 井上 義一²⁾, 新井 徹²⁾

【症例1】69歳男性。Idiopathic Pleuroparenchymal Fibroelastosis (IPPFE) と診断。嚔下障害, 嗄声が悪化し, 耳鼻科にて左声帯麻痺を指摘された。1年9ヶ月後, 右上葉の肺炎にて入院。嚔下障害は悪化し, 嚔下造影にて嚔下反射遅延・咽頭残留を認め, 経腸栄養を施行。嚔下内視鏡を行い, 左声帯麻痺を確認した。入院中に, 右肺炎を再発し死亡。【症例2】70歳男性。他院にてIPPFEと診断。1年6ヶ月後, 咯血に対して気管支動脈塞栓術を施行され, 肺アスペルギルス症の診断でポリコナゾールが開始された。3年3ヶ月後, 誤嚥性肺炎で入院。嗄声が出現し, 耳鼻科で左声帯麻痺を指摘された。その後, 労作時呼吸困難, 咳嗽, 食思不振, 体重減少は悪化。4年後, 当院に入院。嚔下造影検査等を実施後, 転院。【考察】IPPFEに伴う気道偏位により左声帯麻痺を合併したと考えられた二例を経験した。既報の症例を含めて考察し, 報告する。

27

クライオ肺生検で診断した溶接工師の1例

1) 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科

○平田 展也¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之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⁾, 三宅 剛平¹⁾,
横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
中原 保治¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 安松 良子²⁾

症例は37歳男性, 溶接工。労作時息切れと胸部異常陰影で当院紹介, 胸部CTで両側びまん性上葉優位に小葉中心性主体の粒状影を認め, 溶接工肺が疑われた。呼吸機能は%VC 138%, 1秒率 76.1%と正常, 血清フェリチン1085 ng/mLと上昇を認めた。気管支鏡検査を施行したところ, 内腔には黄色分泌物を多量に認め, BALFは細胞数2400/μL (Mφ=91%, Seg=3.0%, Lym=6.0%), クライオ肺生検では鉄沈着を伴う小型の肉芽腫が散在し, 気管内にはヘモジデリン貪食マクロファージを認めた。以上より溶接工肺と診断, 防塵マスク装着を徹底することで自覚症状の改善を認めた。文献的考察を踏まえ報告する。

28

禁煙後も増悪した抗核抗体陽性の剥離性間質性肺炎の一例

1) 社会医療法人愛仁会明石医療センター 呼吸器内科
2) 福山市医師会健康支援センター 病理診断科・検査部

○藤本 葉月¹⁾, 岡村佳代子¹⁾, 井上 拓弥¹⁾, 古川 湧也¹⁾,
塚本 玲¹⁾, 増田 佳純¹⁾, 山崎菜々美¹⁾, 畠山由記久¹⁾,
大西 尚¹⁾, 山鳥 一郎²⁾

特記すべき既往のない現喫煙者の71歳男性。検診異常の精査目的に受診した。胸部単純CT検査では上葉の気腫性変化と両側下葉優位に嚢胞性病変を伴う比較的均等なすりガラス陰影がみられ, 剥離性間質性肺炎(DIP)が疑われた。自己抗体では抗体が320倍(均質型, 斑紋型)であり, 肺胞洗浄液のリンパ球分画が32%, 好酸球分画が7%と上昇していた。外科的肺生検では肺胞腔内へ多量のマクロファージが充満しており, リンパ濾胞と形質細胞浸潤がみられた。禁煙達成後7ヶ月で呼吸機能が低下し, 画像所見と自覚症状も悪化したためステロイド投与を開始し, 漸減後は再燃なく経過している。DIPは喫煙に関連した稀な特発性間質性肺炎とされるが, 非喫煙者にも発症し, 膠原病をはじめ種々の原因との関連も報告されている。その特徴について, 文献的考察を加え報告する。

29

エベロリムス溶出性冠動脈ステントによる重症薬剤性肺障害が疑われた一例

1) 関西電力病院 呼吸器内科, 2) 同 循環器内科

○嶋田 有里¹⁾, 伊東 友好¹⁾, 稲田 祐也¹⁾, 吉村聡一郎¹⁾,
曾根 莉彩¹⁾, 青野 佑哉²⁾

症例は48歳男性。急性心筋梗塞で当院循環器内科に入院。入院1日目、3日目にエベロリムス溶出性冠動脈ステント (EES) を留置された。入院11日目頃から胸部X線で両側肺野の透過性の低下を認め、広域抗菌薬および利尿剤、強心薬の投与による心不全の治療の強化をしたが改善に乏しく当科に紹介となった。入院18日目に呼吸状態の悪化により人工呼吸管理を開始された。EESもしくはクロピドグレルによる薬剤性肺障害を疑いクロピドグレルを中止、入院18日目よりメチルプレドニゾロンパルス療法を行い、プレドニゾロン 60mg/day 維持投与、リコンビナントトロンボモジュリン 21760単位/day を併用した。両肺野の陰影および呼吸状態は一旦改善したがその後再度増悪。治療反応性に乏しく入院34日目に永眠された。虚血性心疾患に対してEESが留置された際には薬剤性肺障害の発症リスクがあるため注意が必要であり報告する。

30

偶発的な再投与により診断された辛夷清肺湯による薬剤性肺障害の一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○榛間 智子, 黄 文禧, 伊藤 雅弘, 中川 和彦,
吉田 薫, 國宗 直紘, 矢野 翔平, 坂本 裕人,
高橋 祥太, 宮里 和佳, 石川 遼一, 高岩 卓也,
森田 恭平, 吉村 千恵, 西坂 泰夫

症例は91歳女性。X-6年、1型呼吸不全を伴う両側肺野スリガラス影を呈した薬剤性肺障害疑い(被疑薬は辛夷清肺湯、レボフロキサシン、メシル酸ガレノキサシン)に対してステロイド投与を行った。症状、画像所見とも改善。ステロイドの漸減、中止後も悪化なく経過し終診となった。X年3月24日から後鼻漏に対して他院で辛夷清肺湯が処方され、4月4日から咳嗽、発熱、呼吸困難が出現、当院救急外来を受診した。1型呼吸不全と胸部CT検査で両側肺野にびまん性のすりガラス影を認め、当科入院となった。辛夷清肺湯による薬剤性肺障害と診断、ステロイド投与開始後、呼吸状態、画像所見とも速やかに改善を認めた。本症例は偶発的な再投与により辛夷清肺湯による薬剤性肺障害と診断された。辛夷清肺湯の成分としてオウゴンが含まれており、これまでも薬剤性肺障害の原因として報告例があり、文献的考察を加え報告する。

31

感染症心内膜炎を契機に肺塞栓症・急性間質性肺炎を発生したと推測された一例

市立大津市民病院

○小川 剛央, 竹村 佳純

呼吸不全のため救急搬送となり、間質性肺炎・肺塞栓症・感染性心内膜炎を合併したと考えられる一例を経験した。患者は50代の若年男性で、突然の呼吸困難感を自覚し救急要請された。胸部単純CTにて両肺野のびまん性すりガラス陰影に加え、右心負荷所見を認めた。造影CTにて肺塞栓症の診断となり、並行して施行した心エコー検査にて心腔内の疣贅を認め感染性心内膜炎の合併が考えられた。ステロイド加療・抗凝固療法・抗生剤加療を行い、呼吸状態の改善を得た。間質性肺炎に関しては二次性を疑う有意な検査所見は得られなかった。

32

薬剤による肺サルコイドーシスの寛解中に肺癌を合併しサルコイド反応が再燃した1例

1) 奈良良総合医療センター 呼吸器内科
2) 吉野病院 呼吸器内科

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

72歳男性。禁煙のため辛夷清肺湯内服を開始し、徐々に咳嗽と労作時呼吸困難を認めたため近医受診した。胸部CTで両側上肺野優位のスリガラス陰影と縦隔・肺門リンパ節腫大を認め、精査加療目的に当科紹介となった。薬剤性肺障害を疑ったが、気管支鏡を施行しTBLBでは類上皮細胞肉芽腫を認め、肺サルコイドーシスと診断した。メチルプレドニゾロン 1000mg を3日間、以降はプレドニゾロン (PSL) 40mg で開始、徐々に自覚症状の改善と画像所見の改善を認め、PSL 20mg で退院となった。ステロイド減量しながら、胸部CTで定期followしていたが、左S6の腫瘍の増大と縦隔・肺門リンパ節腫脹を認めた。PET-CTで同部位にFDG集積を認めた。気管支鏡を施行し、左S6腫瘍からのTBLBで、非小細胞癌と診断されたが、EBUS-TBNAでの縦隔リンパ節生検は類上皮細胞肉芽腫を認めた。以上から肺癌によるサルコイド様反応と診断した。以上の機序について文献を交えて考察する。

33

肺サルコイドーシスに M. abscessus 症および肺アミロイドーシスを合併した一例

京都府立医科大学附属病院

○武井 翔太, 徳田 深作, 片岡 伸貴, 永谷 浩平,
山田 忠明, 高山 浩一

74歳女性。X-5年2月に視力低下が出現し眼サルコイドーシス（以下サ症）が疑われた。血液検査でACEやsIL-2Rの上昇を認め、CT検査で縦隔リンパ節腫大を認めたため、肺サ症の疑いで当科紹介となった。X-2年3月から喀痰や咳嗽が出現し、CT検査で右S2に粒状影を伴う結節影を認めた。X-2年12月に気管支鏡検査を施行し、右S2病変及び縦隔リンパ節より生検を行った。右S2病変よりM. abscessusが検出され、M. abscessus症と診断した。X-1年6月のCT検査で右S2病変の増悪を認めたため、X-1年8月に右肺上葉切除及び中葉部分切除術を行った。縦隔リンパ節検体では非乾酪性壊死性肉芽腫を認めており、サルコイドーシスに矛盾しない所見であった。また、細気管支壁や血管壁にCongo red染色陽性を示す無構造物を認め、ALアミロイドーシスと診断した。今回我々は、肺サルコイドーシスに非結核性抗酸菌症および肺アミロイドーシスを合併した一例を経験したので報告する。

34

MDSに合併した器質性肺炎の一例

1) 近畿大学医学部附属病院
2) 近畿大学病院総合医学教育研修センター○國田 裕貴¹⁾, 松本 久子¹⁾, 東田 有智¹⁾, 原口 龍太¹⁾,
岩永 賢司²⁾, 佐野安希子¹⁾, 西山 理¹⁾, 西川 裕作¹⁾,
大森 隆¹⁾, 白波瀬 賢¹⁾

【主訴】全身倦怠感【現病歴】10年前から立ちくらみを自覚していたが、労作時呼吸困難の自覚はなかった。20XX年5月末頃から同症状の悪化を自覚したため、近医を受診。胸部単純写真で両肺の粒状影と血液検査で汎血球減少を指摘されたため、同年6月に当科紹介され入院となった。汎血球減少は骨髓検査でMDSと診断された。肺炎については当初抗菌薬治療に反応したと考え8月5日に退院した。しかし再燃を認めたため9月14日に再入院とし、再度抗菌薬治療も改善を認めず、気管支鏡検査を3回行ったが診断がつかず外科的肺生検を行い、MDSに関連した器質性肺炎の診断となったためステロイド治療を導入し退院となった。【考察】外科的生検の病理組織の解釈に難渋した。器質性肺炎としてはフィブリンの析出が有り非常に強い炎症が示唆された。また、顆粒状好酸性浸出物も認め、MDSに伴う肺胞蛋白症の合併も考えた。

35

自己免疫性肺胞蛋白症と間質性肺炎を合併した皮膚筋炎の1例

1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
2) 同 免疫・膠原病内科, 3) 同 病理診断科
4) 京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座(画像診断学・核医学)○名取 大輔¹⁾, 半田 知宏¹⁾, 中嶋 蘭²⁾, 谷澤 公伸¹⁾,
池添 浩平¹⁾, 坂本 亮⁴⁾, 寺田 和弘³⁾, 吉澤 明彦³⁾,
平井 豊博¹⁾

71歳女性。X-14年に乾性咳嗽と手指関節の疼痛および眼瞼の腫脹、発赤で当院を受診し、抗ARS抗体(EJ抗体)陽性の皮膚筋炎および間質性肺炎と診断した。ステロイド大量投与とシクロフォスファミドパルス療法で改善を認め、プレドニゾロン(PSL)とシクロスポリン(CsA)の併用にて加療を継続した。X-11年12月頃から胸部CTにて上葉の淡いすりガラス陰影が出現し、X-10年9月に気管支鏡検査所見と血清抗GM-CSF抗体陽性から、自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。皮膚筋炎関連間質性肺炎の悪化もあると判断し、PSLを30mg/日に増量し、CsAを継続した。その後肺胞蛋白症が悪化したため、CsAは中止し、PSLは10mg/日まで漸減した。以後、PSL 10mg/日の単独維持療法にて6年間、肺胞蛋白症と間質性肺炎のいずれも比較的安定している。自己免疫性肺胞蛋白症と膠原病の合併は稀であり、その治療方針は確立していない。文献的考察も含めて報告する。

36

青年期に多発血管炎性肉芽腫症を発症し、35年の経過を経て多発肺結節が出現し再発と診断した一例

1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 病理診断科
3) 同 耳鼻咽喉科, 4) 同 膠原病リウマチ科○池内 美貴¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 山本 浩生¹⁾,
橋田 恵佑¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 門田 和也¹⁾,
大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾, 大林 千穂²⁾, 浦長瀬昌宏³⁾,
旗智さおり⁴⁾

X-35年右肺下葉切除で診断に至らず、臨床的に多発血管炎性肉芽腫症(GPA)と診断し、4年間治療を行い以降再発なかった。X-1年11月胆石症で受診した前医の胸部CT画像で右中葉に20mm大の腫瘤影を認め当科を受診した。入院10ヶ月前の経気管支肺生検、4ヶ月前の超音波気管支鏡ガイド下針生検では診断に至らず、1ヶ月前より微熱と鼻出血が出現しX年11月精査目的に入院した。経気管支肺生検で肉芽腫とそれに接する小動脈の閉塞と外弾性板の破壊を認め、他の所見と合わせてGPAと診断した。プレドニゾロンとリツキシマブで寛解導入療法を開始し、外来で治療を継続している。CPAは寛解後も再燃率が高いとされているが、35年の経過で再燃した症例は報告が少なく、長期の寛解後でも再燃することを認識しておく必要がある。

37

COVID-19 流行期に抗 MDA5 抗体陽性間質性肺炎を発症し、救命に至らなかった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

○松本 夏鈴¹⁾、藤井 真央¹⁾、坂田 悟郎¹⁾、高原 夕¹⁾、浅野 真理¹⁾、多木 誠人¹⁾、徳永俊太郎¹⁾、石川結美子¹⁾、堀 朱矢¹⁾、西馬 照明¹⁾、越田 祐旭¹⁾、山根 隆志²⁾

症例は72歳女性。3日前に発熱・呼吸困難を主訴に前医入院。抗菌薬不応のため当院に救急搬送された。胸部CTで両肺胸膜直下に浸潤影、すりガラス陰影を認めた。入院時のSARS-Cov-2 PCR検査は陰性で、皮疹はあるものの皮膚筋炎に特異的な所見ではなく、高フェリチン血症4093 ng/mLを認めた。著明なI型呼吸不全を合併しており、ICU隔離のうえ高流量鼻カニューラ酸素療法を開始し、入院当日よりステロイドパルス療法を開始したが、治療反応性は不良であり、縦隔気腫、皮下気腫を合併し、入院3日目に永眠された。後日抗MDA5抗体陽性が発覚し、抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎の診断を得た。COVID-19肺炎と臨床所見が類似しており、両者の鑑別が重要である。

38

当施設に呼吸器内科に初診された抗ARS抗体、抗MDA5抗体間質性肺炎18例の画像所見とBAL5例の検査結果

- 1) 西宮市立中央病院 呼吸器内科、2) 同 放射線科

○山口 統彦¹⁾、軸屋龍太郎¹⁾、森友 昂貴¹⁾、三宅 悠太¹⁾、日下部祥人¹⁾、二木 俊江¹⁾、池田 聡史¹⁾、増田 千晶²⁾、鏑本美津子²⁾

(はじめに)CADM関連の間質性肺炎は強力な免疫抑制的治療を要するため早期に疾患を同定することが必要である。(方法)2015年度以降に当院呼吸器内科を初診して抗ARS抗体または抗MDA5抗体を証明された18例についてCT画像上の分布、間質陰影の性状を、検討した。またBALを実施できた5例の結果も報告する。(結果)大半が両側下葉中心の病変があり、EP,OP,NSIPいずれかの所見がつき放射線診断科から“膠原病疑い”も鑑別すべきと助言されるケースが目立った。1例のみ上葉優位、1例のみ胸膜直下のみに限局した病変であった。BALを実施した5例ではリンパ球分画は40.6%とたかかったがCD4/8比は0.27と低かった。追跡は不十分であるが18例中すでに5例の死亡が確認されている。(考察)両側下葉に器質化陰影を伴う間質性肺炎は当初から各種自己抗体を測定しておくことが望ましいと思われる。

39

全身性リンパ節腫大を伴う間質性肺疾患にトシリズマブが奏功した一例

- 1) 北野病院 呼吸器内科
2) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科

○船内 敦司¹⁾、林 優介²⁾、大倉 千明¹⁾、嶋村 優志¹⁾、植木 康光¹⁾、塚本 信哉¹⁾、野原 瑛里¹⁾、神野 志織¹⁾、森本 千絵¹⁾、濱川 瑤子¹⁾、北島 尚昌¹⁾、井上 大生¹⁾、丸毛 聡¹⁾、福井 基成¹⁾

症例は既往のない53歳女性。X年3月より咳嗽が出現した。X年6月に胸部X線写真で異常を指摘され、当科を受診した。気管支血管束に沿ったすりガラス影、胸膜下粒状影、全身リンパ節腫大に加え、抗CCP抗体陽性、多クローン性高γグロブリン血症を認めた。TBLB、EBUS-TBNA、腋窩リンパ節針生検で診断に至らず、経過を観察した。X+1年6月より咳嗽及び両肺すりガラス影が増悪し、X+1年8月に胸腔鏡下左肺部分切除術、縦隔リンパ節生検を行った結果、NSIPパターンの間質性肺炎、濾胞性細気管支炎の病理学的所見を認めた。全身性リンパ節腫大と合わせ、特発性多中心性キャッスルマン病、肺病変先行型の関節リウマチを疑った。経過を通じて関節痛・腫脹は認めなかった。肺病変の進行、症状の増悪があり、トシリズマブによる治療を開始したところ、症状、胸部陰影、全身性リンパ節腫大及び炎症所見は改善した。文献的考察を加え報告する。

40

TERT 遺伝子異常が確認された家族性肺線維症の1家系3同胞例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
2) 京都大学大学院医学研究科呼吸不全先進医療講座 呼吸器内科学、3) 同 呼吸器内科学
4) あいざわクリニック

○李 正道¹⁾、富井 啓介¹⁾、上田 亮太¹⁾、豊田 裕士¹⁾、伊藤 雅弘¹⁾、田代 隼基¹⁾、高橋 祥太¹⁾、増田 佳純¹⁾、金澤 史朗¹⁾、白川 千種¹⁾、平林 亮介¹⁾、佐藤 悠城¹⁾、永田 一真¹⁾、中川 淳¹⁾、立川 良¹⁾、半田 知宏²⁾、中西 智子³⁾、相澤 敏也⁴⁾

【緒言】家族性肺線維症 (FPF) は一親等以内の家族に本人以外に2名以上の特発性肺線維症 (IPF) 例がいる事が要件とされ、テロメア等の遺伝子異常と関連している。【症例】祖母、母、叔母、従妹が間質性肺炎 (IP) であった FPF の3姉妹。遺伝子解析では長女、三女、従妹にテロメア合成酵素を構成する TERT 遺伝子の同一変異が確認された。次女は59歳時から乾性咳嗽があり翌年当科で IP と診断。62歳時から呼吸機能低下を認め免疫抑制剤や抗線維化薬を順次導入したが、65歳時に呼吸不全で死亡した。長女は64歳時から咳嗽、呼吸困難が出現。65歳時に IP と診断後当科で治療開始したが68歳時に呼吸不全で死亡した。三女は無症状であった60歳時から当科通院し、若干の呼吸機能低下を認めた64歳時から抗線維化薬を開始し、4年後の現在まで急性増悪や緊急入院することなく通院継続している。

41

若年女性に発症し緊急心嚢穿刺で診断に至った結核性心膜炎・結核性縦隔リンパ節炎・肺結核の一例

- 1) 公立甲賀病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科
3) 滋賀医科大学医学部 内科学講座 呼吸器内科

○大岡 彩¹⁾, 徳岡 駿一¹⁾, 加藤 悠人¹⁾, 福永健太郎¹⁾, 苗村 佑樹²⁾, 藤田 琢也²⁾, 山口 将史³⁾, 大澤 真³⁾, 中野 恭幸³⁾

症例は17歳女性。202X年2月より倦怠感や嘔吐、9月より胸部違和感を自覚し10月7日に当院外来を受診した。受診時に38℃台の発熱を認めていた。10月21日の胸部CTにて著明な心嚢水の貯留、縦隔リンパ節腫大、右肺上葉の浸潤影を認め緊急入院となった。心嚢穿刺を施行し、淡血清の心嚢液を採取した。心嚢液はリンパ球有意でありADA 151.9 U/Lと高値であった。心嚢液、喀痰抗酸菌塗抹3連痰、気管支鏡検査による気管支洗浄液では結核菌を証明できなかったが、ELISPOT 陽性、母に皮膚結核の既往あり、各種腫瘍マーカー陰性から、結核性心膜炎、結核性縦隔リンパ節炎、肺結核と診断した。入院第6病日よりイソニアジド、リファンピシン、エタンブトール、ピラジナミドを開始した。心嚢液の再貯留はなく、入院後第23病日に退院となり外来治療を継続している。結核性心膜炎および結核性縦隔リンパ節炎について、若干の文献的考察を交えて報告する。

42

喘息と鑑別を要し妊娠出産を経て気管支結核と診断した一例

- 1) 独立行政法人国立病院機構南京都病院 呼吸器センター
2) 公益財団法人天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○坂本 裕人¹⁾, 田畑 寿子¹⁾, 荏原 雄一¹⁾, 角 謙介¹⁾, 水口 正義¹⁾, 小栗 晋¹⁾, 佐藤 敦夫¹⁾, 坪井 知正¹⁾

症例は34歳女性。32歳時に慢性咳嗽を主訴に前医を受診。呼気NO₃ 34 ppbにて、喘息との診断の下、ICS+LTRAで加療を開始された。以降LAMA追加、ICS/LABAへ変更され症状は安定していた。33歳で妊娠後は症状が安定せず発作時屯用のPSL・SABA使用が高頻度となっていた。34歳で出産後は症状がより増悪しPSL 20 mgをほぼ隔日使用する程であった。上記状態で当科を受診し、単純CTで肺野に結節影、粒状影、左主気管支の軽度狭小化があり、抗酸菌喀痰検査で塗抹: 2+, 結核菌-PCR: 陽性の所見から活動性肺結核の診断に至った。気管支鏡検査では軟骨破壊、白苔形成、出血が見られ気管支結核の所見であった。HREZ療法で加療を行なったがINH・SM耐性と判明しREZL療法へ変更し、抗酸菌喀痰培養3回連続陰性を確認して自宅退院となった。上記一例を経験し文献的考察を踏まえて報告する。

43

RFP 耐性遺伝子陰性で、後日 RFP 感受性、INH, EB, PZA が耐性と判明した外国生まれ肺結核患者の1例

- 1) 神戸市保健所, 2) 神戸市健康科学研究所

○藤山 理世¹⁾, 中村 匡宏¹⁾, 岡島 花江¹⁾, 千原三枝子¹⁾, 有川健太郎²⁾, 向井 健悟²⁾, 岩本 朋忠²⁾, 楠 信也¹⁾

[背景] 2021年結核新登録患者数は全国11,519人、神戸市201人。外国出生患者の新登録患者数に占める割合は全国11.4%、神戸市6%。年々外国出生結核患者は増加していたが、コロナ禍の影響もあり、2021年は減少、2022年は再び増加傾向である。今回、外国生まれ肺結核患者でRFP感受性、INH, EB, PZA耐性であった1例を報告する。[事例] 47歳男性、家族は日本在住、本人は出生国ベトナムと日本とを往来している。発熱39℃で、近医でコロナ検査で陰性、咳と37℃の熱が約2週間続き、病院で胸部X線検査を受け、喀痰塗抹2+, TB-PCR陽性、肺結核と診断され結核病棟に入院。RFPの耐性遺伝子検査は陰性でHREZで治療を開始、1か月後、RFP感受性、INH, EB, PZAが耐性と判明。非結核性抗酸菌の混在はなく、治療をRFP, LVFX, KM, TH, CSに変更、改善傾向である。[考察] RFPが感受性であれば、他の薬剤も感受性と考えるが例外はあるので、使用薬剤全ての感受性を早期に把握する必要がある。

44

神戸市の外国生まれ結核患者の分子疫学解析

- 1) 神戸市健康科学研究所, 2) 神戸市保健所

○有川健太郎¹⁾, 藤山 理世²⁾, 向井 健悟¹⁾, 岩本 朋忠¹⁾

[背景] 神戸市の結核罹患率は減少傾向にあり、当研究所の遺伝子解析数も年々減っている。一方、外国生まれ結核患者の遺伝子解析数は毎年10~20名で推移し、外国生まれ患者の割合は増加傾向にある。本発表では神戸市結核菌バンク事業に登録されている外国生まれ結核菌患者由来株の患者背景や、実地疫学と分子疫学解析により推定された感染伝播様式について報告する。

[方法] 2002年度から2022年度までに当研究所に搬入された結核菌3923株のうち、外国生まれ患者由来159株について調査した。VNTR解析により感染伝播が疑われる株については全ゲノム解析を実施し、比較ゲノム解析を行った。

[結果・考察] 神戸では中国、ベトナム、韓国の順で外国生まれ患者が多く、東南アジア、東アジアが続いた。VNTRでクラスター形成した外国生まれ株のゲノム比較解析の結果、流入株の散発的な発症、流入株の限定的な流出、市中株への感染、と考えられる事例を捉えた。

45

荒蕪肺を背景に *M. mucogenicum* 種による肺感染症をきたした担癌患者の一例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○増田 佳純, 平林 亮介, 上田 亮太, 高橋 祥太,
豊田 裕士, 伊藤 雅弘, 田代 隼基, 李 正道,
金澤 史朗, 白川 千種, 佐藤 悠城, 永田 一真,
中川 淳, 立川 良, 富井 啓介

症例は83歳男性。X-4年に右下葉肺癌に対し化学放射線治療後、X-1年に左舌区再発に対し定位放射線治療後、X-2年に結核菌の排菌を認め抗結核薬4剤で計7ヶ月間治療したが、荒蕪肺を呈しX年Y-6月に在宅酸素が導入された。X年Y月に咳嗽増加、CRP上昇ありTAZ/PIPCを投与するも不応であった。X年Y-5月より、外来で2回、入院で2回の喀痰抗酸菌培養で *M. mucogenicum phocaicum group* が分離され、同菌による肺感染症としてCAM+AMKで治療したところ臨床症状の改善を得た。*M. mucogenicum* 種は迅速発育菌の一種でカテーテル関連血流感染の原因菌と報告されることがあるが、一般には病原菌ではなく水道水等の環境汚染菌として扱われることが多い。本症例では同菌が繰り返し培養分離され診断的治療を行ったところ軽快を得た。同菌による呼吸器感染症は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

46

Mycobacterium intracellulare による感染性脊椎炎の1例

大阪はびきの医療センター 感染症内科

○仮屋 勇希, 永井 崇之, 田村 嘉孝, 韓 由紀,
橋本 章司

【症例】84歳。男性。肺結核の既往歴あり、関節リウマチに対してステロイド、免疫抑制剤使用中の方。腰痛の精査目的に前医で施行したMRIでL3にT1強調像でびまん性の低信号、硬膜外と腸腰筋内部にT2強調像で不均一な高信号を認め、感染性脊椎炎とそれに伴う硬膜外膿瘍、腸腰筋膿瘍と考えられた。L3の骨生検を施行し、採取検体の抗酸菌塗抹陽性であり、脊椎カリエスを考えINH、RFP、EBを開始した。生検検体から *Mycobacterium intracellulare* が検出され、加療目的に当院転院。CAM、EBで薬症をきたし、薬剤調整を要したが、EBの減感作療法も行い、AZM、EB、SM、LVFXでの加療とした。入院42日目のCTで膿瘍の増大あり、44日目に腸腰筋膿瘍、硬膜外膿瘍に対してCTガイド下にドレーナージを施行した。薬疹再燃なく経過し入院83日目に転院となった。【考察】*Mycobacterium intracellulare* による脊椎炎は比較稀であり、文献的考察を含めて報告する。

47

急速に進行する呼吸不全をきたした *M. Avium* の一例

和泉市立総合医療センター

○堀川 正悦, 武田 倫子, 大島 友里, 門谷 英昭,
上西 力, 久保 寛明, 石井真梨子, 田中 秀典,
松下 晴彦

X-1年8月 右肺の多発結節陰影を指摘、喀痰検査より *Mycobacterium avium* を分離されたが経過観察となっていた。X年11月血痰を主訴に受診、胸部単純CT上右肺浸潤陰影と胸水貯留を認め、精査・加療目的に当院紹介。細菌性肺炎と随伴性胸水と診断され入院の上 SBT/ABPC 12g/日の投与を行った。しかし肺炎像の悪化と胸水増加を認め精査目的で右胸腔鏡検査を行ったところ、胸膜所見より抗酸菌感染症に伴う肉芽腫性病変を認めた。抗酸菌感染症に対し加療予定であったが、X年12月に呼吸不全を生じ死亡した。非結核性抗酸菌症に伴う胸膜炎の報告は珍しく、かつ、急激に呼吸状態の悪化を呈した症例の報告は稀であり考察を踏まえて報告する。

48

内視鏡的に追跡しえたアミカシン硫酸塩吸入用製剤（アリケイス）による声帯炎の2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 感染症内科, 3) 同 内科
4) 地域医療機能推進機構大阪病院 耳鼻咽喉科

○倉原 優¹⁾, 金岡 賢輔³⁾, 前田 陽平⁴⁾, 新谷 亮多³⁾,
小林 岳彦¹⁾, 龍華 美咲³⁾, 竹内奈緒子³⁾, 香川 智子³⁾,
橘 和延^{1,3)}, 露口 一成^{1,2,3)}

症例は、難治性肺 MAC 症の76歳女性(症例1)と74歳女性(症例2)。いずれもアミカシン硫酸塩吸入用製剤（アリケイス）を開始したが、開始2週間以内に嗄声を起こし、その後失声にいたった。喉頭ファイバーにより観察したところ、両側声帯に発赤・腫脹がみられた。いずれの症例もアリケイスの吸入中止によって声帯炎は改善した。症例1はアリケイスの中止継続を希望された。症例2はアリケイス継続を希望されたが、連日吸入で嗄声が出現しやすいくことから間欠的投与をおこなった。再開後3か月目で喀痰抗酸菌培養は陰性化した。アリケイスによる嗄声の機序と対処法について考察する。

49

シロリムス内服中に肺 *M. abscessus* 症を発症したり リンパ脈管筋腫症の一例

- 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 臨床研究センター

○柳澤 篤¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 小林 岳彦²⁾,
倉原 優¹⁾, 露口 一成²⁾, 新井 徹²⁾, 井上 義一²⁾

【症例】45歳女性。X-1年6月にリンパ脈管筋腫症（LAM）と診断しシロリムスの内服を開始したが、徐々に閉塞性障害が進行し肺移植を検討していた。X年6月にCTで両肺に結節影が出現した。X年8月には喀痰抗酸菌塗抹が連続で陽性となり、培養結果から肺 *M. abscessus* 症と診断した。CAM+AMK+IPM/CSによる治療を開始し、またシロリムスは免疫抑制による感染への影響を考慮し一旦休業した。速やかに排菌は陰性化しCTで結節影も縮小した。再度シロリムスを再開し現在肺移植の検討を再開している。【考察】肺移植前のLAM患者でNTM症を発症した報告は我々の探した範囲で本報告が初めてである。本症例ではシロリムス内服がNTM症の発症に関与した可能性がある。LAM患者においてNTM症は肺移植の大きなハードルとなる。近年NTM症患者数は増加しており、今後LAM患者のNTM症の積極的な診断の重要性が高まることが予想される。

50

肺 *Mycobacterium abscessus* 症に対する clofazimine の効果、服薬遵守と有害事象基準（CTCAE）による報告

- 1) 下関市立市民病院
- 2) 九州大学医学大学院 病態修復内科学
- 3) 北九州市立門司病院 呼吸器内科

○吉田 順一¹⁾, 白石研一郎²⁾, 廣瀬 宣之³⁾

【背景】多剤耐性の本症に条件承認された本剤（192.4円/cap）の有効性とAEを、後ろ向きに検討した。

【方法・倫理】本学会指導医の下で本剤をAEを含めた説明・同意で導入。対象者に発表の同意を得た。

【結果】[年/性] [投与] [空洞] [臨床: 症状/痰 Gaffky/抗 glycopeptidolipid 抗体, 皮ふ色素・心電図 CTCAE Grade, 服薬遵守] [効果など]

■ [80代女性] [6か月] [-] [喀痰量減/3号→1号/10.0→10.0, 1・2, 良好] [肺アスペルギルス症も併発. 本剤+azithromycin+levofloxacin → QT 延長で休業へ]

■ [60代女性] [5か月] [+→縮小] [喀痰量減/5号→0号/1.25→0.89, 1・不変, 良好] [膠原病でステロイドなど服用中, 本剤+azithromycin+amikacin 点滴]

2例とも亜種 *abscessus* と同定され、また便秘 Grade 1あり。【考察・結語】本剤は経口剤かつ安価ながら有効、また遵守が良い、女性例が多い本症に、皮ふAEとlevofloxacin併用のQT延長は注意が要る。

51

重症心身障害児施設における *M. abscessus* subsp. *massiliense* の院内感染事例

- 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) 大阪発達総合療育センター, 3) 結核予防会結核研究所
- 4) 大阪大学微生物病研究所, 5) 酪農学園大学

○吉田志緒美¹⁾, 露口 一成¹⁾, 竹本 潔²⁾, 鞍谷 沙織²⁾,
梶原 彩²⁾, 船戸 正久²⁾, 青野 昭男³⁾, 五十嵐ゆり子³⁾,
御手洗 聡³⁾, 松本 悠希⁴⁾, 元岡 大祐⁴⁾, 中村 昇太⁴⁾,
能田 淳⁵⁾, 井上 義一¹⁾

【背景】重症心身障害児施設にて5名の長期入所者（6～18歳）の吸引痰から、同一ゲノムの *M. abscessus* subsp. *massiliense* (MAM) が検出され、1年2か月後に新たに2名から同一のMAMが分離された。同一病棟内での院内感染が疑われたことから、環境調査を行った。【方法】患者が共通利用する用品や設備（浴室、プレイルーム）、居室内の環境に対して、ふき取りとエアサンプラーによるサンプリングを行った。【結果】MAMは共通利用の備品や設備環境からは分離されない一方、患者周囲のケア用品や環境（手袋、床頭台、モニター画面、シンク排水口等）から分離され、更衣、口腔ケア、喀痰吸引の順で分離頻度の増加が認められた。【考察】排痰困難な寝たきりの気切児では気道クリアランスが高度に低下していることから、MAMが定着しやすく、医療ケアによる院内水平感染リスクが高い可能性が示唆された。

52

肉腫型悪性胸膜中皮腫の経過観察中に多発脳転移を来して閉塞性水頭症を来した一例

- 1) 天理よろづ相談所病院
- 2) 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器内科学
- 3) 神戸市立医療センター中央市民病院 集中治療部

○松村 和紀¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 田中 佑磨¹⁾, 武田 淳志¹⁾,
丸口 直人²⁾, 山本 亮³⁾, 中村 哲史¹⁾, 上山 維晋¹⁾,
池上 直弥¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 田中 栄作¹⁾,
田口 善夫¹⁾, 羽白 高¹⁾

症例は81歳女性。X-2年5月から左肩痛を主訴に当院に受診し、CTで左肺尖部背側の胸膜沿いに腫瘤影を指摘され当科に受診した。CTガイド下生検を行うも確定診断はつかず、組織診の結果や夫が石綿の濃厚な暴露歴があることから悪性胸膜中皮腫と仮診断して11月に局所制御を目指した放射線照射を行った。しかし、X-1年9月のCTで胸腔内再発が判明した。11月初旬に外科的生検を行い肉腫型悪性胸膜中皮腫と診断するも、同月中旬に脊髄転移に伴う対麻痺を来し、放射線治療を行うも病状が改善せず、BSCの方針となった。X年2月20日に意識障害で救急外来に受診し、多発脳転移に伴う閉塞性水頭症と診断し入院となった。抗浮腫療法を併用しつつ、定位照射を行い、意識状態、画像所見ともにやや改善を認め、X年3月23日に自宅退院した。悪性胸膜中皮腫が脳転移を来す事は比較的稀であり、文献的考察を踏まえて報告する。

53

胸腺腫合併重症筋無力症 (MG) 術後, COVID-19 治療中に発症した医原性 Buffalo Chest の一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

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

【症例】62歳, 女性【病歴】胸腺腫合併 MG でかかりつけ, X-20年に胸腺摘除術後, 胸膜の再発病変に対してX-12年に右胸膜腫瘍摘除術, X-1年に左胸膜腫瘍摘除術を施行し, PSLとタクロリムスで長期管理を行っていた。X年12月にCOVID-19 中等症2に罹患し, 入院11日目に両側気胸を発症した。胸部CTで胸腔間交通を有しており, 右胸腔ドレナージ術のみで改善した。その後入院32日目に再度両側気胸を発症したが同様に右胸腔ドレナージ術のみで改善した。その後は再発なく経過したが, 廃用の進行がありリハビリ病院へ転院した。【考察】COVID-19で治療中に両側気胸を発症した一例である。胸腔間交通を有しており片側の胸腔ドレナージのみで改善した。X-1年の術後の胸部X線写真で両側気胸を認めており, 胸部手術に起因する医原性 Buffalo chest と思われる。医原性 Buffalo Chest は稀ながら致死的となりうる病態であり, 若干の文献的考察を踏まえて報告する。

54

反復性気胸にたいし手術加療を行い Birt-Hogg-Dube 症候群の診断に至った一例

1) 社会医療法人愛仁会高槻病院 呼吸器内科
2) 同 呼吸器外科

○阪本萌永子¹⁾, 松村佳乃子¹⁾, 大木元愛子¹⁾, 山岡 貴志¹⁾, 村上 翔子¹⁾, 金 泰雄²⁾, 岩坪 重彰¹⁾, 中村 美保¹⁾, 椎名 祥隆²⁾, 船田 泰弘¹⁾

57歳女性。他院でX-14年に右自然気胸再発に対し手術歴あり, その後も両側肺に気胸を繰り返し加療歴があった。X年9月に左気胸の再発があり手術加療を行った。X-14年当時は月経随伴性気胸が疑われ, 偽閉経療法を行っていたが, 婦人科で子宮内膜症の診断や腹部CT上, 子宮筋腫の指摘はなく, 手術検体の病理組織でも子宮内膜の所見は認めなかった。X年の胸部CTでは, 下葉縦隔側優位に肺内や葉間も含め両側多発薄壁嚢胞を認めており, 上記の反復性気胸や腎癌の家族歴を併せてBirt-Hogg-Dube (BHD) 症候群を疑った。ご本人も遺伝子検査を希望され, 他院に紹介し手術検体から精査を行ったところ, FLCN 遺伝子 (c.397-7_399del) の病的パリアントを認め, BHD 症候群の確定診断となった。反復性気胸で特徴的な肺嚢胞を認める症例では, 詳細な病歴, 家族歴の聴取を行い, BHD 症候群を鑑別に入れる必要がある。

55

右側胸水を契機に診断に至った甲状腺機能亢進症の1例

1) 大阪府済生会野江病院 呼吸器内科
2) 同 糖尿病内分泌内科

○藤木 貴宏¹⁾, 的場 智也¹⁾, 金子 顕子¹⁾, 日下部悠介¹⁾, 中山 絵美¹⁾, 田中 彩加¹⁾, 山本 直輝¹⁾, 松本 健¹⁾, 相原 顕作¹⁾, 山岡 新八¹⁾, 三嶋 理晃¹⁾, 阿部 恵²⁾

【症例】72歳男性【主訴】下腿浮腫【現病歴】近医にて高血圧症に対して通院中。下腿浮腫を認め紹介となった。CT検査にて下腿浮腫, 右側胸水を認め心エコー検査にて心室中隔の扁平化所見やBNP値1085pg/mlと高値を認めた。右心不全と診断し利尿薬を投与したが改善認めず胸水精査目的に当科入院となった。【臨床経過】Lightの基準で滲出性胸水であり利尿薬の反応が乏しいことから胸腔鏡検査を施行した。胸腔内に特筆すべき所見を認めなかった。鑑別診断のひとつとして甲状腺機能異常を疑い追加検査を行ったところTSH低値かつ, 遊離T4, T3共に高値を認めたことから甲状腺機能亢進症と診断した。甲状腺機能亢進症に対してヨード内服, 抗甲状腺薬を投与すると右側胸水はすみやかに消失し第13病日に退院となった。【考察】甲状腺機能亢進症でしばしば高拍出性心不全をきたすことは知られているが胸水貯留を認めることは稀であり文献的考察と併せて発表する。

56

電動式低圧吸引器と経気管支酸素送気を併用することで, 速やかに難治性気胸の責任気管支を同定できた1例

大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

○上野 峻輔, 中井 俊之, 石山 福道, 上野健太郎, 高野 愛, 大島 友里, 宮本 篤志, 小川 晃一, 松本 吉矢, 澤 兼士, 佐藤佳奈子, 山田 一宏, 渡辺 徹也, 浅井 一久, 川口 知哉

83歳男性。3年前より慢性過敏性肺炎に対して在宅酸素療法中。右胸痛で救急受診され続発性3度自然気胸と診断された。同日, 胸腔ドレナージ術を行うも右肺は拡張不良で発声時の気漏も持続した。難治性気胸と判断したが低肺機能から手術適応はなく, 第11病日に電動式低圧吸引器併用下で気管支充填術を施行した。胸部CTで右中下葉にリークポイントの存在が疑われ, 中下葉の各三次気管支に気管支鏡を楔入し鉗子口より酸素2L/分で送気した。B5aとB5bでのみリーク量は約20 mL/分から200 mL/分に増加したため, それぞれにMとSサイズのEWSを留置した。リーク量は残存したが低下し, 翌日には肺の拡張が得られたため自己血癒着術を行った。第15病日に気漏消失と肺の完全拡張を確認し, 第17病日に胸腔ドレナージを抜去した。電動式低圧吸引器と経気管支酸素送気を併用することで, 速やかに難治性気胸の責任気管支を同定できた1例を経験したため報告する。

57

経気管支凍結生検法（クライオバイオプシー）により診断した粟粒結核の2例

和泉市立総合医療センター

○門谷 英昭, 上野健太郎, 大島 友里, 上西 力,
久保 寛明, 石井真梨子, 武田 倫子, 田中 秀典,
松下 晴彦

粟粒結核は致死の経過を取ることもあり早期診断, 治療が必要とされるが, 細菌学的証明は困難であることが多い。今回我々は画像検査でランダムパターンのみまん性粒状影を認め, 経気管支凍結生検法で粟粒結核と診断しえた2例を経験したので報告する。症例1は64歳女性で, 呼吸困難を主訴に近医を受診し, 胸部異常陰影を指摘されたため精査目的に当科紹介となった。症例2は82歳男性で, 腹水貯留の精査目的に当院を受診したが, その際に胸部異常陰影を指摘され当科紹介となった。いずれの症例も喀痰や尿, 下気道検体からの細菌学的な証明はできなかったが, 凍結生検法で採取した病理組織で抗酸菌を認め総合的に粟粒結核と診断し, 抗結核薬治療で軽快した。経気管支凍結生検法は主に間質性肺炎や腫瘍に対して用いられるが, 粟粒結核の診断においても迅速かつ低侵襲な診断方法として有用と考えられる。

58

気管支鏡直後に右季肋部痛を来し腹部超音波検査で早期診断出来た腹直筋血腫の一例

兵庫県立はりま姫路総合医療センター

○木村 洋平, 浦田 勝哉, 向田 諭史, 松尾健二郎,
二ノ丸 平, 吉村 将

背景. 気管支鏡検査に伴う合併症として血腫の報告は少ない。今回我々は気管支鏡検査後に腹直筋血腫を合併した一例を経験したので報告する。症例. 73歳男性。交通外傷のため当院救急外来を受診され偶発的に右肺下葉に25mmの結節影を指摘され, 当科紹介受診となった。後日, 気管支鏡検査を施行しキュレットを3回・鉗子生検を2回行い処置を終了した。終了直後から右季肋部痛が出現し腹部超音波検査で右腹直筋内に20mmの血腫を認めた。抗血小板薬などの内服はなく凝固能障害もないため気管支鏡検査時の咳嗽が原因の腹直筋血腫と診断した。入院し止血剤点滴・安静のみで, 処置から2時間後に右季肋部痛は軽減し, 翌日に血腫の縮小を確認し退院となった。気管支鏡検査に伴う腹直筋血腫は稀な合併症であり, 右季肋部痛を来す疾患は多岐に渡るが, 腹部超音波検査が診断に有用であると考えられる。

59

人工気胸により呼吸状態が改善し, 胸腔鏡下の胸腔内テント作成術を安全に施行できた右中葉巨大嚢胞症の一例

1) 市立伊丹病院 呼吸器内科
2) 大阪府済生会 泉尾病院 呼吸器内科
3) 市立伊丹病院 呼吸器外科○鳥津 保之¹⁾, 浦東 明久^{1,2)}, 土田 滯¹⁾, 高山 祥泰¹⁾,
高田 悠司¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 原 彩子¹⁾, 原 聡志¹⁾,
木下 善詞¹⁾, 小林 健一³⁾, 奥村 好邦³⁾, 細井 慶太¹⁾

ACOによる慢性呼吸不全の75歳女性。2年前よりHOT導入されるも急性増悪にて入退院を繰り返していた。20XX年2月25日著明な喘鳴・呼吸促進にて救急搬送, 右気胸を認め, 緊急入院となった。穿刺・脱気にて肺虚脱は消失, 喘鳴も改善したが, 呼吸困難感は継続した。ACOの終末期と判断し塩酸モルヒネ, HFNCを開始するも軽労作で呼吸促進, 頻脈が出現。ステロイドを再開も改善せず, 過膨張した中葉により下葉は無気肺となり, 上葉と縦隔は圧排されていた。外科治療を前提に, 透視下に巨大嚢胞化した中葉を穿刺, 人工的に気胸とし, 胸腔ドレーンを水封とし, 胸腔内圧をコントロールした。この処置にて呼吸困難感は著明に改善, 酸素投与も減量, 全身麻酔導入も安全に行えた。3月15日に胸腔鏡下に右中葉気管支遮断・虚脱した中葉による胸腔内テント作成術を施行した。上葉・下葉は右胸腔内を2分する形で膨張, 呼吸状態も安定し, HOTも不要となった。

60

手術検体で確定診断を得られた扁平上皮癌合併のcombined large cell neuroendocrine carcinomaの一例

1) 松下記念病院 呼吸器内科
2) 京都府立医科大学 呼吸器内科○西村 直也¹⁾, 酒井 健紀¹⁾, 宮本 瑛史¹⁾, 松井 遥平²⁾,
山田 崇央¹⁾

症例は71歳。男性。胸部異常陰影を主訴に紹介。胸部CTで左下葉に23mmの結節と気管分岐部リンパ節の腫大を認めた。気管支鏡検査で肺野末梢病変は生検困難であったが縦隔リンパ節生検により肺扁平上皮癌と診断した。全身検索によりcT1cN2M0 cStage3Aと判断し, 胸腔鏡下左下葉切除術及びND2a-2リンパ節郭清術を施行した。肺野病変の病理診断はlarge cell neuroendocrine carcinoma (LCNEC)と扁平上皮癌が混在したcombined-LCNECの診断であり, 縦隔リンパ節転移は扁平上皮癌だった。術後病期は術前と同様pT1cN2M0であった。その後に術後化学療法を導入し, 現在は外来で加療中である。扁平上皮癌合併のcombined LCNECは報告が少なく稀な疾患であるため文献的考察を加えて報告する。

61

手術で判明した扁平上皮癌と小細胞癌の同時多発肺癌の1例

大阪府済生会吹田病院

○飯塚 正徳, 上田 将秀, 岡田あすか, 川口 秀亮,
藤原 隆徳, 綿部 裕馬, 佐藤いずみ, 乾 佑輔,
茨木 敬博, 美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人

症例は69歳の男性。健診の胸部X線異常で当院紹介受診。右上葉に10mm大の結節影を認め、短期経過観察で緩徐増大傾向を認めたためX年12月下旬に気管支鏡検査を施行した。気管支鏡では細胞診Clas3で扁平上皮癌が疑われる所見であり、FDG-PET/CTで同部位と右肺門リンパ節にFDGの集積を認めたため、cT1bN1M0としてX+1年2月上旬に右上葉切除術を施行した。病理組織学的検討で右上葉の結節は扁平上皮癌であったが、肺門リンパ節は小細胞癌の所見であった。画像上小細胞癌の原発を示唆する所見はなく、扁平上皮癌pT1bN0M0、小細胞癌pTxN1M0の同時多発肺癌と考えた。現在小細胞肺癌に対する術後補助化学療法を施行中である。同時多発肺癌の頻度は約0.5%とされているが、検査や診断技術の向上により増加傾向にあるとされる。今回小細胞癌に関しては原発巣と考えられる陰影を認めず、稀な症例と考えた。

62

結腸転移を来した進展型小細胞肺癌症例

西神戸医療センター

○三輪葉々子, 益田 隆広, 木田 陽子, 額額 力也,
櫻井 稔泰, 多田 公英

【症例】73歳, 男性【主訴】水様性下痢【現病歴】患者は, 左下葉進展型小細胞肺癌 cT4N2M1c stage4 に対して, カルボプラチン+エトポシド+デュルバルマブ併用療法後のデュルバルマブ維持療法中であった。デュルバルマブによるirAE腸炎を認め入院となり, 精査の下部消化管内視鏡検査で盲腸, 上行結腸, 横行結腸にポリープを散見した。生検で神経内分泌がん, 肺がんの転移と判明した。【考察】肺癌は遠隔転移を起こしやすい疾患であるが, 消化管への転移は比較的稀である。進展型小細胞肺癌の結腸転移の報告は少なく, 文献的考察を交えて報告する。

63

薄壁空洞を伴う多発小結節を呈したEGFR陽性肺腺癌の1例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○綿部 裕馬, 岡田あすか, 川口 秀亮, 飯塚 正徳,
藤原 隆徳, 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

症例は49歳の男性。X年2月にCOVID-19に罹患した際に施行された胸部X線で多発結節影を指摘され同月当院紹介受診。他癌の肺転移を疑い全身検索を行うも、明らかな原発巣は認めなかった。診断のため外科的肺生検を行い、全身検索の結果と合わせて肺腺癌 cT1bN3M1a, EGFR del.19, TPS (22C3) : < 1% と診断した。同年3月より Osimertinib を導入している。転移性肺腫瘍における空洞形成の頻度は約4%とされており、原発巣としては甲状腺癌や腎癌、直腸癌、乳がんが多いとされる。本症例でも当初他臓器からの多発肺転移を疑ったが病理診断、全身検索より原発性肺がんの転移と診断した。原発性肺がんの肺内転移で多発空洞影を認めることは稀であり報告する。

64

外科的胸腔鏡下胸膜生検術により診断に至った偽中皮腫性肺癌の一例

大阪警察病院

○仲谷 勇輝, 紅林 亮汰, 所司原奈央, 西松佳名子,
田中 庸弘, 菅 泰彦, 仲谷 健史, 山本 傑

83歳男性。X日より徐々に呼吸困難感が増悪し、X+14日に前医を受診した。胸部レントゲンで左肺野の透過性低下を認め、同日に肺炎疑いで当科へ紹介となった。胸部レントゲン、CT画像では左片側に大量胸水貯留を認め、精査・加療目的に入院となった。滲出性胸水、かつ胸水中CEA・シフラ高値であり、胸水セルブロック検体の病理所見は胸膜中皮腫疑いの結果であった。入院時のCTで両側胸膜直下多数の胸膜ブランクを認めていたことと合わせて、胸膜中皮腫による癌性胸水を疑った。しかしX+39日に行った外科的胸腔鏡下胸膜生検術では、肺扁平上皮癌の結果であり、最終的には偽中皮腫性肺癌と診断した。偽中皮腫性肺癌は、臨床経過・画像所見が胸膜中皮腫と類似しており、鑑別が重要な疾患である。今回我々は、胸膜中皮腫との鑑別を要し、外科的胸腔鏡下胸膜生検術により診断に至った偽中皮腫性肺癌症例を経験したので、報告する。

65

34歳男性に発症した印環細胞様肺腺癌の1例

近畿大学奈良病院

○吉川 和也, 村木 正人, 花田宗一郎, 山縣 俊之, 澤口博千代

症例は34歳男性。X年3月に乾性咳嗽が出現し近医を受診。鎮咳薬など処方されるも改善せずX年5月に当院当科に精査目的に紹介となる。採血で軽度の炎症反応上昇を認め胸部CT検査では右下葉背側に沿った浸潤影を認め、原因精査のため気管支鏡検査施行し右中間幹以下の粘膜発赤部を経気管支生検施行したところ印環細胞を認めた。原発巣評価のため上部・下部内視鏡検査では異常所見はなくPET-CTでは右肺門部・縦郭・肝転移と考える集積あり肝生検ではTTF-1陽性の腺癌を認めた。このことから肺原発の印環細胞様肺腺癌と診断。遺伝子変異の評価ではROS-1陽性でありCrizotinibによる治療を開始し半年間でPRの治療効果が得られた。肺原発印環細胞癌の頻度は比較的稀とされ、ALK融合遺伝子変異を伴うことが多いと報告があるが今回ROS-1遺伝子変異を認めた。また原発巣によって治療内容が異なるため、早期の原発巣の評価が必要であると考えられた。

66

アレルギー性気管支肺アスペルギルス症と鑑別を要した非小細胞肺癌の1例

1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科
2) 吉野病院 内科○片岡 良介¹⁾, 鈴木健太郎¹⁾, 岩井 一哲²⁾, 有山 豊²⁾, 村上 伸介²⁾, 福岡 篤彦²⁾, 甲斐 吉郎¹⁾

症例は73歳男性。X年9月労作時呼吸困難を主訴に近医を受診した。胸部CTで気腫性変化と気管支拡張、粘液栓を疑う所見があり、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)が疑われていた。その後も労作時呼吸困難感が持続していたため、3か月後に胸部CTを再検査されたところ、粘液栓が疑われていた病変の増大を認めた。肺腫瘍の可能性も否定できないと考えられ、X年12月当科に紹介受診された。聴診上と呼吸性喘鳴と呼吸機能では閉塞性障害を認め喘息の合併を疑ったが、末梢血好酸球増多は認めなかった。PET-CTで、同部位にFDG集積を認め、気管支鏡検査を施行したところ、右中間気管支幹に表面が白色の棒状腫瘍を認めた。同部位からの生検で非小細胞肺癌と診断した。本症例のように画像上ABPAが疑われるが、診断基準を満たしていない症例では、速やかに確定診断のために気管支鏡検査を行う必要があると思われる。

67

両肺に多発する浸潤影を認め、免疫染色により腺癌肺転移と診断した1例

1) 京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科
2) 同 病理診断科○酒井 勇輝¹⁾, 田里 美樹¹⁾, 安田 直晃¹⁾, 林 康之¹⁾, 祖間 暁彦¹⁾, 岩田 敏之¹⁾, 西村 尚志¹⁾, 保木 昌仁²⁾, 渋谷 信介²⁾

【症例】74歳男性【主訴】なし【現病歴】X年10月に閉塞性動脈硬化症に対する治療目的で入院された。胸部CTにて両肺の末梢側優位に多発浸潤影を認めた。胸膜直下に楔状の形態をとっており、患者背景から肺梗塞が疑われた。自覚症状に乏しく、経過観察を行う方針とした。11月に胸部CTを再検し肺野陰影の多くが増大傾向にあり、気管支鏡検査を行い、腺癌が検出された。FDG-PETで肺頭部の異常集積を認め、内視鏡下針生検で腺癌が検出された。免疫染色を行い、いずれの検体もS100P/CDX2陽性、TTF-1陰性であった。腺癌・多発肺内転移と診断し、化学療法を行う方針とした。【考察】転移性肺腫瘍は典型的には多発する結節影や粒状影を呈することが多い。腺癌において浸潤影を伴う肺転移の報告は稀である。原発巣特定のための免疫染色法が複数報告されている。本症例に文献的考察を加え報告する。

68

急速に進行するランダムパターンのびまん性粒状影を呈した腺癌多発肺転移の1例

1) 公立豊岡病院 呼吸器内科, 2) 同 消化器科
3) 同 病理診断科○塚本 信哉¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 原田 威徳²⁾, 中島 直樹³⁾, 中治 仁志¹⁾

症例は59歳男性。受診1ヶ月前から自覚した乾性咳嗽・呼吸困難を契機に撮影された胸部CTでびまん性粒状影を指摘され紹介受診された。初診時、胸部単純X線およびCTを再度撮影したところ、ランダムパターンのびまん性粒状影が急速に進行していた。左下葉B8よりクライオバイオプシーを施行し病理組織で粘液産生を伴う腺癌を認めた。PET-CTで肺尾部に集積を認めたことからEUS-FNAを施行し、導管内に粘液産生を伴う腺癌を認めた。以上から原発性腺癌、転移性肺腫瘍と診断した。ランダムパターンのびまん性粒状影の鑑別には感染症、悪性腫瘍、サルコイドーシスなどが挙げられる。悪性腫瘍のなかではEGFR遺伝子変異陽性の肺腺癌や甲状腺乳頭癌、乳癌の報告が多いが、腺癌は少ない。腺癌の場合は本症例のように急速に進行することもあるため、ランダムパターンのびまん性粒状影の鑑別に腺癌は重要と考え報告する。

69

多発肺転移，気管支内転移を認めた前立腺癌の1例

近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

○山崎 亮，國田 裕貴，白波瀬 賢，御勢 久也，
大森 隆，西川 裕作，佐野安希子，西山 理，
佐野 博幸，岩永 賢司，原口 龍太，松本 久子

患者は85歳，男性．基礎疾患に前立腺癌があり，10年前からホルモン療法による通院加療を受けていた．2年前より多発肺転移を画像上で指摘されていたが，積極的な加療を希望せずに経過観察となっていた．2022年12月に血痰が持続するために当科紹介となった．胸部CTでは既存の多発肺結節影の増大と新規に左肺門部の腫瘤影を認めた．血痰の精査目的で気管支鏡を施行したところ，左上気管支に隆起病変，左上葉支・底幹入口部に多発隆起病変を認めた．隆起性病変の生検を施行した結果，免疫染色でPSA陽性・TTF-1陰性・CK20陰性・CK7陰性であり，前立腺癌の気管支内転移と診断した．前立腺癌の気管支内転移は稀であり，文献的な考察を加えて報告する．

70

胸膜生検で胆管癌による胸膜播種と診断した2例

1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科，2) 同 病理診断科

○高原 夕¹⁾，多木 誠人¹⁾，黒田 修平¹⁾，佐伯 悠治¹⁾，
松本 夏鈴¹⁾，藤井 真央¹⁾，徳永俊太郎¹⁾，堀 朱矢¹⁾，
西馬 照明¹⁾，市川 千宙²⁾，浅野 真理¹⁾，坂田 悟郎¹⁾，
田村 大介¹⁾

症例1は74歳女性．X年8月に右季肋部痛で受診．CTで右胸水を認めた．胸水検査を施行すると腺癌が検出された．後日撮影したPET-CTでは肝内胆管癌を疑う所見が得られた．同年10月に精査目的で入院し，胸腔鏡検査による胸膜生検で胆管癌の転移と診断した．症例2は78歳男性．Y-2年10月に他院で遠位胆管癌の手術を施行され，術後化学療法としてティーエスワンを6ヶ月間内服された．Y年10月のCTで左肺上葉結節が出現し当院へ紹介となった．12月のCTで左肺上葉結節が増大し右胸水が増量．右胸水検査で腺癌を検出し癌性胸膜炎と診断．食欲低下のため12月に入院となった．胸腔鏡検査による胸膜生検から，胆管癌による胸膜播種と診断した．組織学的に胆管癌の胸膜播種が確認された症例は稀であり，報告する．

71

胸腺癌から卵巣成熟嚢胞性奇形腫に Tumor-to-tumor metastasis をきたした若年女性の一例

1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
2) 同 病理診断科，3) 同 呼吸器外科，4) 同 産婦人科

○笹田 剛史¹⁾，白川 千種¹⁾，立川 良¹⁾，山下 大祐²⁾，
濱川 博司³⁾，畑山 裕生⁴⁾，上田 亮太¹⁾，伊藤 雅弘¹⁾，
高橋 祥太¹⁾，豊田 裕士¹⁾，増田 佳純¹⁾，田代 隼基¹⁾，
李 正道¹⁾，金澤 史朗¹⁾，平林 亮介¹⁾，佐藤 悠城¹⁾，
永田 一真¹⁾，中川 淳¹⁾，富井 啓介¹⁾

症例は25歳女性．健診で右肺門部腫大を指摘され当科外来を受診した．胸部造影CTで前縦隔右側に辺縁不整な不均一濃染の腫瘤影が見られ，胸部MRIで胸膜と心膜への浸潤も疑われた．心膜合併切除術の方針となったが，術中所見で心嚢内播種があり切除不能と判断した．術中に行った生検検査から胸腺癌の診断に至った．遠隔転移検索目的にPET-CTを施行し，右卵巣に成熟奇形腫を疑う腫瘤と悪性腫瘍を疑う充実性腫瘤の2つの腫瘤を認めた．右付属器切除術を行い，病理検査では充実性腫瘤の免疫染色でPAX8陰性かつCD5一部陽性であった．そのため，充実性腫瘤部分は胸腺癌の卵巣成熟嚢胞性奇形腫への Tumor-to-tumor metastasis と考えられた．原発巣の他に腫瘍が併存する場合，Tumor-to-tumor metastasis が起こりうる．正確な病期決定のためには，原発巣以外の腫瘍の生検が必要となる場合がある．

72

オシメルチニブの効果の乏しかった PTHrP 産生 EGFR 遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌の一部検例

1) 神鋼記念病院 呼吸器センター，2) 同 病理診断センター

○黒田 修平^{1,2)}，大塚浩二郎¹⁾，橋田 恵佑¹⁾，清原あすか¹⁾，
北村 美華¹⁾，難波 晃平¹⁾，藤本 佑樹¹⁾，池内 美貴¹⁾，
久米佐知枝¹⁾，稲尾 崇¹⁾，門田 和也¹⁾，笠井 由隆¹⁾，
榎屋 大輝¹⁾，鈴木雄二郎¹⁾，田代 敬²⁾

症例は70歳男性．近医にてCOPDのフォロー中であったが体重減少の精査目的にX年11月に当科紹介入院となった．胸部CTで右上葉に巨大腫瘤を認めた他，採血で高カルシウム血症（補正值で14.3mg/dl）を認めた．気管支鏡下の生検にて扁平上皮癌と診断，EGFR 遺伝子変異は陽性（L858R）であった．PTHrP 高値，intactPTH 低値であり，PTHrP 産生による高カルシウム血症と診断，輸液やゾレドロン酸投与によりカルシウム値は改善を認めるもののPSは3のままで改善はなかった．EGFR 陽性肺扁平上皮癌 cT4N2M1a の診断の元，X年12月にオシメルチニブを開始した．計37日内服するも腫瘍の縮小は得られず，その後も全身状態は悪化，誤嚥性肺炎の合併などもありX+1年2月に死亡された．PTHrP 産生のEGFR 陽性肺癌の報告は少なく貴重な症例と思われるため部検結果とともに報告する．

73

MET 遺伝子変異陽性粘液産生肺腺癌に対してテボチニブが有効であった一例

- 1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科
- 2) 和歌山県立医科大学 バイオメディカルサイエンスセンター
- 3) 同 病理診断科

○鷺岡 篤司¹⁾, 杉本 武哉¹⁾, 赤松 弘朗¹⁾, 北原 大幹¹⁾, 永井 隆寛¹⁾, 根来 和宏¹⁾, 垣 貴大¹⁾, 高瀬 衣里¹⁾, 春谷 勇平¹⁾, 村上恵理子¹⁾, 柴木 亮太¹⁾, 寺岡 俊輔¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 清水 俊雄¹⁾, 中西 正典¹⁾, 洪 泰浩^{1,2)}, 岩元 竜太³⁾, 山本 信之^{1,2)}

症例は ECOG-PS 0 の 68 歳女性。X 年 5 月に検診異常にて近医を受診し、胸部 CT で reversed halo sign を伴う両側多発浸潤影を認めた。抗菌薬不応で気管支内視鏡検査を 2 回施行すも診断には至らなかった。特発性器質化肺炎を疑いステロイド治療を開始したが、X 年 9 月に浸潤影の拡大と CEA の上昇を認めた。再度気管支内視鏡検査を施行し、病理検査で粘液産生を有する肺腺癌の診断となった。組織検体で MET exon14 skipping mutation 陽性が判明し、テボチニブ 500mg/ 日を X 年 11 月に開始した。治療開始から 3 か月の忍容性は良好で浸潤影の改善と CEA の低下を認めており、腫瘍は安定 (SD) を維持している。浸潤性粘液性肺腺癌のドライバー遺伝子変異としては KRAS 遺伝子変異が多く、MET 遺伝子変異の報告は限られている。今回 MET 遺伝子変異陽性の粘液産生を有する肺腺癌に対してテボチニブが有効であった症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

74

当院における MET 遺伝子エクソン 14 スキッピング変異陽性肺腺癌の検討

淀川キリスト教病院 呼吸器内科

○松井恵利香, 山下 卓人, 上野 峻輔, 白浜かおり, 澤 信彦, 篠木 聖徳, 吉井 直子, 西島 正剛, 大谷賢一郎, 紙森 隆雄, 藤原 寛

【背景】MET 遺伝子エクソン 14 スキッピング変異は、非小細胞肺癌の約 3% を占め、性別や喫煙の有無に関わらず認められる。切除不能な進行・再発の MET 遺伝子変異陽性肺腺癌に対して MET-TKI であるテボチニブが使用できる。【方法】2021 年 10 月から 2023 年 4 月まで、当院で Archer[®]MET を用いて検出した MET 遺伝子変異陽性肺腺癌 8 例について後方視的に検討した。【結果】年齢中央値 75.5 歳。男性 5 例、女性 3 例。6 例 (75%) は喫煙歴があった。病理組織学的には腺癌が 5 例 (63%)、扁平上皮癌が 2 例 (25%)、NSCC、NOS が 1 例 (12%) だった。PD-L1 発現は 7 例 (88%) で TPS 70% 以上の高発現だった。8 例中 6 例でテボチニブが導入され、5 例で腫瘍縮小効果を認めた。副作用は、浮腫が 4 例 (67%)、間質性肺炎が 2 例 (33%) に認められた。

75

脳転移と食道狭窄を伴う ALK 陽性肺癌に対し脳腫瘍摘出術と簡易懸濁法でのアレクチニブの投与が奏効した一例

- 1) 社会医療法人神鋼記念会神鋼記念病院 呼吸器センター
- 2) 同 脳神経外科, 3) 同 消化器内科
- 4) 同 病理診断センター

○今尾 舞¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 山本 浩生¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 榊屋 大輝¹⁾, 橋村 直樹²⁾, 黒木 茂信³⁾, 大林 千穂⁴⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

70 歳男性。X 年 9 月にふらつき、転倒で当院受診し、多発脳腫瘍を指摘され、約 2cm の最大径の右前頭葉腫瘍に対して開頭摘出術を施行した。また上部消化管内視鏡で食道壁不整、食道狭窄があり生検を行い、肺腫瘍はなかったが免疫染色の結果から縦隔型肺腺癌と診断した。Performance status (PS) は 4 であった。ALK 陽性が判明したが、食道狭窄により内服が困難であり、アレクチニブ塩酸塩の簡易懸濁による胃瘻からの投与について倫理委員会の承認を得て開始した。投与開始から 4 ヶ月後、縦隔リンパ節と一塊になった原発巣や残存した脳転移は縮小し、食道狭窄も改善し経口摂取が可能となった。【考察】PS 不良の ALK 陽性肺腺癌に対して手術を組み合わせた集学的治療を行った。また確立された投与方法ではない、胃瘻からの簡易懸濁法を用いたアレクチニブが有効であったため、貴重な一例として報告する。

76

EGFR 陽性肺癌・多発 AAH を合併した ALK 陽性肺癌の一例

- 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, 3) 同 放射線科

○世利 佳滉¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平田 展也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⁾, 横井 陽子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 中原 保治¹⁾, 安松 良子²⁾, 東野 貴徳³⁾, 河村 哲治¹⁾

症例は 77 歳女性。X-6 年に右下肺野結節影にて当科紹介、胸部 CT で右下葉結節影、縦隔リンパ節腫大、両肺の多発すりガラス結節を認めた。#7 リンパ節の EBUS-TBNA で腺癌、EGFR 変異は陰性、ALK 融合遺伝子陽性であった。右下葉肺癌 cT1bN3M0 と診断、Alectinib、Crizotinib、Ceritinib を順次使用し右下葉原発巣およびリンパ節転移は縮小したが、多発すりガラス結節のほとんどは不変、右下葉の 1 つのみが緩徐に増大していた。第 2 癌として X 年 4 月に右下葉部分切除術を施行したところ腺癌で、ALK 融合遺伝子陰性、EGFR L858R 陽性であった。切除肺に含まれていた別のすりガラス結節は異型腺腫様過形成で、両肺に認める多発すりガラス結節も経過から AAH の可能性が高いと考えられた。現在も Ceritinib を継続中で腫瘍は縮小を維持している。多彩な陰影を呈し、TKI による治療中に異なる遺伝子変異を持つ肺癌が増悪した興味深い症例と考えられたので報告する。

77

オシメルチニブによる薬剤性肺炎後にエルロチニブ+ラムシルマブを投与したEGFR遺伝子変異陽性肺線癌の一例

神戸大学大学院医学研究科 内科学講座 呼吸器内科学分野

○藤本 昌大, 立原 素子, 桂田 直子, 山本 正嗣

症例は81歳女性。X年4月より右下葉肺腺癌 cT2aN2M1c Stage4B (EGFR exon 19 deletion) に対して, 1次治療としてオシメルチニブを開始した。X年5月のRECISTはSDであった。X年6月に呼吸困難のため緊急入院となり, 胸部CT検査では肺野にびまん性のすりガラス陰影を認めた。オシメルチニブによる薬剤性肺炎 (Grade3) と考え, 同薬を中止し, ステロイドの全身投与を開始した (メチルプレドニゾン1g3日間, 以降プレドニゾン40 mg/日)。ステロイド開始後はすりガラス陰影は速やかに改善し, X年8月にはプレドニゾンを2.5 mg/日まで減量した。X年9月より2次治療としてエルロチニブ+ラムシルマブを開始した。治療開始後は薬剤性肺炎の再発なく経過しており, 腫瘍縮小が得られている。オシメルチニブが薬剤性肺炎により投与困難な状況において, エルロチニブ+ラムシルマブが有望な治療選択肢である可能性があり, 本例を報告する。

78

Foundation OneでEGFR H773L/V774M共変異が検出され, オシメルチニブが奏効した腺扁平上皮肺癌の一例

1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
2) 同 腫瘍薬物治療学講座

○鳥 佑介¹⁾, 吉田 寛¹⁾, 橋本健太郎¹⁾, 名取 大輔¹⁾, 住永圭一郎¹⁾, 味水 瞳¹⁾, 野溝 岳¹⁾, 吉田 博徳¹⁾, 小笹 裕晃¹⁾, 吉岡 正博²⁾, 金井 雅史²⁾, 武藤 学²⁾, 平井 豊博¹⁾

【症例】33歳 女性【現病歴】腺扁平上皮肺癌に対し, 左上葉切除術にてpT1cN0M0, pStage1A3, Oncomine Dxでドライバー遺伝子変異なし, PD-L1 TPS<1%であった。4年後に両側多発結節及び左鎖骨上窩リンパ節に再発したが希望で経過観察した。その後, 左縦隔リンパ節の腫大による反回神経麻痺を認め放射線治療及びイビリムマブ・ニボルマブ併用療法, カルボプラチン・ペメトレキセド・ペバシズマブで治療を行ったが, リンパ節及び肝転移が増大した。Foundation OneでEGFR H773L/V774M共変異を検出し, オシメルチニブ内服を開始したところ奏効し, 現在PRからCRを維持している。【結語】EGFR H773L/V774M共変異は極めて稀な遺伝子変異である。同変異に対するEGFR TKIの効果は定まっていないが奏効例や疾患制御に成功した報告が存在する。本症例で検出した遺伝子変異に対しオシメルチニブが奏効した事, 遺伝子パネル検査の有用性について文献を踏まえ報告する。

79

扁平上皮癌への形質転換を伴った, Exon 21 L858R変異陽性肺腺癌の1例

公益財団法人天理よろづ相談所病院

○中村 哲史, 外山 尚吾, 岡垣 暢絃, 田中 佑磨, 坂本 裕人, 武田 淳志, 中西 司, 松村 和紀, 上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介, 橋本 成修, 田中 栄作, 田口 善夫, 羽白 高

症例は54歳女性。X年11月に他院よりEGFR Exon 21 L858R変異陽性, 右S2原発肺腺癌, cT3N3M0, cStage3Cの加療目的で紹介となり, 同年11月より根治的化学放射線療法を完遂したが, 照射野内病巣の増大及び単発の右上葉肺転移で再発と判断し, X+1年7月よりエルロチニブ・ラムシルマブ療法を開始した。治療経過は良好で最良効果PRを得たが, X+2年1月に左腸骨転移及び, 原発巣増大でPDとなり精査加療目的で同年2月に入院。左腸骨転移からの生検では扁平上皮癌が検出され, 遺伝子検査ではExon 21 L858R変異陽性, Exon 20 T790M変異陰性であった。経過より扁平上皮癌への形質転換を伴う肺腺癌の骨転移と判断した。局所制御も期待し放射線治療39Gy/13Fr, 化学療法としてカルボプラチン・ナパブリタキセル・ベンプロリズマブ療法を開始したところ, 病変縮小を得た。

80

がん免疫療法により顔面神経麻痺と動眼神経麻痺が生じた肺癌の1例

1) 黒滝村国民健康保険診療所, 2) 奈良県総合医療センター

○渋谷 篤志¹⁾, 松本 祥生²⁾, 奥田悠太郎²⁾, 伊佐敷沙恵子²⁾, 村上 早穂²⁾, 藤岡安寿弥²⁾, 松田 昌之²⁾, 伊木れい佳²⁾, 花岡 健司²⁾, 伊藤 武文²⁾

症例は70代男性。X4か月29日に左胸水の精査のため当科を受診した。FDG-PETで集積亢進を伴う胸膜肥厚があり, セルブロクを併用した胸水細胞診で悪性胸膜中皮腫と診断した。外科的切除が困難でありX-3か月28日からニボルマブ, イビリムマブによる免疫併用療法が開始した。効果判定はPRであったが, X月20日に左顔面の歪みが出現し, 免疫チェックポイント阻害薬による末梢性顔面神経麻痺が疑われた。プレドニゾン30mg/dayを開始し, 改善を認めたため漸減し終了した。しかし, 症状が再燃し, さらに動眼神経麻痺による左眼球内転障害が出現したため, ステロイドパルス療法を行い, 改善した。以降, 症状は再燃していない。免疫関連有害事象として顔面神経麻痺と動眼神経麻痺を経験したため, 若干の文献的考察を加え報告する。

81

肺腺癌に対するIpilimumab + Nivolumab療法中にirAE腎炎をきたした一例

- 1) 洛和会音羽病院 呼吸器内科, 2) 同 腎臓内科
3) 洛和会京都呼吸器センター

○佐村 和紀¹⁾, 田宮 暢代¹⁾, 渡邊 寛人²⁾, 可児 啓吾¹⁾,
柴原 一毅¹⁾, 古室 太誠¹⁾, 榎本 昌光¹⁾, 渡部 晃平¹⁾,
畑 妙¹⁾, 土谷美知子¹⁾, 長坂 行雄³⁾

60代男性. 20XX年11月に右上葉肺腺癌cT3N1M1c Stage IVB (ドライバー遺伝子陰性, PD-L1:1%発現)と診断した. CDDP+PEM+Ipilimumab (Ipi) +Nivolumab (Nivo) の2サイクル投与で腫瘍は縮小し, Ipi+Nivoを継続した. 20XX+1年3月にGrade1の血清Cr上昇を認めたが, 内服中の被疑薬を中止し, 3サイクル目を開始した. day15にGrade2の血清Cr上昇を認め, 腎臓内科で腎生検を施行の上, mPSL 1mg/kg/日を開始した. 病理学的には尿管間質性腎炎でありirAE腎炎と診断した. その後, 血清Crは正常範囲に改善し, ステロイドは漸減した. また, 肺癌の再発は1年認めていない. 免疫チェックポイント阻害剤治療中に薬剤性腎障害を認めた際は早期に腎臓内科と連携することが重要である. 診断に際しての腎生検の適否等について文献的に考察する.

82

ステロイド内服中に上気道炎を契機に発症したサイトカイン放出症候群の一例

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

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

【症例】64歳女性【現病歴】X年6月に左腎細胞癌, 肺及び肝転移に左腎全摘術を行い, 8月よりイピリムマブとニボルマブを投与した. 10月の3コース目終了後CTCAE grade 3の肝障害を認め, 免疫関連有害事象と診断された. プレドニゾロン60 mg投与により改善, 30 mgまで減量されていた. 11月に感冒様症状を契機として顔面・体幹の紅斑, 血小板数低下, 相対的副腎不全, 肺水腫, 血圧低下を認めた. 上気道炎を契機に生じたサイトカイン放出症候群と診断しステロイドパルス療法を行ったところ速やかにショックバイタル, 肺水腫は改善し症状の再燃なく退院した. 【考察】免疫チェックポイント阻害薬投与中に生じるサイトカイン放出症候群はステロイド投与下においても重篤化しうるが, さらなるステロイド増量で改善が期待できる.

83

悪性胸膜中皮腫に対してニボルマブ (Nivo), イピリムマブ (Ipi) 4コース投与後, 血球貪食症候群を生じた1例

- 1) 高槻赤十字病院 呼吸器センター
2) 京都大学付属病院 呼吸器内科

○山本 晴香¹⁾, 三崎裕美子¹⁾, 日詰健太郎¹⁾, 武田 翔¹⁾,
村山 恒俊¹⁾, 野溝 岳²⁾, 深田 寛子¹⁾, 中村 保清¹⁾,
北 英夫¹⁾

症例は87歳男性. 悪性胸膜中皮腫のため, Nivo+ipiを4コース目のday 1 (入院9日前)まで投与したところ, 38℃台の発熱, 肝機能障害, 腎機能障害が出現し入院となった. 入院後, 38~39℃の発熱が持続, IL-6高値, フェリチン高値を認め, サイトカインリリース症候群 (CRS)を疑いmPSLを投与した. 以降, 解熱したため, PSL漸減し, 退院. しかし第24病日に発熱, 体動困難で, 救急搬送され, 入院した. irAEの再燃と考え, PSL増量したところ解熱し, PSL減量した. 第31病日に血小板減少 (2.6万/ μ L), 肝機能障害, 腎機能障害が出現し, sIL-2高値, 骨髄での血球貪食像を認め, 血球貪食症候群と診断した. ステロイドパルス, MMFの投与を開始後, 肝機能障害, 腎機能障害, 血小板数は改善し, ステロイド漸減を行い, 退院となった. 複合免疫療法中に血球貪食症候群を併発した症例を経験した, CRSとの鑑別も含め若干の文献的考察を交え報告する.

84

血液透析中のPD-L1陰性非小細胞肺癌患者に対してニボルマブ・イピリムマブ併用療法が奏功した一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○矢野 翔平, 吉田 薫, 榛間 智子, 國宗 直紘,
坂本 裕人, 伊藤 雅弘, 高 祥太, 宮里 和佳,
黄 文禧, 西坂 泰夫

【症例】77歳男性. 4年前から血液透析を受けていた. X-1月, 肺腺癌Stage IVAと診断. PD-L1発現率は陰性であった. X月, 一次治療としてニボルマブ・イピリムマブ併用療法を実施した. 1クール施行後, 倦怠感と食思不振が現れ, 腫瘍マーカー上昇を伴う腫瘍増大を認めた. Pseudoprogressionの可能性を考え治療継続したところ, 3コース終了後のX+4月には全身状態は改善し, 腫瘍マーカーは低下し, 腫瘍も縮小した. X+6月には免疫関連有害事象である二次性副腎皮質機能低下症を発症したが, ヒドロコルチゾンの内服により軽快した. 現在も奏功維持中である. 【考察】血液透析患者に対するニボルマブ・イピリムマブ併用療法の使用報告は腎癌ではあるが, 肺癌においてはなく, 本例から安全性, 有効性が示唆された. 治療開始後初期の経過はpseudoprogressionが考えられたが, 全身状態や腫瘍マーカーの悪化を伴った点が非典型的であった.

85

肺原発紡錘細胞癌に対して Carboplatin+Paclitaxel+Ipilimumab+Nivolumab 療法を行った1例

滋賀県立総合病院 呼吸器内科

○岡本 淳志, 野口 進, 野原 淳, 石床 学,
渡邊 壽規, 中村 敬哉

症例は75歳女性。PS1, 体重減少があり, 耳鼻科受診時に胸部CTで右肺下葉に結節影, #7リンパ節腫大を認めたため, 当科紹介受診となった。組織採取目的に, 外科的に原発巣摘出, 紡錘細胞癌(オンコマイン: KRAS G12V陽性, TPS<1%)の所見であった。距骨転移があり, cT1bN2M1b,cStage IVAと診断した。Carboplatin+Paclitaxel+Ipilimumab+Nivolumab治療を開始, 化学療法併用は2コース施行, 維持療法はIpilimumab+Nivolumabを1コース施行, 以降Nivolumab単剤を14コース継続し, 明らかな転移や再発を疑う所見なく約16ヶ月経過している。肺原発紡錘細胞癌は肺原発悪性腫瘍の0.2%ほどと稀な疾患で, 化学療法抵抗性で予後不良と言われているが, Ipilimumab併用療法は効果がある可能性がある。

86

アベルマブによる免疫関連有害事象としての細気管支炎の一例

1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
2) 同 病理診断科

○白川 千種¹⁾, 永田 一真¹⁾, 山下 大祐²⁾, 上田 亮太¹⁾,
伊藤 雅弘¹⁾, 高橋 祥太¹⁾, 豊田 裕士¹⁾, 増田 佳純¹⁾,
田代 準基¹⁾, 金澤 史朗¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾,
中川 淳¹⁾, 立川 良¹⁾, 富井 啓介¹⁾

症例は肺気腫のある72歳男性。進行腎盂癌に対してシスプラチン, ゲムシタピン併用療法の後に, 入院4ヶ月前からアベルマブ(免疫チェックポイント阻害剤: ICI)を投与されていた。入院2ヶ月前より持続する咳嗽と呼吸困難があり, 低酸素血症のため入院となった。胸部CTで両側下葉に小葉中心性粒状影と細気管支壁肥厚がみられ, 気管支鏡検査で気管支内腔に多量の喀痰を認めた。肺泡洗浄液は顆粒球優位ながら経気管支肺生検ではリンパ球浸潤と弾性線維の断裂, 膠原線維の増生がみられた。ICI開始後4ヶ月の発症であることからICIによる薬剤性の細気管支肺炎と考え, ステロイド投与により臨床症状や画像所見は改善した。ICIは細気管支病変を起し得ることに留意し, 積極的に気管支鏡検査を行うべきである。

87

肺腺癌術後アテゾリズマブ単剤療法中に後腹膜線維症の再燃と薬剤性肺障害とを併発した1例

1) 公立豊岡病院 呼吸器内科, 2) 同 泌尿器科
3) 同 病理診断科

○藤本 佑樹¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 塚本 信哉¹⁾, 中治 仁志¹⁾,
植垣 正幸²⁾, 中島 直樹²⁾

症例は69歳, 男性。X-1年に後腹膜線維症の疑いを指摘されていた。X年4月右肺上葉切除術を行い右上葉肺腺癌pT1cN2M0, stage3Aと診断した。術後補助化学療法を4コース行い, アテゾリズマブ単剤療法を導入した。3コース施行後に腹痛, 発熱を自覚し, 血清クレアチニンの有意な上昇を認め入院した。胸腹部造影CTで両肺多発浸潤影, 腎盂拡大, 総腸骨動脈近傍・後腹膜・尿管の肥厚性病変を認め, 血清IgG4は138 mg/dLであった。逆行性腎盂造影で両側尿管狭窄を認め, 右尿管ステントを留置した。肺病変に対し経気管支肺生検を施行し肺胞壁肥厚と肺胞腔内線維化を指摘し, IgG4陽性細胞は認めなかった。アテゾリズマブによる薬剤性肺障害と, 特発性またはIgG4関連後腹膜線維症再燃の合併を考えた。プレドニゾロンを0.5 mg/kgで開始した。肺病変, 後腹膜病変とも速やかに改善傾向となり, 現在外来で漸減中である。

88

Pembrolizumab療法中に肺化膿症を発症し, AFOP様の浸潤影を呈した肺扁平上皮癌の一例

1) 奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー内科
2) 同 腫瘍内科

○宮高 泰匡¹⁾, 金井 千恵¹⁾, 太田 和輝¹⁾, 佐藤 一郎¹⁾,
古高 心¹⁾, 古山 達大¹⁾, 岩佐 佑美¹⁾, 新田 祐子¹⁾,
春成加奈子¹⁾, 藤岡 伸啓¹⁾, 坂口 和宏¹⁾, 谷村 和哉¹⁾,
長 敬翁¹⁾, 藤田 幸男¹⁾, 山本 佳史¹⁾, 本津 茂人¹⁾,
山内 基雄¹⁾, 吉川 雅則¹⁾, 室 繁郎¹⁾, 大田 正秀²⁾

【症例】77歳, 男性【主訴】発熱, 倦怠感【現病歴】左上葉の肺扁平上皮癌cT4N3M0 stageIIICに対してX-2年10月より化学放射線療法を行った。durvalumab維持療法の4コース後に, 労作時呼吸困難を自覚され, Grade2の肺炎と診断したが症状改善に乏しく維持療法は中止となった。X-1年12月に再発をきたし, X年1月pembrolizumab療法を開始した。同年12月22日左上葉の肺化膿症を発症し, 抗菌薬を開始したが改善せず, 12月27日発熱, 倦怠感のため当科に入院となった。【臨床経過】肺化膿症は抗菌薬で軽快したが, 第29病日に右下葉に浸潤影が出現した。右下葉の肺生検にてacute fibrinous and organizing pneumonia (AFOP)が示唆された。PSL0.5mg/kgを開始し改善を得た。

89

irAE に対する全身ステロイド使用中に日和見感染症や多発肺膿瘍を生じた肺腺癌の1例

大阪府済生会野江病院 呼吸器内科

○中山 絵美, 的場 智也, 金子 顕子, 藤木 貴宏,
日下部悠介, 田中 彩加, 山本 直輝, 松本 健,
相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

症例は69歳男性。肺腺癌に対するICI併用化学療法の経過中に敗血症性ショック、Grade4の薬剤性腎障害を発症し、全身ステロイドを開始し化学療法は中止した。その後ニューモシスチス肺炎を発症し加療を要した。2ヶ月後に頸部リンパ節増大、胸部CTで両側多発肺結節影が増大したため化学療法を再開した。しかし1コース目の途中からEnterococcus faeciumによる敗血症性ショックに陥り抗生剤治療を要した。その後化学療法は中止となりCTで多発肺結節の一部は急速に増大し空洞を伴うようになった。発熱が続き各種抗菌薬を使用したが無効で死亡された。ご遺族の同意を得て剖検を実施した。両肺に散在する小結節は肺癌であり、肺を含む多数臓器のリンパ管内に腫瘍塞栓を認め直接死因はこれらによるARDSと考えられた。また2cmを超えて増大する結節はすべて結核性膿瘍であった。ICIと全身ステロイドの使用が影響した可能性があり、若干の文献的考察を加えて報告する。

90

ペムプロリズマブ使用中に再発性多発軟骨炎を発症した一例

1) 兵庫県立がんセンター 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科

○森川 真帆¹⁾, 河良 崇¹⁾, 佐久間淑子²⁾, 高原 夕¹⁾,
田中 美穂¹⁾, 安田裕一郎¹⁾, 伊藤 彰一¹⁾, 服部 剛弘¹⁾,
里内美弥子¹⁾

症例は71歳男性。左上葉肺腺癌 pT4N1M0StageIIIA に対してX-3年に化学放射線療法を施行した。X-2年に再発し、シスプラチン+ベメトレキセド+ペムプロリズマブを開始した。その後ペムプロリズマブの維持療法に移行し、最良効果はPRであった。X年5月頃に嘔声を自覚し、定期のMRI検査で鼻中隔穿孔を認めた。7月に発熱や喀痰、咳嗽、炎症反応の上昇があったため、ペムプロリズマブを中止した。CT検査で気管壁の肥厚があり、PET-CT検査で気管や気管支、両側肋軟骨に一致してFDGの高集積を認めた。右第3肋軟骨生検を施行し、再発性多発軟骨炎と診断した。9月からステロイド治療を開始したところ、自覚症状は軽快し、赤血球沈降速度の低下や気管壁肥厚の改善もみられた。ペムプロリズマブを中止してステロイド治療を導入したが、PRを維持していた。ICI使用中に再発性多発軟骨炎を発症した症例は稀であるため、報告する。

91

irAE 腸炎を発症し、インフリキシマブが著効した悪性胸膜中皮腫の一例

大阪大学医学部 呼吸器・免疫内科学

○細野 裕貴, 二見 真史, 内藤真依子, 東 浩志,
大平 貴華, 山本有美子, 谷崎 智史, 内藤祐二郎,
白山 敬之, 三宅浩太郎, 平田 陽彦, 武田 吉人,
熊ノ郷 淳

寛解期の潰瘍性大腸炎(直腸炎型)を併存症として有する63歳男性。悪性胸膜中皮腫の診断となり、X年7月から2次治療としてニボルマブを6コース施行した。同年9月より頻回の血便・腹痛・下痢症状が出現した。irAE腸炎を疑い、絶食補液管理・プレドニゾン50mg/日を投与するも、夜間の腸炎症状に改善が見られなかった。採血にてLeucine-rich alpha 2 glycoprotein (LRG)の増加も認めため、インフリキシマブの導入を行ったところ、投与日より腸炎症状の改善を認めた。ステロイド漸減を行い、インフリキシマブを2回投与した後は症状が消失し、LRGの低下も認め退院となった。炎症性腸疾患を有する痛患者は、免疫チェックポイント阻害剤の使用によりその増悪・irAE腸炎の発症リスクが高いとされる。また、本症例ではirAE腸炎の活動性評価・治療方針選択に際しLRGが役立ったので、報告する。

92

進展型小細胞肺癌患者に対するカルボプラチン/エトボシド/アテゾリズマブの多施設前向き研究:2年 update

1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科
2) APOLLO 試験グループ

○藤本 大智¹⁾, 赤松 弘朗^{1,2)}, 齋藤 合²⁾, 三浦 理²⁾,
内田 純二²⁾, 山口 哲平²⁾, 網本 久敬²⁾, 駄賀 晴子²⁾,
池田 英樹²⁾, 坂田 晋也²⁾, 鈴木 秀和²⁾, 池田 慧²⁾,
平岡 亮太²⁾, 矢内 正晶²⁾, 峯村 浩之²⁾, 山本 信之²⁾

【背景】進展型小細胞肺癌患者に対する化学免疫療法において、日本人における長期治療効果は介入臨床試験データで報告はなく、さらに実地集団の長期治療効果は重要な検討課題である。【方法】全国32施設において2019年9月~2020年9月までに進展型小細胞肺癌患者に対する初回治療としてカルボプラチン/エトボシド/アテゾリズマブ療法を開始された患者を前向きに登録し、検討を行った。初回報告は1年の追跡期間であったが、今回2年追跡を行ったデータを解析した。【結果】207例が解析対象集団であり、PFSは192イベント(93%)、OSは150イベント(72%)観測された。全患者における1年PFS割合は13.6%、1年OS割合は60.2%であり、2年PFS割合は7.1%、2年OS割合は31.4%であった。追跡延長期間における有害事象による死亡例はいなかった。【結論】日本人実地臨床においてもカルボプラチン/エトボシド/アテゾリズマブ療法の長期有効性が示された。

93

TTF-1・CK20・CDX2陽性、CK7陰性の多発肺結節を有する腺癌に大腸癌化学治療が奏効した一例

1) 橋本市市民病院, 2) 近畿大学病院

○田中 将規¹⁾, 駿田 直俊¹⁾, 磯本 晃佑²⁾, 木村 雅友¹⁾

42歳男性. CT検査で両肺にランダム分布の多発結節影と右肺下葉に辺縁不明瞭な15mmのすりガラス結節を認めた. 経気管支肺生検ではCK7陰性, TTF-1・CK20・CDX2陽性の腺癌の結果が得られた. PET-CT検査では右肺門縦隔リンパ節転移, 第4・5腰椎転移を認めたが, 腸管にFDG集積はなかった. 上下部消化管内視鏡検査でも悪性所見は認めなかった. 大腸癌はなく, TTF-1陽性や病変部位から原発性肺癌として治療を行うこととした. ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PD-L1陰性でありカルボプラチン・ペメトレキセド・イピリムマブ・ニボルマブによる治療を行ったが, 奏効せず3コースで増悪した. 大腸癌様の原発不明癌として治療変更することを提案し, non MSI-H, RAS・BRAF野生型を確認した. Panitumumab+FOLFOXによる治療にて肺病変は著明に縮小した. 本症例のような免疫染色パターンを有する多発肺結節では大腸癌様の原発不明癌として治療を行うことを考慮すべきである.

94

プロカルシトニン(PCT)高値を示し, 病勢に伴い変化した小細胞肺癌の1例

1) 石切生喜病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器腫瘍内科

○松下 雄大¹⁾, 青原 大介¹⁾, 引石 淳仁¹⁾, 中浜 賢治¹⁾, 谷 恵利子¹⁾, 吉本 直樹¹⁾, 南 謙一¹⁾, 平田 一人¹⁾, 平島 智徳²⁾

【症例】80歳, 男性【現病歴】体重減少から職場近くの医院・他院で右上葉原発小細胞肺癌, 多発肝転移と診断されX年4月当院へ紹介受診された. 【経過】さらに精査の結果, cT4N3M1c stageIVB (HEP, BRA, OSS) となり, 治療(CBDCA+VP-16+Durvalumab)を開始. PCT値はPRに伴い最高値23から正常化し, 肝転移巣がPDとなった際には再度高値となった. 【考察】血清PCTは, 感染症の診断に使用されるバイオマーカーであるが一部の悪性腫瘍(甲状腺髄様癌や小細胞肺癌, 神経内分泌腫瘍など)の患者でも上昇する. また, 多発転移のある肺癌で高値となりやすく, SCLCの20%, 神経内分泌成分を有するNSCLCの43%にも認められるとの報告がある. SCLC患者における細菌感染をPCTで鑑別することは難しく, さらに治療前PCT値は, SCLCの予後と有意な負の相関を示すとされている.

95

EBUS-TBNAで診断した sclerosing pneumocytoma の1例

1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科
3) 同 病理診断科

○笹倉 美咲¹⁾, 辻 泰佑¹⁾, 山本 航平¹⁾, 田中 駿也¹⁾, 合田 志穂¹⁾, 塩津 伸介¹⁾, 弓場 達也¹⁾, 内匠千恵子¹⁾, 平岡 範也¹⁾, 上島 康生²⁾, 浦田 洋二³⁾

【症例】40歳女性【経過】検診の胸部単純X線写真で左中肺野に結節影を指摘され当院を紹介受診した. 症状はなく腫瘍マーカーの上昇は認めなかった. 胸部造影CTで左下葉気管支に接する造影効果の乏しい境界明瞭な2.5cmの結節影を認めた. FDG-PET/CTでは同部位にSUVmax5.19のFDG集積亢進を認めた. 同病変に対して超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を施行し sclerosing pneumocytoma (SP)と診断した. 経時的に増大傾向であったため, 根治術として胸腔鏡下左下葉部分切除術, 縦隔リンパ節郭清を施行した. 術後病理でもSPの診断で, リンパ節転移は認めなかった. SPは肺腫瘍全体の1%と比較的稀な良性腫瘍で, その病理学的多様性から術前診断率が低いとされているが, 今回EBUS-TBNAで術前診断に至ったSPの症例を経験したため, 文献的考察を加えて報告する.

96

小細胞肺癌の転移性脊髄腫瘍により不全麻痺を来すも, 椎弓切除術により化学療法を施行することが出来た1例

兵庫県立はりま姫路総合医療センター

○浦田 勝哉, 木村 洋平, 向田 諭史, 松尾健二郎, 二ノ丸 平, 吉村 将

【症例】70歳男性【現病歴】X-28日に血痰を主訴に前医を受診し, 胸部単純写真で異常陰影を指摘されて当院紹介となった. 悪性腫瘍が疑われ, X-6日に気管支鏡検査を施行した. しかし, X-3日に下肢の感覚障害が出現し, X日には起立困難となり, 当院外来を受診した. 同日緊急入院となり, CT・MRI検査を施行したところ, Th3レベルで髄腔内に突出する腫瘍性病変が脊髄を圧排していた. 翌日起床時より膀胱直腸障害が出現し, 緊急で椎弓切除術を施行した. 術後は転移性脊髄腫瘍による麻痺の進行なく, 化学療法へつなげることが出来た. 【考察】本症例は脊椎への骨転移がなく, 脊髄転移のため不全麻痺を来した1例である. 単純CTでは骨浸潤のない脊髄腫瘍の診断は困難だが, 早期に診断し整形外科と連携し治療に取り組むことが重要と考える.

97

重症のブロンコ肺炎を伴う肺腺癌に対して化学療法を行い人工呼吸器から離脱できた一例

1) 市立池田病院 呼吸器内科, 2) 大阪はびきの医療センター

○西島 良介¹⁾, 清水 裕平¹⁾, 大谷 安司¹⁾, 山内桂二郎²⁾, 住谷 仁¹⁾, 加藤聡一郎¹⁾, 田幡江利子¹⁾

【症例】55歳, 女性【現病歴】体重減少と呼吸困難を主訴に前医を受診し, 4Lカスラの呼吸不全を認め, 当院に救急搬送となった。【臨床経過】胸部CTで両肺全体にすりガラス班状影, 右下肺野に浸潤影を認め重症肺炎, ARDSを疑った。呼吸状態悪化でハイフローに変更したが, 翌日さらに増悪し, 人工呼吸器管理となった。画像と検査値の乖離があり, 感染症より悪性を疑い, 吸引痰の細胞診をするも陰性であった。第3病日に体位変換時に人口鼻が水様性の痰で閉塞し, ブロンコ肺炎であることに気づいた。痰の量は約1400ml/日であった。原因が肺癌であれば, 抗癌剤が必須であり, 人工呼吸器下で気管支鏡下肺生検を行った。細胞診で腺癌の診断で第5病日にCBDCA+PEM+Pembrolizumabを投与した。化学療法Day8で人工呼吸器離脱, 3か月経過してPRを維持している。【考察】重篤なブロンコ肺炎は致死率が高いが, 化学療法を行うことで救命することができた一例を経験したため報告する。

98

三次治療後にTMB-highを確認した進展肺小細胞癌に対してベムプロリズマブが有効であった1例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○上田 亮太, 中川 淳, 伊藤 雅弘, 田代 隼基, 豊田 裕士, 高橋 祥太, 増田 佳純, 李 正道, 金澤 史朗, 白川 千種, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真, 立川 良, 富井 啓介

【症例】75歳, 男性【現病歴・経過】X-3年に左肺結節影に対して気管支鏡検査施行。右肺門部リンパ節腫張及び腹腔内リンパ節腫張も認めており, 左進展肺小細胞癌の診断となった。初期治療としてシスプラチン+イリノテカンを4コース施行するも多発脳転移病変が出現しPD判定となり, 全脳照射後に二次治療としてアムルピシンを開始する。アムルピシンは長期に奏功し28コース実施するもX年5月に原発巣増大しPD判定となる。三次治療としてエトボシドを開始するもPD判定となる。組織型確認のため, 再度気管支鏡検査施行し検体採取するも小細胞癌の診断。FoundationOne CDx提出しTMB-highの結果であったため, 11月よりベムプロリズマブ投与開始。以降はPro-GRP低下傾向かつ, 肺癌原発巣並びにリンパ節病変が縮小傾向を認めPR判定となった。

99

肺結核・脳結核治療終了2年後に肺クリプトコッカス症を発症したHIV陰性の1例

独立行政法人国立病院機構近畿中央呼吸器センター

○杉本 英司, 小林 岳彦, 中川友香梨, 西原 昂, 糞毛祥次郎, 龍華 美咲, 滝本 宜之, 露口 一成, 新井 徹

症例は75歳男性。X-4年歩行障害を主訴に他院の脳外科を受診し, 頭部MRIで小脳虫部にリング状の造影効果を伴う病変を認め, 脳膿瘍が疑われた。また, 胸部CT検査では右肺上葉に石灰化を伴う多発粒状影を認めていた。膿瘍検体及び喀痰検体から結核菌培養陽性を認め, 肺結核・脳結核と診断した。開頭ドレナージ術後, 結核治療継続目的に当院へ転院した。薬剤感受性試験でPZA・INH耐性が判明し, 計18ヶ月間RFP+EB+LVFXで加療が行われた。HIV抗原・抗体は陰性であった。X-2年1月に治療が完遂し, 以降定期的に画像フォローを行っていたが, X年3月CT検査で両肺下葉に多発する粒状・結節影を認め, 精査目的に気管支鏡検査を行った。右肺下葉結節影の生検検体からPAS染色・グロコット染色・ムチカルミン染色に陽性の円形物質が認められ, 肺クリプトコッカス症と診断した。HIV陰性の結核治療後に肺クリプトコッカス症を発症した報告は少なく, 今回報告を行う。

100

トキシカラ症により多発肺結節影を呈した1例

1) 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院
2) 宮崎大学医学部 感染症学講座 寄生虫学分野

○大倉 千明¹⁾, 田中 美緒²⁾, 嶋村 優志¹⁾, 植木 康光¹⁾, 塚本 信哉¹⁾, 船内 敦司¹⁾, 野原 瑛里¹⁾, 神野 志織¹⁾, 森本 千絵¹⁾, 濱川 瑤子¹⁾, 北島 尚昌¹⁾, 井上 大生¹⁾, 丸毛 聡¹⁾, 福井 基成¹⁾

50代男性, X年2月に健診で右肺上葉と左肺上葉の結節影を指摘された。同年5月に胸部CTを再検したところ, 左肺上葉結節影の消失, 右肺S2結節影の増大を認め, 精査目的に当院紹介となった。採血では白血球7400/ μ L, 末梢好酸球数270/ μ L, 血清IgE 108IU/mLと正常範囲内であった。腫瘍マーカーやIGRAなど肺感染症に関する検査も陰性であった。一方, 寄生虫抗体スクリーニングで, イヌ回虫等が陽性となり, 更に免疫診断を施行したところ, トキシカラ症を強く疑われた。食歴を再聴取したところ, 鶏の生レバー等の頻回な生食歴を認めた。アルベンダゾール800mg/dayを8週間投与した。投与から4ヶ月後のCTでは結節影の一部縮小と内部の空洞化を認めた。トキシカラ症は加熱不十分な鶏や牛の肝臓の接触歴との関連が強く, 診断には血清寄生虫抗体の測定が有用とされている。本症例では好酸球やIgEの上昇を認めず, 珍しい症例と考えられたため, 文献的考察を加えて報告する。

101

短期治療で軽快を維持している肺 *Cunninghamella bertholletiae* 症の1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 感染症内科, 3) 同 内科, 4) 同 臨床検査科

○倉原 優^{1,2,3)}, 龍華 美咲³⁾, 嶋谷 泰明⁴⁾, 柳澤 篤³⁾,
田中 悠也³⁾, 小林 岳彦¹⁾, 露口 一成^{1,2,3)}

75歳男性。年単位の倦怠感と体重減少があり、咯血がみられたため来院した。咯痰のGram染色で糸状菌を疑い、サブローデキストロース寒天培地において培養早期に綿菓子状の白色コロニーが発育したことから、肺ムーコル症と考えた。26S rDNA-D1/D2およびITS解析により、*Cunninghamella bertholletiae* と同定された。その後約3週間の抗真菌薬投与をこころみだが、副作用が強く早期に治療終了となった。現在咯痰の *Cunninghamella* 属の培養は陰性化している。本感染症は一般的に予後不良であるが短期治療で軽快を維持している貴重な例であり報告する。

102

健診の胸部異常陰影を契機に診断したトキソカラ症の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 臨床感染制御学

○石山 福道¹⁾, 佐藤佳奈子¹⁾, 覺野 重毅²⁾, 中濱 賢治¹⁾,
渡辺 徹也¹⁾, 川口 知哉¹⁾

基礎疾患のない42歳男性。健診で胸部異常陰影を指摘され前医を受診した。CT検査で両肺に散在する周囲にすりガラス状のhaloを伴う多発結節、多発肝腫瘍、末梢血好酸球増多を認め精査加療目的に当科へ紹介となった。肺結節は約1ヶ月間で多くは消退していたが、新規の肺結節が出現していた。抗寄生虫抗体スクリーニング検査では数種類の寄生虫に対して陽性となり、問診で牛や鳥の生肉の喫食歴があった。免疫学的精査により抗トキソカラ抗体を検出し、トキソカラ症と診断した。全身検索では肺、肝臓に加えて右前頭葉にも病変があり、内臓型、及び神経型トキソカラ症に分類された。駆虫薬であるアルベンダゾール内服治療と全身ステロイド治療を約7週間行い、病変の消退を認めた。動物の生肉の喫食は、本邦の成人における主な寄生虫感染の経路であり、特徴的な肺病変や好酸球増多症から想起し、詳細な問診を行うことが重要である。

103

肺MAC症に合併し黒色痰で発症した肺 *Exophiala dermatitidis* 症の1例

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

○田中 悠也¹⁾, 倉原 優^{1,2,3)}, 嶋谷 泰明⁴⁾, 小林 岳彦³⁾,
露口 一成^{1,2,3)}

肺MAC症と気管支拡張症に対して治療中の56歳女性。1年前から続く黒色痰を伴う咳嗽を認め、来院した。咯痰検体では、既存のMAC以外に、サブローデキストロース寒天培地において黒色酵母様真菌が発育し、26S rDNA-D1/D2およびITS解析より *Exophiala dermatitidis* と同定した。肺MAC症に対する治療とイトラコナゾール内用液による治療を並行しており、現在菌のコントロールは得られていない。

104

過敏性肺炎との鑑別を要しHIV感染症に合併したニューモシスチス肺炎、サイトメガロウイルス肺炎の一例

- 1) 明石医療センター, 2) 神戸市立西神戸医療センター

○塚本 玲^{1,2)}, 上領 博²⁾, 島 佑介²⁾, 松岡 佑²⁾,
益田 隆広²⁾, 三輪葉々子²⁾, 木田 陽子²⁾, 瀧 力也²⁾,
櫻井 稔泰²⁾, 多田 公英²⁾

アレルギー性鼻炎がある28歳男性。労作時息切れ、発熱を主訴に受診し胸部X線写真、CTで両側びまん性のすりガラス陰影がみられた。抗トリコスポロン・アサヒ抗体や鳥関連抗体は陰性であったが、過敏性肺炎を鑑別に挙げて気管支鏡検査を行った。リンパ球上昇、CD4/CD8リンパ球比低下を伴う気管支肺胞洗浄液を回収した。抗原隔離のみで自覚症状、画像所見は一旦改善したが、2か月後に症状の再燃を認めた。同性や不特定多数との性交渉歴が判明し、ニューモシスチス肺炎やサイトメガロウイルス肺炎なども鑑別と考えHIV抗原抗体検査を提出すると陽性であった。 β -D-グルカン陽性、サイトメガロウイルス抗原アンチゲネミア陽性であり、HIV感染症に合併したニューモシスチス肺炎、サイトメガロウイルス肺炎と診断した。一旦自然寛解を認め診断に苦慮したため、本症例の臨床経過について文献的考察を交えて報告する。

105

肺癌に対するニボルマブ・イピリムマブ療法による薬剤性肺炎の経過中に肺アスペルギルス症を発症した1例

大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科

○朝川 遼, 鬼頭里以子, 高山 祥泰, 飛田 哲志,
田中 智, 山本 傑, 上野 清伸

【症例】84歳の男性。PS 1。慢性閉塞性肺疾患、2型糖尿病、慢性B型肝炎、などの併存症があった。左下葉肺扁平上皮癌(cT3N2M0, PD-L1陰性)に対するニボルマブ・イピリムマブ併用療法の第15日目に薬剤性肺炎を生じた。CTでは器質性肺炎パターンの陰影を認め、ブレドニゾロン(PSL)60mgで軽快したが、PSL30mgに減量した翌日に発熱を認めた。CTでは気腫性肺嚢胞周囲の浸潤影を認め、薬剤性肺炎とは異なる陰影であった。培養検査は陰性で、広域抗菌薬での治療に不応であった。β-Dグルカン高値を認め、肺真菌症と判断した。ミカファンギンの投与で改善を認めた。後に血清アスペルギルス抗原陽性が判明し、肺アスペルギルス症と診断を確定した。ポリコナゾール内服治療にて軽快を維持している。【考察】免疫関連有害事象に対するステロイド治療で肺真菌症を生じた可能性がある。免疫化学療法では、有害事象の治療に伴う日和見感染症にも留意すべきと考えられた。

106

意識障害を伴うレジオネラ肺炎の1例

甲南医療センター 呼吸器内科

○細江 承, 榎本 隆則, 寺下 智美, 中田 恭介

【症例】54歳、男性【経過】発熱および意識障害を主訴に来院した。右下葉背側に広範なすりガラス影、浸潤影を認め、血液検査では炎症反応高値、CK高値、電解質異常を認めた。レジオネラ肺炎を強く疑ったが、尿中レジオネラ抗原は陰性であった。さらに喀痰PCR法を行い、レジオネラ肺炎の確定診断となった。頭部MRI検査ではMERS所見を認め、全身性炎症に伴う脳炎状態と考えられた。2週間の抗菌薬投与で全身状態は改善したため退院したが、失語や高次脳機能障害は残存した。【考察】レジオネラ肺炎の中樞神経症は40%で出現する。失語の出現率は低いが、出現すれば3か月以上残存することもある。レジオネラ肺炎は進行が早く速やかな抗菌薬投与を行わなければ重篤化してしまうことも多いため、尿中抗原が陰性であっても臨床症状からレジオネラ肺炎を疑った場合には早期に適切な抗菌薬投与が必要である。

107

健康成人においてBLNAR感染を来した肺嚢胞性病変の1例

1) 独立行政法人国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
2) 同 放射線科

○小南 亮太¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾,
竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平田 展也¹⁾, 山之内義尚¹⁾,
加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾,
塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 東野 貴徳²⁾

症例は生来健康な34歳女性。3日前からの39℃台の発熱を契機に胸部異常影を指摘され当院へ紹介となった。CTで右下葉に5cm大の球形の薄壁嚢胞影を認め、内部ニボー像および周辺にはすりガラス影を伴っていた。血液検査でWBC7900/μL、CRP6.77mg/dLと軽度上昇しておりABPC/SBTを開始した。経過中に大量の咯血を来とし、ニボーが消失した。喀痰および経皮的穿刺吸引液の培養でBLNARが検出されたことからMFLX内服へ変更し、合計2週間有効な薬剤を投与し治療を終了した。1年後に同大の嚢胞が残存したことから、既存の嚢胞性病変に感染した可能性が示唆された。文献的考察を加え報告する。

108

気管支動脈塞栓術後も咯血を繰り返した肺仮性動脈瘤の一例

1) 姫路赤十字病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科
3) 同 放射線科

○吉本 愛理¹⁾, 野海 拓¹⁾, 脇 翔平²⁾, 中村 香葉¹⁾,
井上 大作³⁾, 真下 周子¹⁾, 田尾 裕之²⁾, 水谷 尚雄²⁾,
岸野 大蔵¹⁾

症例は64歳男性。X-1年血痰にて当院受診したが原因の特定に至らなかった。X年10月より連日の咯血を認め緊急入院となった。同日気管支鏡検査を実施するも右気管支に少量血液の付着をみるのみであった。膿性痰を認め抗菌療法を行った。肺外からの出血が否定できず入院5日目、上部消化管内視鏡を施行したが、このとき再度咯血し低酸素状態に至った。緊急気管支動脈造影を行い、右肺下葉の異常血管に対し塞栓術を施行した。咯血の量は著減するも数日で再度増加し、造影CT再検で右肺仮性動脈瘤を認めた。入院12日目に右中下葉切除術を施行し咯血は消失した。病理所見では慢性炎症が示唆された。

出血源の特定は症状、内視鏡所見などを総合的に勘案するが、本症例では画像所見が有用であった。咯血の原因精査における画像検査・内視鏡検査について文献的考察を交え発表する。

侵襲性肺炎球菌肺炎と重症 COVID-19肺炎の合併による肺気腫で気胸を繰り返した1例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○伊藤 雅弘, 中川 淳, 上田 亮太, 高橋 祥太,
田代 隼基, 増田 佳純, 李 正道, 白川 千種,
金澤 史朗, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,
立川 良, 富井 啓介

症例は45歳男性。発熱、咽頭痛で発症した軽症 COVID-19肺炎で自宅待機していた。発症1週間後に呼吸困難が増悪して他院に救急搬送、著明な1型呼吸不全で当科に転院した。重症 COVID-19肺炎として加療したが、CTで両側肺に散在する斑状すりガラス影に加えて広範な浸潤影を認め、血液培養、喀痰培養で *Streptococcus pneumoniae* を検出した。侵襲性肺炎球菌感染症の併発を疑って広域抗菌薬を追加、挿管、人工呼吸管理としたが呼吸状態に明らかな改善なく経過した。第10病日にX線で巨大な肺嚢胞が出現、第11病日には気胸を生じて、胸腔ドレナージを行った。CTでは肺気腫が散在し、その後も気胸を5回繰り返した。救命できたが荒廃した背景肺、長期入院による廃用から慢性2型呼吸不全に至り、現在も気管切開、人工呼吸管理を継続した上でリハビリを継続している。重症ウイルス性肺炎および細菌性肺炎では肺気腫の形成およびそれに続発する気胸に留意する必要がある。

肺癌化学療法投与日に COVID-19に感染、ウイルス性肺炎を来した在宅酸素療法に至った1例

独立行政法人国立病院機構姫路医療センター

○加藤 智浩, 吉川 和志, 世利 佳澁, 井野 隆之,
竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 山之内義尚,
小南 亮太, 東野 幸子, 鏡 亮吾, 三宅 剛平,
横井 陽子, 塚本 宏社, 水守 康之, 佐々木 信,
中原 保治, 河村 哲治

症例は73歳男性。コロナワクチン未接種、腫瘍熱に対しNSAIDs内服中。71歳時に左上葉肺腺癌 cT4N2M1c, Stage4Bの診断を受け加療していた。4th line の AMR 2コース目投与目的で入院。投与開始3日目に前日より入院していた同室患者が COVID-19を発症。直ちに隔離を行ったが同5日目に無症状ながら COVID-19抗原陽性が判明した。同12日目に発熱とともに両肺すりガラス影が出現、ステロイド投与を開始した。翌日より低酸素血症を来とし、パリスチニブを併用、改善傾向となったが、低酸素血症は遷延した。ウイルス Ct 値は抗原陽性確認日から24日で26.7、30日で19.4と遷延、38日目に PCR 陰性を確認したが、在宅酸素療法を導入し退院となった。化学療法時に COVID-19肺炎を発症、感染遷延および慢性呼吸不全の後遺症を来した1例を経験したので報告する。

当院におけるアレルギー性気管支肺真菌症に対する生物学的製剤の使用経験

大阪刀根山医療センター

○宮本 哲志, 三橋 靖大, 長田 由佳, 松木 隆典,
新居 卓朗, 辻野 和之, 三木 啓資, 木田 博

【背景】アレルギー性気管支肺真菌症 (ABPM) は、基礎疾患として気管支喘息を有することが多いが、近年 ABPM に対する治療として、喘息に対する生物学的製剤 (Biologics) 治療を併用する有用性の報告が増えている。【症例】2015年4月-2023年3月までの当院における ABPM と診断した48症例にて、Biologics の導入症例11症例を後方視的に検討した。Omalizumab 5症例、Mepolizumab 3症例、Benralizumab 3症例、Dupilumab 1症例 (重複を含む) であった。7症例は Biologics を継続することで、再燃することなく、また経口ステロイド内服量を減らすことができた。一方で、Omalizumab 導入3症例のうち2症例は陰影増悪、1症例は効果不十分で Dupilumab に切り替えが必要となり、Mepolizumab 1症例は無効の為に中止となった。【考察】以上の結果を踏まえて、代表的な症例と文献的考察を合わせて提示する。

自然退縮後再燃し悪性腫瘍と鑑別を要した特発性肺内血腫の一例

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

○難波 晃平¹⁾, 門田 和也¹⁾, 清原あすか¹⁾, 今尾 舞¹⁾,
黒田 修平¹⁾, 長崎 美華¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 池内 美貴¹⁾,
久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 榎屋 大輝¹⁾,
大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾, 大林 千穂²⁾

心房細動でワルファリンカリウム内服中の81歳男性。3週間続く血痰で受診し、右肺下葉に腫瘤を認めた。前医で4年前にも右肺下葉の腫瘤を指摘され1か月後に縮小、6か月後に完全に消退していた。腫瘤は辺縁整、境界明瞭で内部に造影効果を認めず、血腫疑いで抗血栓薬を中止したが血痰が持続するため胸腔鏡下右肺下葉部分切除術を施行した。切除標本では内部に血塊を伴う嚢胞を認めた。組織像では線維性の壁を持つ単房性嚢胞で、腔面にはヘモジデリン沈着が目立ち、嚢胞壁に被覆上皮はなかった。気管支壁成分も認めず、背景に気腫性変化はなく、特殊染色で抗酸菌や真菌は検出されなかった。肺内血腫を来す原因を同定できず、特発性として術後経過観察とした。抗血栓薬再開後も血痰、陰影とも再燃なく経過している。肺内血腫は外傷性、悪性腫瘍の肺病変、Ehlers-Danlos syndrome による血管や結合織の異常に伴うものの報告があるが、特発性肺内血腫は稀である。

113

HMGCR 抗体陽性の免疫介在性壊死性ミオパチーの治療経過中に発症した肺胞蛋白症の1例

- 1) 北播磨総合医療センター 呼吸器内科
- 2) 兵庫県立淡路医療センター 呼吸器内科
- 3) 北播磨総合医療センター リウマチ・膠原病内科

○西井 雅彦^{1,2)}, 桂田 雅大¹⁾, 百道 光亮¹⁾, 安井 裕美¹⁾, 土橋 直史³⁾, 河野 祐子¹⁾, 松本 正孝¹⁾, 高月 清宣¹⁾, 西村 善博¹⁾

【背景】免疫介在性壊死性ミオパチー (immune-mediated necrotizing myopathy:IMNM) に間質性肺疾患が合併することがあり、鑑別が必要である。【症例】72歳の女性。X-1年8月に抗 HMGCR 抗体陽性の IMNM と診断され、ステロイド投与が開始された。同年12月に施行した胸部 CT 検査で両側胸膜直下を中心にびまん性すりガラス陰影が認められた。間質性肺炎を合併したと臨床的に考えられ、免疫抑制剤が追加された。しかし、X 年10月に陰影が増悪したため、当科に紹介となった。気管支肺胞洗浄・経気管支肺生検の結果、気管支肺胞洗浄液は白色混濁で、SP-A 染色陽性で、血液検査では抗 GM-CSF 抗体が陽性であった。以上より自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。検索した範囲では IMNM に合併した肺胞蛋白症の報告例はなかった。【結語】IMNM に合併した肺胞蛋白症の1例を経験した。

114

長期の画像経過を観察できた肺骨化症の一例

- 1) 神鋼記念病院 呼吸器センター、2) 同 病理診断科

○清原あすか¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 大島慎太郎¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 山本 浩生¹⁾, 橋田 恵祐¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾, 田代 敬²⁾, 大林 千穂²⁾

症例は52歳男性。自覚症状はなし。X-18年より健診の胸部単純 X 線で左下肺野の網状影を指摘され、X-16年に他院で気管支鏡検査を施行するも原因不明であった。1年ほど経過観察され終診となった。X 年6月の健診時の胸部単純 X 線にて両下肺野の網状影を指摘され、当センターを受診した。胸部 CT で左上下葉、右下葉に多発粒状影を認めた。半年の経過観察で変化なく、12月に経気管支肺生検を施行し、肺骨化症と診断した。肺骨化症は、肺組織に異所性の骨化巣を生じる疾患である。典型的には無症状であり、胸部単純 X 線で異常を認めない症例が多く、ほとんどが剖検で発見される。長期に経過観察された報告はほとんどない稀な疾患であり、今回画像や病理、予後、合併症など文献的考察を交えて報告する。

115

緑膿菌感染症を合併した肺葉内肺分画症の1例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科、3) 同 病理診断科
- 4) 京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座 (画像診断学・核医学)

○谷澤 公伸¹⁾, 名取 大輔¹⁾, 立岡 佑理¹⁾, 大角 明宏²⁾, 松本 和久²⁾, 半田 知宏¹⁾, 池添 浩平¹⁾, 伊藤 功朗¹⁾, 坂本 亮⁴⁾, 吉澤 明彦³⁾, 寺田 和弘³⁾, 平井 豊博¹⁾

症例は42歳女性。10年間コスタリカに在住し帰国直後に、咳嗽、膿性痰、微熱を主訴に近医を受診。胸部異常影を指摘され当科に紹介。胸部 CT で、異常血管の流入を伴う右下葉腫瘤影および両肺の多発すりガラス影を認めたため、右下葉肺分画症と肺炎が疑われ、気管支鏡で緑膿菌を検出。2週間の抗菌薬投与後に肺炎の改善を確認して、右下葉切除術を施行。術中所見では腹腔動脈からの異常血管の流入を認め、切除肺標本は閉塞性肺炎、肺膿瘍を伴う肺葉内肺分画症に合致した。分画症領域と正常肺領域に気管支の交通はなかった。術後2ヶ月を経過したが、肺炎再発、膿胸合併、残存異常血管の瘤形成はなく、良好な経過である。肺感染症は肺分画症の重要な合併症であるが、肺分画症術前の両側肺炎に対する治療によって、良好な術後経過が得られたと考えられ、報告する。

116

非結核性抗酸菌症を合併した気管支閉鎖症の1例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科、3) 同 病理診断科
- 4) 京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座 (画像診断学・核医学)

○谷澤 公伸¹⁾, 大角 明宏²⁾, 松本 和久²⁾, 半田 知宏¹⁾, 池添 浩平¹⁾, 伊藤 功朗¹⁾, 坂本 亮⁴⁾, 吉澤 明彦³⁾, 寺田 和弘³⁾, 平井 豊博¹⁾

症例は30歳男性。20XX-1年10月咳嗽、背部痛を機に近医で胸部異常影を指摘され、20XX-1年11月当科に紹介。胸部 CT で右上葉 S2の限局性気腫性変化に気管支内粘液栓を伴うコンソリデーションを認め、右 B2a の気管支閉鎖症が疑われた。20XX 年1月の気管支鏡で有意な病原体は検出されなかったが、20XX 年6月以降、右 S2 の肺炎を再発し、右気胸を合併。喀痰で *M. Intracellulare* が2回検出されたため、非結核性抗酸菌症と診断した。20XX 年8月より CAM, RFP, EM を開始し、20XX 年8月20日右上葉・S6部分切除術を施行。切除肺標本で右 B2a 気管支欠損を認め、細気管支領域に壊死性肉芽腫が見られた。切除肺の組織培養では *M. Intracellulare* を認めた。術後も CAM, RFP, EM を継続しているが、画像で抗酸菌症の再発はなく、喀痰からも抗酸菌は検出されていない。気管支閉鎖症の合併症として非結核性抗酸菌症は重要だが、外科的切除前から治療が開始された症例は稀であり、報告する。

117

成人期に多発嚢胞感染を契機に先天性肺気道奇形と診断された1例

公益財団法人天理よろづ相談所病院

○田中 佑磨, 池上 直弥, 外山 尚吾, 岡垣 暢紘,
坂本 裕人, 中西 司, 武田 淳志, 松村 和紀,
中村 哲史, 上山 維晋, 加持 雄介, 橋本 成修,
羽白 高, 田中 栄作, 山口 善夫

症例は24歳女性。特記すべき既往はなく、健康診断でも異常指摘歴はない。X年10月24日から続く咳嗽・労作時呼吸困難・発熱を主訴に近医を受診した。胸部単純X線・胸部CTで左肺下葉に浸潤影および多発嚢胞。嚢胞内液体貯留を指摘され、造影CTでは大動脈から多発嚢胞への栄養動脈を認めなかったことから先天性肺気道奇形が疑われた。10月31日から抗菌薬投与を開始されて熱型・炎症反応は徐々に改善したが、嚢胞内液貯留の改善は乏しく、嚢胞内感染のコントロールが困難と考えられた。11月18日に当院へ転院し、抗菌薬を継続しながら12月22日に胸腔鏡下左肺底区切除術を施行した。摘出肺標本から病理学的に先天性肺気道奇形1型と診断した。術後経過は問題なく、感染の再燃なく経過している。先天性肺気道奇形が成人期に発見されて病理学的に診断しえた報告は稀であるため報告する。

118

ジスチグミン臭化物によるコリン作動性クリーゼで急性呼吸不全を来した1例

市立伊丹病院 呼吸器内科

○高田 悠司, 細井 慶太, 木下 善詞, 原 聡志,
原 彩子, 永田 憲司, 高山 祥泰, 島津 保之,
土田 滯

症例は84歳女性。大腿骨頸部骨折を発症し、当院で観血的整復固定術を施行した。リハビリも進み転院調整を進めていた矢先に、喀痰量増加を伴う低酸素血症の急速な進行があり、担当医は当初誤嚥性肺炎や心不全を想定した。発熱、頻呼吸、血圧・意識レベルの低下も伴い、敗血症も示唆された。しかし、心拍数が50台と徐脈であるため投薬状況を確認したところ、神経因性膀胱に対してジスチグミン臭化物を定期内服中だと判明した。縮瞳を認め、血中ChEを測定すると8 U/Lと著明に低下していた。コリン作動性クリーゼと診断し、硫酸アトロピン静注で軽快した。同剤については副作用報告（死亡例を含む）増加を受け、2010年より1日5mg上限へと変更され、報告数は減少した。ただ、使用頻度が高いため一定数のクリーゼ発症は避けられず、誤嚥性肺炎や心不全と診断されてクリーゼと認識されないケースも少なくない。血中薬物濃度上昇に関する新たな知見も踏まえて報告する。

119

テゼベルマブが著効した Type 2 low 難治性気管支喘息の2例

1) 赤穂市民病院 呼吸器科, 2) 京都大学 呼吸器内科
3) 名古屋大学 機能形態学 分子細胞学

○塩田 哲広¹⁾, 岩見 麻衣¹⁾, 平尾 勇介¹⁾, 西村 駿介¹⁾,
橋本健太郎²⁾, 辻 貴宏³⁾

症例1: 49歳, 女性。35歳から気管支喘息を発症。49歳時にテリルジー 200を開始するも効果は限定的でステロイドの全身投与、抗ロイコトルエン薬の投与を施行するも咳嗽は止まらなかった。好酸球数 90/ μ L, IgE 98IU/ml テゼベルマブの投与を施行したところ何年も持続していた咳は全くでなくなりやめていた喫煙を再開した。症例2: 68歳, 男性。58歳から気管支喘息を発症。高用量エナジア、テリルジー 200など使用するも咳は全く改善せず、半年間でプレドニンのパーストを6回行っている。好酸球110/uL IgE 24IU/ml。テゼベルマブ投与後2か月目から咳はでなくなりプレドニンのパーストも行っていない。TSLPはTh2細胞の誘導作用だけでなくTh2細胞機能の維持などアレルギー性炎症の成立全般にかかわっていることが明らかになり、アレルギー性炎症のマスタースイッチともいえる分子であると考えられているが、Type 2 low 気管支喘息への作用機序は解明されていない。

120

メボリズマブを導入したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の1例

奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー内科

○太田 和輝, 新田 祐子, 濱田恵理子, 佐藤 一郎,
古山 達大, 古高 心, 宮高 泰匡, 岩佐 佑美,
藤岡 伸啓, 春成加奈子, 坂口 和宏, 谷村 和哉,
長 敬翁, 藤田 幸男, 山本 佳史, 本津 茂人,
山内 基雄, 吉川 雅則, 室 繁郎

症例は27歳男性。X-10年に他院でアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) と診断され、全身性ステロイドや抗真菌薬による治療を開始された。同年ステロイド精神病や躁うつ病の疑いで当院精神科に紹介となり、ABPA 管理も当科で行うこととなった。その後、精神疾患併存のため全身性ステロイドを終了したが、ABPA 増悪のため全身性ステロイドや抗真菌薬による治療を繰り返していた。X年8月にも入院で治療を行い、全身性ステロイドを終了し退院とした。同年9月からメボリズマブを導入し、その後に抗真菌薬を終了してからも良好な経過を辿っている。ABPA に対する生物学的製剤の有効性の報告は散見される。本症例でも全身性ステロイドなしで自覚症状、画像所見の増悪を認めず、メボリズマブの有効性が示された。

121

ベンラリズマブで一時的に制御できたが再燃しデュピルマブが奏功した難治性喘息合併 ABPA の2例

国立病院機構姫路医療センター

○東野 幸子, 吉川 和志, 世利 佳滉, 井野 隆之,
竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 山之内義尚,
小南 亮太, 加藤 智浩, 鏡 亮吾, 三宅 剛平,
横井 陽子, 塚本 宏壮, 水守 康之, 佐々木 信,
中原 保治, 河村 哲治

症例1は73歳の女性。再燃を繰り返す ABPA に対しプレドニゾロンを漸減中止。ベンラリズマブに変更したところ10ヶ月間病勢が安定していたが、再燃したためデュピルマブに変更。以後再燃なく経過良好である。症例2は54歳の女性。再燃を繰り返す ABPA に対しプレドニゾロンを漸減中止。ベンラリズマブに変更したところ4ヶ月は病勢が安定していたが、再燃したためデュピルマブに変更したところ病勢が安定した。いずれの症例も末梢血好酸球数が高かったが、好酸球性副鼻腔炎の併発は認めなかった。難治性喘息を伴う ABPA に対し抗 IL-5R 抗体を投与することでステロイド離脱に成功したものの再燃防止には至らず、抗 IL-4/IL-13 抗体に変更することで病勢が抑えられるに至った。文献的考察とともに報告する。

122

メンソール煙草への銘柄変更が原因と考えられた急性好酸球性肺炎の症例

明石医療センター 呼吸器内科

○山崎菜々美, 畠山由記久

【症例】症例は22歳男性。X年4月19日に発熱を自覚し4月20日に発熱、呼吸苦を主訴に当院救急外来を受診した。来院時体温 39℃, SpO₂ 88% (室内気) であり酸素 3L/分の投与を要した。全血算白血球 10,990/μL, 好酸球 4.1%, 胸部 X 線画像で両肺にびまん性に淡い浸潤影、網状影があり胸部 CT 画像で両肺野に小葉間隔壁の肥厚、気道壁肥厚、多発する斑状すりガラス状濃度上昇を認めた。問診上2年前からの現喫煙者であり受診1週間前に銘柄をメンソール系に変更していた。気管支肺胞洗浄液中の白血球 2290/μL, リンパ球 23.2%, 好酸球が 61.6% に著増していた。第3病日に全血算好酸球は 14% に上昇した。煙草の銘柄変更に伴う急性好酸球性肺炎と診断した。ステロイド投与なく改善し第4病日に酸素投与を終了した。【考察】煙草の銘柄変更によって発症したと考えられた急性好酸球性肺炎の症例を経験したため文献的考察を加えて発表する。

123

薬剤性好酸球性肺炎の二例 (メサラジンとサラゾスルファピリジン)

1) 大阪複十字病院 内科
2) 大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学

○東口 将佳¹⁾, 酒井 俊輔¹⁾, 行木紳一郎^{1,2)}, 西岡 紘治¹⁾,
木村 裕美¹⁾, 井上 義一¹⁾, 松本 智成¹⁾, 小牟田 清¹⁾

症例1は37歳女性。潰瘍性大腸炎の診断にてメサラジンによる治療を開始。1か月後、発熱、咳が出現。胸部 CT にて両肺びまん性すりガラス陰影を認め、末梢好酸球増多を認めたため、好酸球性肺炎と診断。メサラジンを中止しステロイド治療を開始することによって、改善した。症例2は87歳男性。関節リウマチの診断にてサラゾスルファピリジンによる治療を開始。2か月後、倦怠感、呼吸困難が出現。胸部 CT にて左肺にすりガラス陰影を認め、末梢好酸球増多を認めたため、好酸球性肺炎と診断。サラゾスルファピリジンの中止のみで改善した。メサラジン、サラゾスルファピリジンは薬剤性好酸球性肺炎を起こしやすい薬剤と考えられ、文献的考察を交えて提示する。

124

好酸球性肺炎に伴う気管内隆起性病変が治療に伴い消失する経過を確認できた一例

松下記念病院 呼吸器内科

○酒井 健紀, 西村 直也, 宮本 瑛史, 山田 崇史

症例は65歳男性。X-1年3月に咳嗽を主訴に呼吸器外科を受診した。CTで両肺に斑状すりガラス影と末梢血好酸球増多を伴っていたため、好酸球性肺炎が疑われステロイド投与が開始された。症状の改善に伴い、X-1年6月にステロイドは終了となった。X-1年12月に咳嗽が再度悪化し、CTで肺野浸潤影を認めていたため、肺炎の診断で抗生剤治療が開始された。経過で労作時呼吸困難が出現してきたため、X年1月に当科紹介となった。気管支鏡検査を行い、気管内に白苔の付着とびまん性に広がる隆起性病変を認め、気管支肺胞洗浄から好酸球性肺炎と診断し、ステロイド治療を開始した。その後症状は改善し、3ヶ月後の気管支鏡検査で気管内病変は消失していることを確認した。好酸球性肺炎に伴い気管内病変が生じうることは報告されていたが、本症例は治療に伴い消失まで経過を確認できたため報告する。

125

コンプライス不良の気管支喘息発作を背景にたこつぼ心筋症をきたした1例

- 1) 兵庫医科大学病院 呼吸器・血液内科学
2) 同 胸部腫瘍学

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

【症例】73歳女性【主訴】喀痰増加・呼吸困難【現病歴】X-28年より近医で慢性副鼻腔炎合併の難治性気管支喘息にて加療されていた。X-2年に当科紹介となり、ICS/LABA/LAMA・テオフィリン・ロイコトリエン拮抗薬と少量マクロライド内服にて加療され、X-1年からベンラリズマブ皮下注も導入された。X年2月に喀痰・呼吸困難にて受診され、吸呼気に聴取する著明な喘鳴と1型呼吸不全を認め、気管支喘息大発作と判断し、抗菌薬・SABA吸入・全身ステロイド加療を行った。また、ST-T変化と心尖部の壁運動低下・左室駆出率低下を認めタコつぼ型心筋症と診断した。喘息発作の改善と共に心機能は改善し、喘鳴も軽快したため11病日に退院となった。【考察】気管支喘息発作時はアドレナリン投与や気管挿管を要する状態に至らずとも内因性カテコラミンの放出などを機序にたこつぼ心筋症をきたす可能性があり、喘鳴聴取時には心機能の評価も併せて行う必要がある。

126

診断後、約20年間経過を評価しえた若年発症重症COPDの1例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
2) 奈良県立医科大学附属病院 呼吸器内科

○名取 大輔¹⁾, 田辺 直也¹⁾, 佐藤 晋¹⁾, 佐藤 篤靖¹⁾, 室 繁郎^{1,2)}, 平井 豊博¹⁾

【背景】50歳未満に重度の肺気腫と呼吸機能低下を呈する若年発症重症慢性閉塞性肺疾患（COPD）の形態機能に関する長期経過の知見は乏しい。【症例】33歳時に胸部X線にて肺気腫を指摘された。38歳時に喫煙歴、mMRC 4度の呼吸困難、1秒量0.81L（対予測値23.6%）、1秒率33.6%よりCOPDと診断された。慢性呼吸不全のため在宅酸素療法導入、気管支拡張薬や吸入ステロイドによる加療を開始したが、45歳時には1秒量0.53Lと悪化し、定量的CT画像評価では気腫性変化割合（LAA%）は55%となった。52歳時、増悪に伴うCO₂ナルコーシスにて気管挿管人工呼吸、抜管後非侵襲的陽圧換気を開始した。53歳時肺移植待機登録、その後も増悪あり55歳時LAA%は60%と肺気腫進行を認めた。【結語】30代で発症し重度肺気腫、呼吸不全を呈した若年発症重症COPD例を経験した。長期にわたるCT画像経過が得られた貴重な症例であり報告する。

127

COVID-19によるAutobullectomyの1例

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

○久保 直之¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 横江 真弥¹⁾, 田中 伶於¹⁾, 後藤 幸¹⁾, 大岡 彩¹⁾, 入山 朋子¹⁾, 成宮 慶子¹⁾, 角田 陽子¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 松尾裕美子³⁾, 行村瑠里子²⁾, 内田 泰樹¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 大澤 真²⁾, 小川恵美子³⁾, 山口 将史¹⁾, 中野 恭幸¹⁾

症例はCOPDにて当院通院中の72歳男性。中等症COVID-19にて入院した。全身ステロイド、トシリズマブにより軽快し、ステロイド終了の上、第29病日に退院した。退院6日後に発熱、酸素化悪化にて再入院した。CT画像で左肺に新たな浸潤影を認め、COVID-19に伴う二次性器質性肺炎と診断した。全身ステロイド、トシリズマブによる再治療にて速やかに酸素化と肺野陰影が改善した。全身ステロイドは4か月間で漸減、終了した。1年後のCT画像では左肺の気腫性病変が縮小し、肺機能検査で一秒量の改善を認めた。COVID-19罹患前には室内気での労作後SpO₂が89%であったが、COVID-19罹患1年後には94%に改善した。肺炎後に気腫性肺病変の縮小を認める現象はautobullectomyと呼ばれる。細菌性肺炎に伴うautobullectomyの報告は散見されるがCOVID-19に伴うものは報告が少ない。今回我々はCOVID-19によるautobullectomyを認めたCOPDの一症例を経験したので考察を加えて報告する。

128

慢性肺アスペルギルス症を合併した先天性気管支閉鎖症の1例

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

○山之内義尚¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 西坂 直人¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 安松 良子²⁾, 佐々木 信¹⁾, 中原 保治¹⁾, 河村 哲治¹⁾

15歳男性。既往歴特記なし。X年4月の学校健診で胸部異常影を指摘され、当院受診した。左上区に周囲への浸潤影に伴う空洞性病変を認め、内部には造影効果の乏しい菌球様陰影がみられた。左B¹⁺²aは膜様構造により盲端となっていたが、遠位の気管支は空洞と交通していた。気管支鏡による洗浄液培養で特記所見はなかったが、血清アスペルギルス沈降抗体陽性および画像所見より慢性肺アスペルギルス症と考え、X年10月に胸腔鏡下左上葉切除を施行した。切除検体の病理で泡沫状組織球と菌糸構造を認め、*Aspergillus fumigatus*が培養された。以上から、先天性気管支閉鎖症を背景とした慢性肺アスペルギルス症と診断した。術後ポリコナゾールを開始したが服薬アドヒアランスが安定せず、イトラコナゾールへ変更した。再燃なく経過し、合計6ヵ月間の抗真菌薬投与で終了予定としている。

130

慢性呼吸不全患者における客観的データおよび主観的データの関連

国立病院機構 南京都病院 呼吸器疾患と神経難病のための呼吸ケアセンター

○坪井 知正

生理学的指標等の客観的データと患者報告型アウトカム（各種質問票）で評価した主観的データとの組合せで慢性呼吸不全患者の予後予測精度の改善を報告してきた（第120回内科学会総会プレナリーセッション）。COPD150例を対象に、客観的データとして年齢・BMI・%VC・%FEV1・PaCO₂・PaO₂、および主観的データとして呼吸困難（mMRC）・生活の質（SRI）・不眠（AIS）・抑うつ（HAD）・不安（HAD）・睡眠の質（PSQI）・昼間の眠気（ESS）を調査し、客観的データ間の相関を調べた。客観的データでは%VCと%FEV1、%VCとPaCO₂、%FEV1とPaCO₂との間で相関がみとめられた。主観的データでは多くのデータ間で相関がみとめられた。一方、客観的データと主観的データの間ではどの組合せも相関は認められなかった。これは、主観的データから客観的データが推測できないことを意味しており臨床的に重要と考えられた。

131

心房細動に対するカテーテルアブレーション後に生じた左上肺静脈閉塞症の1例

- 1) 日本赤十字社 大阪赤十字病院 呼吸器内科
- 2) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○貴志 亮太^{1,2)}、黄 文禧¹⁾、國宗 直紘¹⁾、矢野 翔平¹⁾、
茂 七海¹⁾、藤原 直樹¹⁾、宮里 和佳¹⁾、青柳 貴之¹⁾、
石川 遼一¹⁾、高岩 卓也¹⁾、中川 和彦¹⁾、森田 恭平¹⁾、
吉村 千恵¹⁾、西坂 泰夫¹⁾

症例は52歳男性。血痰を主訴に前医を受診した。胸部CTで左上葉にすりガラス影と浸潤影を認め、精査目的に当科を紹介受診した。気管支鏡検査では左上葉枝の粘膜下の血管増生、著明な粘膜の発赤を認めた。EBUS-GS-TBBでは特異的な所見は認めなかった。心房細動に対するカテーテルアブレーション後であることから肺静脈狭窄・閉塞症による肺出血の可能性を考えて、胸部造影CTを施行したところ、左上肺静脈の閉塞を認め、肺血流シンチグラフィでは左上葉への著明な血流低下が確認された。診断後、治療目的に当院呼吸器外科にて胸腔鏡下左上葉切除術を施行した。血痰の原因は多岐にわたるが、本症例のようにカテーテルアブレーションの既往歴があれば、稀な合併症ではあるが肺静脈狭窄・閉塞症を鑑別診断に挙げることが重要であり、若干の文献的考察を加え報告する。

132

血痰で発症したカテーテルアブレーション後肺静脈閉塞による肺梗塞の1例

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

○河村 直樹¹⁾、高橋 良^{1,2)}、東山 友樹¹⁾、近藤 孝憲¹⁾、
藤岡 毅¹⁾、村上 美沙¹⁾、森下 実咲¹⁾、徳田麻佑子¹⁾、
多田 陽郎^{1,2)}、祢木 芳樹^{1,2)}、堀尾 大介^{1,2)}、
大搦泰一郎^{1,2)}、三上 浩司^{1,2)}、南 俊行^{1,2)}、
栗林 康造^{1,2)}、木島 貴志^{1,2)}

症例は69歳男性、1か月の経過の労作時息切れと血痰を主訴に近医受診し、胸部レントゲンで浸潤影を認めたことから当科紹介となる。受診時、発熱なくSpO₂96%、胸部聴診でラ音認めず。65歳および68歳時に心房細動に対して当院循環器内科で2回のカテーテルアブレーション治療歴もあり、胸部造影3D-CTを撮影したところ、左肺上葉のすりガラス影～浸潤影と広義間質の肥厚あり、左上肺静脈閉塞を伴っていた。シンチグラムで換気血流ミスマッチを伴う左上葉の血流欠損を認めたため経過とあわせて、肺静脈閉塞に伴う肺梗塞と診断した。一時的な気管支肺炎加療の後は、咳嗽・血痰・息切れなどの自覚症状も落ち着いており、現在は経過観察としている。カテーテルアブレーション治療後の合併症として肺静脈閉塞は比較のまれではあるが、血痰・咳嗽などを生じた際には鑑別として考慮する必要がある。

133

治療と診断に難渋した肺高血圧症の1例

- 1) 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 循環器内科
- 2) 独立行政法人国立病院機構 南京都病院 呼吸器内科

○竹中 洋幸¹⁾、高林 健介¹⁾、山田 有紀¹⁾、竹中 琴重¹⁾、
坪井 知正²⁾、木村 剛¹⁾

【症例】80歳。男性【主訴】呼吸苦【現病歴】高血圧症と70歳まで40本/日の喫煙歴。1か月前より呼吸苦を認めており、増悪したため近医を受診。レントゲンで心拡大と酸素化低下があり心不全の診断で紹介された。BNPの上昇、心エコーでEF48%、収縮期推定肺動脈圧は68.4mmHgと高値を認めた。造影CTでは肺動脈塞栓や肺気腫像はなく、心臓カテーテル検査では冠動脈に有意狭窄はなく、肺動脈圧は73/44mmHg、肺動脈楔入圧は15mmHgであり、肺高血圧症の診断で肺動脈拡張薬を開始した。開始後に状態悪化し、動脈血液ガスではCO₂の貯留を認めた。安定後に肺血流シンチグラフィで一部集積欠損像を認めたが、再CTでも血栓は認めなかった。呼吸機能検査は混合性障害を認めており、最終的にHOTを導入して退院となった。【考察】肺高血圧症は5群に分類されるが、本症例ではいずれの群としても確定診断できず、複合的要因の関与が考えられ、肺高血圧症の鑑別を含めて報告する。

134

オシメルチニブ内服中に肺高血圧症を合併した TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎合併 EGFR 変異陽性肺腺癌の一例

加古川中央市民病院 呼吸器内科

○坂田 悟郎, 徳永俊太郎, 高原 夕, 松本 夏鈴,
浅野 真理, 藤井 真央, 多木 誠人, 堀 朱矢,
西馬 照明

【症例】59歳, 女性 【主訴】呼吸困難 【現病歴】X-4年に TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎合併の EGFR 変異 (L858R) 陽性肺腺癌 cStageIVB (両肺転移, 腋窩リンパ節転移) と診断した。同年よりオシメルチニブ80mg 内服開始し, 奏功していた。X年9月からQT延長傾向があり, 循環器内科併診, ARB導入した。11月に10日ほど体調不良が続く, 急な呼吸困難のため救急外来を受診し, TRPG50mmHgの肺高血圧を認めた。オシメルチニブ休薬と肺高血圧薬・在宅酸素療法の導入で, 小康状態が得られ, タグリッソ40mgで再開し, X+1年2月まで継続した。PDのため同月よりカルボプラチン+ペメトレキセド+ペバシズマブ併用療法に治療を変更し, 肺高血圧の改善が得られた 【考察】オシメルチニブにより心筋障害が生じることが知られている。本症例では亜急性に肺高血圧を発症し, 肺高血圧薬の導入で小康状態を得られ, 肺癌治療を継続しえた稀な経過であり, 考察とともに報告する。

135

ピル服用中 COVID-19に2回罹患後に肺血栓塞栓症を発症したプロテインC欠乏症の若年女性の1例

1) 大阪医科薬科大学 内科学一教室
2) 同 内科学講座 腫瘍内科学, 3) 同 内科学三教室

○松井 未有¹⁾, 由良 成¹⁾, 船本 智哉¹⁾, 松永 仁綜¹⁾,
中村 敬彦¹⁾, 池田宗一郎¹⁾, 今川 彰久¹⁾, 藤阪 保仁²⁾,
赤松加奈子³⁾, 星賀 正明³⁾

28歳女性。既往歴：花粉・食物アレルギー症候群。家族歴：祖母-関節リウマチ。8ヶ月前からピルを服用。7・4ヶ月前にCOVID-19に2回罹患（ワクチン未接種）。12月に左胸痛・乾性咳嗽で近医を受診し左下葉肺底部S9に浸潤影を認め抗菌薬で改善。翌2月に左胸痛が再発。WBC6500, CRP1.6。左下葉S10辺縁に浸潤影・血痰も出現の為紹介。Homans 徴候(-), SpO₂・心電図・PT/APTT・NT-proBNPも正常範囲だが, D-dimer12.6 μ g/dLより換気血流シンチを施行し両下葉の血流低下を確認。2日後に右胸痛と右下葉に新たな浸潤影の出現を認めたが, ステロイド投与下造影CTで左右下肺動脈・下大静脈内に低吸収域を認め, 肺血栓塞栓症と診断。また血液検査でプロテインC欠乏症が判明。近年COVID-19に伴う血栓症のリスクが1年後も有意との報告があり, 本例でもピル以外に関与が疑われた。

136

咯血を契機に判明した肺底動脈大動脈起始症に対して血管塞栓術を行い, 長期安定が得られた1例

兵庫県立尼崎総合医療センター

○小川 亮, 岡崎 航也, 山中 諒, 葭 七海,
松本 啓孝, 齋藤恵美子, 平位 知之, 遠藤 和夫

【症例】71歳男性【経過】50年前に1度咯血があったが, 以来再燃なく経過していた。今回, 咯血のため当院を受診し, 胸部造影CTで右肺底動脈大動脈起始症が判明した。右肺底動脈の著大な拡張があり, 咯血の原因と考えられた。入院後も持続咯血があり, 血管塞栓術が行われた。処置後暫く発熱が持続したが, 再咯血なく経過し, 自宅退院となった。処置後約2年間のフォローアップで再咯血や肺梗塞といった合併症なく安定している。【結語】肺底動脈大動脈起始症に対して血管塞栓術が治療選択肢となり得る。

× ㄗ

寄附協賛企業

シスメックス株式会社

共催企業

インスメッド合同会社

日本化薬株式会社

アストラゼネカ株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

中外製薬株式会社

日本イーライリリー株式会社

旭化成ファーマ株式会社

サノフィ株式会社

武田薬品工業株式会社

広告掲載企業

帝人ヘルスケア株式会社

アストラゼネカ株式会社

MSD株式会社

株式会社LSIメディエンス

グラクソ・スミスクライン株式会社

株式会社フィリップス・ジャパン

宮野医療器株式会社

杏林製薬株式会社

小野薬品工業株式会社

アムジェン株式会社

日本臓器製薬株式会社

2023年7月7日現在

敬称略・順不同