



喘息治療配合剤 処方箋医薬品^{注)}

薬価基準収載

フルティフォーム[®]

50エアゾール 56吸入用・120吸入用 125エアゾール 56吸入用・120吸入用

Flutiform[®] Aerosol

フルチカゾンプロピオン酸エステル/ホルモテロールフマル酸塩水和物吸入剤
注)注意-医師等の処方箋により使用すること

効能・効果、用法・用量、禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意等については添付文書等をご参照下さい。

杏林製薬株式会社

東京都千代田区神田駿河台四丁目6番地
〈資料請求先:くすり情報センター〉

作成年月20176



フルティフォームの情報は、医療従事者向けWebサイト、キョーリンメディカルブリッジよりご覧いただけます。

<https://www.kyorin-medicalbridge.jp>

第92回日本呼吸器学会 近畿地方会
第122回日本結核病学会

プログラム・抄録集

会 期：平成30年12月8日(土)

会 場：奈良春日野国際フォーラム 薨〜I・RA・KA〜
〒630-8212
奈良市春日野町101
TEL: 0742-27-2630

会 長 吉川 雅則

奈良県立医科大学 栄養管理部 病院教授

経腸栄養剤(経管・経口両用)

ラコール®NF

配合経腸用液

RACOL®-NF Liquid for Enteral Use



400mL バッグ



ミルクフレーバー

コーヒーフレーバー

バナナフレーバー

コーンフレーバー

抹茶フレーバー

200mL パウチ



300g バッグ

経腸栄養剤

ラコール®NF

配合経腸用半固形剤

RACOL®-NF Semi Solid for Enteral Use

◇効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。



製造販売元
イーエヌ大塚製薬株式会社
岩手県花巻市二枚橋第4地割3-5



販売提携
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

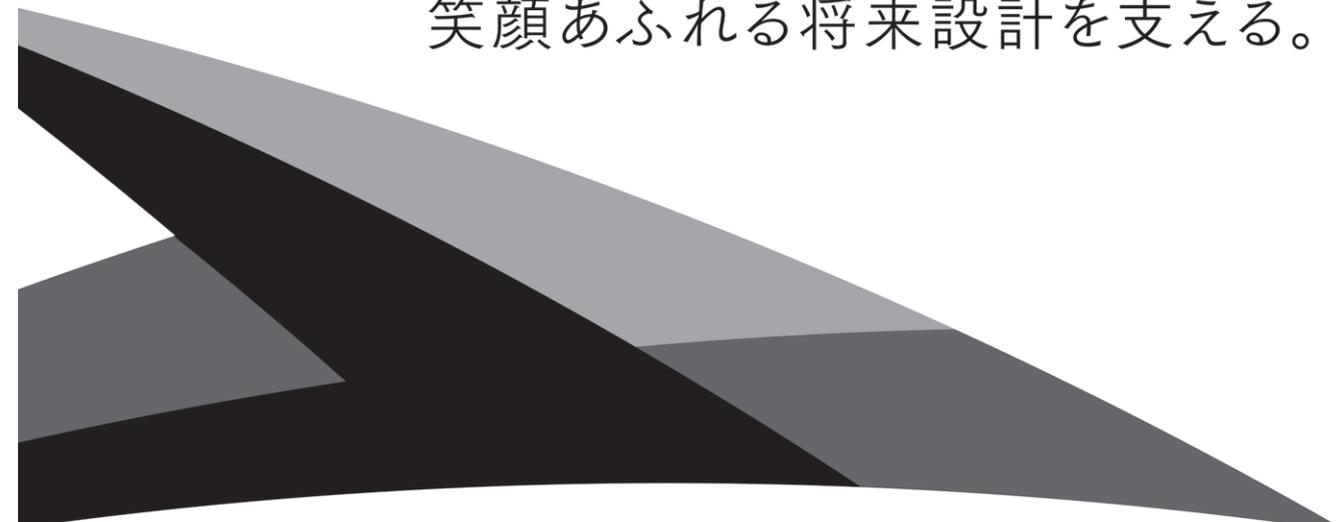


販売提携
株式会社大塚製薬工場
徳島県鳴門市撫養町立岩字芥原115

資料請求先
株式会社大塚製薬工場 輸液DIセンター
〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-2

©18.04作成

笑顔あふれる将来設計を支える。



【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

- (1) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人〔妊婦、産婦、授乳婦等への投与〕の項参照。〕
- (2) 重度の肝障害のある患者〔使用経験がない。また、類薬において重篤な肝障害の報告がある。〕
- (3) 強いCYP3A4誘導剤(リファンピシン、セイヨウオトギリソウ含有食品、カルバマゼピン、フェニトイン、フェノバルビタール、リファブチン)を投与中の患者〔相互作用〕の項参照。〕
- (4) 本剤及び本剤の成分に過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

肺動脈性肺高血圧症

<効能・効果に関連する使用上の注意>

1. WHO機能分類クラスIにおける有効性及び安全性は確立していない。
2. 本剤の使用にあたっては、最新の治療ガイドラインを参考に投与の必要を検討すること。

【用法・用量】

通常、成人には、マシテンタンとして10mgを1日1回経口投与する。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 投与開始前の肝酵素(AST、ALT)値のいずれか又は両方が基準値上限の3倍を超える患者〔使用経験がない。〕
- (2) 透析中の患者〔使用経験がない。〕
- (3) 重度の貧血のある患者〔重要な基本的注意〕の項参照。〕
- (4) 低血圧の患者〔重要な基本的注意〕の項参照。〕

2. 重要な基本的注意

(1) 本剤の投与に際しては、以下について説明及び指導し、妊娠する可能性のある女性には本剤投与開始前及び投与中は1か月に1回妊娠検査を実施すること。〔禁忌〕及び「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照。〕1) 妊娠中に本剤を服用した場合の胎児に及ぼす危険性 2) 投与中及び投与中止後1か月間は確実な避妊法を用いるとともに、妊娠した場合若しくはその疑いがある場合には、医師に直ちに連絡すること (2) 他のエンドセリン受容体拮抗薬において肝酵素値上昇が認められているため、肝機能検査を必ず投与開始前に行い、投与中は、必要に応じて肝機能検査を定期的実施すること。本剤投与中に臨床的に顕著にAST、ALT値が上昇した場合、これら肝酵素値上昇に伴いビリルビン値が基準値上限の2倍を超える場合、又はこれら肝酵素値上昇に伴い黄疸などの肝障害の徴候を伴う場合には、本剤投与を中止すること。〔慎重投与〕の項参照。〕 (3) 本剤の投与によりヘモグロビン減少が起こる可能性があるため、本剤の投与開始前及び投与中は必要に応じてヘモグロビン濃度を定期的に測定することが望ましい。〔慎重投与〕の項参照。〕 (4) 肺静脈閉塞性疾患患者において、血管拡張薬を使用した場合に肺水腫の発現が報告されているため、本剤を投与しないことが望ましい。また、本剤の投与により肺水腫の徴候がみられた場合は肺静脈閉塞性疾患の可能性を考慮すること。肺静脈閉塞性疾患が疑われた

場合には、本剤の投与を中止すること。(5) 重度の腎障害のある患者では、本剤の投与により低血圧及び貧血が起こる可能性があるため、血圧及びヘモグロビンの測定を考慮すること。(6) 本剤は血管拡張作用を有するため、本剤の投与に際しては、血管拡張作用により患者が有害な影響を受ける可能性がある状態(降圧剤投与中、安静時低血圧、血流量減少、重度の左室流出路閉塞、自律神経機能障害等)にあるのかを十分検討すること。〔慎重投与〕の項参照。〕

3. 相互作用

本剤は主にCYP3A4により代謝される。

(1) 併用禁忌(併用しないこと)

強いCYP3A4誘導剤〔リファンピシン(リファジン)、セイヨウオトギリソウ(セント・ジョーンズ・ワート)含有食品、カルバマゼピン(テグレート)、フェニトイン(アレビアチン)、フェノバルビタール(フェノバル)、リファブチン(ミコブチン)〕

(2) 併用注意(併用に注意すること)

強いCYP3A4阻害剤〔ケトコナゾール*、HIV感染症治療薬(リトナビル等)〕

CYP3A4誘導剤〔エファビレンツ、モダフィニール、ルフィナミド等〕

*経口剤、注射剤は国内未発売

4. 副作用

国内臨床試験において、安全性解析対象症例30例中21例(70.0%)41件に副作用が認められた。主な副作用は、頭痛9例(30.0%)、潮紅7例(23.3%)、貧血、浮腫及び末梢性浮腫が各2例(6.7%)であった(申請時)。海外臨床試験において、安全性解析対象症例^{注1)}242例中56例(23.1%)に副作用が認められた。主な副作用は、頭痛12例(5.0%)、貧血9例(3.7%)、浮動性めまい及び末梢性浮腫が各6例(2.5%)であった(申請時)。

(1) 重大な副作用

1) 貧血(4.0%)^{注2)} : 貧血、ヘモグロビン減少が起こる可能性があるため、定期的な検査及び十分な観察を行い、異常が認められた場合はその程度及び臨床症状に応じて、投与中止など適切な処置をとること。〔慎重投与〕、「重要な基本的注意」の項参照。〕

注1) 海外臨床試験成績の10mg投与群より算出した。

注2) 海外及び国内臨床試験成績の10mg投与群より算出した。

●その他の使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

創薬・処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

エンドセリン受容体拮抗薬

オプスミット錠10mg

一般名: マシテンタン / Macitentan

薬価基準収載



製造販売元
アクトリオン ファーマシューティカルズ ジャパン 株式会社
〒107-6235 東京都港区赤坂9-7-1 ミッドタウン・タワー
【お問い合わせ先】DIセンター TEL:0120-056-155



販売提携先
日本新薬株式会社
〒601-8550 京都市南区吉野院西ノ庄門口町14

2018年3月作成

参加者，発表者へのご案内

- 参加者は総合受付（1F/ロビー）で参加費をお支払いください。受付は8時より開始します。

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

- 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。
- このプログラムは必ずご持参ください。当日会場で1,000円にて販売いたしますが、部数に限りがございます。
- 日本呼吸器学会近畿支部 理事会，総会

会議名	時間	場所	出席対象
理事会	11:20 ~ 11:50	小会議室3 (本館2F)	日本呼吸器学会近畿支部 支部長・理事・監事
総会	13:05 ~ 13:30	能楽ホール (第1会場) (本館1F)	日本呼吸器学会近畿支部 名誉会員・功労会員・代議員・正会員

- 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>

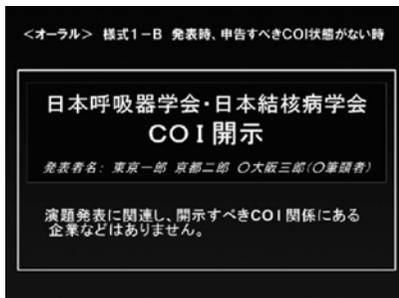
- 発表時間

セッション	発表時間
学術セミナー (SS)	60 分 (質疑応答を含む)
ランチョンセミナー (LS)	60 分 (質疑応答を含む)
アフタヌーンセミナー (AS)	60 分 (質疑応答を含む)
教育講演 (EL)	40 分 (質疑応答を含む)
オーラルセッション (OS)	発表 7 分・討論 2 分
ポスターセッション (P)	発表 5 分・討論 3 分

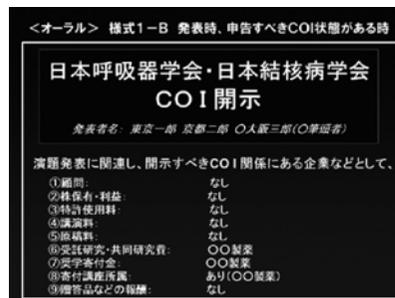
2. 発表演題に関する利益相反（COI）の開示について
 全ての発表・講演について、筆頭演者はCOI（利益相反）の開示が求められます。発表者はスライド2枚目にCOIの開示内容を提示してください。

スライド例

近畿地方会口頭発表時、
 申告すべきCOI状態がない時



近畿地方会口頭発表時、
 申告すべきCOI状態がある時



※詳細は利益相反ページをご覧ください。

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

URL：http://www.jrs.or.jp/modules/about/index.php?content_id=31

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. 一般演題の抄録の訂正をご希望の方は、データ受付にプリントアウト2部（座長用・事務局用）と抄録データを入れたCD-Rをご提出ください。一般演題抄録は演題名・所属・発表者名・本文を含めて500字以内です。

<オーラル発表者の方へ>

1. 全会場PCによる発表です。PowerPoint（Windows版）で作成したデータをCD-RおよびUSBメモリー、あるいはPCにてご持参ください。なお、主催者側で用意するPCのOSはWindowsで、PowerPointのバージョンはMicrosoft PowerPoint 2003～2013です。
2. 発表30分前までにデータ受付（1F/ロビー）にて試写を終えてください。
 発表データは完成版のみ、お持ちください。データ受付は8時より開始します。
 ※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、必ずご自身でお持ちください。

<ポスター発表者の方へ>

1. スケジュール

ポスター貼付	8:30 ~ 9:30
ポスタービューイング	9:30 ~ 10:30
発表者集合 (ご自身のポスター前に集合)	10:20
ポスターセッション (5分発表, 3分質疑)	10:30 ~ 11:42
ポスター撤去	16:00 ~ 16:50

2. ポスターのサイズ

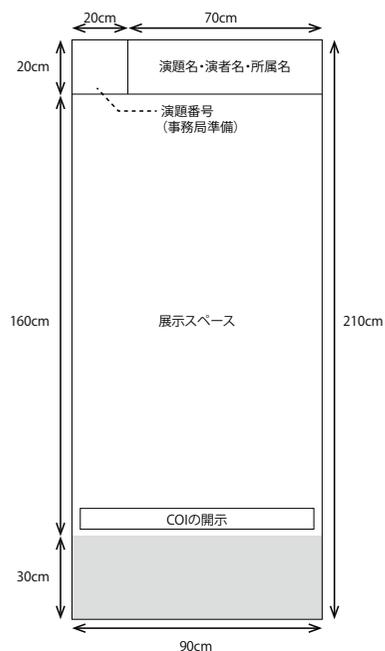
ポスター掲示板の大きさは、横90cm×縦210cmです。

演題名、演者名、所属名は、横70cm×縦20cmでご準備ください。

発表内容の掲示スペースは、横90cm×縦160cmです。

床から30cmは貼付しないようお願いいたします。

演題番号（縦横20cm）・押しピンは事務局で用意いたします。



<運営事務局>

株式会社JTB 西日本MICE事業部

〒541-0058 大阪市中央区南久宝寺町3-1-8 MPR本町ビル9階

TEL: 06-6252-5049 (平日 9:30 ~ 17:30)

FAX: 06-7657-8412

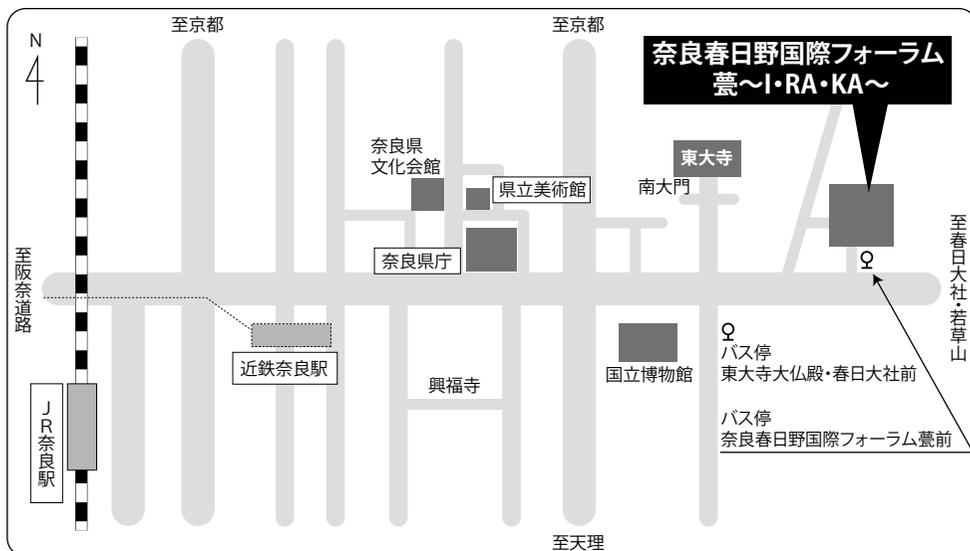
E-mail: 92jrs-kinki@jtb.com

会場アクセス

奈良春日野国際フォーラム 麓～I・RA・KA～

〒630-8212 奈良県奈良市春日野町101 TEL：0742-27-2630 (代)

ホームページ：http://www.i-ra-ka.jp/iraka/access/



<近鉄奈良駅・JR奈良駅からのアクセス>

【徒歩】

近鉄奈良駅2番出口より徒歩20分

【バス】

(1) 近鉄奈良駅5番出口より奈良交通バス1番のりば

(2) JR奈良駅より奈良交通バス東口2番のりば

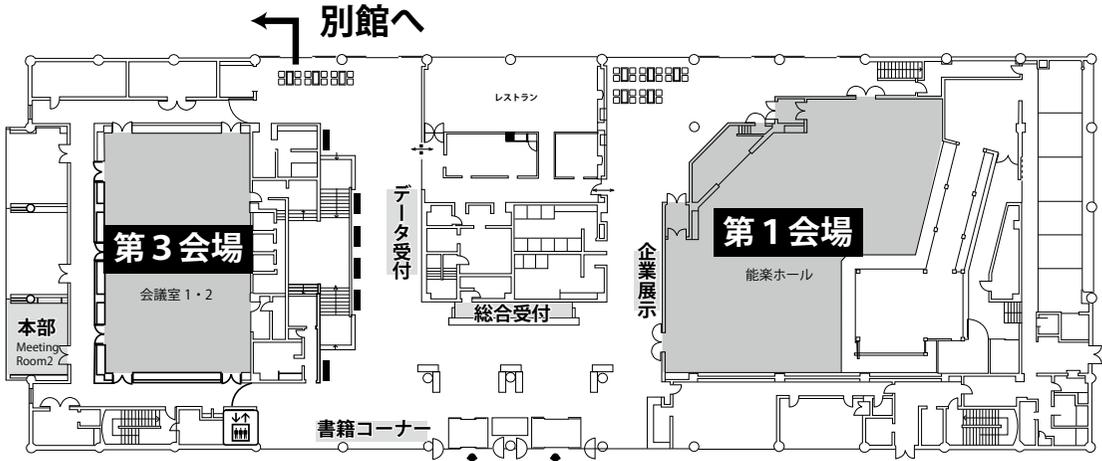
(1)、(2) とも

「春日大社本殿」行き「奈良春日野国際フォーラム麓前」下車すぐ又は、

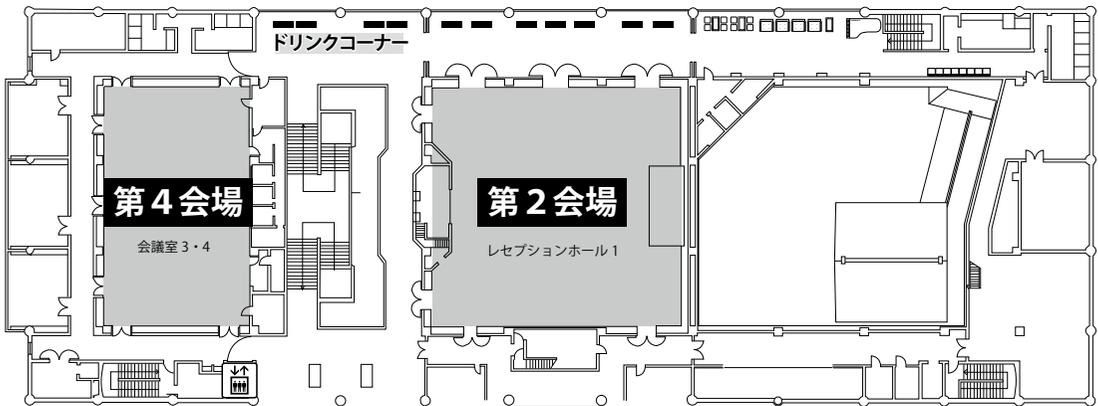
「市内循環（外回り）」バス「東大寺大仏殿・春日大社前」下車、大仏殿交差点東へ徒歩3分。

会場案内図

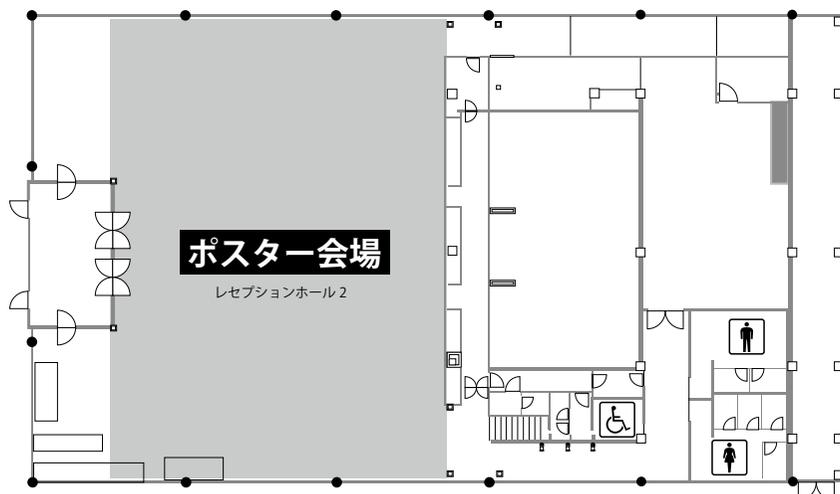
本館1F



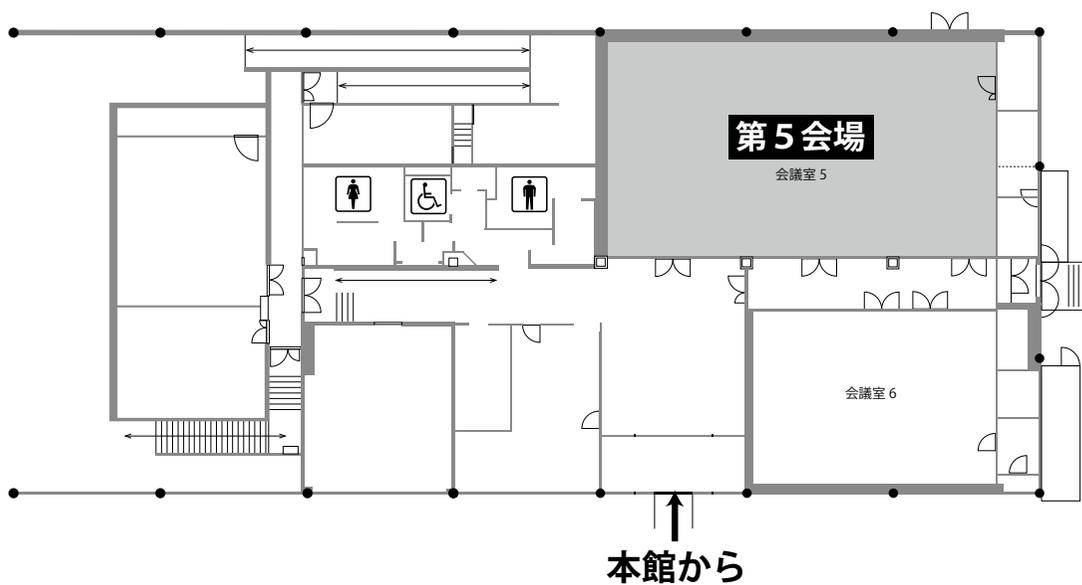
本館2F



別館 1F



別館 2F



学会進行予定表

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

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00
第1会場 1階/ 能楽ホール	(8:00～) 受付		SS (10:50～11:50) 学術セミナー 「免疫チェックポイント阻害剤が切り拓く肺癌の薬物療法」 座長：小林 真也 演者：金 永学 共催：MSD株式会社/ 大鵬薬品工業株式会社	2F 小会議室3 (11:20～11:50) 日本呼吸器学会 近畿支部 理事会	
	(9:00～9:05) 開会の辞				
第2会場 2階/ レセプションホール1	OS 01 (9:05～10:10) 一般演題 「肺癌：臨床」 座長：児山 紀子 OS 01-1～OS 01-7	OS 02 (10:10～11:05) 一般演題 「肺癌：分子標的治療1」 座長：武田 真幸 OS 02-1～OS 02-6	OS 03 (11:05～11:50) 一般演題 「その他の腫瘍性肺疾患」 座長：岡田あすか OS 03-1～OS 03-5	LS 1 (12:00～13:00) ランチョンセミナー1 「喘息診療における残された課題と今後の展望」 座長：羽白 高 演者：玉置 伸二 共催：アストラゼネカ株式会社	
第3会場 1階/ 会議室1・2	OS 06 (9:05～10:00) 一般演題 「呼吸器感染症1」 座長：宇野 健司 OS 06-1～OS 06-6	OS 07 (10:00～10:45) 一般演題 「呼吸器感染症2」 座長：弓場 達也 OS 07-1～OS 07-5	OS 08 (10:45～11:40) 一般演題 「呼吸器感染症3」 座長：上領 博 OS 08-1～OS 08-6	LS 2 (12:00～13:00) ランチョンセミナー2 「悩ましい。これからの非小細胞肺癌の治療戦略」 座長：明石 雄策 演者：秦 明登 共催：日本イーライリリー株式会社	
第4会場 2階/ 会議室3・4	OS 11 (9:05～10:00) 一般演題 「薬剤性肺障害・サルコイドーシス」 座長：谷澤 公伸 OS 11-1～OS 11-6	OS 12 (10:00～10:55) 一般演題 「間質性肺疾患1」 座長：橋本 成修 OS 12-1～OS 12-6	OS 13 (10:55～11:40) 一般演題 「間質性肺疾患2」 座長：杉本 親寿 OS 13-1～OS 13-5	LS 3 (12:00～13:00) ランチョンセミナー3 「誰も教えてくれなかったオプジーボの正しい使い方—日本で蓄積されたExperienceとEvidence—」 座長：本津 茂人 演者：古屋 直樹 共催：小野薬品工業株式会社/ プリストル・マイヤーズスクイブ株式会社	
第5会場 別館2階/ 会議室5	OS 17 (9:05～10:00) 一般演題 「アレルギー性肺疾患1」 座長：村木 正人 OS 17-1～OS 17-6	OS 18 (10:00～10:55) 一般演題 「アレルギー性肺疾患2」 座長：少路 誠一 OS 18-1～OS 18-6	OS 19 (10:55～11:50) 一般演題 「肺循環障害・気道疾患・その他」 座長：杉村 裕子 OS 19-1～OS 19-6	LS 4 (12:00～13:00) ランチョンセミナー4 「呼吸不全に対する高流量鼻カニユラ酸素療法(HFNC)～急性期から慢性期まで～」 座長：浅井 一久 演者：永田 一真 共催：帝人在宅医療株式会社	
ポスター会場 別館1階/ レセプションホール2	(8:30～9:30) ポスター貼付	(9:30～10:30) ポスタービューイング	P (10:30～11:42) 医学生・研修医アワード 総合アドバイザー 中野 恭幸 1座長：竹中 英昭・安田 武洋 2座長：竹村 佳純・伊藤 武文 3座長：土谷美知子・平田 陽彦 4座長：小林 和幸・中村 孝人		

13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	
(13:05 ~ 13:30) 総会	AS1 (13:35 ~ 14:35) アフタヌーンセミナー1 「第2世代EGFR TKIsは生き残れるのか？」 座長：明石 雄策 演者：田宮 基裕 共催：日本ベリンガー インゲルハイム株式会社	(14:40 ~ 15:20) 男女共同参画 推進フォーラム 「新しい専門医制度 が始まった！ よくわかる内科・呼吸 器内科の運動研修」 座長：佐野 博幸 松本 久子 演者：西川 正憲 主催：日本呼吸器 学会近畿支部	EL1 (15:25 ~ 16:05) 教育講演1 「呼吸リハビリ テーションに 関するステート メント2018」 座長：陳 和夫 演者：植木 純	EL2 (16:05 ~ 16:45) 教育講演2 「喘息ガイドライン 改訂のポイント」 座長：西村 善博 演者：岩永 賢司	EL3 (16:45 ~ 17:25) 教育講演3 「慢性閉塞性肺疾患 (COPD)ガイドライン 2018 第5版改訂にあ たり知っておくべきこ と～世界と日本の気 道疾患診療の動向」 座長：平井 豊博 演者：室 繁郎	(17:25 ~ 17:40) 優秀演題の表彰 閉会の辞
	AS2 (13:35 ~ 14:35) アフタヌーンセミナー2 座長：石川 秀雄 「臨床医が市中病院で行う臨床研究入門」 演者：原 正彦 「咯血診療 Forefront—BAE3000例 の経験よりEvidenceを発信する」 演者：石川 秀雄 共催：テルモ株式会社/ 東レ・メテカル株式会社/ 株式会社バイオラックス メテカルデバイス/ ホストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社		OS 04 (15:25 ~ 16:20) 一般演題 「肺癌： 分子標的治療 2」 座長：内野 順治 OS 04-1 ~ OS 04-7	OS 05 (16:20 ~ 17:15) 一般演題 「肺癌： 免疫チェックポイン ト阻害剤」 座長：光岡 茂樹 OS 05-1 ~ OS 05-6		
	AS3 (13:35 ~ 14:35) アフタヌーンセミナー3 「いまいちど考えよう！ ～免疫チェックポイント 阻害剤の有効性を最大 化するために～」 座長：田崎 正人 演者：野上 尚之 共催：中外製薬株式会社		OS 09 (15:25 ~ 16:30) 一般演題 「呼吸調節障害・ チーム医療」 座長：山内 基雄 OS 09-1 ~ OS 09-7	OS 10 (16:30 ~ 17:25) 一般演題 「呼吸不全」 座長：松岡 洋人 OS 10-1 ~ OS 10-6		
	OS 14 (13:35 ~ 14:40) 一般演題 「リンパ増殖性疾患・ リンパ腫」 座長：塚本 宏壮 OS 14-1 ~ OS 14-7		OS 15 (15:25 ~ 16:20) 一般演題 「希少肺疾患・ その他」 座長：西山 理 OS 15-1 ~ OS 15-6	OS 16 (16:20 ~ 17:25) 一般演題 「胸膜・縦隔疾患」 座長：横井 崇 OS 16-1 ~ OS 16-7		
	OS 20 (13:35 ~ 14:20) 一般演題 「抗酸菌感染症 1」 座長：久下 隆 OS 20-1 ~ OS 20-5		OS 21 (15:25 ~ 16:10) 一般演題 「抗酸菌感染症 2」 座長：藤川 健弥 OS 21-1 ~ OS 21-5	OS 22 (16:10 ~ 16:55) 一般演題 「抗酸菌感染症 3」 座長：露口 一成 OS 22-1 ~ OS 22-5		
				(16:00 ~ 16:50) ポスター撤去		

教育講演

【第1会場（1階/能楽ホール） 15：25～17：25】

EL1. 呼吸リハビリテーションに関するステートメント2018

座長：陳 和夫（京都大学大学院 医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座 教授）

演者：植木 純（順天堂大学大学院医療看護学研究科臨床病態学分野呼吸器系教授）

時間：15：25～16：05

EL2. 喘息ガイドライン改訂のポイント

座長：西村 善博（神戸大学大学院 医学研究科 内科学講座・呼吸器内科学分野教授）

演者：岩永 賢司（近畿大学医学部呼吸器・アレルギー内科 准教授）

時間：16：05～16：45

EL3. 慢性閉塞性肺疾患（COPD）ガイドライン2018 第5版改訂にあたり 知っておくべきこと～世界と日本の気道疾患診療の動向

座長：平井 豊博（京都大学大学院 医学研究科 呼吸器内科学 教授）

演者：室 繁郎（奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 教授）

時間：16：45～17：25

男女共同参画推進フォーラム

【第1会場（1階/能楽ホール） 14：40～15：20】

新しい専門医制度が始まった！

よくわかる内科・呼吸器内科の連動研修

座長：佐野 博幸（近畿大学 医学部呼吸器・アレルギー内科 准教授）

松本 久子（京都大学大学院 医学研究科 呼吸器内科学 准教授）

演者：西川 正憲^{1,2)} 1) 日本呼吸器学会専門医制度統括委員会、
2) 藤沢市民病院呼吸器内科 副院長

ランチョンセミナー

【12:00～13:00】

LS1. 喘息診療における残された課題と今後の展望

座 長：羽白 高（天理よろづ相談所病院 呼吸器内科 部長）

演 者：玉置 伸二（独立行政法人国立病院機構 奈良医療センター内科 診療部長）

会 場：第2会場（2階/レセプションホール1）

LS2. 悩ましい。これからの非小細胞肺癌の治療戦略

座 長：明石 雄策（近畿大学医学部奈良病院 腫瘍内科 講師）

演 者：秦 明登（神戸低侵襲がん医療センター 呼吸器腫瘍内科 部長）

会 場：第3会場（1階/会議室1・2）

LS3. 誰も教えてくれなかったオブジーボの正しい使い方

－日本で蓄積されたExperienceとEvidence－

座 長：本津 茂人（奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 講師）

演 者：古屋 直樹（聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科 講師）

会 場：第4会場（2階/会議室3・4）

LS4. 呼吸不全に対する高流量鼻カニューラ酸素療法（HFNC）

～急性期から慢性期まで～

座 長：浅井 一久（大阪市立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 准教授）

演 者：永田 一真（神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 副医長）

会 場：第5会場（別館2階/会議室5）

アフタヌーンセミナー

【13:35～14:35】

AS1. 第2世代EGFR TKIsは生き残れるのか？

座長：明石 雄策（近畿大学医学部奈良病院 腫瘍内科 講師）

演者：田宮 基裕（大阪国際がんセンター 呼吸器内科 医長）

会場：第1会場（1階/能楽ホール）

AS2. 臨床医が市中病院で行う臨床研究入門

座長：石川 秀雄（医療法人えいしん会 岸和田リハビリテーション病院 喀血・肺循環センター 理事長、病院長、喀血・肺循環センター長、呼吸リハセンター長）

演者：原 正彦（日本臨床研究学会 代表理事）

喀血診療 Forefront ---BAE3000例の経験よりEvidenceを発信する

演者：石川 秀雄（医療法人えいしん会 岸和田リハビリテーション病院 喀血・肺循環センター 理事長、病院長、喀血・肺循環センター長、呼吸リハセンター長）

会場：第2会場（2階/レセプションホール1）

AS3. いまいちど考えよう！

～免疫チェックポイント阻害剤の有効性を最大化するために～

座長：田崎 正人（奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 助教）

演者：野上 尚之（国立病院機構 四国がんセンター 呼吸器内科 外来部長）

会場：第3会場（1階/会議室1・2）

学術セミナー

【10:50～11:50】

SS. 免疫チェックポイント阻害剤が切り拓く肺癌の薬物療法

座長：小林 真也（奈良県総合医療センター 血液・腫瘍内科 医長）

演者：金 永学（京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学 助教）

会場：第1会場（1階/能楽ホール）

第 1 会 場

1階/能楽ホール

SS 10:50～11:50

学術セミナー

座長 小林 真也

(奈良県総合医療センター 血液・腫瘍内科 医長)

『免疫チェックポイント阻害剤が切り拓く肺癌の薬物療法』

演 者：金 永学

(京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学 助教)

共催：MSD株式会社/大鵬薬品工業株式会社

総 会 13:05～13:30

AS1 13:35～14:35

アフタヌーンセミナー 1

座長 明石 雄策

(近畿大学医学部奈良病院 腫瘍内科 講師)

『第2世代EGFR TKIsは生き残れるのか?』

演 者：田宮 基裕

(大阪国際がんセンター 呼吸器内科 医長)

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

14:40～15:20

男女共同参画推進フォーラム

座長 佐野 博幸

(近畿大学 医学部呼吸器・アレルギー内科 准教授)

松本 久子

(京都大学大学院 医学研究科 呼吸器内科学 准教授)

『新しい専門医制度が始まった！
よくわかる内科・呼吸器内科の連動研修』

演 者：西川 正憲^{1,2)}

- 1) 日本呼吸器学会専門医制度統括委員会、
- 2) 藤沢市民病院呼吸器内科 副院長

EL1 15:25～16:05

教育講演 1

座長 陳 和夫

(京都大学大学院 医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座 教授)

『呼吸リハビリテーションに関するステートメント2018』

演 者：植木 純

(順天堂大学大学院医療看護学研究科臨床病態学分野呼吸器系 教授)

EL2 16:05～16:45

教育講演2

座長 西村 善博

(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 教授)

『喘息ガイドライン改訂のポイント』

演者：岩永 賢司

(近畿大学医学部呼吸器・アレルギー内科 准教授)

EL3 16:45～17:25

教育講演3

座長 平井 豊博

(京都大学大学院 医学研究科 呼吸器内科学 教授)

『慢性閉塞性肺疾患（COPD）ガイドライン2018 第5版改訂にあたり
知っておくべきこと～世界と日本の気道疾患診療の動向』

演者：室 繁郎

(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 教授)

優秀演題の表彰

閉会の辞

17:25～17:40

第 2 会 場

2階/レセプションホール1

開会の辞 9:00 ~ 09:05

会長 吉川 雅則
(奈良県立医科大学 栄養管理部 病院教授)

OS 01 9:05 ~ 10:10

一般演題 オーラルセッション

肺癌：臨床

座長 児山 紀子
(市立奈良病院 呼吸器内科)

OS 01-1 縦隔リンパ節腫大を伴わず急速に増大した、ブラ壁発生と考えられる小細胞肺癌の1例
大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○堀本 和秀, 岡田あすか, 茨木 敬博, 村上 伸介, 黒野 由莉, 竹中 英昭,
長 澄人

OS 01-2 自然退縮した肺小細胞癌の1例

医仁会武田総合病院 呼吸器内科

○首藤 紗希, 仲 恵, 小西智沙都, 前川 晃一

OS 01-3 肺癌の小腸転移による消化管穿孔をきたした1例

1) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科

○岡 朋子¹⁾, 東 正徳¹⁾, 宮崎 慶宗¹⁾, 佐藤 竜一¹⁾, 佐渡 紀克¹⁾,
寺西 敬¹⁾, 齋藤 隆一¹⁾, 上田 哲也¹⁾, 宮城 佳美²⁾, 仙崎 英人²⁾,
長谷川吉則¹⁾

OS 01-4 当院での80歳以上の高齢者非小細胞肺癌への細胞障害性抗癌剤投与症例の検討
大阪はびきの医療センター 肺腫瘍内科

○田中 智, 森泉 和則, 原 侑紀, 高田 宏宗, 那須 信吾, 森田沙斗武,
田中 彩子, 森下 直子, 鈴木 秀和, 岡本 紀雄, 平島 智徳

OS 01-5 特発性器質化肺炎に対してステロイド治療中に浸潤影が増悪した一例

大津赤十字病院呼吸器科

○濱田健太郎, 伏屋 芳紀, 池田 圭佑, 小島 彩加, 郷田 康文, 嶋 一樹,
八木 由生, 高橋 珠紀, 西岡 慶善, 庄司 剛, 片倉 浩理, 酒井 直樹

OS 01-6 骨転移病変に対するデノスマブ投与により生じた非定型大腿骨骨折の1例

1) 一般財団法人 住友病院 呼吸器内科, 2) 一般財団法人 住友病院 整形外科

○桂 悟史¹⁾, 田嶋匠之助¹⁾, 中田 侑吾¹⁾, 工藤 慶子¹⁾, 山口 悠¹⁾,
奥村 太郎¹⁾, 古下 義彦¹⁾, 重松三知夫¹⁾, 慶元 秀規²⁾, 亀山 貞²⁾,
豊田 和也²⁾, 津田 晃佑²⁾, 三輪 俊格²⁾, 川上 秀夫²⁾, 渋谷 高明²⁾

OS 01-7 pembrolizumab投与後に薬剤性肺障害とIgA腎症の増悪を認めた肺腺癌の1例
堺市立総合医療センター 呼吸器内科

○小高 直子, 西田 幸司, 中野 仁夫, 山田 知樹, 林 靖大, 高岩 卓也,
高島 純平, 榊田 元, 草間 加与, 郷間 巖

OS 02 10:10～11:05

一般演題 オーラルセッション

肺癌：分子標的治療1

座長 武田 真幸

(近畿大学医学部 内科学腫瘍内科部門)

- OS 02-1 EGFR遺伝子変異陽性示した扁平上皮癌の成分を含む混合型小細胞癌の一部検例
国立病院機構 姫路医療センター
○大西 康貴, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 平野 克也, 小南 亮太, 高橋 清香, 水野 翔馬, 東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾, 勝田 倫子, 三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壯, 横井 陽子, 佐々木 信, 河村 哲治, 中原 保治
- OS 02-2 EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌から扁平上皮癌への形質転換がみられた一例
明石医療センター 呼吸器内科
○高宮 麗, 岡村佳代子, 岩本 夏彦, 藤本 昌大, 川口 亜記, 二ノ丸 平, 畠山由記久, 島田天美子, 吉村 将, 大西 尚
- OS 02-3 エルロチニブおよびオシメルチニブにより薬剤性皮膚血管炎を発症した肺腺癌の1例
日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科
○河内 寛明, 吉田 寛, 田中瑛一朗, 野口 進, 深尾あかり, 寺下 聡, 田尻 智子, 池上 達義, 堀川 禎夫, 杉田 孝和
- OS 02-4 EGFR Ex.20 S768I+T790M陽性肺腺癌に対してオシメルチニブを投与した一例
1) 兵庫医科大学 内科学講座 呼吸器科, 2) 同 胸部腫瘍学 特定講座
○三上 浩司^{1,2)}, 横井 崇^{1,2)}, 柴田 英輔^{1,2)}, 金村 晋吾^{1,2)}, 幸田 裕一¹⁾, 祢木 芳樹¹⁾, 藤本英利子¹⁾, 赤野友美子¹⁾, 多田 陽郎¹⁾, 南 俊行^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}
- OS 02-5 oncologic emergencyを呈した進行期肺癌に対して臨床的判断に基づいてOsimertinibを使用し奏功した一例
一般財団法人住友病院 呼吸器内科
○田嶋匠之助, 中田 侑吾, 桂 悟史, 工藤 慶子, 山口 悠, 奥村 太郎, 古下 義彦, 重松三知夫
- OS 02-6 粟粒転移を来したEGFR陽性肺腺癌にErlotinib+Bevacizumabが奏効した1例
JCHO京都鞍馬口医療センター 呼吸器内科
○片山 勇輝, 竹村 佳純

OS 03 11:05 ~ 11:50

一般演題 オーラルセッション

その他の腫瘍性肺疾患

座長 岡田 あすか

(大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科)

- OS 03-1 肺性肥大性骨関節症を契機に発見された肺リンパ上皮腫様癌の一例
1) 市立岸和田市民病院 呼吸器センター, 2) 市立岸和田市民病院 病理診断科
○平山 寛¹⁾, 谷村 和哉¹⁾, 伊達 恵美²⁾, 西岡 憲亮¹⁾, 北岡 文¹⁾,
坂口 泰人¹⁾, 高橋 憲一¹⁾, 松本 和也¹⁾, 加藤 元一¹⁾
- OS 03-2 筋系マーカー陽性を示した spindle cell tumor の1例
大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
○黒野 由莉, 岡田あすか, 堀本 和秀, 茨木 敬博, 村上 伸介, 竹中 英昭,
長 澄人
- OS 03-3 気管支喘息を合併し、経過観察中に自然消退傾向を認めた気管支顆粒細胞腫の一例
ベルランド総合病院 呼吸器内科
○門谷 英昭, 山根 健志, 佐渡 康介, 津田 誉至, 阪上 和樹, 小川 未来,
長安 書博, 眞本 卓司
- OS 03-4 縦隔原発絨毛癌の脳転移により、急激な経過で死亡した若年男性の一例
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 脳神経外科,
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科
○細谷 和貴¹⁾, 立川 良¹⁾, 大崎 恵¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 河内 勇人¹⁾,
平林 亮介¹⁾, 森 令法¹⁾, 古郷摩利子¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 藤本 大智¹⁾,
永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 福光 龍²⁾, 原 重雄³⁾
- OS 03-5 他科連携により術中迅速診断が可能であった硬化性肺胞上皮腫の一例
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科,
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科
○河内 勇人¹⁾, 中川 淳¹⁾, 青山 晃博²⁾, 吉田 誠³⁾, 山下 大祐³⁾,
大崎 恵¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 細谷 和貴¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 森 令法¹⁾,
古郷摩利子¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 永田 一真¹⁾, 立川 良¹⁾,
高橋 豊²⁾, 原 重雄³⁾, 富井 啓介¹⁾

LS1 12:00 ~ 13:00

ランチオンセミナー 1

座長 羽白 高

(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科 部長)

『喘息診療における残された課題と今後の展望』

演 者：玉置 伸二

(独立行政法人国立病院機構 奈良医療センター内科 診療部長)

共催：アストラゼネカ株式会社

AS2 13:35～14:35

アフタヌーンセミナー 2

座長 石川 秀雄

(医療法人えいしん会 岸和田リハビリテーション病院 咯血・肺循環センター
理事長、病院長、咯血・肺循環センター長、呼吸リハセンター長)

『臨床医が市中病院で行う臨床研究入門』

演 者：原 正彦

(日本臨床研究学会 代表理事)

『咯血診療 Forefront ---BAE3000例の経験より Evidenceを発信する』

演 者：石川 秀雄

(医療法人えいしん会 岸和田リハビリテーション病院 咯血・肺循環センター
理事長、病院長、咯血・肺循環センター長、呼吸リハセンター長)

共催：テルモ株式会社／東レ・メディカル株式会社／
株式会社パイオラックスメディカルデバイス／
ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社

OS 04 15:25～16:20

一般演題 オーラルセッション

肺癌：分子標的治療 2

座長 内野 順治

(京都市立医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

OS 04-1 ゲフィチニブ投与後にアナフィラクトイド紫斑様皮疹が出現した肺腺癌の一例

- 1) 奈良県総合医療センター 呼吸器内科,
- 2) 奈良県総合医療センター 血液・腫瘍内科,
- 3) 西和医療センター 呼吸器内科, 4) 済生会奈良病院 内科

○光石 大貴¹⁾, 宮高 泰匡¹⁾, 山崎安寿弥¹⁾, 伊藤 武文¹⁾, 小林 真也²⁾,
藤原 清宏¹⁾, 竹澤 祐一¹⁾, 杉村 裕子³⁾, 古高 心⁴⁾

OS 04-2 ROS1 融合遺伝子陽性肺癌に合併した静脈血栓塞栓症を経験した一例

- 1) 独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター 呼吸器内科,
- 2) 独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター 感染制御内科

○濱田恵理子¹⁾, 中山 絵美¹⁾, 新田 祐子¹⁾, 竹田 倫世¹⁾, 北村 知高¹⁾,
辻本 和徳²⁾, 前倉 俊也¹⁾, 中村 孝人¹⁾

OS 04-3 アレクチニブにて病理学的CRを得たサルコイド様反応を伴うALK陽性肺腺癌の1例

- 1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 天理よろづ相談所病院 放射線部,
- 3) 天理よろづ相談所病院 病理部, 4) 天理よろづ相談所病院 呼吸器外科

○安田 武洋¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 真辺 諄¹⁾, 岡田 宣孝¹⁾,
上山 維晋¹⁾, 寺田 悟¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 橋本 成修¹⁾,
羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 野間 恵之²⁾, 本庄 原³⁾,
小橋陽一郎³⁾, 後藤 正司⁴⁾, 中川 達雄⁴⁾

OS 04-4 卵巣癌との鑑別に苦慮し、アレクチニブが奏効したALK陽性肺腺癌卵巣転移の1例

- 1) 独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター呼吸器内科,
- 2) 独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター感染制御内科

○竹田 倫世¹⁾, 中山 絵美¹⁾, 濱田恵理子¹⁾, 北村 知高¹⁾, 辻本 和徳²⁾,
前倉 俊也¹⁾, 中村 孝人¹⁾

OS 04-5 BRAF 遺伝子変異陽性肺癌に対しDabrafenibおよびTrametinib併用療法が奏功した一例

1) 高槻赤十字病院 呼吸器センター呼吸器外科,

2) 高槻赤十字病院 呼吸器センター呼吸器科

○康あんよん¹⁾, 菅 理晴¹⁾, 千葉 渉¹⁾, 鳳山 絢乃²⁾, 長谷川浩一²⁾, 祖開 暁彦²⁾, 後藤 健一²⁾, 深田 寛子²⁾, 中村 保清²⁾, 北 英夫²⁾

OS 04-6 SMARCA4-deficient thoracic sarcoma(DTS)の2例

1) 大阪国際がんセンター 呼吸器内科,

2) 大阪国際がんセンター 病理・細胞診断科

○國政 啓¹⁾, 中村ハルミ²⁾, 木村 円花¹⁾, 井上 貴子¹⁾, 田宮 基裕¹⁾, 久原 華子¹⁾, 西野 和美¹⁾, 中塚 伸一²⁾, 熊谷 融¹⁾, 今村 文生¹⁾

OS 05 16:20 ~ 17:15

一般演題 オーラルセッション

肺癌：免疫チェックポイント阻害剤

座長 光岡 茂樹

(大阪市立大学 大学院医学研究科 臨床腫瘍学)

OS 05-1 当院における免疫チェックポイント阻害薬の使用経験

高槻赤十字病院呼吸器センター

○後藤 健一, 鳳山 絢乃, 長谷川浩一, 祖開 暁彦, 深田 寛子, 中村 保清, 康あんよん, 菅 理晴, 千葉 渉, 北 英夫

OS 05-2 再生不良貧血による汎血球減少が認められた肺腺癌患者に免疫チェックポイント阻害薬を投与し奏功した1例

1) 洛和会音羽病院呼吸器内科, 2) 洛和会京都呼吸器センター

○森川 昇¹⁾, 坂口 才¹⁾, 土谷美知子¹⁾, 長坂 行雄²⁾

OS 05-3 ペムブロリズマブ治療中にニューモシスチス肺炎を発症し、免疫再構築症候群が疑われた肺腺癌の一例

京都市立病院 呼吸器内科

○西川 圭美, 高田 直秀, 吉岡 秀敏, 五十嵐修太, 野村奈都子, 小林 祐介, 中村 敬哉, 江村 正仁

OS 05-4 肺扁平上皮癌でNivolumab投与中に放射線治療追加により効果の増強を認めた一例
大阪はびきの医療センター 肺腫瘍内科

○森泉 和則, 田中 智, 原 佑紀, 高田 宏宗, 那須 信吾, 森田沙斗武, 田中 彩子, 森下 直子, 鈴木 秀和, 岡本 紀雄, 平島 智徳

OS 05-5 Atezolizumab後のnab-PTX投与にてILDを発症した肺腺癌の一例

1) 兵庫医科大学 内科学講座呼吸器科, 2) 兵庫医科大学 胸部腫瘍学特定講座

○多田 陽郎¹⁾, 横井 崇^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 柴田 英輔^{1,2)}, 金村 晋吾^{1,2)}, 幸田 裕一¹⁾, 柘木 芳樹¹⁾, 藤本英利子¹⁾, 赤野友美子¹⁾, 南 俊行^{1,2)}, 高橋 良¹⁾, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

OS 05-6 肺肉腫様癌に対しペンブロリズマブが奏効した1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器センター内科

○林 優介, 白田 全弘, 前谷 知毅, 山田 翔, 宇山 倫弘, 網本 久敬,
白石 祐介, 山城 春華, 伊元 孝光, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子,
丸毛 聡, 福井 基成

第 3 会 場

1階/会議室1・2

OS 06 9:05 ~ 10:00

一般演題 オーラルセッション

呼吸器感染症 1

座長 宇野 健司

(南奈良総合医療センター 感染症内科)

OS 06-1 レジオネラ肺炎にARDS様すりガラス影と腎性腎不全を合併し、ステロイド投与が有効であった一例

天理よろづ相談所病院

○真辺 諄, 寺田 悟, 上山 維晋, 稲尾 崇, 加持 雄介, 安田 武洋,
橋本 成修, 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫

OS 06-2 Eubacterium tenueによる敗血症性肺塞栓が疑われた一例

1) 恩賜財団 済生会中和病院 内科,
2) 恩賜財団 済生会中和病院 感染症内科, 3) 市立奈良病院 感染制御内科,
4) 奈良県立医科大学 感染症センター,
5) 奈良県立医科大学 微生物感染症学講座

○平田 一記^{1,2)}, 片岡 良介¹⁾, 梶田 明裕^{1,2,3)}, 白石 直敬^{1,2)}, 森岡 崇¹⁾,
櫻井 正樹¹⁾, 新井 正伸¹⁾, 青野 英幸¹⁾, 岡村 英生¹⁾, 北田 裕陸¹⁾,
徳山 猛¹⁾, 小川 拓⁴⁾, 矢野 寿一⁵⁾

OS 06-3 免疫抑制剤使用中の難治性緑膿菌肺炎に対しトブラマイシン (TOB) 吸入療法を施行した2例

一般財団法人 住友病院

○工藤 慶子, 中田 侑吾, 田嶋匠之助, 桂 悟史, 山口 悠, 奥村 太郎,
古下 義彦, 重松三知夫

OS 06-4 ウマを介した感染が疑われたStreptococcus equi肺炎の一例

1) 公立甲賀病院, 2) 滋賀医科大学医学部付属病院 感染制御部,
3) 滋賀医科大学医学部付属病院 呼吸器内科

○入山 朋子¹⁾, 樋上 雄一¹⁾, 村山 恒峻¹⁾, 山口 将史³⁾, 大澤 真²⁾,
中野 恭幸³⁾

OS 06-5 Neisseria siccaによる肺膿瘍の一例

神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科

○森田 充紀, 橋本 梨花, 和田 学政, 山添 正敏, 吉積 悠子, 山下 修司,
古田健二郎, 藤井 宏, 金子 正博, 富岡 洋海

OS 06-6 肺小細胞癌の化学療法中に発症した劇症型アメーバ赤痢の一例

1) 市立岸和田市民病院 呼吸器センター, 2) 市立岸和田市民病院 外科,
3) 市立岸和田市民病院 病理診断科

○北岡 文¹⁾, 西岡 憲亮¹⁾, 平山 寛¹⁾, 谷村 和哉¹⁾, 高橋 憲一¹⁾,
加藤 元一¹⁾, 有田 創²⁾, 鍛 利幸²⁾, 伊達 恵美³⁾, 飯塚 徳重³⁾

OS 07 10:00～10:45

一般演題 オーラルセッション

呼吸器感染症2

座長 弓場 達也

(京都第一赤十字病院 呼吸器内科)

OS 07-1 肺コクシジオイデス症の一例

1) NHO 近畿中央呼吸器センター 内科, 2) 同 臨床研究センター

○東 浩志¹⁾, 安部 祐子¹⁾, 小林 岳彦¹⁾, 倉原 優¹⁾, 露口 一成²⁾,
鈴木 克洋¹⁾

OS 07-2 検診CX p異常で発見された肺Trichosporon mycotoxinivorans感染症の一例

1) 滋賀医科大学 呼吸器内科, 2) 滋賀医科大学 検査部,

3) 滋賀医科大学 感染制御部, 4) 京都大学 臨床病態検査学,

5) 公立甲賀病院 呼吸器内科

○加藤 悠人¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 木下 愛²⁾, 土戸 康弘⁴⁾, 村山 恒竣⁵⁾,
横江 真弥¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 河島 暁¹⁾, 松尾裕美子¹⁾, 行村瑠里子¹⁾,
内田 泰樹¹⁾, 福永健太郎¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 山口 将史¹⁾, 長尾 大志¹⁾,
大澤 真³⁾, 中野 恭幸^{1,3)}

OS 07-3 IgG4関連疾患に対する治療経過中に発症した肺放線菌症の一例

京都市立病院 呼吸器内科

○吉岡 秀敏, 高田 直秀, 西川 圭美, 五十嵐修太, 野村奈都子, 小林 祐介,
中村 敬哉, 江村 正仁

OS 07-4 肺の空洞性病変で発症し急速に進行, 死亡に至った播種性ノカルジア症の一例

1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 神鋼記念病院 膠原病リウマチ科

○田中 悠也¹⁾, 芳賀ななせ¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 高田 尚哉¹⁾, 久米佐知枝¹⁾,
井上 明香¹⁾, 門田 和也¹⁾, 岡田 信彦¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾,
榎屋 大輝¹⁾, 吉松 昭和¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾, 天野 典彦²⁾, 米田 勝彦²⁾,
納田 安啓²⁾, 西田 美和²⁾, 高橋 宗史²⁾, 簗智さおり²⁾, 熊谷 俊一²⁾

OS 07-5 当院で経験したトリコモナス膿胸の一例

1) 西宮市立中央病院 呼吸器内科, 2) 西宮市立中央病院 呼吸器外科,

3) 金沢大学 先進予防医学研究センター寄生虫感染症制御学

○岡森 仁臣¹⁾, 豊田 成徳¹⁾, 石井 誠剛¹⁾, 二木 俊江¹⁾, 鉄本 訓史¹⁾,
鈴木真優美¹⁾, 池田 聡之¹⁾, 河中 聡之²⁾, 桧垣 直純²⁾, 所 正治³⁾

OS 08 10:45 ~ 11:40

一般演題 オーラルセッション

呼吸器感染症3

座長 上領 博

(神戸大学大学院医学研究科内科学講座 呼吸器内科学分野)

- OS 08-1 慢性進行性肺アスペルギルス症にて発見された肺分画症の一例
1) 市立奈良病院呼吸器内科, 2) 奈良県立医科大学呼吸器内科学教室,
3) 奈良県立医科大学胸部・血管外科学教室,
4) 済生会中和病院呼吸器外科センター
○中村 真弥¹⁾, 児山 紀子¹⁾, 山本 佳史²⁾, 田崎 正人²⁾, 室 繁郎²⁾,
河合 紀和³⁾, 川口 剛史³⁾, 澤端 章好³⁾, 東条 尚⁴⁾
- OS 08-2 関節リウマチ治療中に肺内多発結節が出現し、深在性真菌症が疑われた一例
1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科, 2) 吉野病院,
3) 南奈良総合医療センター 感染症内科
○松田 昌之¹⁾, 甲斐 吉郎¹⁾, 高橋 輝一²⁾, 田村 緑²⁾, 福岡 篤彦²⁾,
宇野 健司³⁾
- OS 08-3 MPO-ANCA陽性かつPR3-ANCA陰性の多発血管炎性肉芽腫症治療中に肺アスペルギルス症を合併した1例
国立病院機構 刀根山病院 呼吸器内科
○暮部 裕之, 枝廣 龍哉, 原 怜奈, 岩井 亜美, 中坪彩恵子, 小原 由子,
押谷 洋平, 香川 浩之, 辻野 和之, 吉村 研二, 三木 真理, 三木 啓資,
北田 清悟
- OS 08-4 基礎疾患を有さない高齢者に発生した慢性壊死性肺アスペルギルス症の一例
神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科
○益田 隆広, 池田 顕彦, 多田 公英, 桜井 稔泰, 木田 陽子, 瀨瀬 力也,
佐藤 宏紀, 乾 佑輔
- OS 08-5 健常成人に発症し著明な好酸球増多を伴った肺アスペルギルス症の1例
国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
○水野 翔馬, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 平野 克也, 小南 亮太,
高橋 清香, 大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾,
勝田 倫子, 横井 陽子, 三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壯, 佐々木 信,
河村 哲治, 中原 保治
- OS 08-6 ABPAの経過中に緩徐に増大する多発結節としてアスペルギルス肺膿瘍をきたした1例
1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 国立病院機構 姫路医療センター 検査科
○塚本 宏壯¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾,
高橋 清香¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 水野 翔馬¹⁾, 大西 康貴¹⁾, 東野 幸子¹⁾,
加藤 智浩¹⁾, 花岡 健司¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾,
水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 三村 六郎²⁾

LS2 12:00～13:00

ランチョンセミナー 2

座長 明石 雄策

(近畿大学医学部奈良病院 腫瘍内科 講師)

『悩ましい。これからの非小細胞肺癌の治療戦略』

演者：秦 明登

(神戸低侵襲がん医療センター 呼吸器腫瘍内科 部長)

共催：日本イーライリリー株式会社

AS3 13:35～14:35

アフタヌーンセミナー 3

座長 田崎 正人

(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 助教)

『いまいちど考えよう！
～免疫チェックポイント阻害剤の有効性を最大化するために～』

演者：野上 尚之

(国立病院機構 四国がんセンター 呼吸器内科 外来部長)

共催：中外製薬株式会社

OS 09 15:25～16:30

一般演題 オーラルセッション

呼吸調節障害・チーム医療

座長 山内 基雄

(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

OS 09-1 慢性呼吸不全を呈する疾患 (COPD、IP、RTD、BE) の PaCO₂—pH 平面上での位置関係に関する考察

- 1) 国立病院機構南京都病院 呼吸器センター,
- 2) 国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科,
- 3) 国立病院機構福岡東医療センター 呼吸器内科,
- 4) 国立病院機構松江医療センター 呼吸器内科,
- 5) 国立病院機構西新潟中央病院 呼吸器内科,
- 6) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科,
- 7) 国立病院機構熊本南病院 呼吸器内科,
- 8) 国立病院機構愛媛医療センター 呼吸器内科,
- 9) 京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学

○坪井 知正¹⁾, 角 謙介¹⁾, 斎藤 武文²⁾, 高田 昇平³⁾, 矢野 修一⁴⁾,
大平 徹郎⁵⁾, 河村 哲治⁶⁾, 塚本 宏壮⁶⁾, 山下 徹⁷⁾, 阿部 聖裕⁸⁾,
陳 和夫⁹⁾

OS 09-2 呼吸器疾患で Treadmill exercise test で 評価した O₂ 投与量の評価

- 1) 橋本市民病院 呼吸器内科, 2) 橋本市民病院 臨床研修センター,
- 3) 和歌山県立医大卒後臨床研修センター, 4) 橋本市民病院 総合内科,
- 5) 橋本市民病院 循環器内科, 6) 橋本市民病院 救急科,
- 7) 橋本市民病院 外科

○藤田 悦生¹⁾, 西上 英樹²⁾, 千田 修平²⁾, 山下 大亮²⁾, 石川 佳奈²⁾,
福地 芳浩²⁾, 安村 香瑠³⁾, 松本 直也³⁾, 青木 達也⁴⁾, 川畑 仁貴⁴⁾,
小林 克暢⁵⁾, 寒川 浩道⁵⁾, 梶野 富蔵⁵⁾, 匹本 樹寿⁵⁾, 星屋 博信⁵⁾,
河原 正明¹⁾, 国立 晃成⁶⁾, 坂田 好史⁷⁾, 嶋田 浩介⁷⁾, 山本 勝廣⁵⁾

- OS 09-3 指定難病公費負担の対象となりNPPVを導入し改善が得られた先天性中枢性低換気症候群の一例
- 1) 大阪はびきの医療センター 呼吸器内科,
2) 大阪はびきの医療センター 集中治療科
- 鮫島有美子¹⁾, 田村香菜子¹⁾, 金井 友宏¹⁾, 新井 剛¹⁾, 野田 成美¹⁾,
金 成浩²⁾, 西田 拓司¹⁾, 馬越 泰生¹⁾, 清水 一範²⁾, 柏 庸三²⁾,
森下 裕¹⁾, 松岡 洋人¹⁾
- OS 09-4 チェーン・ストークス呼吸(CSR)を伴う慢性2型呼吸不全に対してASVが有効であった1例
- 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器センター
- 前谷 知毅, 山田 翔, 林 優介, 宇山 倫弘, 網本 久敬, 白石 祐介,
山城 春華, 伊元 孝光, 白田 全弘, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子,
丸毛 聡, 福井 基成
- OS 09-5 在宅酸素療法患者における大阪北部地震時の行動と災害への備え
- 高槻赤十字病院
- 今戸美奈子, 北 英夫, 鳳山 絢乃, 長谷川浩一, 祖開 暁彦, 後藤 健一,
深田 寛子, 中村 保清
- OS 09-6 ひょうご呼吸ケアネットワークで作成した情報提供書を用い生活期に呼吸リハビリテーションを導入した一症例
- 1) 市立芦屋病院 リハビリテーション科,
2) 兵庫医療大学大学院医療科学研究科, 3) 神戸大学大学院保健学研究科,
4) ひょうご呼吸ケアネットワーク
- 田村 宏^{1,2,4)}, 沖 侑太郎^{3,4)}, 小泉 美緒^{1,2,4)}, 石川 朗^{3,4)},
玉木 彰^{2,4)}
- OS 09-7 奈良県内における喘息・COPDに対する吸入指導の取り組み
- 1) 高井病院 呼吸器内科, 2) 市立奈良病院 呼吸器内科,
3) 奈良県西和医療センター 呼吸器内科,
4) 国立病院機構奈良医療センター 呼吸器内科
- 小林 厚¹⁾, 児山 紀子²⁾, 杉村 裕子³⁾, 玉置 伸二⁴⁾

OS 10 16:30～17:25

一般演題 オーラルセッション

呼吸不全

座長 松岡 洋人

(地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 呼吸器内科)

- OS 10-1 形質細胞白血病に対してカルフィルゾミブ投与後に発症した重篤な急性肺水腫の一例
- 1) 堺市立総合医療センター内科統括部, 2) 同呼吸器内科
- 久瀬 雄介¹⁾, 西田 幸司²⁾, 小高 直子²⁾, 山田 知樹²⁾, 中野 仁夫²⁾,
林 靖大²⁾, 高岩 卓也²⁾, 梶田 元²⁾, 高島 純平²⁾, 草間 加与²⁾,
郷間 巖²⁾

- OS 10-2 骨髄移植後10年経過後の肺胞出血による呼吸不全
大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学
○益弘健太郎, 佐藤 真吾, 光井 雄一, 白井 雄也, 高田 創, 矢賀 元,
白山 敬之, 三宅浩太郎, 小山 正平, 平田 陽彦, 岩堀 幸太, 長友 泉,
武田 吉人, 木田 博, 熊ノ郷 淳
- OS 10-3 全身麻酔下での抜歯術後に生じた陰圧性肺水腫の一例
市立伊丹病院 呼吸器内科
○堅田 敦, 細井 慶太, 寒川 貴文, 牧尾 健史, 原 彩子, 原 聡志,
木下 善詞, 関 庚火華
- OS 10-4 胸郭変形による2型呼吸不全を契機に診断された腓神経内分泌腫瘍に伴うCushing
症候群の一例
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 消化器内科,
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 内分泌内科,
4) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科
○松梨 敦史¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 立川 良¹⁾, 大崎 恵¹⁾,
細谷 和貴¹⁾, 河内 勇人¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 森 令法¹⁾, 古郷摩利子¹⁾,
藤本 大智¹⁾, 中川 淳¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 和田 将弥²⁾, 猪熊 哲朗²⁾,
伯田 琢朗³⁾, 藤本 寛太³⁾, 松岡 直樹³⁾, 毛利 太郎⁴⁾, 原 重雄⁴⁾
- OS 10-5 慢性Ⅱ型呼吸不全に対してNPPVを導入するも肺嚢胞が増大し, Biphasic Cuirass
Ventilationで改善した1例
公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器センター
○山田 翔, 井上 大生, 前谷 知毅, 宇山 倫弘, 林 優介, 網元 久敬,
白石 祐介, 山城 春華, 伊元 孝光, 白田 全弘, 北島 尚昌, 片山 優子,
丸毛 聡, 福井 基成
- OS 10-6 DPB増悪に対して体外式陽陰圧人工呼吸器が有効であった1例
大阪市立総合医療センター 呼吸器内科
○西村美沙子, 角田 尚子, 杉山由香里, 三木 雄三, 住谷 充弘, 少路 誠一

第 4 会 場

2階/会議室3・4

OS 11 9:05～10:00

一般演題 オーラルセッション

薬剤性肺障害・サルコイドーシス

座長 谷澤 公伸

(京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学)

- OS 11-1 サプリメント（黒酢ニンニク、ノコギリ椰子）が関与したと考えられた間質性肺炎の1例
1) 近畿大学医学部奈良病院 呼吸器・アレルギー内科,
2) 近畿大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科
○花田宗一郎¹⁾, 白波瀬 賢¹⁾, 澤口博千代¹⁾, 村木 正人¹⁾, 東田 有智²⁾
- OS 11-2 OK432による胸膜癒着術により生じた重症薬剤性肺炎の1例
大阪赤十字病院 呼吸器内科
○大木元達也, 多木 誠人, 青柳 貴之, 山田 直生, 山谷 昂史, 石川 遼一,
中井恵里佳, 西 健太, 中川 和彦, 森田 恭平, 黄 文禧, 吉村 千恵,
西坂 泰夫
- OS 11-3 DOAC内服中にびまん性肺胞出血をきたした1症例
1) JCHO星ヶ丘医療センター 呼吸器内科,
2) JCHO星ヶ丘医療センター 感染制御内科
○中山 絵美¹⁾, 濱田恵理子¹⁾, 竹田 倫世¹⁾, 北村 知高¹⁾, 辻本 和徳²⁾,
前倉 俊也¹⁾, 中村 孝人¹⁾
- OS 11-4 Löfgren症候群と考えられた急性サルコイドーシスの一例
大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学
○佐藤 真吾, 木田 博, 光井 雄一, 白井 雄也, 高田 創, 矢賀 元,
益弘健太郎, 福島 清春, 白山 敬之, 三宅浩太郎, 小山 正平, 平田 陽彦,
長友 泉, 武田 吉人, 熊ノ郷 淳
- OS 11-5 呼吸器系病変増悪と同時期に、急速に進行する心病変を呈したサルコイドーシスの一例
関西電力病院
○田村佳菜子, 水谷 亮, 河本 健吾, 岩崎 剛平, 稲田 祐也, 伊東 友好
- OS 11-6 右中葉無気肺を呈し、肺癌との鑑別を要した肺サルコイドーシスの1例
京都中部総合医療センター 呼吸器内科
○森本 健司, 伊達 紘二, 河野 秀彦

OS 12 10:00～10:55

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患 1

座長 橋本 成修

(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

- OS 12-1 肺高血圧症を合併した抗ARS抗体症候群の1例
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○加持 雄介, 中村 哲史, 松村 和紀, 寺田 悟, 上山 維晋, 稲尾 崇,
安田 武洋, 橋下 成修, 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫
- OS 12-2 免疫抑制療法に抵抗性を示した抗MDA5抗体陽性の皮膚筋炎に合併した急速進行性
間質性肺炎の1例
愛仁会高槻病院 呼吸器内科
○吉村 遼佑, 小濱みずき, 梅谷 俊介, 小嶋真理子, 山田 潤, 福井 崇文,
奥野 恵子, 中村 美保, 船田 泰弘
- OS 12-3 防虫スプレー後に皮疹が生じ、比較的急な進行をきたした抗MDA-5抗体陽性間質
性肺炎の1例
1) NHO 近畿中央呼吸器センター 内科,
2) NHO 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター
○高野 峻一¹⁾, 橘 和延¹⁾, 榎本 貴俊¹⁾, 足立 雄一¹⁾, 東 浩志¹⁾,
小林 岳彦¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 露口 一成²⁾, 新井 徹²⁾, 林 清二¹⁾,
井上 義一²⁾
- OS 12-4 ELIZA法で抗ARS抗体陽性であったが、免疫沈降法では陰性であった間質性肺炎4
症例の検討
1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科,
2) 神戸市立医療センター西市民病院 リウマチ膠原病内科,
3) 京都大学医学部付属病院 免疫・膠原病内科
○和田 学政¹⁾, 富岡 洋海¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 金子 正博¹⁾, 古田健二郎¹⁾,
山下 修司¹⁾, 森田 充紀¹⁾, 吉積 悠子¹⁾, 山添 正敏¹⁾, 橋本 梨花¹⁾,
安部 武生²⁾, 中嶋 蘭³⁾
- OS 12-5 肺癌を合併した抗PL-7抗体陽性間質性肺炎の1例
1) 関西電力病院 呼吸器内科, 2) 関西電力病院 呼吸器外科,
3) 関西電力病院 腫瘍内科,
4) 関西電力医学研究所 臨床腫瘍研究所
○岩崎 剛平¹⁾, 水谷 亮¹⁾, 河本 健吾¹⁾, 田村佳菜子¹⁾, 稲田 祐也¹⁾,
伊東 友好¹⁾, 館 秀和²⁾, 吉村 誉史²⁾, 勝島 詩恵^{3,4)}, 柳原 一広^{3,4)}
- OS 12-6 肝機能障害が出現し治療に苦慮した抗EJ抗体陽性間質性肺炎
1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科,
2) 加古川中央市民病院 リウマチ・膠原病内科
○山本 賢¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 石田 貢一¹⁾, 矢谷 敦彦¹⁾, 岩田 帆波¹⁾,
藤井 真央¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 田中 千尋²⁾

OS 13 10:55～11:40

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患 2

座長 杉本 親寿

(独立行政法人国立病院機構近畿中央胸部疾患センター 呼吸器内科)

- OS 13-1 アスベストosisの経過中に多発血管炎性肉芽腫症を発症した1例
近畿大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科
○大森 隆, 西山 理, 吉川 和也, 御勢 久也, 佐伯 翔, 山崎 亮,
綿谷奈々瀬, 西川 裕作, 佐野安希子, 山縣 俊之, 岩永 賢司, 佐野 博幸,
原口 龍太, 東田 有智
- OS 13-2 間質性肺炎の経過観察中に胸膜炎を合併し、高齢発症SLEの診断に至った一例
加古川中央市民病院 呼吸器内科
○矢谷 敦彦, 徳永俊太郎, 中川 大章, 石田 貢一, 山本 賢, 岩田 帆波,
藤井 真央, 堀 朱矢, 西馬 照明
- OS 13-3 両側肺野にすりガラス陰影が出現し肺水腫との鑑別を要した異所性肺石灰化症の1例
明石医療センター 呼吸器内科
○二ノ丸 平, 島田天美子, 岩本 夏彦, 藤本 昌大, 高宮 麗, 川口 亜記,
池田 美穂, 島山由記久, 岡村佳代子, 吉村 将, 大西 尚
- OS 13-4 特発性間質性肺炎の経過中に急性呼吸不全・心不全・腎不全を呈し、救命し得た74才男性の一例
NHO姫路医療センター呼吸器内科
○三宅 剛平, 竹野内政紀, 平岡 亮太, 平田 展也, 平野 克也, 高橋 清香,
小南 亮太, 大西 康貴, 加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾, 勝田 倫子,
横井 陽子, 水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信, 河村 哲治, 中原 保治
- OS 13-5 ステロイドを漸減しながら抗線維化薬の導入を行い、奏功した特発性肺線維症の1例
医療法人田北会 田北病院 内科
○有山 豊, 植田 勝廣, 塚口真理子, 砺山 隆行

LS3 12:00～13:00

ランチオンセミナー 3

座長 本津 茂人

(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 講師)

『誰も教えてくれなかったオブジーボの正しい使い方
—日本で蓄積された Experience と Evidence—』

演 者: 古屋 直樹

(聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科 講師)

共催: 小野薬品工業株式会社/ブリストル・マイヤーズスクイブ株式会社

OS 14 13:35 ~ 14:40

一般演題 オーラルセッション

リンパ増殖性疾患・リンパ腫

座長 塚本 宏壮

(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)

- OS 14-1 関節リウマチの経過中に発症した、メトトレキサートの関与も考えられたリンパ増殖性疾患の一例
地域医療機能推進機構大阪病院 呼吸器内科
○長田 由佳, 藤並 舞, 田子謙太郎, 田中 陽子, 竹嶋 好, 佐々木義明
- OS 14-2 急性呼吸不全を呈したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の一例
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科,
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科,
4) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科
○大崎 恵¹⁾, 古郷摩利子¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 細谷 和貴¹⁾, 河内 勇人¹⁾,
平林 亮介¹⁾, 森 令法¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 永田 一真¹⁾,
中川 淳¹⁾, 立川 良¹⁾, 中村 桃子²⁾, 穴戸 裕³⁾, 青山 晃博³⁾,
山下 大祐⁴⁾, 石川 隆之²⁾, 高橋 豊³⁾, 原 重雄⁴⁾, 富井 啓介¹⁾
- OS 14-3 巨大縦隔腫瘍として発見されたT細胞性リンパ芽球性リンパ腫の一例
京都府立医科大学 医学部 呼吸器内科
○尾ノ井恵佑, 山本 知恵, 西岡 直哉, 井ノ口乃英瑠, 田宮 暢代,
金子 美子, 山田 忠明, 内野 順治, 高山 浩一
- OS 14-4 誤嚥性肺炎を契機に血管内大細胞型B細胞リンパ腫と診断された一例
1) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 同 血液内科,
3) 同 医学研究所 病理診断部
○松村 和紀¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 寺田 悟¹⁾, 稲尾 崇¹⁾,
加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾,
田口 善夫¹⁾, 戸田 有亮²⁾, 大野 仁嗣²⁾, 小橋陽一郎³⁾
- OS 14-5 局所麻酔下胸腔鏡検査で診断したsmall lymphocytic lymphomaの一例
滋賀県立総合病院呼吸器内科
○野原 淳, 橋本健太郎, 石床 学, 渡辺 寿規, 塩田 哲広
- OS 14-6 腫瘤影を呈し経気管支生検にて肺MALTリンパ腫と診断された一例
1) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科,
2) 同 医学研究所 病理診断部
○稲尾 崇¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 寺田 悟¹⁾,
加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾,
田口 善夫¹⁾, 小橋陽一郎²⁾
- OS 14-7 気管支鏡検査で診断しえた気管支原発悪性リンパ腫の一例
1) 京都桂病院呼吸器センター呼吸器内科, 2) 京都桂病院血液内科
○相川 政紀¹⁾, 酒井 勇輝¹⁾, 川井 隆広¹⁾, 林 康之¹⁾, 恒石 鉄兵¹⁾,
岩坪 重彰¹⁾, 橋本 教正¹⁾, 岩田 敏之¹⁾, 山藤 緑¹⁾, 砂留 広伸¹⁾,
西村 尚志¹⁾, 土井 章一²⁾

OS 15 15 : 25 ~ 16 : 20

一般演題 オーラルセッション

希少肺疾患・その他

座長 **西山 理**

(近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科)

- OS 15-1 CTにて両側すりガラス濃度上昇部位に重症市中肺炎を発症した肺胞蛋白症の一例
1) 明石医療センター 呼吸器内科, 2) 明石医療センター 病理診断科
○藤本 昌大¹⁾, 畠山由記久¹⁾, 岩本 夏彦¹⁾, 高宮 麗¹⁾, 川口 亜記¹⁾,
池田 美穂¹⁾, ニノ丸 平¹⁾, 岡村佳代子¹⁾, 島田天美子¹⁾, 吉村 将¹⁾,
大西 尚¹⁾, 仙波 秀峰²⁾, 佐野 暢哉²⁾
- OS 15-2 流動パラフィンの鼻腔内投与により発症したリポイド肺炎の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,
3) 同 病理診断科
○小南 亮太¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平野 克也¹⁾,
高橋 清香¹⁾, 大西 康貴¹⁾, 水野 翔馬¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
花岡 健司¹⁾, 勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 三村 六郎³⁾
- OS 15-3 ゴマ油による外因性リポイド肺炎の一症例
NHO近畿中央呼吸器センター
○香川 智子, 橘 和延, 新井 徹, 杉本 親寿, 菅原 玲子, 滝本 宜之,
竹内奈緒子, 柳田 直紀, 笠井 孝彦, 審良 正則, 林 清二, 井上 義一
- OS 15-4 Airway-centered fibroelastosisの診断が考えられた一例
1) NHO近畿中央呼吸器センター内科, 2) 同臨床検査科, 3) 同放射線科,
4) 同臨床研究センター
○蓑毛祥次郎¹⁾, 橘 和延¹⁾, 新井 徹^{1,4)}, 松井 秀夫¹⁾, 笠井 孝彦²⁾,
審良 正則³⁾, 井上 義一⁴⁾
- OS 15-5 気管支喘息に併発した樹枝状肺骨形成の1例
1) 大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 病理科,
4) こだまクリニック
○谷崎 智史¹⁾, 柳瀬 隆文¹⁾, 九野 貴華¹⁾, 松本錦之介¹⁾, 新津 敬之¹⁾,
玄山 宗到¹⁾, 内田 純二¹⁾, 原 暁生²⁾, 船越 康信²⁾, 城戸 完介³⁾,
伏見 博彰³⁾, 児玉 昌身⁴⁾, 上野 清伸¹⁾
- OS 15-6 遷延性咳嗽と体重減少を主訴に来院, 原発性マクログロブリン血症・全身性アミロ
イドーシスと診断された1例
天理よろづ相談所病院
○中村 哲史, 橋本 成修, 松村 和紀, 上山 維晋, 寺田 悟, 稲尾 崇,
加持 雄介, 安田 武洋, 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫

OS 16 16:20～17:25

一般演題 オーラルセッション

胸膜・縦隔疾患

座長 横井 崇

(兵庫医科大学胸部腫瘍学特定講座・内科学講座 呼吸器科)

OS 16-1 縦隔原発と考えられた悪性黒色腫の1例

1) 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 姫路医療センター 病理診断科

○平田 展也¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾,
高橋 清香¹⁾, 水野 翔馬¹⁾, 大西 康貴¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾,
花岡 健司¹⁾, 勝田 倫子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 水守 康之¹⁾,
塚本 宏壯¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 三村 六郎²⁾

OS 16-2 縦隔に発生し、急速に増大した滑膜肉腫の1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器内科

○宇山 倫弘, 伊元 孝光, 前谷 知毅, 山田 翔, 林 優介, 網本 久敬,
白石 祐介, 山城 春華, 白田 全弘, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子,
丸毛 聡, 福井 基成

OS 16-3 診断に苦慮した漿液性腺癌, 胸膜播種の1例

1) 彦根市立病院 呼吸器内科, 2) 彦根市立病院 呼吸器外科

○奥野 雄大¹⁾, 岡本 菜摘¹⁾, 渡邊 勇夫¹⁾, 林 栄一²⁾, 月野 光博¹⁾

OS 16-4 頸部アプローチにて摘出した副甲状腺嚢胞の一例

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器センター 外科

○井口 貴文, 松岡 勝成, 熊田早希子, 石川 祐也, 渡辺 梨砂, 山田 徹,
松岡 隆久, 長井信二郎, 植田 充宏, 宮本 好博

OS 16-5 鍼治療を契機に発症した両側気胸の一例

1) 倫生会 みどり病院, 2) 広島市医師会運営・安芸市民病院

○増田 憲治¹⁾, 香河 和義²⁾

OS 16-6 11年間の画像的経過観察後に剖検肺の石綿小体濃度を計測し得たびまん性胸膜肥厚の1例

独立行政法人 国立病院機構 刀根山病院 呼吸器内科

○原 伶奈, 矢野 幸洋, 岩井 亜美, 中坪彩恵子, 小原 由子, 押谷 洋平,
香川 浩之, 辻野 和之, 藤川 健弥, 好村 研二, 三木 真理, 三木 啓資,
橋本 尚子, 北田 清悟

OS 16-7 術前鑑別が困難であった、石灰化を伴う多房性胸腺のう胞の1切除例

1) 関西医科大学附属病院 呼吸器外科, 2) 関西医科大学附属病院 病理診断科

○松井 浩史¹⁾, 谷口 洋平¹⁾, 齊藤 朋人¹⁾, 日野 春秋¹⁾, 蔦 幸治²⁾,
村川 知弘¹⁾

第 5 会 場

別館2階/会議室5

OS 17 9:05 ~ 10:00

一般演題 オーラルセッション

アレルギー性肺疾患 (1)

座長 村木 正人

(近畿大学医学部奈良病院 呼吸器・アレルギー内科)

- OS 17-1 当科における抗IL-5抗体(メポリズマブ)の使用経験
1) 近畿大学医学部奈良病院 呼吸器・アレルギー内科,
2) 近畿大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科
○白波瀬 賢¹⁾, 花田宗一郎¹⁾, 澤口博千代¹⁾, 村木 正人¹⁾, 東田 有智²⁾
- OS 17-2 頻回増悪を繰り返していた重症喘息合併の慢性好酸球性肺炎にmepolizumab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 呼吸器センター内科
○白石 祐介, 白田 全弘, 前谷 知毅, 山田 翔, 宇山 倫弘, 林 優介,
網本 久敬, 山城 春華, 伊元 孝光, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子,
丸毛 聡, 福井 基成
- OS 17-3 オマリズマブ投与後に意識障害を繰り返し、失感情症の関与が疑われた重症喘息患者の1例
1) 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター内科,
2) 同 精神神経科
○網本 久敬¹⁾, 丸毛 聡¹⁾, 前谷 知毅¹⁾, 山田 翔¹⁾, 宇山 倫弘¹⁾,
林 優介¹⁾, 白石 祐介¹⁾, 山城 春華¹⁾, 白田 全弘¹⁾, 伊元 孝光¹⁾,
北島 尚昌¹⁾, 井上 大生¹⁾, 片山 優子¹⁾, 福井 基成¹⁾, 波多腰桃子²⁾
- OS 17-4 ベンラリズマブが著効した難治性気管支喘息の1例
滋賀県立総合病院 呼吸器内科
○石床 学, 橋本健太郎, 野原 淳, 渡邊 壽規, 塩田 哲広
- OS 17-5 気管支サーモプラスティ後に静的及び動的過膨張が改善し運動時間及び自覚症状の改善に繋がった一例
国立病院機構 刀根山病院 呼吸器内科
○中坪彩恵子, 岩井 亜美, 原 伶奈, 小原 由子, 香川 浩之, 押谷 洋平,
辻野 和之, 好村 研二, 三木 真理, 三木 啓資, 橋本 尚子, 北田 清悟
- OS 17-6 末梢血好酸球増多を伴いA型インフルエンザの後に発見されたテネグリップチンによる薬剤性肺炎の一例
1) 大阪医科大学 内科学教室 (I),
2) 大阪医科大学附属病院 がんセンター、同 臨床研究センター
○池田宗一郎¹⁾, 辻 博行¹⁾, 三好 啓治¹⁾, 鶴岡健二郎¹⁾, 松永 仁綜¹⁾,
中村 敬彦¹⁾, 田村 洋輔¹⁾, 今西 将史¹⁾, 後藤 功¹⁾, 今川 彰久¹⁾,
藤阪 保仁²⁾

OS 18 10:00～10:55

一般演題 オーラルセッション

アレルギー性肺疾患 (2)

座長 少路 誠一

(大阪市総合医療センター 呼吸器内科)

OS 18-1 原因不明の好酸球性肺炎治療中に、痰培養検査より *Schizophyllum commune* を検出した1例

1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 天理よろづ相談所病院 放射線科

○寺田 悟¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 稲尾 崇¹⁾,
加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾,
田口 善夫¹⁾, 野間 恵之²⁾

OS 18-2 IgG4 高値を伴った慢性好酸球性肺炎の一例

大阪警察病院 呼吸器内科

○生田 昌子, 小牟田 清, 南 誠剛, 井原 祥一, 田中 庸弘, 西松佳名子,
池邊 沙織, 岡田 英泰, 橋本 和樹

OS 18-3 好酸球性肺炎が先行した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例

1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 天理よろづ相談所病院 放射線科

○上山 維晋¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 寺田 悟¹⁾, 稲尾 崇¹⁾,
加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾,
田口 善夫¹⁾, 野間 恵之²⁾

OS 18-4 水疱性類天疱瘡に好酸球性肺炎を合併した一例

1) 神戸市立医療センター西市民病院呼吸器内科,

2) 神戸市立医療センター西市民病院皮膚科,

3) 神戸市立医療センター西市民病院臨床病理科

○山下 修司¹⁾, 橋本 梨花¹⁾, 和田 学政¹⁾, 山添 正敏¹⁾, 吉積 悠子¹⁾,
森田 充紀¹⁾, 古田健二郎¹⁾, 金子 正博¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 富岡 洋海¹⁾,
小倉香奈子²⁾, 勝山 栄治³⁾

OS 18-5 自宅にある鳥の剥製が原因と考えられた鳥関連過敏性肺炎の一例

国立病院機構奈良医療センター

○古山 達大, 玉置 伸二, 久下 隆, 板東 千昌, 芳野 詠子, 田中小百合,
小山 友里, 西前 弘憲, 田村 猛夏

OS 18-6 慢性過敏性肺炎を背景とした二次性上葉優位型肺線維症の一例

大阪赤十字病院呼吸器内科

○青柳 貴之, 中川 和彦, 大木元達也, 山田 直生, 山谷 昂史, 石川 遼一,
中井恵里佳, 西 健太, 多木 誠人, 森田 恭平, 黄 文禧, 吉村 千恵,
西坂 泰夫

OS 19 10:55～11:50

一般演題 オーラルセッション

肺循環障害・気道疾患・その他

座長 杉村 裕子

(地方独立行政法人奈良県立病院機構 奈良県西和医療センター 呼吸器内科)

OS 19-1 肺動静脈瘻/動静脈奇形(PAVM/AVF)の2例

石切生喜病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○桑原 学, 木下 有加, 篠木 聖徳, 谷 恵利子, 中辻 優子, 吉本 直樹,
江口 陽介, 南 謙一

OS 19-2 NAFLD(非アルコール性脂肪性肝疾患)による肝肺症候群の1例

近畿大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科

○綿谷奈々瀬, 西山 理, 山崎 亮, 吉川 和也, 御勢 久也, 佐伯 翔,
西川 裕作, 大森 隆, 佐野安希子, 山縣 俊之, 佐野 博幸, 岩永 賢司,
原口 龍太, 久米 裕昭, 東田 有智

OS 19-3 異物に関連した気管支内ポリープの一例

結核予防会大阪病院 内科

○東口 将佳, 軸屋龍太郎, 木村 裕美, 松本 智成, 藤井 隆

OS 19-4 慢性咳嗽を契機に発見された右傍気管嚢胞の一例

済生会中和病院 内科

○青野 英幸, 片岡 良介, 平田 一記, 白石 直敬, 森岡 崇, 櫻井 正樹,
新井 正伸, 北田 裕陸, 徳山 猛

OS 19-5 人工気胸下に気管分岐部リンパ節のCTガイド下生検を施行した1例

滋賀県立総合病院 呼吸器内科

○橋本健太郎, 野原 淳, 石床 学, 渡邊 壽規, 塩田 哲広

OS 19-6 肺エコーが診断の決め手になった3症例(肺腺癌、肺膿瘍、胸壁膿瘍)

1) 塩谷内科診療所, 2) 済生会奈良病院,

3) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

○浜崎 直樹¹⁾, 塩谷 直久¹⁾, 大屋 貴広²⁾, 北村 友宏²⁾, 柴 五輪男²⁾,
上森 栄和²⁾, 寺本 正治²⁾, 今井 照彦²⁾, 室 繁郎³⁾

LS4 12:00～13:00

ランチョンセミナー 4

座長 浅井 一久

(大阪市立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 准教授)

『呼吸不全に対する高流量鼻カニュー酸素療法(HFNC)

～急性期から慢性期まで～』

演 者: 永田 一真

(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: 帝人在宅医療株式会社

OS 20 13:35 ~ 14:20

一般演題 オーラルセッション

抗酸菌感染症 1

座長 久下 隆

(独立行政法人国立病院機構奈良医療センター 内科)

- OS 20-1 治療3ヶ月目に片側性大量胸水を認めた肺結核の1例
1) 長浜市立湖北病院 内科,
2) 国立病院機構東近江総合医療センター 呼吸器内科
○山之内義尚^{1,2)}, 和田 広²⁾, 坂下 拓人²⁾, 八坂 亜季¹⁾, 辻本 健児¹⁾,
渡辺 舞¹⁾, 富樫 弘一¹⁾, 清水 真也¹⁾
- OS 20-2 肺癌治療後に患側大量胸水貯留で発症した結核性胸膜炎の一例
1) 大阪警察病院 呼吸器内科, 2) 大阪警察病院 病理診断科
○池邊 沙織¹⁾, 南 誠剛¹⁾, 橋本 和樹¹⁾, 岡田 英泰¹⁾, 生田 昌子¹⁾,
西松佳名子¹⁾, 田中 庸弘¹⁾, 井原 祥一¹⁾, 小牟田 清¹⁾, 安岡 弘直²⁾,
辻本 正彦²⁾
- OS 20-3 壊死性降下性縦隔炎との鑑別を要した頸部結核性リンパ節炎の一例
京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科学教室
○井ノ口乃英瑠, 山本 千恵, 尾ノ井恵佑, 西岡 直哉, 金子 美子,
田宮 暢代, 山田 忠明, 内野 順次, 高山 浩一
- OS 20-4 最近当院で粟粒結核と診断した3症例の検討
松下記念病院 呼吸器内科
○谷口 隆介, 山田 崇央
- OS 20-5 急激な胸膜外への進展・増大を呈した胸囲結核・結核性膿瘍の一例
1) 地方独立行政法人加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 呼吸器内科,
2) 同 呼吸器外科
○石田 貢一¹⁾, 山本 賢¹⁾, 矢谷 敦彦¹⁾, 岩田 帆波¹⁾, 藤井 真央¹⁾,
徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 松本 高典²⁾, 岩永幸一郎²⁾

OS 21 15:25 ~ 16:10

一般演題 オーラルセッション

抗酸菌感染症 2

座長 藤川 健弥

(独立行政法人国立病院機構刀根山病院 呼吸器内科)

- OS 21-1 気管支肺結核治療中にサイトメガロウイルス(CMV)腸炎を合併し1ヶ月以上7L/day程度の血性下痢が持続した1例
1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科, 2) 京都第一赤十字病院 化学療法部,
3) 京都第一赤十字病院 感染制御部
○藤井 博之¹⁾, 辻 泰佑¹⁾, 合田 志穂¹⁾, 笹田 碧沙¹⁾, 大村亜矢香¹⁾,
濱島 良介¹⁾, 塩津 伸介²⁾, 弓場 達也¹⁾, 内匠千恵子²⁾, 大野 聖子³⁾,
平岡 範也¹⁾

- OS 21-2 活動性結核の診断における結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン γ (IGRA) の有用性と課題の検討
近畿中央病院 呼吸器内科
○酒井 俊輔, 葉山 義友, 平松 政高, 寺田 晴子, 山口 統彦, 合屋 将
- OS 21-3 潜在性結核感染症治療時および治療後における喀痰検査、CTも含む画像検査の必要性
大阪府結核予防会大阪病院 内科
○松本 智成, 西岡 紘治, 東口 将佳, 軸屋龍太郎, 木村 裕美, 三宅 正剛, 藤井 隆
- OS 21-4 肺Mycobacterium abscessus症の治療中に好中球減少を合併した1例
1) 関西電力病院 呼吸器内科, 2) 関西電力病院 血液内科
○河本 健吾¹⁾, 水谷 亮¹⁾, 岩崎 剛平¹⁾, 田村佳菜子¹⁾, 稲田 祐也¹⁾, 伊東 友好¹⁾, 稲野将二郎²⁾
- OS 21-5 咯血に難渋し右上葉切除したMycobacterium abscessus complexによる肺NTM症の一例
1) 奈良県総合医療センター 呼吸器内科,
2) 奈良県総合医療センター 感染症内科,
3) 奈良県総合医療センター 呼吸器外科
○宮高 泰匡¹⁾, 竹澤 祐一¹⁾, 光石 大貴¹⁾, 山崎安寿弥¹⁾, 伊藤 武文¹⁾, 藤原 清宏¹⁾, 前田 光一²⁾, 櫛部 圭司³⁾

OS 22 16:10 ~ 16:55

一般演題 オーラルセッション

抗酸菌感染症3

座長 露口 一成

(独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター 感染症内科)

- OS 22-1 肺非結核性抗酸菌症に顕微鏡的多発血管炎を併発した1例
神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科
○佐藤 宏紀, 池田 顕彦, 多田 公英, 桜井 稔泰, 木田 陽子, 瀨織 力也, 乾 佑輔, 益田 隆広
- OS 22-2 気胸と関連したと考えられた肺Mycobacterium avium complex(MAC)症による胸膜炎の2例
明石医療センター呼吸器内科
○川口 亜記, 岡村佳代子, 高宮 麗, 藤本 昌大, 岩本 夏彦, 池田 美穂, 二ノ丸 平, 畠山由記久, 島田天美子, 吉村 将, 大西 尚
- OS 22-3 M. fortuitumとM. mageritenseによる共感染を呈した非結核性抗酸菌による胸膜炎の一例
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,
2) 神戸市立西神戸医療センター 臨床検査技術部
○平林 亮介¹⁾, 中川 淳¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 大崎 恵¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 細谷 和貴¹⁾, 河内 勇人¹⁾, 森 令法¹⁾, 古郷摩利子¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 立川 良¹⁾, 竹川 啓史²⁾, 富井 啓介¹⁾

OS 22-4 大酒家でるいそうが著明な男性の不明熱の原因がMycobacterium szulgai肺感染症と診断し治療できた1例

市立豊中病院 呼吸器内科

○米田 翠, 大谷 安司, 岡部 福子, 山本 悠司, 森村 治, 阿部 欣也

OS 22-5 抗酸菌同定検査で交差反応を示す非結核性抗酸菌の遺伝子学的検討

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) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床検査科,

3) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 内科

○吉田志緒美¹⁾, 露口 一成¹⁾, 富田 元久²⁾, 木原 実香²⁾, 井上 義一¹⁾,
林 清二³⁾, 鈴木 克洋³⁾

ポスター会場

別館1階/レセプションホール2

医学生・研修医アワード

総合アドバイザー 中野 恭幸
(滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科)

P 10:30～11:42

ポスターセッション

医学生・研修医アワード1

座長 竹中 英昭
(大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科)

座長 安田 武洋
(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

- P 01 血清アミラーゼ値より診断に至ったアミラーゼ産生肺腺がんの一例
京都府立医科大学医学部医学科
○菅 佳史, 吉村 彰紘, 片山 勇輝, 張田 幸, 福井 基隆, 水野 望未,
千原 佑介, 田宮 暢代, 金子 美子, 山田 忠明, 内野 順治, 竹村 佳純,
高山 浩一
- P 02 肺化膿症との鑑別を要した急速に増大する肺肉腫様癌の一例
1) 神鋼記念病院呼吸器センター, 2) 神鋼記念病院病理診断センター
○太田祐美子¹⁾, 芳賀ななせ¹⁾, 高田 尚哉¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 三好 琴子¹⁾,
久米佐知枝¹⁾, 井上 明香¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 門田 和也¹⁾, 岡田 信彦¹⁾,
笠井 由隆¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 榊屋 大輝¹⁾, 吉松 昭和¹⁾, 伊藤 智雄²⁾,
鈴木雄二郎¹⁾
- P 03 小細胞肺癌で傍腫瘍性神経症候群をきたし抗Hu抗体が原因と考えられた1例
1) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科, 2) 大阪府済生会中津病院 神経内科
○野村 萌¹⁾, 宮崎 慶宗¹⁾, 岡 朋子¹⁾, 佐藤 竜一¹⁾, 佐渡 紀克¹⁾,
寺西 敬¹⁾, 齊藤 隆一¹⁾, 東 正徳¹⁾, 上田 哲也¹⁾, 和泉 賢明²⁾,
長谷川吉則¹⁾
- P 04 ペムブロリズマブによって発症したSLEに伴う神経精神症状の1例
1) 日本生命病院 臨床研修部, 2) 日本生命病院 総合内科
○城野 美里^{1,2)}, 甲原 雄平²⁾, 宇都 佳彦²⁾, 田村 慶朗²⁾, 村上 輝明²⁾,
魚田 晃史²⁾, 二宮 隆介²⁾, 河面 聡²⁾, 住谷 哲²⁾, 小瀬戸昌博²⁾,
立花 功²⁾
- P 05 nivolumab投与中に発症した心筋炎の一例
大阪府済生会野江病院 呼吸器内科
○佐藤 愛, 山本 直輝, 田嶋 範之, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八,
三嶋 理晃

P 06 抗PD-1抗体治療歴を有する進行非小細胞肺癌に対する抗PD-L1抗体の検討
1) 兵庫医科大学 内科学講座呼吸器科, 2) 兵庫医科大学 胸部腫瘍学特定講座
○東山 友樹¹⁾, 横井 崇^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 柴田 英輔^{1,2)}, 金村 晋吾^{1,2)},
幸田 裕一¹⁾, 柘木 芳樹¹⁾, 藤本英利子¹⁾, 赤野友美子¹⁾, 多田 陽郎¹⁾,
南 俊行^{1,2)}, 高橋 良¹⁾, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

P 07 クリゾチニブ抵抗性のROS1遺伝子転座陽性stage IV肺腺癌の1例
北播磨総合医療センター
○千々木瑠里, 金城 和美, 川瀬香保里, 松本 正孝, 高月 清宣

OS04-7 S768I、V774M陽性のEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌に対してアファチニブを使用した1例
姫路医療センター 呼吸器内科
○鏡 亮吾, 竹野内正紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 平野 克也, 小南 亮太,
水野 翔馬, 大西 康貴, 高橋 清香, 東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司,
勝田 倫子, 水守 康之, 塚本 宏壮, 横井 陽子, 三宅 剛平, 佐々木 信,
河村 哲治, 中原 保治

※P08からOS04-7に変更

P 10:30 ~ 11:42

ポスターセッション

医学生・研修医アワード2

座長 竹村 佳純

(独立行政法人地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター 呼吸器内科)

座長 伊藤 武文

(地方独立行政法人奈良県病院機構奈良県総合医療センター 呼吸器内科)

P 09 脾膿瘍横隔膜穿破による肺膿瘍を生じた一例
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) 社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院 感染症科
○田中 優也¹⁾, 芳賀ななせ¹⁾, 高田 尚哉¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 三好 琴子¹⁾,
久米佐千枝¹⁾, 井上 明香¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 門田 和也¹⁾, 岡田 信彦¹⁾,
笠井 由隆¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 柘谷 大輝¹⁾, 吉松 昭和¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾,
香川 大樹²⁾

P 10 激烈な経過を辿った市中感染型MRSA肺炎の1例
1) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科, 2) 大阪府済生会中津病院 循環器内科
○福島 有星¹⁾, 寺西 敬¹⁾, 岡 朋子¹⁾, 佐藤 竜一¹⁾, 宮崎 慶宗¹⁾,
佐渡 紀克¹⁾, 齊藤 隆一¹⁾, 東 正徳¹⁾, 上田 哲也¹⁾, 藤本 大地²⁾,
長谷川吉則¹⁾

P 11 グラム染色所見により迅速に治療介入できたNocardia多発膿瘍の一例
神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
○嶋田 有里, 大崎 恵, 中川 淳, 松梨 敦史, 細谷 和貴, 河内 勇人,
平林 亮介, 森 令法, 古郷摩利子, 佐藤 悠城, 藤本 大智, 永田 一真,
立川 良, 富井 啓介

- P 12 卵巣癌、子宮体癌の重複癌による pseudo-Meigs 症候群の一例
奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座
○大澤 真実, 長 敬翁, 佐藤 一郎, 岩佐 佑美, 上田 将秀, 新田 祐子,
藤岡 伸啓, 春成加奈子, 鹿子木貴彦, 坂口 和宏, 鶴山 広樹, 田崎 正人,
太田 浩世, 熊本 牧子, 藤田 幸男, 山本 佳史, 本津 茂人, 山内 基雄,
吉川 雅則, 室 繁郎
- P 13 当院における肺癌の終末期医療の特徴
1) JCHO 神戸中央病院 呼吸器内科, 2) JCHO 神戸中央病院 内科 (緩和ケア)
○川村 彩華¹⁾, 中邨 亮太¹⁾, 美藤 文貴¹⁾, 荻野 浩嗣¹⁾, 三田 礼子²⁾,
近藤 盛彦²⁾, 大杉 修二¹⁾
- P 14 自己免疫性膵炎の精査中に原発不明癌を発症した一例
1) 大阪市立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学,
2) 大阪市立大学大学院医学研究科 臨床腫瘍学
○戸田 詩織¹⁾, 山田 一宏¹⁾, 中井 俊之¹⁾, 山本 典雄¹⁾, 金田 裕靖²⁾,
渡辺 徹也¹⁾, 浅井 一久¹⁾, 金澤 博¹⁾, 川口 智哉¹⁾, 平田 一人¹⁾
- P 15 限局型小細胞肺癌の治療中に急性心筋梗塞を発症し救命した一例
1) 京都大学医学部附属病院 初期研修医,
2) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科,
3) 京都大学医学部附属病院 循環器内科
○南條 俊也¹⁾, 渡邊 創²⁾, 渡部 宏俊³⁾, 小笹 裕晃²⁾, 馬場希一郎²⁾,
吉田 博徳²⁾, 阪森 優一²⁾, 金 永学²⁾, 平井 豊博²⁾
- P 16 汎下垂体機能不全を合併した肺癌の一例
社会福祉法人大阪府済生会野江病院
○日下部悠介, 山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃,
太田 充, 山藤 知宏, 安田浩一朗

P 10 : 30 ~ 11 : 42
ポスターセッション
医学生・研修医アワード 3

座長 土谷 美知子
(洛和会音羽病院 呼吸器内科)

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)

- P 17 空洞を伴う浸潤影を呈し、メサラジンによる薬剤性好酸球性肺炎が疑われた一例
1) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座, 2) 奈良県立医科大学 病理診断学講座
○藤田 博之¹⁾, 坂口 和宏¹⁾, 中井登紀子²⁾, 岩佐 佑美¹⁾, 上田 将秀¹⁾,
新田 祐子¹⁾, 藤岡 伸啓¹⁾, 春成加奈子¹⁾, 鹿子木貴彦¹⁾, 長 敬翁¹⁾,
鶴山 宏樹¹⁾, 太田 浩世¹⁾, 田崎 正人¹⁾, 熊本 牧子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⁾

- P 18 クロピドグレル(®プラビックス)による薬剤性肺炎が疑われた一例
若草第一病院 呼吸器内科
○泉 沙恵, 姜 成勲, 足立 規子
- P 19 芍薬甘草湯増量後に生じた薬剤性間質性肺炎により術中から低酸素血症に至った一例
1) 京都第一赤十字病院 初期研修医, 2) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科,
3) 京都第一赤十字病院 整形外科
○神戸 寛史¹⁾, 辻 泰佑²⁾, 藤井 博之²⁾, 合田 志穂²⁾, 笹田 碧沙²⁾,
濱島 良介²⁾, 大村亜矢香²⁾, 塩津 伸介²⁾, 弓場 達也²⁾, 内匠千恵子²⁾,
大野 聖子²⁾, 平岡 範也²⁾, 大石 久雄³⁾, 栗林 正明³⁾
- P 20 セレコキシブが関与したと考えられる関節リウマチの経過中に発症した薬剤性肺炎の一例
1) 地方独立行政法人 大津市民病院 臨床研修センター,
2) 地方独立行政法人 大津市民病院 呼吸器内科,
3) 地方独立行政法人 大津市民病院 呼吸器外科,
4) 地方独立行政法人 大津市民病院 病理診断科
○沢村 博一¹⁾, 松井 遥平²⁾, 田中 理美²⁾, 平沼 修²⁾, 古谷 竜男³⁾,
井伊 庸弘³⁾, 戸田 省吾³⁾, 益澤 尚子⁴⁾, 濱田 新七⁴⁾
- P 21 片側性に発症した好酸球性肺炎の1例
1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修部, 2) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
○太田 和輝¹⁾, 岡田あすか²⁾, 村上 伸介²⁾, 茨木 敬博²⁾, 堀本 和秀²⁾,
黒野 由莉²⁾, 竹中 英昭²⁾, 長 澄人²⁾
- P 22 自己免疫性膵炎経過中に異時性に併発したIgG4関連呼吸器疾患の1例
市立池田病院
○浜辺 友也, 久下 朋輝, 清水 裕平, 田幡江利子, 橋本 重樹
- P 23 CADM(臨床的無筋症性皮膚筋炎)の1例
大阪市立総合医療センター
○岡田 真穂, 住谷 充弘, 西村美沙子, 角田 尚子, 杉山由香里, 三木 雄三,
少路 誠一
- P 24 僧帽弁腱索断裂に伴う僧帽弁逆流症によって肺胞出血を来した一例
大阪警察病院 呼吸器内科
○長野 広通, 田中 庸弘, 生田 昌子, 橋本 和樹, 池邊 沙織, 岡田 英泰,
西松佳名子, 井原 祥一, 南 誠剛, 小牟田 清

P 10:30 ~ 11:42

ポスターセッション

医学生・研修医アワード4

座長 小林 和幸

(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)

座長 中村 孝人

(独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター 呼吸器内科)

- P 25 骨髄異形成症候群に合併した器質化肺炎の一例
奈良県立医科大学付属病院 呼吸器アレルギー血液内科
○池 菜美香¹, 鶴山 広樹, 山本 佳史, 長 敬翁, 太田 浩世, 田崎 正人,
熊本 牧子, 藤田 幸男, 本津 茂人, 山内 基雄, 田中 晴之, 室 繁郎
- P 26 肺内多発空洞性リウマチ結節により生じた難治性気胸の1例
1) 奈良県総合医療センター, 2) 奈良県立医科大学病理診断学講座
○村上 早穂¹, 伊藤 武文¹, 山崎安寿弥¹, 古高 心¹, 光石 大貴¹,
宮高 泰匡¹, 藤原 清宏¹, 竹澤 祐一¹, 渡邊 孝¹, 櫛部 圭司¹,
大林 千穂²
- P 27 黒色胸水を呈した膈管胸腔瘻の一例
1) 市立岸和田市民病院 呼吸器センター,
2) 市立岸和田市民病院 消化器センター
○山本 優一¹, 平山 寛¹, 西岡 憲亮¹, 北岡 文¹, 谷村 和哉¹,
高橋 憲一¹, 高谷 晴夫², 加藤 元一¹
- P 28 治療中に初期悪化を疑うスリガラス影を認めた粟粒結核の1例
大阪府済生会野江病院 呼吸器内科
○徳山 裕貴, 松本 健, 山本 直輝, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃
- P 29 慢性血栓性肺高血圧症に対してバルーン肺動脈拡張術を行った一例
1) 西和医療センター 初期研修医, 2) 西和医療センター 呼吸器内科,
3) 西和医療センター 循環器内科, 4) 星ヶ丘医療センター 呼吸器内科,
5) 岡山医療センター 循環器内科
○奥田悠太郎¹, 中村 篤宏², 鈴木 恵³, 岩間 一³, 中村 考人⁴,
中井 健仁³, 杉村 裕子², 松原 広己⁵
- P 30 不全型ベーチェット病に合併した右肺動脈閉塞の1例
1) 京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学,
2) 京都大学大学院医学研究科臨床免疫学,
3) 京都大学大学院医学研究科循環器内科学,
4) 京都大学大学院医学研究科呼吸不全先進医療講座,
5) 京都大学大学院医学研究科放射線医学,
6) 京都大学大学院医学研究科呼吸管理睡眠制御学
○小橋 和世¹, 興梠 陽平¹, 吉藤 元², 田中 望美², 笹井 蘭²,
田崎 淳一³, 半田 知宏⁴, 久保 武⁵, 渡邊 創¹, 谷澤 公伸¹,
中塚 賀也⁶, 村瀬 裕子¹, 池上 直弥¹, 庭本 崇史¹, 中西 智子¹,
陳 和夫⁶, 三森 経世², 平井 豊博¹

- P 31 呼吸機能検査が発見に有用であった特発性気管狭窄症の1例
1) 独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター 内科,
2) 独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター 呼吸器内科,
3) 独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター 呼吸器外科
○吉田 道彦¹⁾, 原 夏実²⁾, 日下部祥人²⁾, 土屋 貴昭²⁾, 木村 賢司³⁾
- P 32 両側気管支にコンクリート片が嵌頓した気管支内異物の1例
京都第二赤十字病院 呼吸器内科
○木村 拓, 久野はるか, 廣瀬 和紀, 古谷 渉, 長谷川 功, 久保田 豊
- P 33 気管支鏡下切除を行った気管支内過誤腫の一例
1) 公立豊岡病院 呼吸器内科, 2) 公立豊岡病院 総合診療科,
3) 京都大学 呼吸器内科,
4) 姫路医療センター 呼吸器内科
○中西 敦之¹⁾, 中治 仁志^{1,2)}, 杉山 陽介²⁾, 島 寛³⁾, 池尾 聡³⁾,
阪森 優一³⁾, 水守 康之⁴⁾

抄 録

EL 教育講演

LS ランチョンセミナー

AS アフタヌーンセミナー

SS 学術セミナー

男女共同参画推進フォーラム

呼吸リハビリテーションに関するステートメント2018

植木 純

順天堂大学大学院医療看護学研究科臨床病態学分野呼吸器系

呼吸リハビリテーションは有益性のエビデンスが確立された治療介入である。薬物療法に組み合わせて上乗せの改善効果を得ることにより、呼吸器疾患患者の管理を最適化することができる。わが国における呼吸リハビリテーションの普及をめざした呼吸器関連学会の活動として、2001年に呼吸リハビリテーションに関するステートメント（日本呼吸器学会・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会）が発表された後、啓発活動や医療者を対象とした実践的な診療指針の作成等の取り組みが継続して行われてきた。診療報酬も2006年に「呼吸器リハビリテーション料」が新設され、2012年に時間内歩行試験、2014年には低栄養状態にある患者に対する栄養指導管理料が新設された。

2018年に日本呼吸理学療法学会が新たに参画して3学会合同で改定されたステートメントは、呼吸リハビリテーションとは、呼吸器に関連した病気を持つ患者が、可能な限り疾患の進行を予防あるいは健康状態を回復・維持するため、医療者と協働的なパートナーシップのもとに疾患を自身で管理して自立できるよう生涯にわたり継続して支援していくための個別化された包括的介入であると定義した。

ATS/ERS が2013年に改訂したステートメントでは、行動変容への介入、身体活動性の向上・維持が加えられ、これらは現在もグローバルにコンセンサスの得られた介入手法や治療ターゲットである。ATS/ERSは慢性呼吸器疾患を対象として位置づけたが、わが国では呼吸器疾患、呼吸器関連疾患を対象とし、病態に応じて維持期（生活期）から終末期まで、急性期、回復時、周術期や術後回復期も含むシームレスな介入とした。呼吸器リハビリテーション料の適用は、(1) 急性発症した呼吸器疾患患者、(2) 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患またはその手術後の患者、(3) 慢性の呼吸器疾患により呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者、(4) 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等で周術期の呼吸機能訓練を要する患者である。介入に際しては、評価に基づきコンディショニングを併用した運動療法を中心として、ADLトレーニングを組み入れ、セルフマネジメント教育、栄養指導、心理社会的支援などを含む包括的な個別化プログラムを作成、実践する。

本講演では改定ステートメントを中心に呼吸リハビリテーションおよび演者関連施設での介入手法やアウトカムについて解説する。

喘息ガイドライン改訂のポイント

岩永 賢司、東田 有智
近畿大学医学部呼吸器・アレルギー内科

日本の喘息ガイドラインは1993年に発行されたアレルギー疾患治療管理ガイドラインを嚆矢とする。その後、1998年に日本アレルギー学会より喘息予防・管理ガイドライン（JGL）が発行され、およそ3年毎の改訂を重ね続けて、本年6月にJGL2018が発行された。JGLでは、喘息の基本病態は好酸球を中心とした慢性気道炎症であるということが紹介され、抗炎症療法としての吸入ステロイド薬の使用が推奨されるようになった結果、喘息コントロールの向上や喘息死数の激減に寄与してきた。喘息病態メカニズムの解明進展とそれに伴う様々な治療管理の進歩がJGLに反映されており、本講演ではJGL2018における改訂のポイントについて述べる。

1. JGL2015と比較して、本文のボリュームが減り、図表が増えて使いやすくなった。
2. 総論に、「喘息の間診・聴診・身体所見」、「喘息のバイオマーカー」、「喘息の予後」が追加された。
3. 疫学の項目は、最新のデータにアップデートされた。
4. 病態生理では、気道炎症の分子病態に関する最新の知見が追加された。
5. 喘息の管理目標が、気道炎症の制御と、可能な限り正常に近い呼吸機能を保って健常人と変わらない日常生活を送ること、すなわち「症状のコントロール」、「将来のリスク回避」の2点に集約された。
6. 治療では、長時間作用性抗コリン薬の推奨治療ステップの範囲が拡大された。また、抗IL-5抗体、抗IL-5受容体 α 鎖抗体、気管支熱形成術が重症喘息に対するステップ4の治療に追加された。さらに喘息治療薬の守備範囲（治療スペクトラム）の強度が数値でも表記されて見やすくなった。
「吸入指導」、「アレルゲン特異的免疫療法」、アレルギー疾患対策基本法を受けた「医療連携」が新規追加された。
7. 種々の側面の項目では、「ステロイド抵抗性喘息」が新規追加された。

慢性閉塞性肺疾患（COPD）ガイドライン2018 第5版改訂にあたり 知っておくべきこと～世界と日本の気道疾患診療の動向

室 繁郎

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

2013年4月に「日本呼吸器学会COPD診断と治療のためのガイドライン第4版」が出版されてから5年が経過し、その間に、長時間作用型気管支拡張薬とその配合薬を中心にCOPD治療薬が多数上市され、さまざまな介入試験・観察研究の結果が明らかになってきた。それらをうけて、日本のCOPDガイドラインが5年ぶりに改定された。この、「日本呼吸器学会COPD診断と治療のためのガイドライン2018第5版」に先だって、「喘息とCOPDのオーバーラップ（ACO）診断と治療の手引き2018」が発表され、両者を参照すると、臨床現場で鑑別や合併がしばしば問題となるCOPDと喘息に、包括的にガイドライン・手引きにより診断・治療指針を示し、さらに新たなエビデンスを構築していこうという意気込みが感じられる。この背景には、世界のCOPDガイドライン（あるいはドキュメント）であるGOLD（Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease）がGOLDが2017年のupdateで、COPD重症例にたいする治療の主体をICS/LABAからLAMA/LABAに変更したことが遠因にあげられると考える。

さて、治療ガイドラインの論拠となり、引用される大規模介入試験や大規模疫学研究においては、主たる被験者は非日本人である。それら海外の報告では、日本の臨床研究の結果に比して、1. BMIが大きい、2. 増悪が高頻度、3. 呼吸機能に比して症状・QoLの障害が強い、4. 心血管系死亡が多い、5. 比較的若年である、6. 吸入ステロイド製剤の処方率が高い、7. 一部の報告では、非喫煙COPDが相当数存在すること、などが特徴・差違として指摘される。また、本邦の医療システムの特徴として、1. 保険制度が整備されており、医療機関へのフリーアクセスで容易、2. その結果として、重症化する前に比較的高次の医療機関への受診が迅速、3. 胸部CT、呼気NOといった検査が海外に比して容易に施行可能であり、鑑別診断の技量が良好と推察されること、などが挙げられる。

海外データを解釈する際には、このような患者側の差違（日本で低いBMI、多い気腫型、低い増悪頻度）、治療内容の差違（ICSの処方頻度が低い）、医療制度の差違などを勘案のうえ、日本の臨床事情に当てはめて解釈していかどうかを留意しておく必要がある。

治療薬の多様化を背景に、薬剤の選択・組み合わせや、COPD治療のアドオンあるいはステップダウンを考慮して、最適な治療を提供し続ける工夫が臨床現場には必要とされると考えられ、そのためにはガイドラインの根拠となったデータを解釈できる技量をもつことが望ましい。

喘息診療における残された課題と今後の展望

玉置 伸二

独立行政法人国立病院機構 奈良医療センター内科

吸入ステロイド（ICS）や、ICSと長時間作用性 β 2刺激薬（LABA）との配合剤（ICS/LABA）の使用、ガイドラインの普及などにより、喘息のコントロールは向上し、喘息死や喘息入院患者数は減少の一途をたどっていた。しかし、喘息死数の減少の勢いはこの数年では鈍化してきており、背景としては使用する薬剤の有効性の問題に加え、患者の喘息への過小評価、病態の理解不足などが挙げられる。喘息治療の中心となる吸入療法は、内服治療と比較して服薬アドヒアランスの維持が難しく、吸入デバイスの誤操作を防ぐためにも医療従事者による吸入指導は必須である。的確な吸入指導を行うためには患者情報の収集と蓄積、その共有化が基盤となるため、ガイドラインでも多職種による医療連携ネットワークの構築が勧められている。

現在でも適切な治療を受けているにもかかわらずコントロール不良となり、増悪を繰り返す難治性・重症喘息患者は約5-10%存在するとされており、喘息治療には未だ多くの課題が残されている。一方で難治性・重症喘息に対する治療モダリティは各種抗体製剤、気管支サーモプラスティ（Bronchial Thermoplasty; BT）など近年選択肢が増加している。抗体製剤としてはOmalizumab（ヒト化抗ヒトIgEモノクローナル抗体）、Mepolizumab（ヒト化抗IL-5モノクローナル抗体）、Benralizumab（ヒト化抗IL-5受容体 α モノクローナル抗体）が使用可能である。さらにDupilumab（ヒト化抗IL-4受容体 α モノクローナル抗体）は先行してアトピー性皮膚炎に対して使用可能となり、Tezepelumab（ヒト化抗TSLPモノクローナル抗体）が現在開発中となっている。本邦のガイドラインでは、現時点ではアトピー型喘息にはOmalizumabが、好酸球性気道炎症にはMepolizumabまたはBenralizumabが推奨されているが、今後において各種抗体療法、BTの使い分けについて知見が積み重ねられることを期待したい。

喘息には特徴的な臨床像に基づいて分類される表現型・フェノタイプ、分子病態のあるいは遺伝子学的な特徴の組み合わせによる分類されるエンドタイプがある。近年喘息治療はPersonalized Medicine、Precision Medicineへ向かう動きがあり、この点においても喘息フェノタイプ・エンドタイプは注目されている。今後はそれぞれのエンドタイプに関連するバイオマーカーが明らかとなり、治療に活用されていくであろう。

喘息死をさらに減少させていくには難治性・重症喘息への対応が重要であり、今後は患者が適切な治療を受けるために各都道府県のアレルギー疾患医療拠点病院、かかりつけ医を中心とした医療提供体制が整備されることが期待されている。

悩ましい。これからの非小細胞肺癌の治療戦略

秦 明登

神戸低侵襲がん医療センター 呼吸器腫瘍内科

「悩ましい。」肺癌診療に携わっている先生方は、これからの非小細胞肺癌の治療戦略についてそう思われているに違いない。もちろん私も悩んでいる。

EGFR遺伝子変異陽性例ではオシメルチニブが一次治療に承認され、化学療法+ゲフィチニブは化学療法のみと比較して第三相試験で生存を延長することを示した。また、エルロチニブ+ペバシズマブはエルロチニブ単剤に対して、HR 0.61の大きな差でPFSを延長し、第二相試験の結果を再現した。第二世代EGFR-TKIを一次治療に使用し、オシメルチニブを逐次的に投与する有用性も示唆されている。EGFR遺伝子変異陽性例に対する選択肢に関しては、まさに「群雄割拠」と呼ぶに相応しい状況である。

ALK融合遺伝子陽性例に対するローラチニブ、BRAF遺伝子変異に対するダブラフェニブ+トラメチニブと希少なドライバー遺伝子変化に対する選択肢も増えてきている。

ドライバー遺伝子陰性例に対しては、来年には化学療法+免疫療法が一次治療にて承認される予定である。PD-L1 \geq 50%ではペンブロリズマブ単剤を選択するのか、化学療法+ペンブロリズマブを選択するのか、化学療法と免疫療法を併用する際には、化学療法+ペンブロリズマブを選択するのか、化学療法+アテゾリズマブを選択するのか、悩みは尽きない。

本ランチョンセミナーでは、これらの話題について、諸先生方と伴に大いに悩みたい。

そして、唯一、「悩まない」話題として、ラムシルマブ+ドセタキセルの実臨床での私の経験、その有用性を紹介したい。

LS-3 ランチョンセミナー 3

誰も教えてくれなかったオプジーボの正しい使い方 —日本で蓄積されたExperienceとEvidence—

古屋 直樹

聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科

2018年秋、本庶佑先生ノーベル賞受賞により、再び社会的にも脚光を浴びているニボルマブ。2015年12月、満を持して期待されて非小細胞肺癌に適応追加されてはや3年。多くの患者さんがニボルマブに救われ、しかし救えなかった患者さんもいることも事実。そう、3年前は誰も教えてくれなかったのですから。

私たち肺癌治療医はこの3年間、手探りでICI治療を行ってきました。答えの無い多くの臨床的疑問にぶち当たり悩みながら、しかし粛々と目の前の患者さんを治療し、3年間の治療経験を積み重ねてきました。しかしまだ、誰も教えてはくれません、オプジーボの正しい使い方。

本講演では、これまでに報告されてきた日本人Evidenceの解釈と、ニボルマブの個人的な経験（Experience）を中心にお話ししたいと思います。誰も教えてくれなかった臨床Tipsのみを共有・議論しながら、明日の实地臨床に活かせる講演になるよう尽力致します。よって本講演では、

- ・論文Evidence羅列講演、致しません。
- ・免疫基礎研究データ羅列講演、致しません。
- ・押し付けがましい処方誘導講演、致しません。

以上の内容に少しでも共感・興味を持っていただける先生方に御出席いただければ幸いです。

LS-4 ランチョンセミナー 4

呼吸不全に対する高流量鼻カニューラ酸素療法 (HFNC) ～急性期から慢性期まで～

永田 一真

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

呼吸管理のパラダイムシフトがおきている。これまでの呼吸不全の治療ではまずは酸素療法が行われ、それで不十分であれば非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)や気管挿管で人工呼吸管理を行っていた。近年登場した高流量鼻カニューラ酸素療法 (HFNC) は通常の酸素療法とは異なり、十分な加湿や酸素濃度設定が可能な上、PEEP効果や呼吸仕事量軽減など、人工呼吸に準ずる管理を快適に行うことが期待されている。

2015年に発表されたFLORALI studyではHFNCを急性1型呼吸不全に用いることで従来の酸素療法だけではなく、NPPVよりも予後を改善させることが報告された。さらに1型呼吸不全だけではなく、換気の障害を伴う2型呼吸不全に対しても有効であることがいくつかの臨床試験で報告されており、COPDの安定期の患者に使用することでQOLやPaCO₂を改善させることが示されている。

HFNCはNPPVと比較されることが多いが、対象とする疾患や重症度において共通する点が多いなかでそれぞれの治療法の効果や限界を熟知した上で適切に使いこなすことが重要である。しかし現時点で明確なエビデンスや指針は存在しないのが実情である。本セミナーでは急性期から慢性期まで、呼吸不全に対してどのようにHFNCを使用するのか、NPPVとの比較も含めて考察したい。

AS-1 アフタヌーンセミナー 1

第2世代EGFR TKIsは生き残れるのか？

田宮 基裕

大阪国際がんセンター 呼吸器内科

今年8月末より、進行非小細胞肺癌の初回治療に対してオシメルチニブが使用可能になった。FLAURA試験においてオシメルチニブは第1世代EGFR TKIsに対して、優位に無増悪生存期間を延長した。また、毒性においても忍容性があることが証明された。このため、初回治療オシメルチニブに対する期待は大きい。しかし、全生存期間の解析は未到達であり今後の解析が待たれるところである。一方、第2世代EGFR TKI ダコミチニブはARCHER1050試験において、第1世代EGFR TKI ゲフィチニブに対して、無増悪生存期間だけでなく全生存期間も優位に延長した。EGFR TKI同士の比較で全生存期間の解析の延長を示したのはARCHER1050試験だけである。初回治療EGFR TKIを考える時、全生存期間を中心に考える場合今のところ第2世代EGFR TKIsが考慮される。

また、現在すでに初回治療を行なっている症例において、EGFR TKI耐性後にT790Mを再生検にて証明する必要がある。実臨床で初回EGFR TKI後再生検のT790Mの出現率が予想以上に低いことがREMEDY試験で報告されている。また一方でオシメルチニブの前に使用するEGFR TKIによってオシメルチニブの効果に差が出てくる可能性があるとの報告もある。

これらのデータが再現性があるのか自院データも参考にしながら、第2世代EGFR TKIsの生きる道を探る。

臨床医が市中病院で行う臨床研究入門

原 正彦

日本臨床研究学会 代表理事

2004年にマッチング制度が導入された後、医師のキャリアは非常に多様化が認められるようになった。最近では基礎研究に従事して論文を書き学位を取得するというキャリア形成以外にも、市中病院で臨床研究を行い論文を書き、臨床医としての実績を積み上げるスタイルも珍しくなくなってきている。世界的にもこの数年で臨床系医学雑誌のImpact Factorが急激に上昇し、アカデミックな活動の臨床研究へのシフトが大きな流れとして存在する。そのような中で専門医の取得条件に臨床系医学論文の実績を課す診療科も増えてきており、優れた臨床医としてキャリアを形成していく中で臨床研究や英語論文の執筆は必要不可欠な活動になってきていると言っても過言ではない。臨床研究を行うことで論理的な思考能力や自分の行った治療の有効性に関する客観的な評価能力が養われるが、とはいっても現在の日本において適切な指導者は十分に確保できているとは言い難く、事実日本における臨床研究論文数は先進7カ国で唯一相対的に減少傾向にある。しかしながら日本の臨床医のスキルや経験は世界的に見ても非常に優れており、特に市中病院で日々臨床に取り組んでいる医師のアイデアは研究の種に溢れている。日本臨床研究学会ではこのような視点から超現場型の臨床医のアイデアを世界で戦えるレベルの研究に落とし込み、発表を行ったり論文を作成して頂けるようにキャリア形成のサポート活動を続けてきた。今回のセミナー講演ではこれらの経験を踏まえ、市中病院で働く激務の臨床医でも臨床研究を通してアカデミックなキャリアを形成できるように、研究を進めるうえで必要となる考え方やノウハウを余すところなく共有したいと考える。臨床研究を通して現場型の臨床医が世界を舞台に活躍するきっかけとなれば幸いである。

※推薦書籍「臨床研究立ち上げから英語論文発表まで最速最短で行うための極意 (すべての臨床医に捧ぐ超現場重視型の臨床研究指南書)」(金芳堂)

咯血診療 Forefront ---BAE3000例の経験よりEvidenceを発信する

石川 秀雄

医療法人えいしん会 岸和田リハビリテーション病院 咯血・肺循環センター

気管支動脈塞栓術（BAE）が手術までの橋渡しの姑息治療という位置づけであった時代はとうに過ぎ去った。いまやBAEは咯血治療のゴールドスタンダードである。

本年8月に私ども咯血・肺循環センターのBAE経験手技数は2672例に達し、石川センター長の前所属施設（近畿中央呼吸器センター）での手技数328例と合算すると通算3000例に到達した。BAEの塞栓物質は国際的にはPVAやNBCAが主体であり、日本国内ではGelfoamが主体であったが、我々は当初からコイルを用いたBAE（ssBACE エスエスベイス）を実施してきた。

BAEの長期治療成績のエビデンスは2007年ごろより世界各国から急激に増加してきた。我々は世界トップクラスの症例数と治療品質を経験しているものと自負し、BAEのエビデンスを発信すべき使命感をつねづね感じていたが、多忙な日常臨床に埋没し、なかなか査読英語論文を出版することができない焦燥感にながらく苦悩してきた。

2015年11月に現 日本臨床研究学会代表理事の原正彦先生との出会いがあり、我々の臨床研究の潮目が変わった。SkypeやZoomを活用した原正彦先生からのOn the Job trainingを当時の直属の部下である龍華美咲先生とともに受け、二人で悪戦苦闘しつつ紙カルテにまで遡って膨大な症例数をまとめ上げ、2017年2月にBMJopenに長期成績論文を投稿した。これはBAEのエビデンスとしては歴代最多症例数を誇るばかりでなく、金属コイルを用いたssBACEの世界初の包括的なエビデンスである（東京病院のNTMに対するssBACE論文はこれに先行していた）。この研究を介して、我々は臨床研究のいろはを学んだが、同時に臨床研究には臨床経験を積んでいるだけでは自動的に身につくことのない、学習すべき独自の技術やノウハウが存在することを学んだ。このあたりの経緯は、原正彦先生の著書「臨床研究立ち上げから英語論文発表まで最短最速で行うための極意（すべての臨床医に捧ぐ超現場重視型の臨床研究指南書）シリーズに詳細に述べられている。

2018年6月には2本目のエビデンスであるEuropean Radiologyに再咯血機序論文を、一本目よりはかなり小さな労力で出版することができた。現在ほかに3本の臨床研究プロジェクトが動いている。

日本呼吸器学会近畿地方会でのこのたびの初めてのアフタヌーンセミナーは、数年にわたって続けている日本呼吸器学会総会でのランチオン/イブニングセミナーとは趣向を変え、ssBACEの基本に加え、臨床研究の若きカリスマ原正彦先生の講演とのカップリング講演であることを活かし、我々が原先生の強力なご指導をえて、どのように不可能を可能に変えていったか、についても言及したい。

Efficacy and safety of super selective bronchial artery coil embolisation for haemoptysis : a single-centre retrospective observational study

Ishikawa H, Hara M, Ryuge M, et al, Open 2017;7:e014805. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014805
<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/2/e014805.full.pdf>

Mechanisms of recurrent haemoptysis after super-selective bronchial artery coil embolisation: a single-centre retrospective observational study. Ryuge M, Hara M, Hiroe T, Omachi N, Minomo S, Kitaguchi K, Youmoto M, Asakura N, Sakata Y, Ishikawa H.; Eur Radiol. 2018 Jul 19. doi: 10.1007/s00330-018-5637-2. <https://rdcu.be/4UrN>

AS-3 アフタヌーンセミナー 3

いまいちど考えよう！

～免疫チェックポイント阻害剤の有効性を最大化するために～

野上 尚之

国立病院機構 四国がんセンター 呼吸器内科

IV期非小細胞肺癌を対象にした薬物療法のガイドラインである日本肺癌学会の「肺癌診療ガイドライン2017年版」では、Driver Mutation のないPD-L1発現率 $\geq 50\%$ 、PS 0-1の非小細胞肺癌の治療方針としてpembrolizumab単剤を推奨グレード1Bとしている。一方、PD-L1発現率 $< 50\%$ 、PS0-2の場合、一次治療として細胞障害性抗がん剤が使用され、nivolumabとpembrolizumabは二次治療以降での使用が推奨されている。しかし、その二次治療以降の使用法においてもPD-L1の発現率が1%以上か否かで使用できる薬剤が若干異なるうえに、最適使用推進ガイドラインでは組織型によって治療ラインも変えることを推奨している。ここでは、ガイドラインにのっとり、現状でいかに有効に免疫チェックポイント阻害剤を届けるかを考察するとともに、いまだ数多く山積するこの薬剤の問題点についても言及する。

さらに本年になり本邦において抗PD-L1抗体薬であるatezolizumabが承認され、非小細胞肺癌において使用できる免疫チェックポイント阻害剤（抗PD-1抗体、抗PD-L1抗体）が3種類となるなど、さらに使用において複雑化が予想される。

直接比較試験が存在しないため真の意味でのこれら免疫チェックポイント阻害剤の使い分けは不可能であるが、atezolizumab承認後のこれらの薬剤の使い分けについて、それぞれの薬剤の臨床試験データを比較しながら現状と今後の治療方針について考察する。併せて、化学療法との併用療法、免疫チェックポイント阻害剤2剤の併用療法など、今後の一次治療における期待と展望についても若干触れたい。

免疫チェックポイント阻害剤が切り拓く肺癌の薬物療法

金 永学

京都大学大学院医学研究科呼吸器内科

この15年間、非小細胞肺癌（non-smallcell lung cancer: NSCLC）の薬物療法は分子標的薬の登場により急速な進歩を遂げてきた。これを第一の波とするならば、免疫チェックポイント阻害剤（immunecheckpoint inhibitor: ICI）の臨床導入は第二の波にたとえられよう。そしてそのインパクトの大きさは第一の波に勝るとも劣らない。昨年公表されたNivolumab第1相試験での5年生存率16%という数字は、長年肺癌診療に携わってきた臨床医に大きな衝撃を与えた。（しかもNivolumabの投与が行われたのは最初の2年間のみであり、5年生存した患者のほとんどはその後何の治療も受けていなかったのである！）。しかし、残念なことにICIでこのような大きな治療効果を得られる患者は限られており、最適な治療選択を行うためにはバイオマーカーの開発が急務である。腫瘍細胞表面におけるPD-L1発現は、不完全ではあるものの日常臨床で利用可能な唯一のバイオマーカーである。

Pembrolizumabは2番目に登場した抗PD-1抗体である。その開発は当初PD-L1発現陽性（ $\geq 1\%$ ）例に限定してすすめられ、セカンドラインにおけるDocetaxel との比較試験で有意な生存期間延長効果が確認されたことから、PD-L1 陽性（ $\geq 1\%$ ）のNSCLCに対する新たな標準治療となった。その後、Pembrolizumab の有効性がより期待できる患者群であるPD-L1 $\geq 50\%$ 陽性例を対象としたファーストラインにおける化学療法との比較試験でも生存期間の優越性が示され、PD-L1 $\geq 50\%$ 陽性の場合には初回治療からPembrolizumabの使用が推奨されている。本会ではPembrolizumabに関する最新のデータをご紹介しますとともに、新たな課題についても議論したい。

男女共同参画推進フォーラム

新しい専門医制度が始まった！

よくわかる内科・呼吸器内科の連動研修

○西川 正憲^{1,2)}、平井 豊博^{1,3)}、横山 彰仁^{1,4)}

日本呼吸器学会専門医制度統括委員会¹⁾

藤沢市民病院呼吸器内科²⁾

京都大学医学部呼吸器内科³⁾

高知大学医学部血液・呼吸器内科⁴⁾

2018年4月から新しい内科専門医制度が始まった。新専門医制度は、国民目線で改革されつつあるもので、専攻医にも指導医にも有益な制度となるものと期待されている。

内科領域におけるこれまでの制度と新しい制度との主な相違点は、①専ら自助努力による研修になりがちであったものを指導医の形成的指導を受けながら専攻医が研修できること、②症例経験に対する双方向性の評価をJ-OSLERに記録できること、③病歴要約は施設内評価を受けた後に施設外査読による形成的指導を経てより充実した病歴要約を作成できること、④プログラム管理委員会による修了認定を受けた後に、専門医認定試験を受けること、⑤J-OSLERを介して専攻医と指導医との研修状況を可視化できることである。特にJ-OSLERに研修実績を記録することは、研修実績が損なわれることなく、プログラムの中断、再開、変更を容易なものとしている。もしも、ライフイベントの発生などによって他のプログラムに乗り換える必要が生じても、J-OSLERによって研修状況が把握されているため、中途からの研修再開を可能としている。

呼吸器学会は、内科系サブスペシャルティ 13学会とともに基本領域である内科学会との協議を重ね、2017年10月に日本専門医機構において承認されたものを発展させた呼吸器専門研修プログラム整備基準（統括委員会案）、呼吸器専門研修カリキュラム（実務者案）及び修了要件症例数（統括委員会案）を2018年8月HPに発表した。呼吸器専門研修プログラムは基本的に複数の専門研修施設（基幹施設、連携施設、関連施設）が協力して運営する。呼吸器専門研修の状況は内科専門研修と同様にJ-OSLER Resp（仮）に症例経験、必須技術、病歴要約について、専攻医が登録を行い、指導医が承認を行い、登録された状況をモニタリングできるようになる（準備中）。内科専門研修（連動研修）中に、呼吸器指導医が指導し呼吸器専門研修に相応しいJ-OSLERに登録した症例経験と病歴要約は、J-OSLER Resp（仮）に遡及して登録できるので、有機的な連動研修ができるようになる。

抄 録

OS オーラルセッション

P ポスターセッション

OS 01-1

縦隔リンパ節腫大を伴わず急速に増大した、ブラ壁発生と考えられる小細胞肺癌の1例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○堀本 和秀, 岡田あすか, 茨木 敬博, 村上 伸介,
黒野 由莉, 竹中 英昭, 長 澄人

症例は48歳、男性。咳・血痰で近医受診、精査目的に当科紹介となった。胸部CTではブラ内腔に突出する長径9cm強の腫瘤を認めたが、葉間リンパ節腫大は認められるものの縦隔に異常がなく、胸水も認めなかった。肺癌や胸膜中皮腫などのマーカーは陰性であったが、PETのSUVmaxは7.6で悪性が示唆された。胸膜由来の腫瘍やブラ壁発生肺癌などの可能性を考えて手術を前提に気管支鏡を行うも診断に至らず、CTガイド下生検で小細胞肺癌の診断を得た。検索中にも腫瘤影は急速に増大したが、縦隔リンパ節腫大は認めなかった。全身検索の結果遠隔転移なく、化学放射線療法が著効した。ブラ壁発生と考えられる小細胞肺癌の報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 01-2

自然退縮した肺小細胞癌の1例

医仁会武田総合病院 呼吸器内科

○首藤 紗希, 仲 恵, 小西智沙都, 前川 晃一

【背景】肺癌の自然退縮は稀で、その機序は明らかにされていない。

【症例】症例は63歳女性。貧血精査のために撮影したCTで約15 mm大の右上葉結節と同側肺門・縦隔リンパ節腫大を指摘され、X年4月に当科紹介となった。ProGRPの上昇があり、FDG-PETにて同部位への集積を認めた。経気管支肺生検で診断に至らず、縦隔鏡にて肺小細胞癌(cT1aN2Mx, stageIIIA以上:脳転移評価は同意得られず未施行)の診断に至ったが、それ以上の精査加療を拒否、通院を自己中断された。その後、14ヶ月ぶりに当科外来を受診され、CTにて右上葉結節と同側肺門リンパ節の縮小を確認し、ProGRPも著明に低下しており、自然退縮と考えられた。

【結語】自然退縮した肺小細胞癌の1例を経験した。既報によると癌の自然退縮の原因としては免疫学的因子が重要とされているが、その機序は明らかにされていない。若干の考察を加えて報告する。

OS 01-3

肺癌の小腸転移による消化管穿孔をきたした1例

1) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科
2) 同 病理診断科

○岡 朋子¹⁾, 東 正徳¹⁾, 宮崎 慶宗¹⁾, 佐藤 竜一¹⁾,
佐渡 紀克¹⁾, 寺西 敬¹⁾, 齋藤 隆一¹⁾, 上田 哲也¹⁾,
宮城 佳美²⁾, 仙崎 英人²⁾, 長谷川吉則¹⁾

症例は80歳女性。肺扁平上皮癌cT3N3M1b stageIV(左上葉原発、両側副腎転移)に対して、CBDCA+nabPTX、Nivolumab、Docetaxel、S-1にて化学療法を行った。左副腎転移巣の増大がありPDと判断。左副腎転移に対して姑息的放射線照射を行い、best supportive care(BSC)に移行した。BSC移行後5ヶ月後に右下腹部痛が出現し救急搬送。腹部全体の圧痛と腹部CTにて腹腔内のfree airを認めたため消化管穿孔と判断した。左副腎転移の浸潤に伴う胃穿孔や十二指腸穿孔が考えられたため、絶食にて保存的に加療とした。しかし、入院11日目に意識レベルが低下し死亡。病理解剖にて肺癌の小腸転移による穿孔であることが判明した。肺癌の小腸への転移は1.7%、さらに穿孔の頻度は0.1%と報告されており、極めて稀である。今回、若干の文献的考察を交えて報告する。

OS 01-4

当院での80歳以上の高齢者非小細胞肺癌への細胞障害性抗癌剤投与症例の検討

大阪はびきの医療センター 肺腫瘍内科

○田中 智, 森泉 和則, 原 侑紀, 高田 宏宗,
那須 信吾, 森田沙斗武, 田中 彩子, 森下 直子,
鈴木 秀和, 岡本 紀雄, 平島 智徳

【背景】高齢化社会が進行するにつれ高齢者の肺癌患者も増加傾向である。中でも80歳以上でPSが保たれているが分子標的薬の適応のない患者の治療選択に関しては非常に悩ましい。

【対象と目的】当院での2012年4月～2018年3月に80歳以上の高齢者非小細胞肺癌に対して分子標的薬・免疫チェックポイント阻害薬を使用せず、細胞障害性抗癌剤で治療した19症例に関して後方視的に検討した。

【結果】年齢中央値82歳。PS中央値1。男性/女性:17/2。腺癌/扁平上皮癌:12/7。ⅢA/Ⅳ/post ope/post CRT/post RT:1/12/4/2。1st lineのregimenはCBDCA+PEM/CBDCA+PTX/CBDCA+nab-PTX/DTX/TS-1/PEM(±BEV)/GEM/nab-PTX/low dose CBDCA+RT:2/1/2/3/3/4/2/1/1。OS中央値270日(57-1443)。

【結論】80歳以上の高齢者非小細胞肺癌において細胞障害性抗癌剤の投与はある一定の効果を示し、長期生存例も認められた。80歳以上の高齢者に対してもPS良好例に対しては細胞障害性抗癌剤の投与を考慮する余地がある。

OS 01-5

特発性器質化肺炎に対してステロイド治療中に浸潤影が増悪した一例

大津赤十字病院呼吸器科

○濱田健太郎, 伏屋 芳紀, 池田 圭佑, 小島 彩加,
郷田 康文, 嶋 一樹, 八木 由生, 高橋 珠紀,
西岡 慶善, 庄司 剛, 片倉 浩理, 酒井 直樹

60歳台女性。糖尿病で加療されていた。検診で胸部レントゲンに異常陰影を指摘され受診。胸部CTで両肺末梢優位の多発斑状影を認めた。気管支鏡検査では、細胞診・組織診で悪性所見がなく、BALでリンパ球増多はないもののCD4/8比が上昇していたことから特発性器質化肺炎と診断し、以後は無治療経過観察していた。3年後、呼吸困難が出現し胸部CT上陰影の増悪を認めたため、特発性器質化肺炎の増悪と判断、PSL0.5mg/kgで加療を開始した。自覚症状・画像所見ともに軽快傾向となり経過良好だったため、PSLを徐々に減量した。しかし1年後、胸部CTで右肺下葉の陰影が増大、エコー下生検を行い肺腺癌と診断した。

OS 01-7

pembrolizumab投与後に薬剤性肺障害とIgA腎症の増悪を認めた肺腺癌の1例

堺市立総合医療センター 呼吸器内科

○小高 直子, 西田 幸司, 中野 仁夫, 山田 知樹,
林 靖大, 高岩 卓也, 高島 純平, 梶田 元,
草間 加与, 郷間 巖

非小細胞肺癌に対し免疫チェックポイント阻害薬が頻用されるようになり腫瘍縮小効果や有害事象に関して様々な報告がある。今回1回のpembrolizumab投与で腫瘍は著明に縮小したが薬剤性肺障害と併存していたIgA腎症の増悪を認めた症例を経験したため報告する。症例は63歳男性。1年前から検診で尿蛋白陽性を指摘されていたが放置していた。また紫斑の出現消退を繰り返していた。半年前から右頸部腫脹が出現。精査の結果縦隔型肺腺癌(TxN3M0)と診断、PD-L1高発現であったためpembrolizumab投与を行った。投与3週間後から血痰あり呼吸困難増悪、胸部CTで原発巣は縮小を認めたが両肺に新規のすりガラス影を認めた。経過からpembrolizumabによる薬剤性肺障害と診断。また尿蛋白増加、下腿紫斑を認めたため腎生検を施行しIgA腎症と診断。ステロイドによる治療を開始し薬剤性肺障害、IgA腎症の経過は良好である。また腫瘍は縮小維持し増悪なく現在5ヶ月を経過している。

OS 01-6

骨転移病変に対するデノスマブ投与により生じた非定型大腿骨骨折の1例

1) 一般財団法人 住友病院 呼吸器内科
2) 一般財団法人 住友病院 整形外科

○桂 悟史¹⁾, 田嶋匠之助¹⁾, 中田 侑吾¹⁾, 工藤 慶子¹⁾,
山口 悠¹⁾, 奥村 太郎¹⁾, 古下 義彦¹⁾, 重松三知夫¹⁾,
慶元 秀規²⁾, 亀山 貞²⁾, 豊田 和也²⁾, 津田 晃佑²⁾,
三輪 俊格²⁾, 川上 秀夫²⁾, 渋谷 高明²⁾

X-3年にALK遺伝子融合陽性の肺腺癌と診断した77歳女性。仙骨転移を認め、ゾレドロン酸の投与を開始した。腎機能の低下があり、X-2年4月よりデノスマブに変更し継続した。X年11月に転倒し右大腿の完全骨折を発症した。受傷部位に転移はなく、画像所見および経過から非定型大腿骨骨折(atypical femoral fracture, AFF)と診断した。観血的整復固定術を行ったが、X+1年の最終診察時でも骨癒合は得られていない。AFFとは、軽微な外力により大腿骨小転子遠位部直下から頸上部直上に生じる骨折であり、約半数を3年以上のBP製剤使用例が占める。AFFの中には本症例のように治療に難渋するケースもあり、骨粗鬆症ガイドラインにおいては一定期間BP製剤を使用している症例や前兆痛を認める症例では、骨折のリスクを評価し休薬や中止の必要性が提案されている。AFFについて文献的考察を加えて発表する。

OS 02-1

EGFR遺伝子変異陽性示した扁平上皮癌の成分を含む混合型小細胞癌の一例

国立病院機構 姫路医療センター

○大西 康貴, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太,
平野 克也, 小南 亮太, 高橋 清香, 水野 翔馬,
東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾,
勝田 倫子, 三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壮,
横井 陽子, 佐々木 信, 河村 哲治, 中原 保治

症例は74歳女性、咳嗽、血痰でX年3月に紹介となった。右上葉に65mmの腫瘍性病変を認め、気管支鏡検査で扁平上皮癌を伴う混合型肺小細胞癌と診断。病期はstageIV(cT3N1M1b、単発脳転移)となった。非喫煙者であったことからEGFR遺伝子変異解析を行ったところEx21 L858R遺伝子変異陽性と判明した。同年4月より一次治療としてCBDCA/CPT-11を開始し、6コース継続した後にPDとなった。X年11月、二次治療としてゲフィチニブを開始したところ、PRの効果が得られ、X+1年11月まで継続したが、右肺完全無気肺、換気血流不均等となり、徐々に全身状態が悪化し、X+2年2月に他界された。剖検の承諾を得て施行したところ、初診時の生検の結果と同様の結果が得られた。稀少な症例と考えられるため、文献的考察を加え報告する。

OS 02-2

EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌から扁平上皮癌への形質転換がみられた一例

明石医療センター 呼吸器内科

○高宮 麗, 岡村佳代子, 岩本 夏彦, 藤本 昌大, 川口 亜記, ニノ丸 平, 畠山由記久, 島田天美子, 吉村 将, 大西 尚

【症例】EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌に対してエルロチニブで治療中の66歳女性

【臨床経過】X-4年5月に右上葉結節影と鎖骨上・右肺門・縦隔リンパ節腫大と右副腎腫大がみられ、気管支鏡検査の結果、右上葉肺腺癌cT3N0M1b StageIV EGFR遺伝子変異陽性(L858R)の診断で同年6月よりエルロチニブ150mg/日で治療を開始した。X年6月、原発巣の増大はなかったが右副腎転移のみ増大し、同部位より再生検を施行した。病理結果は角化を伴った明らかな扁平上皮癌であったがL858R遺伝子変異が検出され、T790M遺伝子変異は検出されなかった。現在はエルロチニブを継続し、右副腎転移に対しては放射線照射の方針として治療継続している。

【考察】EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌において再生検部位に扁平上皮癌がみられる例は稀であり、文献的考察をまじえて報告する。

OS 02-3

エルロチニブおよびオシメルチニブにより薬剤性皮膚血管炎を発症した肺腺癌の1例

日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科

○河内 寛明, 吉田 寛, 田中瑛一朗, 野口 進, 深尾あかり, 寺下 聡, 田尻 智子, 池上 達義, 堀川 禎夫, 杉田 孝和

症例は75歳男性。X年12月に左上葉肺腺癌 (pT3N1M0 StageⅢA) に対し、左上葉切除を施行されたが、X+1年1月に縦隔リンパ節転移および多発脳転移で再発した。手術検体にて、EGFR遺伝子変異 (Exon21 L858R) が陽性であり、すぐにエルロチニブの投与を開始した。しかし、投与開始2週間後から両側下肢に点状および斑状の紫斑が多数出現したため、エルロチニブを減量し、皮膚科に皮膚生検を依頼した。その結果、薬剤性皮膚血管炎と診断した。その後、紫斑は拡大し、潰瘍も多発したため、投与開始6週間後にエルロチニブを中止した。中止に伴い、紫斑は改善傾向を示した。以後、2次治療としてゲフィチニブを、3次治療としてオシメルチニブを使用した。オシメルチニブの投与開始5週間後に紫斑が再燃した。このときはオシメルチニブを一時的に減量することで治療継続が可能であった。EGFR阻害薬による薬剤性皮膚血管炎の報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 02-4

EGFR Ex.20 S768I+T790M陽性肺腺癌に対してオシメルチニブを投与した一例

1) 兵庫医科大学 内科学講座 呼吸器科
2) 兵庫医科大学 胸部腫瘍学 特定講座

○三上 浩司^{1,2)}, 横井 崇^{1,2)}, 柴田 英輔^{1,2)}, 金村 晋吾^{1,2)}, 幸田 裕一¹⁾, 祢木 芳樹¹⁾, 藤本英利子¹⁾, 赤野友美子¹⁾, 多田 陽郎¹⁾, 南 俊行^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

【症例】65歳男性

【経過】X年6月診断の肺腺癌 (cT2aN2M1b, EGFR Ex.20 S768I) に対し一次治療としてCDDP+Pemetrexed×9コース後、X+1年8月より二次治療としてAfatinib(40 mg/日)を開始したが、Grade3の下痢のため30 mg/日に減量し継続するもX+2年9月に縦隔リンパ節腫大にてPDとなった。その後、Docetaxel, Afatinib再投与(20 mg/日)するも、X+4年1月にPDとなった。原発巣からの再生検でEGFR WTであったが、liquid biopsyでEGFR Ex.20 S768I+T790Mを認めたため、X+4年6月よりOsimertinib(80 mg/日)を開始したが、5週後に原発巣や縦隔リンパ節の増大と新規脳転移を認めPDと判断した。

【考察】minor mutationに対するEGFR-TKI治療後のOsimertinibの有効性は不明である。今回minor mutation+T790M陽性となった症例にOsimertinibを投与したものの有効性は認められなかった。近年様々なcompound mutationの薬剤感受性の報告がされており、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 02-5

oncologic emergencyを呈した進行期肺癌に対して臨床的判断に基づいてOsimertinibを使用し奏功した一例

一般財団法人住友病院 呼吸器内科

○田島匠之助, 中田 侑吾, 桂 悟史, 工藤 慶子, 山口 悠, 奥村 太郎, 古下 義彦, 重松三知夫

【現病歴】75歳女性、1週間前から左下肢の脱力による立位保持の不安定化、背部痛、排尿困難、尿失禁を認め救急受診。頭部CTで転移性脳腫瘍を疑う腫瘤を、胸部CTで右下葉の腫瘤、両肺の粟粒影、縦隔リンパ節腫大、Th12の溶骨性変化を認めた。肺癌を疑い入院4日目にCTガイド下針生検を施行しL858R陽性の肺腺癌と診断した。知覚麻痺や膀胱直腸障害を来していたため脊髄転移を疑いOsimertinibの内服を開始した。内服開始12日後の脊髄MRIで転移病巣は指摘されなかったが、治療によって原発巣、脳転移巣は早期に縮小し、排尿・知覚障害など神経症状は改善した。

【考察】oncologic emergencyに遭遇した場合は治療開始の判断を早急に行う必要がある。加療が遅れると不可逆的に症状が固定する恐れがあり、症状の進行と共に治療効果も低下する。本症例では頭痛以外に膀胱直腸障害を来していた。EGFR-TKIの内服を開始したことで改善に至り、重篤な後遺症を残さなかった。

OS 02-6

粟粒転移を来したEGFR陽性肺腺癌にErlotinib+Bevacizumabが奏効した1例

JCHO京都鞍馬口医療センター 呼吸器内科

○片山 勇輝, 竹村 佳純

症例は74歳女性。1か月前より持続する腰背部痛・食欲不振・心窩部不快感にて当院を受診された。胸腹部CT検査にて両肺野のびまん性小粒状影と左下葉の20mm大の結節影、両側甲状腺の不整形の結節影、肝多発結節影、胸腰椎・肋骨の多発骨融解像を認めた。原発性肺癌や甲状腺癌の肺転移、粟粒結核が鑑別に上がったが、気管支鏡検査を施行し経気管支生検を行ったところ、原発性肺腺癌(cT4N3M1c stageIVB)の診断となった。甲状腺の穿刺吸引細胞診では、腺腫様甲状腺腫の診断であった。EGFR遺伝子変異L858R陽性であったため、Erlotinib+Bevacizumabの投与を開始したところ、速やかに左下葉の結節は縮小し、粟粒転移巣は消失した。原発性肺癌の粟粒転移では、腺癌の比率やEGFR遺伝子変異の陽性率が高いとされており、若干の文献的考察を交えて報告する。

OS 03-2

筋系マーカー陽性を示したspindle cell tumorの1例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○黒野 由莉, 岡田あすか, 堀本 和秀, 茨木 敬博,
村上 伸介, 竹中 英昭, 長 澄人

症例は75歳の女性。X-1年9月頃からの咳嗽のため他院で胸部X線を施行し胸部大動脈瘤が疑われX年3月に当院血管外科を紹介受診。胸部CTで大動脈に接する腫瘤影を認め同月当科紹介となった。気管支鏡検査では診断に至らずCTガイド下生検を施行しspindle cell tumorとの所見であった。肉腫様癌などを考え同年4月よりカルボプラチン+パクリタキセルによる化学療法を開始したが、その後頭頂部の皮下に結節性病変を認め、5月に摘除術を行った。摘除した腫瘍の精査にて平滑筋肉腫と診断した。その後も化学療法や放射線療法などを行ったが徐々に全身状態悪化し、X+2年5月ホスビスへ転院となった。今回追加で検討を行ったところ、免疫染色のパターンからは平滑筋肉腫よりも筋上皮癌に分類すべき症例と考えた。若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 03-1

肺性肥大性骨関節症を契機に発見された肺リンパ上皮腫様癌の一例

1) 市立岸和田市民病院 呼吸器センター
2) 市立岸和田市民病院 病理診断科

○平山 寛¹⁾, 谷村 和哉¹⁾, 伊達 恵美²⁾, 西岡 憲亮¹⁾,
北岡 文¹⁾, 坂口 泰人¹⁾, 高橋 憲一¹⁾, 松本 和也¹⁾,
加藤 元一¹⁾

症例は22歳男性。半年ほど続く四肢の疼痛を主訴に前医膠原病内科を受診した。精査中に右肺下葉腫瘤影を指摘され、肺性肥大性骨関節症を合併した原発性肺癌を疑われ、同病院外科で気管支鏡検査施行されたが診断にいたらず当院紹介となった。当院でも気管支鏡検査を施行したが確定診断を得られず、診断・加療目的に外科的切除術(右肺中下葉切除術+リンパ節郭清)を施行した。手術標本にて肺リンパ上皮腫様癌の診断となった。術後経過は良好で再発もみられていない。肺リンパ上皮腫様癌は大細胞癌の特殊型に分類される稀な疾患であり、リンパ上皮腫と呼ばれた未分化上咽頭癌と類似する病理像を呈し、EBVとの関連が示唆されている。今回、肺性肥大性骨関節症を契機に発見された肺リンパ上皮腫様癌の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 03-3

気管支喘息を合併し、経過観察中に自然消退傾向を認めた気管支顆粒細胞腫の一例

ベルランド総合病院 呼吸器内科

○門谷 英昭, 山根 健志, 佐渡 康介, 津田 誉至,
阪上 和樹, 小川 未来, 長安 書博, 眞本 卓司

症例は46歳男性。肺炎を繰り返すため、XX年1月に当科を受診した。精査目的に気管支鏡検査を施行したところ、偶発的に右下葉B⁹入口部に白色の不整隆起性病変を認めた。直視下生検を行い、気管支粘膜下に好酸性の胞体を有する異型細胞の増殖を認めた。それらはPAS染色とS-100染色に陽性を示し、顆粒細胞腫と診断した。また、同時期より喘鳴と呼吸困難感が出現し、呼気NOが153ppbと上昇していたことなどから気管支喘息の合併と診断した。吸入ステロイドによる治療を開始したところ喘息症状は改善した。顆粒細胞腫に対して外科的切除を検討していたが、XX年5月の気管支鏡所見では消退傾向を認めた。その後も定期的に経過観察しているがXX+3年1月時点で消退傾向を維持している。顆粒細胞腫の自然消退例は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

OS 03-4

縦隔原発絨毛癌の脳転移により、急激な経過で死亡した若年男性の一例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
- 2) 神戸市立医療センター中央市民病院 脳神経外科
- 3) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科

○細谷 和貴¹⁾, 立川 良¹⁾, 大崎 恵¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 河内 勇人¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 森 令法¹⁾, 古郷摩利子¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 福光 龍²⁾, 原 重雄³⁾

症例は19歳男性。痙攣を主訴に近医を受診したところ、巨大縦隔腫瘍、多発肺腫瘍、左前頭葉皮質下出血が見られ、精査加療のため当院に転送された。血液検査ではhCGが著明高値であったが、AFPは正常範囲内であった。肺腫瘍の生検結果を待ちつつ、胚細胞腫瘍の多発肺転移と、脳転移に伴う出血を強く疑って第12病日に化学療法（BEP）を開始した。開始後も右上下肢麻痺と意識障害の進行があり、準緊急的に脳腫瘍摘出術を行った。しかしながら腫瘍周囲の浮腫が強く、切除後も脳ヘルニアが進み、第25病日に死亡した。死後、肺転移・脳転移の検体から組織学的に絨毛癌と診断した。胚細胞腫瘍のうち、絨毛癌は最も予後の悪い組織型と報告されている。脳転移を来す症例は少なく、化学療法・手術・放射線治療を組み合わせた集学的治療が行われている。当日は文献的考察を含めて報告する。

OS 04-1

ゲフィチニブ投与後にアナフィラクトイド紫斑様皮疹が出現した肺腺癌の一例

- 1) 奈良県総合医療センター 呼吸器内科
- 2) 奈良県総合医療センター 血液・腫瘍内科
- 3) 西和医療センター 呼吸器内科
- 4) 済生会奈良病院 内科

○光石 大貴¹⁾, 宮高 泰匡¹⁾, 山崎安寿弥¹⁾, 伊藤 武文¹⁾, 小林 真也²⁾, 藤原 清宏¹⁾, 竹澤 祐一¹⁾, 杉村 裕子³⁾, 古高 心⁴⁾

上皮成長因子受容体チロシンキナーゼ阻害薬（EGFR-TKI）内服による薬剤性皮膚障害として、ざ瘡様皮疹、爪囲炎、皮膚乾燥はよく知られているが、アナフィラクトイド紫斑をきたすことは稀である。症例は77歳女性。進行期の肺腺癌に対してゲフィチニブを開始し、数か月後に四肢・体幹に多発する点状紫斑、下肢痛、食思不振、下痢を訴えた。入院の上、ゲフィチニブの中止にて下痢は速やかに改善し、紫斑は徐々に退色し下肢痛も軽快した。当院皮膚科にてアナフィラクトイド紫斑と診断された。大腿の紫斑の皮膚生検では白血球破砕性血管炎が疑われ、ゲフィチニブによる薬剤性皮膚小血管性血管炎と考えられた。EGFR-TKI投与後にアナフィラクトイド紫斑が出た場合は腫瘍随伴症候群やIgA血管炎などの鑑別のために皮膚生検が必要である。副腎皮質ステロイド外用などの対症療法にて改善しない場合はEGFR-TKIの減量や休薬、中止を検討すべきである。

OS 03-5

他科連携により術中迅速診断が可能であった硬化性肺胞上皮腫の一例

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

○河内 勇人¹⁾, 中川 淳¹⁾, 青山 晃博²⁾, 吉田 誠³⁾, 山下 大祐³⁾, 大崎 恵¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 細谷 和貴¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 森 令法¹⁾, 古郷摩利子¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 永田 一真¹⁾, 立川 良¹⁾, 高橋 豊²⁾, 原 重雄³⁾, 富井 啓介¹⁾

35歳女性。無症状。健康診断で胸部異常陰影を指摘され精査加療目的に当科紹介となった。左下葉に30mm大の腫瘍影を認め、肺癌、カルチノイド腫瘍、過誤腫、硬化性肺胞上皮腫などが鑑別として考えられた。経気管支生検が行われたが診断に至らず、診断的切除目的に呼吸器外科に紹介となった。術中迅速病理診断では硬化性肺胞上皮腫の診断となり、左肺区域切除術となった。術後経過は良好であり以後再発無く経過している。硬化性肺胞上皮腫は稀な良性腫瘍であり、その病理学的多様性から術前の確定診断は困難である。治療は外科的切除術が施行されるが、術中の迅速病理診断も同様に困難であり、しばしば腺癌やカルチノイド腫瘍との鑑別が問題となり過剰な肺切除に至るリスクがある。本症例は術前での鑑別として硬化性肺胞上皮腫が考えられ、各科間での術前からの情報共有により術中迅速診断が円滑に可能であった。本症例に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 04-2

ROS1融合遺伝子陽性肺癌に合併した静脈血栓塞栓症を経験した一例

- 1) 独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター 呼吸器内科
- 2) 独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター 感染制御内科

○濱田恵理子¹⁾, 中山 絵美¹⁾, 新田 祐子¹⁾, 竹田 倫世¹⁾, 北村 知嵩¹⁾, 辻本 和徳²⁾, 前倉 俊也¹⁾, 中村 孝人¹⁾

症例は46歳女性。他院通院中に全身倦怠感があり、胸部X線写真で右中肺野に腫瘍影を指摘された。肺癌を疑われ、気管支鏡検査を施行されたが確定診断に至らず当科紹介受診となった。CTガイド下生検の結果、右下葉肺腺癌、c-T4N3M1aと診断した。遺伝子解析の結果が判明するまでにCarboplatin+nab-Paclitaxel療法を1コース実施したが、血管へ浸潤する腫瘍が増大傾向であり、局所コントロール目的での放射線療法を開始した。その後ROS1融合遺伝子陽性が判明しcrizotinib投与を開始し、著明な腫瘍縮小効果を認めた。化学療法中に造影CTで上大静脈・右肺動脈内に多数の血栓を認め、未分画ヘパリンによる抗凝固療法を開始した。血栓の消失を確認後、Edoxaban内服に変更後も明らかな再発は認めていない。近年、がん関連血栓症という概念は腫瘍循環器学として注目されてきており、今回、ROS1融合遺伝子陽性肺癌に合併した静脈血栓塞栓症の治療を経験したので報告する。

OS 04-3

アレクチニブにて病理学的CRを得たサルコイド様反応を伴うALK陽性肺腺癌の1例

- 1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
- 2) 天理よろづ相談所病院 放射線部
- 3) 天理よろづ相談所病院 病理部
- 4) 天理よろづ相談所病院 呼吸器外科

○安田 武洋¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 真辺 諄¹⁾, 岡田 宣孝¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 寺田 悟¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 野間 恵之²⁾, 本庄 原³⁾, 小橋陽一郎³⁾, 後藤 正司⁴⁾, 中川 達雄⁴⁾

症例は69歳女性。既往は虫垂炎、腰椎すべり症、鼻骨骨折、頸椎症。喫煙歴および粉塵暴露はなし。X-4年10月に胸部異常陰影にて当科紹介となった。右下葉に長径27mmの原発を認めた。縦隔肺門リンパ節に加え、両側鎖骨下、腹腔内リンパ節の腫大とPETでの集積亢進を認めた。気管支鏡検査にて腺癌と診断。cT1bN3M1b, stageIVと考えた。CBDCA+PTx+BEVを1クール施行した後にALK陽性が判明したためこれを終了。X-3年1月よりアレクチニブを開始した。原発は縮小もリンパ節腫大はいずれも縮小しなかった。治療前に腫大していたリンパ節はサルコイド様反応であった可能性を考えX年8月、胸腔鏡補助下右下葉切除を施行。原発部位は線維化病変のみで癌の残存病変を認めず、リンパ節病変はサルコイド型の類上皮肉芽腫を認めサルコイド様反応と考えられた。現在は無治療経過観察中である。

OS 04-5

BRAF遺伝子変異陽性肺癌に対しDabrafenibおよびTrametinib併用療法が奏功した一例

- 1) 高槻赤十字病院 呼吸器センター呼吸器外科
- 2) 高槻赤十字病院 呼吸器センター呼吸器科

○康あんよん¹⁾, 菅 理晴¹⁾, 千葉 渉¹⁾, 鳳山 絢乃²⁾, 長谷川浩一²⁾, 祖開 暁彦²⁾, 後藤 健一²⁾, 深田 寛子²⁾, 中村 保清²⁾, 北 英夫²⁾

症例は87歳女性。X-3年10月に気管支鏡検査にて肺腺癌EGFR(-)ALK(-)と診断し同年11月に胸腔鏡下右肺下葉切除術およびリンパ節郭清術を施行。粘液・非粘液混合腺癌pT3N0M0 stage II Bと診断したが術後補助化学療法は希望されず経過観察となった。X-2年3月多発肺転移を診断するも検査および治療を希望されなかったが、その後、治療開始を希望されたため同年6月よりPEM 2コース、DOC 1コースおよびDOC+RAM 3コース、Nivolumab 4回、X-1年1月よりTS-1 80mg/dayを2投1休で1年6ヶ月投与継続した。X年7月にBRAF V600E陽性が判明したため、同月より現在までDabrafenibおよびTrametinibを投与継続中である。

OS 04-4

卵巣癌との鑑別に苦慮し、アレクチニブが奏効したALK陽性肺腺癌卵巣転移の1例

- 1) 独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター呼吸器内科
- 2) 独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター感染制御内科

○竹田 倫世¹⁾, 中山 絵美¹⁾, 濱田恵理子¹⁾, 北村 知嵩¹⁾, 辻本 和徳²⁾, 前倉 俊也¹⁾, 中村 孝人¹⁾

症例は49歳女性。近医より左肺結節陰影を指摘され当院紹介。全身精査の結果、縦隔リンパ節転移、多発骨転移および長径38mmの右卵巣腫大を認めた。経気管支生検によりanaplastic lymphoma kinase (ALK) 陽性肺腺癌(c-T1cN2M1b, stage IVb)と診断した。右卵巣腫瘍は骨盤造影MRIにおいて、嚢胞内に造影される実質成分をもつ腫瘍であり、卵巣癌の可能性が否定できなかった。アレクチニブ投与を開始し、肺原発巣、転移巣のみならず、卵巣腫瘍においても縮小を認め、卵巣病変はALK陽性肺癌からの転移性腫瘍と考えられた。肺癌卵巣転移の報告は散見されるが、今回画像所見からは卵巣癌が疑われたものの、アレクチニブが奏効したことにより、卵巣腫瘍組織診断目的の開腹または腹腔鏡による手術を避けることができた希少な1例として報告する。

OS 04-6

SMARCA4-deficient thoracic sarcoma(DTS)の2例

- 1) 大阪国際がんセンター 呼吸器内科
- 2) 大阪国際がんセンター 病理・細胞診断科

○國政 啓¹⁾, 中村ハルミ²⁾, 木村 円花¹⁾, 井上 貴子¹⁾, 田宮 基裕¹⁾, 久原 華子¹⁾, 西野 和美¹⁾, 中塚 伸一²⁾, 熊谷 融¹⁾, 今村 文生¹⁾

SMARCA4-DTSは最近報告された稀な胸部悪性腫瘍で、臨床的特徴として比較的若年発症、重喫煙歴、肺気腫を背景に縦隔・肺門に発生するとされている。今回、我々は経過の酷似した2例を経験し報告する。2症例とも年齢は45歳。重喫煙歴を有し、paraseptal emphysemaを認めた。症例.1は他院での診断は肺小細胞癌、症例.2は肺扁平上皮癌であったが、当院での再生検の結果は肺非小細胞癌であった(EGFR・ALK・ROS1・BRAF変異陰性、PD-L1 TPS 0%)。抗癌剤治療には抵抗性を示し、診断から9ヶ月で2症例とも逝去された。後の詳細な免疫染色によりSMARCA4-DTSと診断した。症例.1についてはSMARCA4変異(892delA [T298fs])を確認し、症例.2も現在解析中である。SMARCA4変異肺癌に対する治療薬の開発も進んでおり、今後症例集積が必要と思われる。

OS 05-1

当院における免疫チェックポイント阻害薬の使用経験

高槻赤十字病院呼吸器センター

○後藤 健一, 鳳山 絢乃, 長谷川浩一, 祖開 暁彦,
深田 寛子, 中村 保清, 康あんよん, 菅 理晴,
千葉 渉, 北 英夫

【目的、方法】2016年3月から2018年8月31日までに、当院においてnivolumab(26例)、Pembrolizumab(26例)及びatezolizumab(3例)を投与した非小細胞肺癌症例についてカルテ上から後ろ向きに情報を採取し、成績を検討した。

【結果】58例(腺癌31例、扁平上皮癌22例、大細胞癌2例、LCNEC 2例、粘表皮癌1例、StageⅢ10例、Ⅳ31例、1次治療13例、2次治療12例、術後再発17例)に投与され平均年齢は71.6歳、男性43例、女性15例、PS0が6例、1が34例、2が15例、3が2例、4が1例であった。遺伝子変異は1例にEGFRを認め、PD-L1は50%以上が25例、1-49%が11例、1%未満が5例であった。重篤な副作用は間質性肺炎(Grade3:2例、Grade4:1例、Grade5:1例)、SLE(Grade3:1例)を認めた。nivolumabはPFSが122.5日、OSが367日、Pembrolizumab1st line投与例(13例)ではPFSが244日、1年生存率は92.3%であった。

【結論】高齢でPSの悪い症例を含むが、良好な投与成績と考えられた。

OS 05-3

ペムブロリズマブ治療中にニューモシスチス肺炎を発症し、免疫再構築症候群が疑われた肺腺癌の一例

京都市立病院 呼吸器内科

○西川 圭美, 高田 直秀, 吉岡 秀敏, 五十嵐修太,
野村奈都子, 小林 祐介, 中村 敬哉, 江村 正仁

症例は63歳男性、肺腺癌cTXN3M1b stage IV(EGFR/ALK/ROS1陰性、TPS 70%)に対し殺細胞性抗癌剤を1Kur投与後、気腫性膀胱炎を合併しPS3に低下した。2nd line ペムブロリズマブの投与により抗腫瘍効果が得られPS1に回復したが、3Kur投与後に呼吸不全が出現した。胸部CTでは両側肺野にスリガラス影を認め、βDゲルカンは上昇し、BALよりニューモシスチスPCRを検出したため、ニューモシスチス肺炎(PcP)と診断した。ST合剤、ステロイド加療を3週間行い、ST合剤予防内服継続のもとペムブロリズマスを再投与しているが、PcP再燃は認めていない。免疫チェックポイント阻害剤投与中にPcPを発症した症例報告では殆どの症例でステロイドが併用されていたが、少量かつ短期間のステロイド併用であった症例もあり、免疫チェックポイント阻害剤による免疫再構築症候群の可能性が示唆されている。本症例ではステロイド併用はしておらず、ir-AEとしてPcPも考慮すべきであると考えられる。

OS 05-2

再生不良貧血による汎血球減少が認められた肺腺癌患者に免疫チェックポイント阻害薬を投与し奏功した1例

1) 洛和会音羽病院呼吸器内科
2) 洛和会京都呼吸器センター

○森川 昇¹⁾, 坂口 才¹⁾, 土谷美知子¹⁾, 長坂 行雄²⁾

特に基礎疾患の無い73歳女性が、嗄声を主訴に耳鼻科を受診した。その後、肺癌疑われ当科に紹介された。頸部リンパ節生検で肺腺癌の診断に至った。遺伝子変異は無かったがPD-L1高発現であった。しかし汎血球減少を認め、その精査を先に血液内科に依頼して再生不良性貧血の診断に至った。汎血球減少があり、細胞障害性抗がん剤の使用は躊躇されて、免疫チェックポイント阻害薬での治療を開始した。ペムブロリズマブで治療を開始して汎血球減少は進行したが、腫瘍は一端縮小した。その後増悪して左頸部に放射線治療をした後にアテゾリズマブに変更して良好な経過を辿っている。再生不良性貧血による汎血球減少を呈した肺癌患者への免疫チェックポイント阻害薬による治療経験に関して考察を踏まえて報告する。

OS 05-4

肺扁平上皮癌でNivolumab投与中に放射線治療追加により効果の増強を認めた一例

大阪はびきの医療センター 肺腫瘍内科

○森泉 和則, 田中 智, 原 佑紀, 高田 宏宗,
那須 信吾, 森田沙斗武, 田中 彩子, 森下 直子,
鈴木 秀和, 岡本 紀雄, 平島 智徳

【症例】78歳、男性。

【主訴】特記事項なし。

【現病歴】肺扁平上皮癌に対して、1次治療DTX 6コース施行、右胸水貯留増加でPD後、2次治療Nivolumab 3コース施行。傍脊椎腫瘍の第5胸椎浸潤増悪でPD後、Nivolumab中止し同部位へ放射線治療施行。放射線治療と免疫療法の併用効果を期待して、Nivolumabを投与再開したところ、腫瘍マーカー・胸水・原発巣・播種とも減少・縮小を認めた。Nivolumab効果持続しており外来化学療法を継続している。肺扁平上皮癌にNivolumabでPD後に放射線治療追加により効果増強を認めた報告は稀であり貴重な報告と考え報告する。

OS 05-5

Atezolizumab後のnab-PTX投与にてILDを発症した肺腺癌の一例

- 1) 兵庫医科大学 内科学講座呼吸器科
- 2) 兵庫医科大学 胸部腫瘍学特定講座

○多田 陽郎¹⁾, 横井 崇^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 柴田 英輔^{1,2)}, 金村 晋吾^{1,2)}, 幸田 裕一¹⁾, 柘木 芳樹¹⁾, 藤本英利子¹⁾, 赤野友美子¹⁾, 南 俊行^{1,2)}, 高橋 良¹⁾, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

【症例】83歳男性

【経過】X年7月診断した肺腺癌(cT1bN2M0, Stage IIIA, EGFR 変異陰性, ALK融合遺伝子陰性)に対し、CBDCA+Pemetrexed, Docetaxel, nab-PTX, Nivolumab, TS-1による治療を施行し、X+6年5月にPDとなった。同月より6th lineとしてAtezolizumabを開始するも、4コース終了時点でPD、同年8月から7th lineとしてnab-PTX再投与を開始したところ、1コース目day24に低酸素血症を伴う呼吸困難が出現し、胸部CTにて右肺上葉にすりガラス影を認めたため、ILDと診断し緊急入院の上PSL 60mg/日による治療を開始した。

【考察】本症例は3rd lineのnab-PTXを投与時にはILDを合併せず19コース投与可能であったが、Atezolizumab投与後のnab-PTX再投与直後にILDを発症した。我々は抗PD-1抗体投与後の殺細胞性抗癌剤が有効であるもののILD合併が比較的多いことを報告しているが、ILD合併が比較的少ないとされる抗PD-L1抗体でも同様の検討が必要と考える。

OS 06-1

レジオネラ肺炎にARDS様すりガラス影と腎性腎不全を合併し、ステロイド投与が有効であった一例

天理よろづ相談所病院

○真辺 諄, 寺田 悟, 上山 維晋, 稲尾 崇, 加持 雄介, 安田 武洋, 橋本 成修, 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫

【症例】86歳男性。2日前からの発熱を主訴に近医を受診し、CRP 20mg/dlと高値のため当院に救急搬送。胸部X線で右上葉に浸潤影を認め、レジオネラ尿中抗原が陽性からレジオネラ肺炎と診断した。入院当日よりLVFXの投与を開始したが改善乏しく、第3病日よりAZMを追加した。第4病日には呼吸状態が悪化したためHFNC導入を要し、Crも3.1mg/dlまで悪化した。mPSL 500mgを3日間投与したところ、徐々に呼吸状態が改善し、第10病日にはHFNCを離脱した。計14日間で抗菌薬は投与終了とし、リハビリ施行の上自宅退院した。

【考察】本症例は適切な診断と抗菌薬投与にも関わらず呼吸不全が進行したレジオネラ肺炎の一例である。ARDSを疑うびまん性すりガラス影と腎性腎不全の進行を認め、一時は救命が危ぶまれたが、mPSL投与が奏功し、治療の選択肢となることが示唆された。また、ステロイドの効果出現までの間、HFNCにより呼吸状態を維持できたことも予後の改善につながった。

OS 05-6

肺肉腫様癌に対しペンブロリズマブが奏効した1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器センター内科

○林 優介, 白田 全弘, 前谷 知毅, 山田 翔, 宇山 倫弘, 網本 久敬, 白石 祐介, 山城 春華, 伊元 孝光, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子, 丸毛 聡, 福井 基成

症例は69歳男性。X-1年7月、腹痛・めまいを主訴に当院救急部を受診した。駆幹造影CTで左肺下葉結節影、腸穿孔を伴う空腸部腫瘍影を認めた。精査の結果、小腸転移を伴う肺肉腫様癌(cT2bN1M1c, cStageIV, BRA, OTH)と診断した。同年8月4日よりゲムシタピン+ドセタキセル投与を開始した。1コース投与後、原発巣・転移巣ともに縮小傾向であったため、単発脳転移に対し定位手術的照射、小腸転移に対して胃-空腸バイパス術を施行した。以後11コース施行したが、X年5月に駆幹造影CTでRECIST-PDと判定。新たに右腎臓結節影を認め、臨床的に転移と診断した。PD-L1陽性(TPS:95%)であり、同年6月6日より二次治療としてペンブロリズマブを開始した。現在まで計6コース施行しており、有害事象なく原発巣・転移巣ともに再縮小傾向にある。肺肉腫様癌は化学療法に抵抗性を示すが、今回ペンブロリズマブが奏効した1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

OS 06-2

Eubacterium tenueによる敗血症性肺塞栓が疑われた一例

- 1) 恩賜財団 済生会中和病院 内科
- 2) 恩賜財団 済生会中和病院 感染症内科
- 3) 市立奈良病院 感染制御内科
- 4) 奈良県立医科大学 感染症センター
- 5) 奈良県立医科大学 微生物感染症学講座

○平田 一記^{1,2)}, 片岡 良介¹⁾, 梶田 明裕^{1,2,3)}, 白石 直敬^{1,2)}, 森岡 崇¹⁾, 櫻井 正樹¹⁾, 新井 正伸¹⁾, 青野 英幸¹⁾, 岡村 英生¹⁾, 北田 裕陸¹⁾, 徳山 猛¹⁾, 小川 拓⁴⁾, 矢野 寿一⁵⁾

症例：87歳、女性。2型糖尿病、慢性腎不全で当院内科通院中であったが、X年11月8日より発熱、咳嗽、労作時呼吸苦を認めたため11月9日に受診した。来院時の胸部CTにて両側上葉の胸膜直下に浸潤影、結節影を認め、左舌区に浸潤影を認めた。同日肺炎と診断され、ABPC / SBTの投与が開始された。来院時の血液培養よりグラム陽性桿菌が検出され、臨床症状とあわせて敗血症性肺塞栓が疑われたため、今後の治療方針に関して11月22日に当科へコンサルテーションがあり、同日より治療介入となった。細菌の同定を奈良県立医科大学微生物感染症学教室に依頼し、16S rRNA塩基配列解析によりEubacterium tenueと同定された。E. tenueによる敗血症性肺塞栓として計9週間の抗生剤投与を施行し、治療を完遂した。Eubacterium属による呼吸器感染症の報告は少なく、稀少な症例であると考えられる。

OS 06-3

免疫抑制剤使用中の難治性緑膿菌肺炎に対しトブラマイシン (TOB) 吸入療法を施行した2例

一般財団法人 住友病院

○工藤 慶子, 中田 侑吾, 田嶋匠之助, 桂 悟史,
山口 悠, 奥村 太郎, 古下 義彦, 重松三知夫

【症例1】85歳男性。既往歴と併存症に石綿ブランク、気管支拡張症、気管支喘息あり。X-1年4月に器質化肺炎を認め、PSLにて治療開始。X年1月、肺炎治療後に器質化肺炎が増悪し、PSL増量。X年2月に緑膿菌肺炎と診断し抗菌薬点滴にて治療するも、複数の抗菌薬に対する耐性株が出現し、緑膿菌肺炎と肺炎後の器質化の再燃を繰り返した。X年5月よりTOB吸入療法を開始。以降、再燃なく経過。

【症例2】73歳女性。ANCA関連血管炎による肺病変あり、X-1年1月にリツキシマブ投与後、PSL、TACにて治療していた。X-2年10月より2年間に渡り緑膿菌肺炎の再燃を繰り返し、長期入院を要した。X年7月よりTOB吸入療法を開始。以降、明らかな再燃を認めず在宅療養中。

【結論】ステロイド等の免疫抑制剤投与中に発症した難治性の緑膿菌肺炎に対し、TOB吸入療法が一定の効果があると考えられる2例を経験した。

OS 06-4

ウマを介した感染が疑われたStreptococcus equi肺炎の一例

- 1) 公立甲賀病院
- 2) 滋賀医科大学医学部付属病院 感染制御部
- 3) 滋賀医科大学医学部付属病院 呼吸器内科

○入山 朋子¹⁾, 樋上 雄一¹⁾, 村山 恒峻¹⁾, 山口 将史³⁾,
大澤 真²⁾, 中野 恭幸³⁾

症例は68歳男性。発熱および倦怠感を主訴に当院救急外来を受診した。聴診にてwheezesを聴取し、胸部CTにて肺炎像を認め、また、低酸素血症を伴っていたため即日入院となった。入院時に採取した血液培養にてグラム陽性球菌が陽性となり、その後Streptococcus equiと同定された。感受性結果を元に抗菌薬加療を行い、第16病日に軽快退院となった。経食道心臓超音波検査で感染性心内膜炎を示唆する所見は認めなかった。Streptococcus equiは主にウマの腺疫に関与し、ウマを介してヒトへの感染が報告されている。男性は厩舎清掃業を行っており経気道的にStreptococcus equiが侵入したと判断した。Streptococcus equiによるヒトへの感染報告は非常に稀であり、貴重な症例であると考え若干の文献的考察を加え報告する。

OS 06-5

Neisseria siccaによる肺膿瘍の一例

神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科

○森田 充紀, 橋本 梨花, 和田 学政, 山添 正敏,
吉積 悠子, 山下 修司, 古田健二郎, 藤井 宏,
金子 正博, 富岡 洋海

症例は68歳男性。肺腺癌cT2aN3M1c StageIVBに対して、初回治療としてcisplatin+pemetrexed+bevacizumabを4コース施行後、pemetrexed+bevacizumabの維持療法を4コース継続したがPDとなった。二次治療としてdocetaxel+ramucirumabを1コース投与後、Grade3の口腔粘膜炎で休薬していたところ、Day56に右肺尖部に新規の空洞影が出現し、増大傾向となるため気管支鏡検査を行った。病理組織で異型細胞は認めず、抗酸菌培養は陰性であったが、一般細菌用培地に単一のコロニーを形成しており、Neisseria siccaと同定した。Neisseria siccaは一般的には口腔内常在菌と考えられるが、本症例はガイドシースを用いて採取した組織検体から同菌を検出しており、原因菌と考えられた。同菌による肺膿瘍と考え、Amoxicillin内服治療を行ったところ、陰影は縮小し治癒した。Neisseria siccaによる肺膿瘍は過去に3例しか報告がなく、非常に稀であり、本症例を報告する。

OS 06-6

肺小細胞癌の化学療法中に発症した劇症型アメーバ赤痢の一例

- 1) 市立岸和田市民病院 呼吸器センター
- 2) 市立岸和田市民病院 外科
- 3) 市立岸和田市民病院 病理診断科

○北岡 文¹⁾, 西岡 憲亮¹⁾, 平山 寛¹⁾, 谷村 和哉¹⁾,
高橋 憲一¹⁾, 加藤 元一¹⁾, 有田 創²⁾, 鍛 利幸²⁾,
伊達 恵美³⁾, 飯塚 徳重³⁾

症例は64歳男性。進展型肺小細胞癌に対してCBDCA+VP-16を施行後、右気胸、膿胸、発熱性好中球減少症を発症した。胸腔ドレナージ及び抗生剤治療を行うも解熱は得られず、第19病日から頻回の下痢、第24病日に腹痛及び血便も出現し、腹部造影CTで腸重積を認め緊急手術となった。盲腸から下行結腸にかけて広範囲に壊死及び穿孔を認め、広範囲大腸切除と人工肛門造設術が行われた。病理所見では回盲部や結腸に島状壊死を伴った腸管穿孔を来しており、アメーバ虫体像も認めたことからアメーバ赤痢による結腸炎及び消化管穿孔と診断された。敗血症性ショックに陥り一時期はICU管理も要したが、メトロニダゾール及びパロモイシン硫酸塩による治療を行いアメーバ赤痢は治癒した。その後化学療法を4クール完遂し部分奏効を得た。劇症型アメーバ赤痢治療後に化学療法継続可能となった症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 07-1

肺コクシジオイデス症の一例

- 1) NHO 近畿中央呼吸器センター 内科
2) 同 臨床研究センター

○東 浩志¹⁾, 安部 祐子¹⁾, 小林 岳彦¹⁾, 倉原 優¹⁾,
露口 一成²⁾, 鈴木 克洋¹⁾

症例は21歳の日本人男性。20XX年から9か月間アメリカ アリゾナ州に留学していた。20XX+1年、健康診断で胸部異常陰影を指摘され、当院へ紹介受診となった。胸部CTでは右上葉に空洞を伴う結節影と周囲気管支への散布像を認めた。血液検査で特記すべき事項なし。喀痰抗酸菌塗抹は連続三回陰性であった。肺結核の除外を主目的として気管支鏡を施行。気管支洗浄液で抗酸菌塗抹陰性であったため、海外渡航歴から肺コクシジオイデス症を疑い千葉大学へ特異的IgG抗体測定を依頼したところ、陽性であったため肺コクシジオイデス症と診断した。治療としてフルコナゾール400mg/日を開始、現在も継続中である。輸入真菌感染症である肺コクシジオイデス症は、海外渡航の増加に伴い発生の増加が予想される。また、培養検査中に分節型分生子を形成し、検査技師を中心に重大な感染事故の契機となる可能性があるため、検査の際には細心の注意を払う必要がある。

OS 07-3

IgG4関連疾患に対する治療経過中に発症した肺放線菌症の一例

京都市立病院 呼吸器内科

○吉岡 秀敏, 高田 直秀, 西川 圭美, 五十嵐修太,
野村奈都子, 小林 祐介, 中村 敬哉, 江村 正仁

症例は55歳男性。X年5月からの倦怠感、腰痛を契機に診断されたIgG4関連疾患に対してステロイド加療がX年6月16日から開始された。治療開始後の胸部CTで右中葉に空洞を伴う結節影を認めたためX年6月28日に当科紹介となった。特に症状はなく、経過観察を行っていたところX年7月16日から発熱、右胸痛を認めるようになり肺陰影の増悪を認めた。気管支鏡検体による組織培養でActinomycesが検出されABPC/SBTによる治療を行ったところ病状の改善が得られた。肺放線菌症の診断は治療期間が長期となるため重要と考えられた。

OS 07-2

検診CXp 異常で発見された肺Trichosporon mycotoxinivorans感染症の一例

- 1) 滋賀医科大学 呼吸器内科
2) 滋賀医科大学 検査部
3) 滋賀医科大学 感染制御部
4) 京都大学 臨床病態検査学
5) 公立甲賀病院 呼吸器内科

○加藤 悠人¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 木下 愛²⁾, 土戸 康弘⁴⁾,
村山 恒峻⁵⁾, 横江 真弥¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 河島 暁¹⁾,
松尾裕美子¹⁾, 行村瑠里子¹⁾, 内田 泰樹¹⁾, 福永健太郎¹⁾,
仲川 宏昭¹⁾, 山口 将史¹⁾, 長尾 大志¹⁾, 大澤 真³⁾,
中野 恭幸^{1,3)}

48歳女性。検診胸部レントゲン異常にて当院紹介となった。胸部CTにて右中葉に粒状影、斑状影を認めた。喀痰・胃液の抗酸菌検査は陰性であった。咳が持続するため、気管支鏡を施行。気管支洗浄液の培養にてTrichosporon sppを検出。質量分析、遺伝子解析にてT. mycotoxinivoransと同定した。再度気管支鏡を行い、組織培養でも同真菌を検出したことから、肺T. mycotoxinivorans感染症と診断した。

経過にて咳が持続し、陰影が徐々に悪化するため、治療を開始することとした。

肺T. mycotoxinivorans感染症はcystic fibrosisや担癌患者で報告されているが、本症例は基礎疾患を認めておらず稀な症例と考え報告する。

OS 07-4

肺の空洞性病変で発症し急速に進行、死亡に至った播種性ノカルジア症の一例

- 1) 神鋼記念病院 呼吸器センター
2) 神鋼記念病院 膠原病リウマチ科

○田中 悠也¹⁾, 芳賀ななせ¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 高田 尚哉¹⁾,
久米佐知枝¹⁾, 井上 明香¹⁾, 門田 和也¹⁾, 岡田 信彦¹⁾,
笠井 由隆¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 梶屋 大輝¹⁾, 吉松 昭和¹⁾,
鈴木雄二郎¹⁾, 天野 典彦²⁾, 米田 勝彦²⁾, 納田 安啓²⁾,
西田 美和²⁾, 高橋 宗史²⁾, 簗智さおり²⁾, 熊谷 俊一²⁾

症例は72歳、女性。混合性結合組織病、関節リウマチのためタクロリムスとPSL 9 mg/日にて加療中、全身衰弱により立位も困難となり入院となった。胸部単純CTにて両肺上葉に壁の厚い空洞病変を認めた。診断のために気管支鏡検査を予定していたが、カテコラミンを要する循環不全と呼吸不全のため施行できなかった。喀痰培養は陰性であったが、その後、血液培養にてNocardia asteroidesが検出された。頭部MRIを施行すると脳膿瘍が指摘され播種性ノカルジア症と診断した。ST合剤,AMK, IPM/CSにて治療を行うも病状は急速に進行し、第31病日に死亡された。血液培養でNocardiaを検出できた播種性ノカルジア症の報告は少なく貴重な症例として報告する。

OS 07-5

当院で経験したトリコモナス膿胸の一例

- 1) 西宮市立中央病院 呼吸器内科
- 2) 西宮市立中央病院 呼吸器外科
- 3) 金沢大学 先進予防医学研究センター寄生虫感染症制御学

○岡森 仁臣¹⁾, 豊田 成徳¹⁾, 石井 誠剛¹⁾, 二木 俊江¹⁾, 鉄本 訓史¹⁾, 鈴木真優美¹⁾, 池田 聡之¹⁾, 河中 聡之²⁾, 松垣 直純²⁾, 所 正治³⁾

症例は62歳男性、入院半月前から嚥下困難感と呼吸困難感が出現。入院2日前から発熱と湿性咳嗽を認め近医受診。胸部単純CT画像検査で多房性膿胸を指摘され、治療目的で当科紹介となり入院となった。胸腔穿刺を施行したところ、悪臭を伴う淡緑色の胸水を少量回収した。胸水の鏡検で活動性があり鞭毛を有する虫体を認め、PCR検査でTrichomonas tenaxと確認された。喀痰からのPCR検査でもTrichomonas tenaxが陽性であった。トリコモナス膿胸と診断し、原因としては誤嚥の関与が疑われた。一般抗生剤とメトロニダゾール併用で治療を開始した。血液検査では炎症反応は改善するものの、入院期間短縮と肺の再膨張を目指して膿瘍腔搔爬術を施行した。術後のドレーン管内排液の一般細菌陰性とトリコモナス陰性を確認し、抗生剤治療を終了した。誤嚥が関与したと思われるトリコモナス膿胸の一例を経験したため、文献的考察を加えて今回の治療経過を報告する。

OS 08-2

関節リウマチ治療中に肺内多発結節が出現し、深在性真菌症が疑われた一例

- 1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科
- 2) 吉野病院
- 3) 南奈良総合医療センター 感染症内科

○松田 昌之¹⁾, 甲斐 吉郎¹⁾, 高橋 輝一²⁾, 田村 緑²⁾, 福岡 篤彦²⁾, 宇野 健司³⁾

症例は74歳の女性。メトトレキサートおよび生物学的製剤が被疑薬である薬剤性肺障害を合併した間質性肺炎に対して経口ステロイド薬単独で治療がなされていた。いずれの病態も経過良好であったが、両肺に多発結節が新たに出現した。多発結節は増大傾向を示したために各種培養検査と気管支鏡検査を施行した。喀痰培養ではカンジダ、気管支鏡検体からカンジダ、アスペルギルスなど複数の真菌の検出あり、深在性真菌症が疑われた。抗真菌薬開始により両肺に散在する多発結節の縮小が得られた。

OS 08-1

慢性進行性肺アスペルギルス症にて発見された肺分画症の一例

- 1) 市立奈良病院呼吸器内科
- 2) 奈良県立医科大学呼吸器内科学教室
- 3) 奈良県立医科大学胸部・血管外科学教室
- 4) 済生会中和病院呼吸器外科センター

○中村 真弥¹⁾, 児山 紀子¹⁾, 山本 佳史²⁾, 田崎 正人²⁾, 室 繁郎²⁾, 河合 紀和³⁾, 川口 剛史³⁾, 澤端 章好³⁾, 東条 尚⁴⁾

症例は41歳女性。慢性咳嗽を主訴にX年4月に当科を受診した。右下葉に浸潤影を認め、菌球を疑う軟部陰影も認めた。アスペルギルス沈降抗体陽性であり、β-Dグルカンが高値であった。気管支鏡検査では粘液栓を認めず、吸引痰や擦過検体からも有意菌は検出されなかった。慢性進行性肺アスペルギルス症(CPPA)の臨床診断例としてVRCZによる治療を開始したが改善は乏しく、11月より入院にてAMPH-Bによる点滴加療を開始したがやはり改善は得られなかった。11月24日に施行した造影CTにてTh9レベルの下行大動脈右側から分岐する異常動脈が陰影内部に流入する所見を認め、肺分画症と診断した。X+1年2月に某大学病院にてVATS 右下葉切除術が施行された。術後X+1年5月までVRCZによる治療を継続し、以降中止とした。X+2年10月まで再燃所見は認めていない。本例のような難治性のCPPAの治療に際し、肺分画症を含め背景疾患の検索を行うことの重要性を痛感した一例であった。

OS 08-3

MPO-ANCA陽性かつPR3-ANCA陰性の多発血管炎性肉芽腫症治療中に肺アスペルギルス症を合併した1例

国立病院機構 刀根山病院 呼吸器内科

○暮部 裕之, 枝廣 龍哉, 原 怜奈, 岩井 亜美, 中坪彩恵子, 小原 由子, 押谷 洋平, 香川 浩之, 辻野 和之, 吉村 研二, 三木 真理, 三木 啓資, 北田 清悟

症例は72歳女性。201X年10月から乾性咳嗽、全身倦怠感、発熱を認め、同年11月に当院に紹介受診となった。当院初診時の血液検査では、軽度の炎症反応上昇とMPO-ANCA陽性以外に特記事項はなく、胸部CTでは両側びまん性に多発結節影を認めた。気管支鏡検査では確定診断に至らず、翌月に胸腔鏡下肺部分切除を施行。病理所見で小動脈壁の壊死性血管炎、血管外の肉芽腫形成を認めたため、多発血管炎性肉芽腫症(GPA)の診断に至った。免疫抑制剤で治療開始し、MPO-ANCAの低下と多発結節影の消失を認めたが、治療開始3年後に左上葉に新たな結節影が出現した。血清学的にはアスペルギルス抗原が高値を示し、気管支鏡検査で採取した組織から糸状菌を認めたため、肺アスペルギルス症の診断に至った。GPA治療中の感染症管理は重要であり、文献的考察を含めて考察する。

OS 08-4

基礎疾患を有さない高齢者に発生した慢性壊死性肺炎アスペルギルス症の一例

神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科

○益田 隆広, 池田 顕彦, 多田 公英, 桜井 稔泰,
木田 陽子, 瀧瀬 力也, 佐藤 宏紀, 乾 佑輔

【症例】

74歳女性。生来健康であったが、2週間以上持続する微熱、咳嗽、右上背部痛を生じ近医受診。右肺尖部に浸潤影を指摘され、肺炎として加療されたが改善せず当科紹介受診。胸部CTにて右S1に腫瘤影が認められ、気管支鏡検査を施行。洗浄液よりAspergillus fumigatusが培養検出されたが、病理診断にてリンパ増殖性疾患が疑われたため、経口ステロイド薬で治療を開始。陰影は増大し、空洞化を来たしたため、経皮生検を施行。高度壊死を伴った真菌感染症（アスペルギルス疑い）と考えられた。β-Dグルカン、アスペルギルス抗原陽性が確認され、慢性壊死性肺炎アスペルギルス症と診断。ミカファンギンで治療を開始し、その後、ポリコナゾールへ変更。経過は良好である

【考察】

健常高齢者に発生した慢性壊死性肺炎アスペルギルス症の一例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

OS 08-5

健常成人に発症し著明な好酸球増多を伴った肺炎アスペルギルス症の1例

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○水野 翔馬, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太,
平野 克也, 小南 亮太, 高橋 清香, 大西 康貴,
東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾,
勝田 倫子, 横井 陽子, 三宅 剛平, 水守 康之,
塚本 宏壮, 佐々木 信, 河村 哲治, 中原 保治

症例は45歳男性。咳嗽・発熱を主訴に当院を紹介受診した。左肺尖部に壁の厚い空洞性病変を認め、周囲に浸潤影やすりガラス影を伴っていた。また、好酸球数が8190/ μ l (42.9%)と著増していた。β-Dグルカンは正常範囲、アスペルギルス抗原(-)、抗体(+)であった。肺炎アスペルギルス症を疑ったが、左上葉の空洞の気管支洗浄にて真菌は検出されず、TBLBでは悪性腫瘍の可能性を否定できないとの所見であり、左上葉切除術を施行した。病理所見では真菌菌体と好酸球浸潤を伴う強い炎症所見を認め、慢性壊死性肺炎アスペルギルス症の像であった。術後、好酸球は減少し経過良好である。文献的考察を加えて報告する。

OS 08-6

ABPAの経過中に緩徐に増大する多発結節としてアスペルギルス肺膿瘍をきたした1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科
2) 国立病院機構 姫路医療センター 検査科

○塚本 宏壮¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾,
平野 克也¹⁾, 高橋 清香¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 水野 翔馬¹⁾,
大西 康貴¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 花岡 健司¹⁾,
鏡 亮吾¹⁾, 勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 水守 康之¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 三村 六郎²⁾

糖尿病や重篤な基礎疾患、喫煙歴のない68歳女性。喘息で加療中の55歳頃から中枢性の気管支拡張、粘液栓を認めていた。64歳時に喀痰からアスペルギルスを検出、抗体や皮内反応も陽転して、アレルギー性気管支肺炎アスペルギルス症(ABPA)と診断した。プレドニン4mgにイトラコナゾール(ITCZ)200mgを約1年併用、アスペルギルスの検出はなくなった。ITCZ投与終了の約1年後、末梢肺野に多発結節影が出現、一部に空洞を形成しながら月単位で緩徐に増大した。転移性肺膿瘍や肺膿瘍を考慮して内視鏡検査や経皮穿刺を行ったが診断に至らず、抗生剤投与を行ったが無効であった。診断のため右下葉の結節を切除、内部に膿汁を認め培養でAspergillus fumigatusを検出した。重い免疫不全がない症例で、ABPAによる気道病変と離れたところにアスペルギルスの多発膿瘍をきたしたことはきわめて稀と考えられ、報告する。

OS 09-1

慢性呼吸不全を呈する疾患(COPD、IP、RTD、BE)のPaCO₂-pH平面上での位置関係に関する考察

1) 国立病院機構 京都府病院 呼吸器センター
2) 国立病院機構 茨城東病院 呼吸器内科
3) 国立病院機構 福岡東医療センター 呼吸器内科
4) 国立病院機構 松江医療センター 呼吸器内科
5) 国立病院機構 西新潟中央病院 呼吸器内科
6) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科
7) 国立病院機構 熊本南病院 呼吸器内科
8) 国立病院機構 愛媛医療センター 呼吸器内科
9) 京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学

○坪井 知正¹⁾, 角 謙介¹⁾, 斎藤 武文²⁾, 高田 昇平³⁾,
矢野 修一⁴⁾, 大平 徹郎⁵⁾, 河村 哲治⁶⁾, 塚本 宏壮⁶⁾,
山下 徹⁷⁾, 阿部 聖裕⁸⁾, 陳 和夫⁹⁾

慢性呼吸不全症例の血液ガス測定値はシグニフィカントバンド内にあることが知られている。慢性呼吸不全になる機序はRTDでは主として換気不全、IPでは酸素化障害とさまざまである。これらの疾患のPaCO₂-pH平面上での位置関係を経年的に3年間フォローした。観察開始時には、PaCO₂-pH平面上で、COPDは(45.6±8.7 mmHg, 7.411±0.034)、IPは(43.0±7.6 mmHg, 7.415±0.038)、RTDは(53.8±9.7 mmHg, 7.381±0.041)、BEは(50.6±7.9 mmHg, 7.407±0.042)であった。経年的には、全体としてCO₂が上昇しpHは低下したが、シグニフィカントバンド内での移動であった。相対的位置関係ではBEは大きく変化したが、他の3疾患の位置関係は概ね変わらなかった。

OS 09-2

呼吸器疾患でTreadmill exercise test で 評価した O₂ 投与量の評価

- 1) 橋本市民病院 呼吸器内科
- 2) 橋本市民病院 臨床研修センター
- 3) 和歌山県立医大卒後臨床研修センター
- 4) 橋本市民病院 総合内科
- 5) 橋本市民病院 循環器内科
- 6) 橋本市民病院 救急科
- 7) 橋本市民病院 外科

○藤田 悦生¹⁾, 西上 英樹²⁾, 千田 修平²⁾, 山下 大亮²⁾, 石川 佳奈²⁾, 福地 芳浩²⁾, 安村 香瑠³⁾, 松本 直也³⁾, 青木 達也⁴⁾, 川畑 仁貴⁴⁾, 小林 克暢⁵⁾, 寒川 浩道⁵⁾, 柳野 富蔵⁵⁾, 匹本 樹寿⁵⁾, 星屋 博信⁵⁾, 河原 正明⁵⁾, 國立 晃成⁶⁾, 坂田 好史⁷⁾, 嶋田 浩介⁷⁾, 山本 勝廣⁵⁾

呼吸器疾患 (n=13, M 9, F 4, age 80.0 ± 10.4 yrs) (IP 5, Pneumonia 5, CPE 2, BA 1) で O₂ 投与中での exercise tolerance を回復期でTreadmill で多段階漸増運動負荷で評価した。ABG は pH 7.42 ± 0.04, PO₂ 77.4 ± 18.5 torr, PCO₂ 44.6 ± 9.9 torr で O₂ 流量は rest 1.6 ± 0.8 L/min, peak exercise で 3.3 ± 1.5 L/min で Borg scale 3.3 ± 1.2, O₂ 流量の変化量は 1.7 ± 1.4 L/min であった。PC O₂ と O₂ 流量の変化量との相関は R = -0.337 (P = 0.2599) で、運動負荷での O₂ 流量設定には有効と推定した。

OS 09-4

チェーン・ストークス呼吸(CSR)を伴う慢性 2 型呼吸不全に対して ASV が有効であった 1 例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器センター

○前谷 知毅, 山田 翔, 林 優介, 宇山 倫弘, 網本 久敬, 白石 祐介, 山城 春華, 伊元 孝光, 白田 全弘, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子, 丸毛 聡, 福井 基成

症例は 74 歳男性。アスベスト曝露歴あり。肺癌に対する右中下葉切除後で、拘束性換気障害による慢性 2 型呼吸不全を認めていた。また経胸壁心エコーでは左室駆出率が保持された拡張不全(HFpEF)、簡易 PSG では CSR を認めていた。2018 年 7 月、肺炎による慢性 2 型呼吸不全の増悪で入院となった。急性期を離脱後、S/T モードや iVAPS モードで NPPV を導入したが、CSR が増悪し患者の忍容性も乏しかった。そこで Adaptive Servo Ventilation (ASV) モードを使用すると患者の忍容性も良く CSR 減少と PaCO₂ 低下を認めた。ASV は HFpEF 合併の CSR に対して AHI や覚醒指数を改善し、深睡眠や REM 睡眠を増やしたという報告がある。今回は HFpEF・CSR 合併の慢性 II 型呼吸不全患者に対して ASV で CSR と 2 型呼吸不全両方の改善が得られたので、文献的考察も交えて報告する。

OS 09-3

指定難病公費負担の対象となり NPPV を導入し改善が得られた先天性中枢性低換気症候群の一例

- 1) 大阪はびきの医療センター 呼吸器内科
- 2) 大阪はびきの医療センター 集中治療科

○鮫島有美子¹⁾, 田村香菜子¹⁾, 金井 友宏¹⁾, 新井 剛¹⁾, 野田 成美¹⁾, 金 成浩²⁾, 西田 拓司¹⁾, 馬越 泰生¹⁾, 清水 一範²⁾, 柏 庸三²⁾, 森下 裕¹⁾, 松岡 洋人¹⁾

症例は 50 歳女性。37 歳時に出産を契機に睡眠時の無呼吸と経皮的酸素飽和度低下を指摘された。母、弟、子も同様の症状を認め、遺伝子検査にて PHOX2B 遺伝子変異が同定され、先天性中枢性低換気症候群と診断された。当科で NPPV 導入を試みられたが、経済的理由により CPAP (Philips Auto Bi-level モード) へ変更となっていた。平成 27 年 7 月より肺胞低換気症候群が指定難病公費負担の対象となり本症例も認定されたため、今回 NPPV 導入を行った。導入前は AHI 68.0 であり、起床時に頭痛を認めていた。NPPV (Philips AVAPS S/T モード) でバックアップ換気を設定できるようになり、AHI 5.5 に改善し起床時の頭痛も消失した。公費負担の対象となったことにより、経済的に NPPV の導入が可能となり、換気補助の効果が得られた一例を経験した。

OS 09-5

在宅酸素療法患者における大阪北部地震時の行動と災害への備え

高槻赤十字病院

○今戸美奈子, 北 英夫, 鳳山 絢乃, 長谷川浩一, 祖開 暁彦, 後藤 健一, 深田 寛子, 中村 保清

【目的】在宅酸素療法患者の大阪北部地震時の行動と災害への備えの実態を明らかにする。

【対象と方法】当院呼吸器センター通院中の在宅酸素療法患者で、自記式質問紙への回答が可能な者を対象に調査を行った。調査期間：2018 年 7 ~ 9 月

【結果】48 名 (回収率 81.3%) の回答を得た。地震直後に呼吸困難を自覚した者は 11 名 (25.6%)、そのうち 10 名は呼吸法で対処できたと回答した。地震後の避難指示や自宅の被害により避難した者は 2 名、酸素濃縮器の問題として運転停止 (2 名)、転倒 (1 名)、場所の移動 (4 名) があった。地震後に体調が悪化した者は 7 名 (14.6%) で、精神的ストレスによる不安、不眠、息切れ等であった。地震を経験した後の不安としては、酸素の補充に関する内容が多く、自分の具体的な災害時の対処法を話し合ったことがあると回答した者は 23 名 (47.9%) であった。

【考察】患者個別の状況に応じた災害時アクションプランの教育が課題である。

OS 09-6

ひょうご呼吸ケアネットワークで作成した情報提供書を用い生活期に呼吸リハビリテーションを導入した一症例

- 1) 市立芦屋病院 リハビリテーション科
- 2) 兵庫医療大学大学院医療科学研究科
- 3) 神戸大学大学院保健学研究科
- 4) ひょうご呼吸ケアネットワーク

○田村 宏^{1,2,4)}, 沖 侑太郎^{3,4)}, 小泉 美緒^{1,2,4)},
石川 朗^{3,4)}, 玉木 彰^{2,4)}

【はじめに】ひょうご呼吸ケアネットワーク (HRCN) は急性期から生活期へシームレスな患者情報の伝達を目的に情報提供書を作成し啓蒙活動を行っている。今回、情報提供書を用いて呼吸リハビリテーション(PR)の導入に至った症例を紹介する

【症例紹介】85歳男性COPD.X年2月胸椎圧迫骨折にて入院。第6病日、誤嚥性肺炎発症、労作時呼吸困難および腰部痛に伴う喀痰困難の改善を目的にPR開始。第14病日より運動耐容能の改善と随意的咳嗽力の向上を認め退院。PR継続が必要であり生活期における訪問リハビリテーションの見直しを検討。退院後のPR継続に向け入院中のPR実施内容を詳細に記載した情報提供書を作成し提供。後日、訪問理学療法士よりPRを理解し導入できたことを確認。その後、急性増悪を発症していない

【結論】生活期におけるPRは普及していない実態が報告されているが、HRCNの呼吸リハビリテーション情報提供書は退院支援ツールとして有用であることが示唆された

OS 10-1

形質細胞白血病に対してカルフィルゾミブ投与後に発症した重篤な急性肺水腫の一例

- 1) 堺市立総合医療センター内科統括部
- 2) 同呼吸器内科

○久瀬 雄介¹⁾, 西田 幸司²⁾, 小高 直子²⁾, 山田 知樹²⁾,
中野 仁夫²⁾, 林 靖大²⁾, 高岩 卓也²⁾, 榎田 元²⁾,
高島 純平²⁾, 草間 加与²⁾, 郷間 巖²⁾

(症例)74歳女性(主訴)呼吸困難(現病歴)形質細胞白血病にてカルフィルゾミブを投与された翌朝に呼吸困難を訴え、救急外来を受診。酸素投与下でPaO₂: 39.9 Torrであり、直ちに気管内挿管を行いICUに入室した。(入院後経過)胸部CTにて両側に全肺野におよぶすりガラス影、コンソリデーションを認め、肺水腫を疑う所見であった。通常の人工呼吸管理下でも酸素化を維持できず体外式膜型人工肺 (VV-ECMO) を導入した。肺動脈楔入圧は正常であり、心原性肺水腫は否定的、薬剤性肺水腫の可能性が高いと考え、ステロイドパルス療法を施行した。次第に酸素化は改善、第5病日にECMOを離脱した。(考察)カルフィルゾミブはプロテアソーム阻害剤の一種であり、0.8%でうっ血性心不全が発生するとの報告があるが、薬剤性肺水腫の報告もある。心原性肺水腫の可能性が否定された場合にすみやかにステロイドパルス療法など積極的な治療を開始することが重要と考える。

OS 09-7

奈良県内における喘息・COPDに対する吸入指導の取り組み

- 1) 高井病院 呼吸器内科
- 2) 市立奈良病院 呼吸器内科
- 3) 奈良県西和医療センター 呼吸器内科
- 4) 国立病院機構奈良医療センター 呼吸器内科

○小林 厚¹⁾, 児山 紀子²⁾, 杉村 裕子³⁾, 玉置 伸二⁴⁾

喘息・COPDに対する薬物療法の第1選択薬は吸入薬であることが各ガイドラインでも位置づけられている。吸入薬は正しく吸入されなければ効果がなく、医師と薬剤師による吸入指導ネットワークの構築が重要である。

高井病院では吸入指導依頼・報告書を独自に作成し、平成24年12月から門前保険薬局と医薬連携を開始した。平成27年2月25日には第1回吸入指導勉強会を開催し、履修者が次回からは吸入指導者役を努めるサイクルとし、条件を満たせば吸入指導認定証さらにマイスターバッジを授与した。

平成30年8月30日には第7回吸入指導勉強会を開催し、今までに院外薬剤師208名、院内薬剤師76名、医師8名、実習生7名の参加があった。当院の勉強会の参加者自らが、自主的に自施設で同様の勉強会開催に到り、奈良県内7医療機関での吸入指導勉強会に繋がった。

発表時には、ネットワークの運用方法、勉強会の具体的な内容、実際の吸入指導で問題のあった吸入薬を紹介したい。

OS 10-2

骨髄移植後10年経過後の肺胞出血による呼吸不全

大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学

○益弘健太郎, 佐藤 真吾, 光井 雄一, 白井 雄也,
高田 創, 矢賀 元, 白山 敬之, 三宅浩太郎,
小山 正平, 平田 陽彦, 岩堀 幸太, 長友 泉,
武田 吉人, 木田 博, 熊ノ郷 淳

症例は45歳、男性。白血病に対する同種骨髄移植後13年経過後に、発熱、咳嗽を認め、急性呼吸不全に陥った。胸部CT検査では結節影を伴ったびまん性すりガラス影を認めた。抗生剤への反応は乏しく、ステロイドパルスを開始したが、呼吸不全が進行し、人工呼吸管理及び体外式膜型人工肺 (ECMO) を導入した。気管支鏡で気管・気管支内腔を観察したところ、複数の気管支から鮮血が溢れ出ており、肺胞出血を疑った。ECMO導入後は緩徐に肺野陰影と呼吸状態の改善傾向を認めた。これらの経過から骨髄移植後晩期障害としての肺胞出血が本症例の病態と判断し、2回目のステロイドパルス及びシクロスポリンの再導入を行った。その後、呼吸状態は改善し、ECMOからの離脱に成功した。骨髄移植後の肺胞出血の報告は本邦でも複数存在するが、移植後10年以上経過した時点での発症の報告はない。非常に貴重な症例を経験をしたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 10-3

全身麻酔下での抜歯術後に生じた陰圧性肺水腫の一例

市立伊丹病院 呼吸器内科

○堅田 敦, 細井 慶太, 寒川 貴文, 牧尾 健史,
原 彩子, 原 聡志, 木下 善詞, 関 庚火華

(症例) 自閉症スペクトラムと抗癲癇薬内服中の40歳、女性。両下顎埋没歯と転位歯に対して全身麻酔下で抜歯を施行。抜管後にSpO₂が50%台まで低下しマスク換気を試みたが換気困難で、再挿管も困難であった。胸部画像にて両肺野に肺水腫様の所見を認め、心エコーでは異常を認めなかったため、抜管後の喉頭痙攣に起因する陰圧性肺水腫と判断した。CPAP (5cm H₂O, FiO₂ 40%) にて呼吸状態は安定し、翌日には離脱でき、速やかに軽快した。(考察) 陰圧性肺水腫は上気道閉塞が生じたのちに急激に発症する肺水腫で、胸郭・肺胞内に強い陰圧がかかることを契機に、間質への水分移動や静脈還流量増大などの種々の病態を介して発症する。本症例の抜管手技だけでなく窒息や急性喉頭蓋炎などによっても生じる可能性があり、当科で以前経験した他の症例も含めて若干の考察を加えて発表する。

OS 10-5

慢性II型呼吸不全に対してNPPVを導入するも肺嚢胞が増大し、Biphasic Cuirass Ventilationで改善した1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器センター

○山田 翔, 井上 大生, 前谷 知毅, 宇山 倫弘,
林 優介, 網元 久敏, 白石 祐介, 山城 春華,
伊元 孝光, 白田 全弘, 北島 尚昌, 片山 優子,
丸毛 聡, 福井 基成

症例73歳男性。X-19年に肺癌に対し左肺全摘後、X-7年より残存肺に間質性変化を認め当科紹介となる。日中の低酸素血症および夜間の低酸素血症・高炭酸ガス血症が進行し、X-3年にHOTおよび在宅NPPV療法を開始した。その後、間質陰影の増悪・呼吸器感染症の併発により慢性II型呼吸不全は進行した。NPPV設定調整を続けたが、X年Y-3月右下葉嚢胞が増大し始め、NPPVを中止せざるを得なかった。退院後HOTのみ継続したが嚢胞増大は止まらず、X年Y月慢性II型呼吸不全増悪にて緊急入院した。呼吸器感染症は明らかではなく、増大した嚢胞が換気領域を圧迫し換気量が低下したことが増悪の原因と考えた。入院後ハイフローセラピーを行うも高炭酸ガス血症は進行したため、RTX®によるBiphasic Cuirass Ventilation(BCV)を開始した。BCV導入後高炭酸ガス血症は改善し、自宅退院の上、在宅BCV療法を継続した。慢性II型呼吸不全に対してNPPVが施行困難である場合、BCVが有効である可能性を報告する。

OS 10-4

胸郭変形による2型呼吸不全を契機に診断された腓神経内分泌腫瘍に伴うCushing症候群の一例

1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 消化器内科
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 内分泌内科
4) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科

○松梨 敦史¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 立川 良¹⁾,
大崎 恵¹⁾, 細谷 和貴¹⁾, 河内 勇人¹⁾, 平林 亮介¹⁾,
森 令法¹⁾, 古郷摩利子¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 中川 淳¹⁾,
富井 啓介¹⁾, 和田 将弥²⁾, 猪熊 哲朗²⁾, 伯田 琢朗³⁾,
藤本 寛太³⁾, 松岡 直樹³⁾, 毛利 太郎⁴⁾, 原 重雄⁴⁾

症例は41歳男性。X-1年3月より多発肝転移を伴う腓神経内分泌腫瘍(NET)に対する一次治療として当院消化器内科でエベロリムス10mg/日を開始した。X年4月6日に前胸部痛・背部痛を主訴に救急受診、体幹部CTにて胸椎多発圧迫骨折及び多発肋骨骨折を認めたが、疼痛は鎮痛薬で改善したため外来フォローの方針とした。X年4月11日に疼痛が増悪、呼吸困難も伴うため救急外来を再受診した。胸部CTにて新規の胸骨骨折と胸椎圧迫骨折、細菌性肺炎を認め、動脈血液ガスで急性II型呼吸不全あり、精査加療目的に緊急入院とした。精査の結果、腓NETからの異所性ACTH産生に伴うCushing症候群が骨粗鬆症を来し、胸椎圧迫骨折による胸郭変形によりII型呼吸不全に至ったと診断した。疼痛コントロールと抗生剤を開始しつつNPPVで加療し、慢性II型呼吸不全に対し在宅NPPVを導入、第38病日にリハビリ目的に転院となった。

OS 10-6

DPB増悪に対して体外式陽陰圧人工呼吸器が有効であった1例

大阪市立総合医療センター 呼吸器内科

○西村美沙子, 角田 尚子, 杉山由香里, 三木 雄三,
住谷 充弘, 少路 誠一

69歳男性。X-2年にDPBの診断で在宅酸素療法を導入された。X年11月上旬より労作時呼吸困難増悪を認め近医受診、酸素化不良のため当院へ救急搬送。胸部X線で両肺野の浸潤影、血液検査で炎症反応上昇を認め、細菌性肺炎の診断で緊急入院。酸素4L/分投与で下で動脈血液ガス:pH 7.360、PaCO₂ 70.6mmHg、PaO₂ 58.7mmHgとII型呼吸不全を呈し、NPPV導入を試みるも本人拒否のため断念。喀痰より緑膿菌が検出され、抗菌薬(TAZ/PIPC+TOB)、去痰薬、気管支拡張薬の投与を行うも排痰量が少なく、呼吸状態の改善も乏しいため、体外式陽陰圧人工呼吸器(RTX)を導入することとした。RTXは“振動4分+排痰1分”を5セット、1日2回行い、導入後より排痰量が著明に増加し徐々に呼吸状態も改善した。5日間のRTX使用で血液ガス:pH 7.400、PaCO₂ 56.6mmHg、PaO₂ 89.5mmHg(酸素2.5L/分)と高炭酸ガス血症も改善し、DPB増悪に対し体外式陽陰圧人工呼吸器が有効であったと考えられた。

OS 11-1

サプリメント（黒酢ニンニク、ノコギリ椰子）が関与したと考えられた間質性肺炎の1例

- 1) 近畿大学医学部奈良病院 呼吸器・アレルギー内科
2) 近畿大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科

○花田宗一郎¹⁾、白波瀬 賢¹⁾、澤口博千代¹⁾、村木 正人¹⁾、東田 有智²⁾

症例は62歳の男性。2014年に1年以上持続する慢性咳嗽を主訴に他院を受診した。胸部CTでわずかな間質陰影を認めていた。血液検査でIgE高値であったことから、ICS/LABAが処方され、咳嗽は増悪・改善を繰り返しながらも2015年8月から治療中止となった。間質陰影は胸部CTで経過観察されていたが変化はなかった。その後、患者希望で2016年に当科紹介となった。間質性肺炎については、その後も経過観察していたが、経時的にわずかな陰影の増強と肺機能の低下から、2018年6月に気管支鏡検査施行した。BALにてリンパ球分画の上昇（37%）を認めた。この際の間診で、患者がサプリメント（黒酢ニンニク、ノコギリ椰子）を発症前から服用していたという情報を得たために、DLSTを施行したところ、両方のサプリメントで陽性であった。上記サプリメントを中止するとともに、ステロイド治療を開始した。経過と共に若干の文献的考察を含め報告する。

OS 11-3

DOAC内服中にびまん性肺胞出血をきたした1症例

- 1) JCHO星ヶ丘医療センター 呼吸器内科
2) JCHO星ヶ丘医療センター 感染制御内科

○中山 絵美¹⁾、濱田恵理子¹⁾、竹田 倫世¹⁾、北村 知高¹⁾、辻本 和徳²⁾、前倉 俊也¹⁾、中村 孝人¹⁾

症例は81歳男性、慢性心不全と慢性心房細動がありDirect Oral AntiCoagulants(DOAC)で加療中であった。感冒症状があり近医で抗生剤を処方され、解熱するも乾性咳嗽が出現し持続するため当院を受診した。聴診上は左下肺野背側にcoarse cracklesを認めた。心音は不整であり雑音は聴取しなかった。胸部CTでは両側びまん性に斑状のすりガラス影、浸潤影を認めた。診断目的に気管支肺胞洗浄を施行したところ徐々に濃くなる血性の回収液を認めた。気管支肺胞洗浄液の細胞診ではヘモジデリン貪食マクロファージを認め、悪性細胞の検出を認めず、培養検査では有意な細菌を認めなかった。上記よりびまん性肺胞出血と診断した。P-ANCA, C-ANCA, 抗GBM抗体はすべて正常範囲であった。その後、DOACを中止、止血剤を開始し経過観察したところ、翌日には速やかに陰影の改善を認めた。DOAC内服が影響したと思われるびまん性肺胞出血の1例を経験したので報告する。

OS 11-2

OK432による胸膜癒着術により生じた重症薬剤性肺炎の1例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○大木元達也、多木 誠人、青柳 貴之、山田 直生、山谷 昂史、石川 遼一、中井恵里佳、西 健太、中川 和彦、森田 恭平、黄 文禧、吉村 千恵、西坂 泰夫

症例は82歳女性。X-1年4月に右下葉肺腺癌に対して肺部分切除術を施行した。同年8月に癌性胸膜炎で再発し、EGFR遺伝子変異陽性であったことからゲフィチニブを開始した。X年8月に癌性胸膜炎の増悪あり、胸水中のT790M遺伝子変異陽性であったことからオシメルチニブを開始した。その後も癌性胸膜炎は増悪し、同年10月にOK432による胸膜癒着術を施行した。その後の胸水コントロールは良好であったが、OK432投与7日後に酸素化の悪化と肺野浸潤影の出現あり、OK432による薬剤性肺炎と診断した。ステロイドパルス等による加療で一旦は改善傾向も、ステロイド減量中に再燃し、胆嚢炎も併発し死亡された。今回我々は死亡にまで至ったOK432による重症薬剤性肺炎を経験したことから若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 11-4

Löfgren症候群と考えられた急性サルコイドーシスの一例

大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学

○佐藤 真吾、木田 博、光井 雄一、白井 雄也、高田 創、矢賀 元、益弘健太郎、福島 清春、白山 敬之、三宅浩太郎、小山 正平、平田 陽彦、長友 泉、武田 吉人、熊ノ郷 淳

49歳男性。約1ヶ月前より倦怠感、四肢関節痛、両側下腿浮腫紅斑、飛蚊症、体表感覚異常などの症状が出現したため、赴任先のモスクワより帰国した。紅斑部位からの皮膚生検で類上皮細胞肉芽腫、眼底検査にてぶどう膜炎の所見を認め、サルコイドーシスが強く疑われ当科を紹介された。血液検査ではsIL-2R 1788 U/mL、ACE 35.5 IU/Lと高値であり、胸部CTでは#7及び#11Lの縦隔肺門リンパ節腫大を認めた。#7 EBUS-TBNA及び右肺野ランダムTBLB検体にて共に類上皮細胞肉芽腫を認めたため、サルコイドーシスと診断し、またその後、薬剤性肝障害鑑別診断目的に施行した肝生検でも類上皮細胞肉芽腫の所見を認め、眼、皮膚、肺、肝病変合併の急性サルコイドーシス、発症の経過より急性サルコイドーシスの一病型であるLöfgren症候群であると考えられた。その後1年間の経過観察で、自然軽快を認めている。

OS 11-5

呼吸器系病変増悪と同時期に、急速に進行する心病変を呈したサルコイドーシスの一例

関西電力病院

○田村佳菜子, 水谷 亮, 河本 健吾, 岩崎 剛平,
稲田 祐也, 伊東 友好

症例は61歳、女性。X-7年、嚥下困難の精査中に縦隔リンパ節腫大を指摘され血液内科を紹介受診した。右鼠径リンパ節生検でサルコイドーシスと診断され、経過観察されていた。受診を自己中断していたが、X年7月より咳嗽と労作時呼吸困難を自覚、胸部CTで両肺野にびまん性の多発粒状影を指摘され、同年9月に呼吸器内科を紹介受診した。受診時の心電図でI度房室ブロックも認め、精査入院となったが1週間後には完全房室ブロックへ移行しており、緊急一時ペーシングを施行された。その後の精査で心サルコイドーシスと診断され、PSL 60 mgを開始後、洞調律に回帰しペーシングから離脱、両肺野多発粒状影も改善を認めた。診断から7年を経て、呼吸器系病変増悪と同時期に心病変を呈し急速に進行したが、速やかなステロイド投与で改善を得られ、永久ペースメーカー植込も回避しえた貴重な症例であると思われたので、文献的考察を加え報告する。

OS 11-6

右中葉無気肺を呈し、肺癌との鑑別を要した肺サルコイドーシスの1例

京都中部総合医療センター 呼吸器内科

○森本 健司, 伊達 紘二, 河野 秀彦

症例は68歳、女性。労作時呼吸困難を主訴に当院を受診した。胸部CTで両肺上葉にびまん性粒状陰影と気管支狭窄に加え、右中葉無気肺を呈していた。右中葉はPET-CTでFDGの高集積を認めたため、肺癌を疑い、気管支鏡検査を施行した。中葉気管支は完全に閉塞しており、同部位からの組織生検でサルコイドーシスの診断を得た。無気肺を呈する原因としてサルコイドーシスの報告例は少ないが、鑑別に挙げる必要がある。

OS 12-1

肺高血圧症を合併した抗ARS抗体症候群の一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○加持 雄介, 中村 哲史, 松村 和紀, 寺田 悟,
上山 維晋, 稲尾 崇, 安田 武洋, 橋下 成修,
羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫

症例は45歳女性。2011年(39歳時)前医で間質性肺炎と診断されたが、診療をドロップアウトし、今回は2017年9月咳嗽と呼吸苦の症状が悪化して当院を受診した。胸部CTで慢性間質性肺炎を認め、抗ARS抗体陽性であった。ゴットロン丘疹などの皮膚病変を認め、皮膚生検では皮膚筋炎に矛盾しない初見であった。ステロイド、免疫抑制剤治療に同意が得られず経過観察となったが、2018年5月呼吸不全で入院し、右心カテーテル検査で肺高血圧症と診断した。血管拡張薬、酸素療法を開始して全身状態は改善し、現在も通院治療中である。肺高血圧症を合併した抗ARS抗体症候群について、若干の文献的考察とともに報告する。

OS 12-2

免疫抑制療法に抵抗性を示した抗MDA5抗体陽性の皮膚筋炎に合併した急速進行性間質性肺炎の1例

愛仁会高槻病院 呼吸器内科

○吉村 遼佑, 小濱みずぎ, 梅谷 俊介, 小嶋真理子,
山田 潤, 福井 崇文, 奥野 恵子, 中村 美保,
船田 泰弘

症例は84歳女性。来院10日前から微熱、咳嗽、顔面の皮疹を認め、来院5日前からは両手指の皮疹が出現し前医を受診した。胸部CTで両側肺野に多発する斑状のすりガラス陰影を認め、当院に紹介された。来院時、38.0℃の発熱と呼吸不全を認め、両肺野に捻髪音を聴取した。ヘリオトロープ疹やmechanic's hands等の皮膚筋炎に特徴的な皮膚所見を認めた。CPK上昇や筋力低下は認めなかった。抗MDA5抗体陽性であり、clinically amyopathic dermatomyositis(CADM)に合併した急速進行性間質性肺炎(RPIP)と診断した。第1病日よりステロイドパルスおよびタクロリムス3 mg/日の投与を開始し、第4病日にシクロホスファミド大量静注療法(IVCY)も追加したが、症状は改善せず第20病日に死亡した。【考察】CADMは高率にRPIPを合併し予後は悪い。ステロイド大量療法、カルシニューリン阻害薬、IVCYの併用により予後が改善することが報告されているが、本症例は救命困難であった。

OS 12-3

防虫スプレー後に皮疹が生じ、比較的急な進行をきたした抗MDA-5抗体陽性間質性肺炎の1例

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

○高野 峻¹⁾, 橘 和延¹⁾, 榎本 貴俊¹⁾, 足立 雄一¹⁾,
東 浩志¹⁾, 小林 岳彦¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 露口 一成²⁾,
新井 徹²⁾, 林 清二¹⁾, 井上 義一²⁾

【症例】69歳男性、X年8月23日、四肢体幹に防虫スプレーを使用し、同日散布部位に皮疹が出現した。以前使用していたステロイド軟膏を使用して皮疹は軽減した。9月上旬にmMRC2の呼吸困難が出現し、経過観察で改善しないため近医を受診したところ、間質性肺炎を疑われ、9月19日当院受診となった。HRCTでは両側上中肺野胸膜下にすりガラス影と、両側下葉の気管支血管束に沿うconsolidationを認めた。手背・前腕・体幹・頸部に皮疹を認めた。プレドニゾロン55mg/dayの治療を行うも効果なく、ステロイドパルス・エンドキサンパルスを施行したが、酸素化は次第に悪化し、17病日死亡した。死亡後抗MDA5抗体陽性が判明した。

【考察】皮疹後に間質性肺炎をきたした場合は抗MDA-5抗体陽性間質性肺炎を考慮し、早期治療介入を検討する必要がある1例であった。

OS 12-5

肺癌を合併した抗PL-7抗体陽性間質性肺炎の1例

- 1) 関西電力病院 呼吸器内科
2) 関西電力病院 呼吸器外科
3) 関西電力病院 腫瘍内科
4) 関西電力医学研究所 臨床腫瘍研究所

○岩崎 剛平¹⁾, 水谷 亮¹⁾, 河本 健吾¹⁾, 田村佳菜子¹⁾,
稲田 祐也¹⁾, 伊東 友好¹⁾, 館 秀和²⁾, 吉村 誉史²⁾,
勝島 詩恵^{3,4)}, 柳原 一広^{3,4)}

症例は68歳、男性。1ヶ月前より労作時呼吸困難、乾性咳嗽を自覚し、抗菌薬加療で改善なく当科に紹介された。皮疹、呼吸不全、血液検査でフェリチンおよびKL-6上昇、抗ARS抗体陽性を認めた。胸部CTで両下葉の容積減少を伴うびまん性すりガラス陰影、牽引性気管支拡張および右下葉に腫瘤陰影を認め、皮膚筋炎/多発性筋炎に合併した急速進行性間質性肺炎および臨床的肺癌と診断した。非侵襲的陽圧換気、ステロイドパルス療法、シクロスポリン、シクロフォスファミドパルス療法で治療し、酸素化および胸部CTでのすりガラス陰影の改善を認めた。後日、抗PL-7抗体陽性が判明した。入院86日目に気管支鏡検査を行い扁平上皮肺癌(cT4NOMO Stage IIIA)と診断した。抗癌剤治療で、腫瘍縮小と共に胸部画像所見、FVC、6分間歩行試験結果の改善を認めた。抗PL-7抗体陽性間質性肺炎に合併した肺癌に対し、抗癌剤治療を行なった報告は少なく貴重な症例であるため、文献の考察を交えて報告する。

OS 12-4

ELIZA法で抗ARS抗体陽性であったが、免疫沈降法では陰性であった間質性肺炎4症例の検討

- 1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科
2) 神戸市立医療センター西市民病院 リウマチ膠原病内科
3) 京都大学医学部付属病院 免疫・膠原病内科

○和田 学政¹⁾, 富岡 洋海¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 金子 正博¹⁾,
古田健二郎¹⁾, 山下 修司¹⁾, 森田 充紀¹⁾, 吉積 悠子¹⁾,
山添 正敏¹⁾, 橋本 梨花¹⁾, 安部 武生²⁾, 中嶋 蘭³⁾

症例は71歳女性。初診1か月前から乾性咳嗽、労作時呼吸困難を自覚していた。大腸憩室出血を来し他院に入院した際の胸部CT検査で間質性陰影を認め、当科紹介となった。SpO₂は室内気で92%、両側下肺野で吸気終末にわずかにfine crackles聴取した。抗ARS抗体はELISA法にて陽性であった。HRCTでは気管支血管束、胸膜下優位に陰影を認め、胸膜化にはconsolidation、GGOのほか、牽引性気管支拡張も認められた。急性経過の肺障害で牽引性気管支拡張を認め、TBLBで有意所見を認めなかったため、外科的肺生検 (SLB) を行った。NSIP+OPパターンwith focal UIPの診断で、プレドニゾロン1mg/kgとタクロリムス併用で治療開始し、症状、陰影とも改善傾向となった。免疫沈降法を後に追加したところ陰性の結果であり、同様の結果を示した3例と合わせて報告する。

OS 12-6

肝機能障害が出現し治療に苦慮した抗EJ抗体陽性間質性肺炎

- 1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科
2) 加古川中央市民病院 リウマチ・膠原病内科

○山本 賢¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 石田 貢一¹⁾, 矢谷 敦彦¹⁾,
岩田 帆波¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 西馬 照明¹⁾,
田中 千尋²⁾

症例は55歳男性。2ヶ月前からの吸気時違和感を主訴に当院紹介。筋症状はなく、抗EJ抗体陽性間質性肺炎と診断。ステロイドパルスを3日間行い、プレドニゾロン(PSL)60mg+シクロスポリン(CyA)210mgで開始した。その後day13より肝機能障害を認めたため、ST合剤の予防内服を中止し、CyAからタクロリムスへの変更を行った。またHBVキャリアではなかった。CyAの減量は段階的に行ったが肝酵素は改善認めなかった。day36に施行したC7-HRP検査で陽性であったため、CMV感染症を疑い、ガンシクロビルで治療を開始した。治療開始後、肝機能は一時的に改善したが再度増悪を認めた。その後PSLを5mg/週のペースで減量を行い、45mgまで減量したday50から肝酵素は自然に改善を認めた。治療開始1、2か月後に施行した胸部CT検査、肺機能検査ともに改善を認めた。間質性肺炎に対するステロイドならびに免疫抑制剤治療中に肝障害の原因の鑑別に苦慮した1例を経験したので報告する。

OS 13-1

アスベストosisの経過中に多発血管炎性肉芽腫症を発症した1例

近畿大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科

○大森 隆, 西山 理, 吉川 和也, 御勢 久也,
佐伯 翔, 山崎 亮, 綿谷奈々瀬, 西川 裕作,
佐野安希子, 山縣 俊之, 岩永 賢司, 佐野 博幸,
原口 龍太, 東田 有智

84歳男性、201X-4年よりアスベストosis・201X-3年よりP-ANCA陽性にて経過観察中の患者で、201X年11月下旬より発熱・湿性咳嗽を自覚し当科受診。胸部CTにて既存の胸膜プラークおよび両下葉の網状陰影に加え、両下葉に浸潤陰影の出現を認め即日入院となった。各種抗菌薬投与も効果を認めなかったため気管支鏡検査を施行。左B6bで施行したBALの所見では、TCC 1.4x10⁵/mL、AM 32.0%、Ly 36.0%、Neu 30.2%、Eo 1.8%、同部位のTBLBの所見では、気腔内のフィブリン析出と器質化を認め、さらに好中球が小血管の弾性線維を破壊する血管炎の所見を認め、多発血管炎性肉芽腫と診断した。またBALF・病理組織にてアスベスト小体を認めた。アスベストosisに多発血管炎性肉芽腫症を合併した症例の報告は少なく稀と思われ、若干の文献的考察を加え報告する。

OS 13-3

両側肺野にすりガラス陰影が出現し肺水腫との鑑別を要した異所性肺石灰化症の1例

明石医療センター 呼吸器内科

○二ノ丸 平, 島田天美子, 岩本 夏彦, 藤本 昌大,
高宮 麗, 川口 亜記, 池田 美穂, 畠山由記久,
岡村佳代子, 吉村 将, 大西 尚

症例は59歳男性。糖尿病性腎症のため、7年前から週3回維持透析中。20XX年12月31日に自宅で転倒し、左大腿骨頸部骨折と診断され、近医へ入院となった。20XX+1年1月12日に手術予定であったが、入院時の胸部CTで両側肺野のびまん性すりガラス陰影を指摘され、陰影が改善せず、間質性肺炎が疑われたために1月10日に当院へ紹介入院となった。下腿の浮腫があり、肺水腫を疑い、透析でDWの調整を行ったが、画像の優位な改善は得られなかった。1月24日に経気管支肺生検を施行したところ、組織診で肺胞内にカルシウムの沈着が確認された。骨シンチではすりガラス陰影に一致して集積が認められた。以上より、異所性肺石灰化症の確定診断に至った。透析患者において、CTで両側肺野にすりガラス状陰影が出現し間質性肺炎との鑑別を要した1例を経験したので、報告する。

OS 13-2

間質性肺炎の経過観察中に胸膜炎を合併し、高齢発症SLEの診断に至った一例

加古川中央市民病院 呼吸器内科

○矢谷 敦彦, 徳永俊太郎, 中川 大章, 石田 貢一,
山本 賢, 岩田 帆波, 藤井 真央, 堀 朱矢,
西馬 照明

症例は84歳男性。慢性腎不全のため、近医腎臓内科に通院していた。X-4年に、両下肺野に網状影を認め、間質性肺炎を指摘された。網状影の増悪傾向を認めたため、X-2年に気管支肺胞洗浄を施行し、リンパ球66.8%と有意な上昇を認めた。また抗核抗体価160倍であり、NSIPとして、プレドニゾロン25mg/日を開始した。画像所見は改善し、X-1年6月に投与終了し、経過観察していたが、X年5月に深吸気時・咳嗽時の胸痛を認め、肺野病変の増悪と右胸水貯留を指摘された。抗菌薬治療の効果はなく、間質性肺炎の増悪と判断し、プレドニゾロン25mg/日を再開したところ、速やかに胸水量の減少を認めた。その後の精査で、抗2本鎖DNA 抗体、直接クームスが陽性であり、漿膜炎、免疫学的項目3項目以上の診断基準を満たし、全身性エリテマトーデス(SLE)と診断した。間質性肺炎の経過観察中に胸膜炎を合併し、高齢発症SLEの診断に至った興味深い一例を経験したので報告する。

OS 13-4

特発性間質性肺炎の経過中に急性呼吸不全・心不全・腎不全を呈し、救命し得た74才男性の一例

NHO姫路医療センター呼吸器内科

○三宅 剛平, 竹野内政紀, 平岡 亮太, 平田 展也,
平野 克也, 高橋 清香, 小南 亮太, 大西 康貴,
加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾, 勝田 倫子,
横井 陽子, 水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信,
河村 哲治, 中原 保治

X-8年6月の検診にて間質性肺炎疑われ、10月当科紹介となる。ANA x 160 (nucleolar)の他は特異抗体なく、身体所見上も膠原病の基準を満たす所見はなく、X-8年4月にVATS肺生検でUIP類似病変とのことで経観となった。X-5年12月よりNintedanib治療に参加、治療終了後も同剤を継続した。X年12月15日より急激に呼吸困難が悪化したため、18日当科受診、緊急入院となった。レイノー症状は認めるものの皮膚硬化や指尖潰瘍は認めず、強皮症の診断には至らなかった。入院時はSpO₂ 96% (O₂ 2L/分)であり、同日よりmPSL1000mg/dayを開始した。20日Cr 2.53と腎不全悪化、BNP 4030.2、心エコーでEF 25%で全周性壁運動低下のみとめ、22日マスク7Lとなりネーザルハイフローを開始した。同日よりカプトリル内服を開始したところ呼吸状態は改善し、28日カヌラ11でSpO₂ 90-93%まで改善、強皮症腎クリーゼと診断した。IPAFに強皮症腎クリーゼを合併した貴重な症例と考え、報告する。

OS 13-5

ステロイドを漸減しながら抗線維化薬の導入を行い、奏功した特発性肺線維症の1例

医療法人田北会 田北病院 内科

○有山 豊, 植田 勝廣, 塚口眞理子, 砺山 隆行

84歳, 男性。2年前から両肺網状影を指摘されていたが放置。1ヶ月前から咳嗽, 労作時呼吸困難感が出現し当院紹介。

酸素投与, 抗菌薬で改善を認め, この時点では細菌感染の合併が主因と考えたが, 病歴や検査所見から特発性肺線維症と診断。状態安定後に6分間歩行試験実施し, 労作時SpO₂ ≤90%となることを確認し, 重症度IV相当と判断。

在宅酸素のみで経過観察としていたが, 徐々に咳嗽, 労作時呼吸困難感増強し, 抗菌薬を使用するも症状の改善に乏しく, KL-6, SP-Dの上昇, %VC, %FVCの低下を認め間質性肺炎の増悪と考えた。まずステロイド内服を2ヶ月間行い, 以降はステロイド漸減しながら抗線維化薬を導入, 漸増した。ステロイドおよび抗線維化薬によると思われる副作用があったが対処可能であった。抗線維化薬開始から3ヶ月後, 6ヶ月後に%VC, %FVC, 安静時血液ガス, 画像所見で治療効果判定を行い, 奏功と判断。現在も治療継続している。

OS 14-2

急性呼吸不全を呈したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の一例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
- 2) 神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科
- 3) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科
- 4) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科

○大崎 恵¹⁾, 古郷摩利子¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 細谷 和貴¹⁾, 河内 勇人¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 森 令法¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 立川 良¹⁾, 中村 桃子²⁾, 穴戸 裕³⁾, 青山 晃博³⁾, 山下 大祐¹⁾, 石川 隆之²⁾, 高橋 豊³⁾, 原 重雄⁴⁾, 富井 啓介¹⁾

症例は68歳男性。55歳頃より関節リウマチに対してステロイドおよびメトトレキサートで加療していた。1ヶ月前より発熱, 咽頭痛, その後鼻閉および鼻汁が出現し, 抗菌薬内服で加療したが, 改善しなかった。精査で撮像された胸部CTにて両側多発結節, 頸部および縦隔リンパ節腫脹を認め, 入院となった。第5病日に急性呼吸不全を呈し, 挿管となった。挿管下に頸部および縦隔リンパ節生検, さらに胸腔鏡下肺生検を施行した。末梢血EBウイルスDNA定量は上昇していた。フローサイトメトリーでCD10陽性CD19陽性CD20弱陽性の大型な異常細胞があり, 遺伝子検査でモノクロナリティを認めた。病理組織で正常なリンパ節構造は破壊されEBER細胞陽性の異型リンパ球を認めた。病歴および検査結果からメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患と診断した。今回の症例は重症な経過をたどっており, 文献的考察を加えて報告する。

OS 14-1

関節リウマチの経過中に発症した、メトトレキサートの関与も考えられたリンパ増殖性疾患の一例

地域医療機能推進機構大阪病院 呼吸器内科

○長田 由佳, 藤並 舞, 田子謙太郎, 田中 陽子, 竹嶋 好, 佐々木義明

症例は69歳女性。26年来の関節リウマチに対し当院整形外科にて, 免疫抑制剤(タクロリムス, メトトレキサート), 副腎皮質ホルモンで加療されていた。当科は軽度のリウマチ肺で共観していたが, X年1月に肺野に多発する浸潤影を認めた。自覚症状に乏しくその後の経過観察でも画像所見の悪化は見られず器質性肺炎と考えていたが, X+2年2月に肺野の浸潤影の増大を認めた。X+2年3月気管支鏡検査を施行し, 組織像および免疫組織化学より, 低悪性度辺縁帯のB細胞リンパ腫と診断された。このため血液内科に紹介となったが, メトトレキサートの関連が疑われ同薬剤の投与を中止したところ, 陰影の改善を認めた。本症は, メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患と診断したが, 同薬剤を使用している症例において, 肺野に異常陰影が出現した場合, 本疾患も念頭におく必要があると考え, 若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 14-3

巨大縦隔腫瘍として発見されたT細胞性リンパ芽球性リンパ腫の一例

京都府立医科大学 医学部 呼吸器内科

○尾ノ井恵佑, 山本 知恵, 西岡 直哉, 井ノ口乃英瑠, 田宮 暢代, 金子 美子, 山田 忠明, 内野 順治, 高山 浩一

【症例】17歳男性

【主訴】顔面・上肢浮腫

【現病歴】2018年6月に顔面・上肢の浮腫, 労作時呼吸困難を自覚し近医を受診した。総合感冒薬を処方されたが症状の改善を認めず前医を紹介受診した。胸部単純CTで右頸部から前縦隔にかけて最大径12cmの腫瘍を認め, 気管・上大静脈は著明に狭窄していた。精査加療目的に翌日当院を紹介受診した。

【経過】入院後, 胚細胞腫, 胸腺腫/胸腺癌, 奇形腫, 悪性リンパ腫などを鑑別に挙げ各種マーカー測定および右頸部よりFNAを施行したが診断に寄与する所見は得られなかった。前縦隔病変にCTガイド下生検を施行した結果, T細胞性リンパ芽球性リンパ腫と診断された。血液内科に転科の上寛解導入療法を開始され, 治療後1週間で速やかに腫瘍は縮小した。

【考察】悪性リンパ腫, 特にT細胞性悪性リンパ腫は比較的稀ではあるものの縦隔腫瘍の鑑別疾患において重要である。早期の診断治療が重要であり, 文献的考察を交えて報告する。

OS 14-4

誤嚥性肺炎を契機に血管内大細胞型B細胞リンパ腫と診断された一例

- 1) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
- 2) 同 血液内科
- 3) 同 医学研究所 病理診断部

○松村 和紀¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 寺田 悟¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 戸田 有亮²⁾, 大野 仁嗣²⁾, 小橋陽一郎³⁾

症例は慢性閉塞性肺疾患のある80歳男性。入院6週間前の外来受診時にパーキンソニズムを認めた。入院3週間前の外来受診時に肺炎を認め、抗菌薬内服で改善したが、38度台の発熱、労作時の呼吸困難を主訴に当院外来を受診し、誤嚥性肺炎として当科に即日入院した。抗菌薬の点滴加療で改善傾向となったが、数日に1度の熱発を繰り返した。入院4週前にパーキンソニズムの精査目的に撮像された頭部MRIで多発脳梗塞疑いを指摘されていたが、入院第18病日に再検されたところ、拡散強調像での高信号領域の遷延を認めた。血液検査でLDH、sIL-2R高値が持続していた事と合わせて血管内リンパ腫が疑われ、ランダム皮膚生検で血管内大細胞型B細胞リンパ腫と診断された。当院血液内科で化学療法を開始後に完全寛解を得、誤嚥性肺炎の再発も認めていない。誤嚥性肺炎を契機に診断された教訓的な一例であり、文献的考察と合わせて報告する。

OS 14-6

腫瘤影を呈し経気管支生検にて肺MALTリンパ腫と診断された一例

- 1) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
- 2) 同 医学研究所 病理診断部

○稲尾 崇¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 寺田 悟¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 小橋陽一郎²⁾

症例は74歳女性。入院6ヶ月前に外陰癌の精査目的に当院皮膚科に入院していたが、受診が途切れていた。この際に右肺上葉腫瘤影を認め当科受診を指示されていたが、していなかった。入院1ヶ月前に外陰癌について出血・疼痛があり皮膚科を再受診した際に、当科も受診した。肺腫瘤影は緩徐ながら増大傾向であり、形態から肺がんが第一に疑われたが、有症状の外陰癌に対する治療の優先を希望した。手術目的に当院産婦人科に入院した際に、診断目的に気管支鏡にて擦過細胞診、経気管支生検、気管支洗浄を施行されたところ、組織で肺MALTリンパ腫と診断された。以後、無治療で経過観察中である。腫瘤影を呈する肺MALTリンパ腫は比較的珍しく文献的考察と合わせて報告する。

OS 14-5

局所麻酔下胸腔鏡検査で診断したsmall lymphocytic lymphomaの一例

滋賀県立総合病院呼吸器内科

○野原 淳, 橋本健太郎, 石床 学, 渡辺 寿規, 塩田 哲広

症例は70歳、男性。主訴は呼吸困難。労作時の呼吸困難が次第に増悪するため当院外来を受診。左胸水の貯留、高CO₂血症を認め入院。胸水穿刺を施行したところ、胸水中には多数のリンパ球を認めたが悪性所見は認めなかった。精査目的に胸腔鏡検査を施行。胸膜は明らかな腫瘍性病変などは見られずやや肥厚するも肋間筋の透見は可能であった。胸膜のランダムバイオプシーを施行したところ、胸膜のHE染色像では異型性の乏しい小型のリンパ球様細胞の密なびまん性増殖を認め、免疫染色ではCD5(+), CD20(+), CD23(+), bcl-2(+), CD3(-), CD10(-), bcl-6(-)であり、low grade B cell lymphoma (small lymphocytic lymphoma)と診断した。

OS 14-7

気管支鏡検査で診断しえた気管支原発悪性リンパ腫の一例

- 1) 京都桂病院呼吸器センター呼吸器内科
- 2) 京都桂病院血液内科

○相川 政紀¹⁾, 酒井 勇輝¹⁾, 川井 隆広¹⁾, 林 康之¹⁾, 恒石 鉄兵¹⁾, 岩坪 重彰¹⁾, 橋本 教正¹⁾, 岩田 敏之¹⁾, 山藤 緑¹⁾, 砂留 広伸¹⁾, 西村 尚志¹⁾, 土井 章²⁾

【背景】悪性リンパ腫のうち、非ホジキンリンパ腫の4分の1から半数には節外性病変があるといわれているが、肺や気管支原発の悪性リンパ腫はまれである。

【症例】81歳の女性、人間ドックの胸部レントゲンで右下肺野の浸潤影を指摘された。精査で撮像されたCTで両側気管支の狭小化、右上肺の無気肺、肺門部の軟部陰影を指摘され、当科に紹介された。PETでは右主気管支から上葉気管支、下葉気管支、左主気管支から上葉気管支に中等度の集積を伴う壁肥厚、壁に結節があった。気管支鏡検査で気管分岐部から葉気管支までの粘膜にびまん性に大小不同の隆起性病変が敷石状に見られた。気管支生検組織で低悪性度の悪性リンパ腫と診断した。肺内や他の臓器、リンパ節に集積はなく、気管支原発の病変と考えた。血液内科に紹介し、高齢であり、低悪性度であることから経過観察の方針となった。

【結語】気管支原発悪性リンパ腫について文献的考察を加えて報告する。

OS 15-1

CTにて両側すりガラス濃度上昇部位に重症市中肺炎を発症した肺胞蛋白症の一例

- 1) 明石医療センター 呼吸器内科
- 2) 明石医療センター 病理診断科

○藤本 昌大¹⁾, 畠山由記久¹⁾, 岩本 夏彦¹⁾, 高宮 麗¹⁾, 川口 亜記¹⁾, 池田 美穂¹⁾, ニノ丸 平¹⁾, 岡村佳代子¹⁾, 島田天美子¹⁾, 吉村 将¹⁾, 大西 尚¹⁾, 仙波 秀峰²⁾, 佐野 暢哉²⁾

症例は55歳男性。入院5ヶ月前から外来で気管支喘息の加療と両側上葉優位のすりガラス陰影の経過観察をしていた。入院1日前から呼吸困難が出現し、血液検査で炎症反応の上昇、胸部CTですりガラス陰影の拡大とすりガラス陰影内部に気管支透亮像を伴う浸潤影が認められたため当科に紹介となった。重症の市中肺炎の可能性が考えられたため、入院の上でCTRXとAZMとステロイドを投与した。治療開始後は浸潤影および呼吸状態は改善し、第16病日に退院となった。退院後、両側すりガラス陰影の精査目的に気管支肺胞洗浄と経気管支肺生検を施行し、肺胞蛋白症と診断した。本症例は肺胞蛋白症を基盤にして局所的な重症市中肺炎を合併したと考えられた。肺胞蛋白症はマクロファージおよび好中球の機能障害が起きることによって易感染性になることが知られており、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 15-3

ゴマ油による外因性リポイド肺炎の一例

NHO近畿中央呼吸器センター

- 香川 智子, 橘 和延, 新井 徹, 杉本 親寿, 菅原 玲子, 滝本 宜之, 竹内奈緒子, 柳田 直紀, 笠井 孝彦, 審良 正則, 林 清二, 井上 義一

症例は88歳女性、X-5年より咳が出現し悪化するため同年1月に前医に紹介となった。胸部CTで右中葉にすりガラス陰影を認めた。気管支喘息も診断されICS/LABA開始後咳は改善傾向を認めたが遷延し、右中葉のすりガラス陰影の拡大、左下葉にすりガラス陰影と粒状影の出現を認めたため、同年5月気管支鏡下BAL、TBLBを施行した。BALFの白濁を認めたため肺胞蛋白症が疑われ同年8月当院に紹介となった。数年前よりゴマ油で口腔及び咽頭含嗽を毎日行っていることと画像経過より嚥下造影検査と気管支鏡検査を行った。嚥下造影検査では液体の咽頭含嗽で梨状窩までの侵入を認め、嚥下反射の遅延を認めた。BALFでズダンⅢ染色で橙赤色に染まる空胞を有する組織球を認め、TBLBで肺胞腔に泡沫状変化を伴う組織球の集簇を認めた。PAS陽性の顆粒状物質は認めなかった。以上よりゴマ油による外因性リポイド肺炎と診断した。リポイド肺炎の報告は本邦で比較的稀であるため報告する。

OS 15-2

流動パラフィンの鼻腔内投与により発症したりポイド肺炎の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
- 3) 同 病理診断科

○小南 亮太¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平野 克也¹⁾, 高橋 清香¹⁾, 大西 康貴¹⁾, 水野 翔馬¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 花岡 健司¹⁾, 勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 三村 六郎³⁾

症例は73歳男性。X年3月頃より左肩甲骨周囲の疼痛を自覚し撮影した胸部CTで左下葉にconsolidationを認め当院へ紹介となった。陰影内部に脂肪濃度を呈する部分がありリポイド肺炎が疑われた。病歴を確認すると数年前まで鼻腔内の乾燥に対して流動パラフィン塗布していたことが判明し、経気管支肺生検で診断が確定した。リポイド肺炎は本邦では比較的稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

OS 15-4

Airway-centered fibroelastosisの診断が考えられた一例

- 1) NHO近畿中央呼吸器センター内科
- 2) 同臨床検査科
- 3) 同放射線科
- 4) 同臨床研究センター

○養毛祥次郎¹⁾, 橘 和延¹⁾, 新井 徹^{1,4)}, 松井 秀夫¹⁾, 笠井 孝彦²⁾, 審良 正則³⁾, 井上 義一⁴⁾

【症例】26歳男性

【既往歴】気管支喘息ICS/LABA

【生活歴】非喫煙者、職業は溶接工場の事務、粉塵吸入歴なし、羽毛使用歴あり

【家族歴】父肝疾患、母高血圧、脂質異常症、弟アレルギー性鼻炎

【現病歴】2006年頃に健診で胸部異常陰影を指摘されたが精査はされなかった。2011年に咳嗽を主訴に受診した近医での胸部CTで間質性肺炎が疑われ当院紹介となった。

【経過】外科的肺生検では胸膜下と末梢気管に線維化病変、小葉間結合織にリンパ濾胞の形成を認めた。MDDで過敏性肺臓炎やシェーグレン症候群合併間質性肺炎が鑑別に上がるも診断には至らず、特発性間質性肺炎として経過観察となった。2016年、経過を踏まえて再度MDDを行い、近年提唱されたairway-centered fibroelastosis (Pradere P, Chest 2016)の診断が考えられた。診断に難渋した稀な症例であり報告する。

OS 15-5

気管支喘息に併発した樹枝状肺骨形成の1例

- 1) 大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科
- 3) 同 病理科
- 4) こだまクリニック

○谷崎 智史¹⁾, 柳瀬 隆文¹⁾, 九野 貴華¹⁾, 松本錦之介¹⁾, 新津 敬之¹⁾, 玄山 宗到¹⁾, 内田 純二¹⁾, 原 暁生²⁾, 船越 康信²⁾, 城戸 完介³⁾, 伏見 博彰³⁾, 児玉 昌身⁴⁾, 上野 清伸¹⁾

気管支喘息で通院中の43歳男性。健康診断で施行されたPET-CTで左下葉結節影の増大を指摘され紹介となった。胸部CTでは左下葉に30mm×20mmの腫瘍影を認めた。気管支鏡検査は拒否されたが、外科的切除には同意された。術中、目的の左下葉腫瘍に加え、左下葉臓側胸膜面に棘状の凹凸を広汎に認め、これらを一括すべく胸腔鏡下左下葉切除術が施行された。左下葉腫瘍については肺過誤腫の診断であった。棘状の物質に関しては病理学的には成熟骨組織であり、樹枝状肺骨形成との診断に至った。文献的には樹枝状肺骨形成は多くは剖検例での報告であり、生前に診断されることは少ない。同疾患の症例報告ではその多くが何らかの肺障害をもたらす基礎疾患を有している。今回、気管支喘息患者に併発した樹枝状肺骨形成を偶発的に診断し得たため、報告する。

OS 16-1

縦隔原発と考えられた悪性黒色腫の1例

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

○平田 展也¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 高橋 清香¹⁾, 水野 翔馬¹⁾, 大西 康貴¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 花岡 健司¹⁾, 勝田 倫子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⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 三村 六郎²⁾

81歳男性。X年6月左側胸部痛と腰痛を主訴に近医受診し、前縦隔腫瘍と両肺多発結節を認め当院に紹介。CTで右前縦隔に2.7cmの腫瘍を認め、同部位に対してエコーガイド下経皮針生検を実施した。病理所見で色素豊富な腫瘍壊死組織を認め、免疫染色ではS-100 protein(-)、HMB45(+)であり、悪性黒色腫と診断した。多発肺転移・骨転移・縦隔リンパ節転移を認めるも皮膚病変は認めず、前縦隔原発と考えた。BRAF遺伝子変異陰性であり緩和ケアの方針となった。文献的考察を加えて報告する。

OS 15-6

遷延性咳嗽と体重減少を主訴に来院、原発性マクログロブリン血症・全身性アミロイドーシスと診断された1例

天理よろづ相談所病院

○中村 哲史, 橋本 成修, 松村 和紀, 上山 維晋, 寺田 悟, 稲尾 崇, 加持 雄介, 安田 武洋, 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫

症例は77歳女性。X年2月から続く咳嗽と過去1年間の食思不振・1年間での10kgの体重減少を認め、X年5月に近医を受診。胸部X線で右中下肺野の腫瘍影・右優位の肺門リンパ節腫大、気管分岐角開大を認めたため、当院に肺癌疑いとして精査目的で入院となった。気管分岐下リンパ節に対してEBUS-TBNAを施行した所、背景に軽度の細胞浸潤を認めるCongo red染色、Dylon染色陽性の組織であり、全身性アミロイドーシスと考えられた。また、末梢血検査のbiclinal gammopathy (IgM/λ type)から骨髄穿刺・生検を施行した所、Bリンパ球の単クローン性増殖が確認され、原発性マクログロブリン血症と診断された。尚、Allele Specific PCRにてMYD88^{L265P}変異が確認された。今回、原発性マクログロブリン血症によると考えられる全身性アミロイドーシス、それに伴う全身リンパ節腫脹とネフローゼ、高カルシウム血症を呈した1例を経験したため、これを報告する。

OS 16-2

縦隔に発生し、急速に増大した滑膜肉腫の1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器内科

○宇山 倫弘, 伊元 孝光, 前谷 知毅, 山田 翔, 林 優介, 網本 久敬, 白石 祐介, 山城 春華, 白田 全弘, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子, 丸毛 聡, 福井 基成

症例：76歳男性。右前胸部に腫瘍を自覚し近医を受診し、胸部X線で右肺野に腫瘍影を認め、当科を紹介受診した。胸部CTで前縦隔に腫瘍を認め、前胸壁に浸潤していた。FDG-PETでは前縦隔腫瘍、右下顎骨、左腸腰筋、右中殿筋に集積を認め、頭部MRIでは転移を疑う結節を認めた。CTガイド下に前縦隔腫瘍を生検し、核異型が目立つ細胞を認め、悪性腫瘍と考えられたが、この時点で診断を得られなかった。短期間で腫瘍は急速に増大し、脳転移も増加・増大し、診断に先行し脳転移巣に対し放射線治療を行った。その後免疫組織化学でCAM5.2(+), CD99(+), TLE1(+))であり滑膜肉腫が疑われ、化学療法を開始した。化学療法開始後にFISH法でSYT遺伝子領域の切断を認め、初回受診から1ヵ月半後に滑膜肉腫と診断した。縦隔の滑膜肉腫は稀である。本症例は診断に苦慮し、受診から治療開始までの間にも急速な進行を示した縦隔の滑膜肉腫の症例であり、文献的考察を含め報告する。

OS 16-3

診断に苦慮した漿液性腺癌, 胸膜播種の1例

- 1) 彦根市立病院 呼吸器内科
2) 彦根市立病院 呼吸器外科

○奥野 雄大¹⁾, 岡本 菜摘¹⁾, 渡邊 勇夫¹⁾, 林 栄一²⁾,
月野 光博¹⁾

漿液性腺癌は卵巣, 卵管癌, 腹膜癌のほとんどを占め, 近年では腹膜癌は卵管采遠位端の卵管上皮内癌が起源であるという新説が卵巣癌とともに提唱され, 注目されている。これらの癌は卵巣の腫大や腹水貯留を契機に発見されることが多い。今回我々は、腹部症状に乏しい漿液性腺癌, 胸膜播種の一例を経験したので報告する。症例は63歳, 女性, 呼吸困難を主訴に当科を受診した。CTでは右胸水貯留と左横隔膜下の腫瘍を認めたが, 他の病変は同定されなかった。FDG-PETでも同病変の集積のみが指摘された。胸水細胞診はadenocarcinomaで, 胸腔鏡下胸膜生検では漿液性腺癌の病理診断を得た。CA-125は1016 U/mLと高値を示し, 卵巣癌, 卵管癌, 腹膜癌が疑われ, 婦人科にて精査, 加療が行われた。癌性胸膜炎において, 症状に乏しく, 画像上の異常が明らかでない場合も卵巣, 卵管癌や腹膜癌を念頭に入れるべきと考えた。

OS 16-5

鍼治療を契機に発症した両側気胸の一例

- 1) 倫生会 みどり病院
2) 広島市医師会運営・安芸市民病院

○増田 憲治¹⁾, 香河 和義²⁾

【症例】58歳、女性。○月24日18時に背部や肩にかけて鍼治療を受けた。同日19時頃から胸部の痛みと呼吸困難が出現し、次第に症状が悪化したため翌25日0時頃に救急要請された。救急隊到着時、SpO2が室内気で88%で、両側肺野に喘鳴を聴取したことから、「胸痛と呼吸困難があり、気管支喘息重積発作の疑い」として救急搬送された。病院到着時、意識清明。SpO2:95～96%（酸素マスクで6L/分吸入時）。血圧117/68、脈拍107/分。呼吸音は両側とも微弱、呼気時に両側肺野に狭窄音を聴取した。胸部CT検査では両側肺の高度の虚脱を認め、両側胸腔に対してドレナージを行ない症状は改善した。第6病日の胸部CT検査では肺の気腫化や腫瘍性病変など気胸を生じるような原因は認めず、肺の拡張も良好であったため胸腔ドレーンを抜去し得た。

【考察】初診時に重症気管支喘息が疑われた両側気胸の症例を経験した。両側気胸の症例について、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 16-4

頸部アプローチにて摘出した副甲状腺嚢胞の一例

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器センター 外科

○井口 貴文, 松岡 勝成, 熊田早希子, 石川 祐也,
渡辺 梨砂, 山田 徹, 松岡 隆久, 長井信二郎,
植田 充宏, 宮本 好博

【はじめに】副甲状腺嚢胞は比較的稀な疾患であり、甲状腺下極に好発するといわれている。このたび上から中縦隔へと進展した副甲状腺嚢胞を頸部アプローチで摘出した一例を経験した。

【症例】70代女性。めまいで近医を受診され、撮像した胸部レントゲンで気管の右方偏位を認め縦隔腫瘍疑いで当院紹介受診。胸部CTでは上から中縦隔の気管左側に6*5*3cmの内部均一な低吸収腫瘍を認め、MRIでもT1WIで低信号・T2WIで高信号を認め、画像から縦隔嚢胞性腫瘍と診断し手術を行った。頸部アプローチで腫瘍を摘出、腫瘍は周囲臓器との交通はなく、腫瘍内容物は無色透明で漿液性であった。病理所見にて副甲状腺嚢胞と診断した。術後経過良好で第3病日に退院、気管の偏位も改善した。副甲状腺嚢胞嚢胞を頸部アプローチにて摘出した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 16-6

11年間の画像的経過観察後に剖検肺の石綿小体濃度を計測し得たびまん性胸膜肥厚の1例

独立行政法人 国立病院機構 刀根山病院 呼吸器内科

○原 侖奈, 矢野 幸洋, 岩井 亜美, 中坪彩恵子,
小原 由子, 押谷 洋平, 香川 浩之, 辻野 和之,
藤川 健弥, 好村 研二, 三木 真理, 三木 啓資,
橋本 尚子, 北田 清悟

72歳男性。35本/日×45年の喫煙歴、30歳代前半に数年間の職業的石綿曝露歴あり。X-12年に他院にて右胸水貯留を指摘されたが自然消失した。X-5年に左胸水及び左胸膜肥厚の精査目的に当院紹介。腫瘍マーカーの上昇なく、PET-CTでは胸膜を含め全身にFDG異常集積を認めなかった。自己抗体1280倍であったが膠原病は否定的であった。胸膜肥厚に対し経過観察となったが、徐々に胸膜肥厚の進行、対側胸膜の肥厚及び石灰化が出現した。X-1年にⅡ型呼吸不全を呈し在宅酸素療法を導入し、X年6月に肺炎、呼吸不全増悪をきたし同年9月に死亡した。病理解剖を施行し、両側肺は線維性膜に覆われ癒着しており、肺内石綿小体濃度1086 AB/g乾燥肺と中程度の石綿曝露が示唆された。胸膜疾患において石綿曝露との関連を検討する際、肺組織の石綿小体濃度や石綿繊維の所見が有用とされる。長期の画像的経過観察と剖検肺の石綿小体濃度計測を行ったびまん性胸膜肥厚の1例を報告する。

OS 16-7

術前鑑別が困難であった、石灰化を伴う多房性胸腺のう胞の1切除例

- 1) 関西医科大学附属病院 呼吸器外科
2) 関西医科大学附属病院 病理診断科

○松井 浩史¹⁾, 谷口 洋平¹⁾, 齊藤 朋人¹⁾, 日野 春秋¹⁾, 嵩 幸治²⁾, 村川 知弘¹⁾

症例は40代女性。会社健診で胸部異常陰影を指摘され胸部CT施行の上、奇形腫の疑いで当院を紹介受診した。胸部CTで前縦隔～右胸腔に、内部に石灰化と脂肪織を伴う腫瘤影を認めた。数年前より息切れを自覚していたが、これまで健康診断を受診したことはなかったとのこと。画像所見から奇形腫を疑い、診断的加療のため腋窩下切開、第4肋間開胸で縦隔腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は周囲組織への浸潤傾向を示さず、腫瘍の損傷なく摘出することができた。術後再膨張性肺水腫や胸水貯留を認めたものの、術後18日目に軽快退院した。最終病理結果で、胸腺のう胞の診断で、のう胞壁は多房性で壁外に退縮した胸腺組織を認めたが、奇形腫成分や悪性所見を認めなかった。術前鑑別が困難であった、石灰化を伴う多房性胸腺のう胞の1切除例を経験した。胸腺のう胞の石灰化や多房化は珍しく、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 17-2

頻回に増悪を繰り返していた重症喘息合併の慢性好酸球性肺炎にmepolizumab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 呼吸器センター内科

○白石 祐介, 白田 全弘, 前谷 知毅, 山田 翔, 宇山 倫弘, 林 優介, 網本 久敬, 山城 春華, 伊元 孝光, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子, 丸毛 聡, 福井 基成

症例は85歳男性。気管支喘息で通院歴があった。X-2年3月に咳嗽、体重減少を主訴に再診し、血液検査で炎症反応上昇、好酸球増多と胸部CTで移動性スリガラス影を認めた。気管支肺胞洗浄で好酸球増加を認め、慢性好酸球性肺炎と診断した。全身ステロイド投与ですみやかに炎症反応、好酸球数は低下し、肺野陰影は改善した。しかし、ステロイド漸減過程で喘息発作、慢性好酸球性肺炎の再燃を繰り返し、減量が困難であった。併存する糖尿病の悪化もあり、ステロイド減量を図るためX年2月からmepolizumabを導入した。導入後、ステロイドをPSL換算2mgまで減量しても再燃なく経過している。慢性好酸球性肺炎に対してはステロイドが著効するが、再燃を繰り返すため維持投与を要する場合が多い。今回、mepolizumabが奏功し、ステロイド減量後も良好な経過を辿った慢性好酸球性肺炎の1例を経験したため報告する。

OS 17-1

当科における抗IL-5抗体（メポリズマブ）の使用経験

- 1) 近畿大学医学部奈良病院 呼吸器・アレルギー内科
2) 近畿大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科

○白波瀬 賢¹⁾, 花田宗一郎¹⁾, 澤口博千代¹⁾, 村木 正人¹⁾, 東田 有智²⁾

【目的】重症喘息患者4名に対しメポリズマブを使用したの、効果や有害事象について検討した。

【症例】72歳、女性。55歳発症の全身ステロイド依存性非アトピー型喘息。2017年3月から好酸球増多と喘息増悪認めPSL増量。その後、安定しメポリズマブ併用したところ、それまで中止できなかったPSLを中止できた。

46歳、女性。35歳発症で末梢血好酸球増多(8,600/ μ l)と微細粒状影等を伴う喘息発作のため紹介。PSL10mg/日まで減量するもコントロールできず、メポリズマブ併用。その後、PSL漸減し中止できた。

82歳、女性。75歳発症の全身ステロイド依存性非アトピー型喘息。末梢血好酸球増多(223/ μ l)は軽微であったが、増悪認めメポリズマブ併用したところ、症状改善しPSL減量中。

83歳、女性。オマリズマブを使用していたが、PSL5mg/日から減量できず末梢血好酸球増多(819/ μ l)持続しており、増悪のためメポリズマブに変更したところ症状は比較的軽快した。

OS 17-3

オマリズマブ投与後に意識障害を繰り返し、失感情症の関与が疑われた重症喘息患者の1例

- 1) 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター内科
2) 同 精神神経科

○網本 久敬¹⁾, 丸毛 聡¹⁾, 前谷 知毅¹⁾, 山田 翔¹⁾, 宇山 倫弘¹⁾, 林 優介¹⁾, 白石 祐介¹⁾, 山城 春華¹⁾, 白田 全弘¹⁾, 伊元 孝光¹⁾, 北島 尚昌¹⁾, 井上 大生¹⁾, 片山 優子¹⁾, 福井 基成¹⁾, 波多腰桃子²⁾

症例は23歳男性。小児喘息で入退院を繰り返していたが、X-8年（15歳）頃に小康状態となり小児科受診を自己中断していた。X-1年8月に気管支喘息発作で当科に緊急入院となり、以降入退院を繰り返した。アトピー素因など多数の増悪因子を持つ重症喘息であり、長期管理薬や環境の調整を経ても発作による予約外受診・緊急入院を繰り返した。X年2月にオマリズマブ導入となり、発作による予約外受診回数は減少したが、オマリズマブ投与後に意識障害を繰り返した。精神的問題が関与していると考え、精神科に相談し、失感情症の併存を指摘された。SpO₂・経皮的CO₂モニタリングにより、オマリズマブ投与後の意識障害には過換気後の低呼吸が関与していることが明らかとなった。また喘鳴・呼吸困難に対してヒドロキシジン投与が奏効し、心因性の喘鳴・呼吸困難が示唆された。失感情症を背景とした重症喘息について、文献的考察を加えて報告する。

OS 17-4

ベンラリズムブが著効した難治性気管支喘息の1例

滋賀県立総合病院 呼吸器内科

○石床 学, 橋本健太郎, 野原 淳, 渡邊 壽規,
塩田 哲広

症例は62歳、男性。気管支喘息の診断にてICS/LABAを1年以上前から服用するも症状改善乏しく喘鳴、呼吸困難も強くなり当科外来を受診。受診時の白血球 10,400/ μ l 好酸球数 1110/ μ l (10.6%)、IgE 641U/mlであった。ピークフロー値はmorning dipを有し日内変動も30%と高値であった。そこでベンラリズムブの投与を施行したところベンラリズムブ投与前1週間の朝のピークフロー値の平均値(日内変動)は269L/min (31%) であったが 投与4週間後には332 L/min (25%)、更に8週間後には378 L/min (20.9%) と改善し自覚症状もなくなった。更に初診時にみられた右耳の耳閉感も改善した。ベンラリズムブが著効した難治性気管支喘息の1例を経験したので報告する

OS 17-6

末梢血好酸球増多を伴いA型インフルエンザの後に発見されたテネグリプチンによる薬剤性肺炎の一例

1) 大阪医科大学 内科学教室 (I)
2) 大阪医科大学附属病院 がんセンター、同 臨床研究センター

○池田宗一郎¹⁾, 辻 博行¹⁾, 三好 啓治¹⁾, 鶴岡健二郎¹⁾,
松永 仁綜¹⁾, 中村 敬彦¹⁾, 田村 洋輔¹⁾, 今西 将史¹⁾,
後藤 功¹⁾, 今川 彰久¹⁾, 藤阪 保仁²⁾

症例64歳男性。高血圧、高脂血症、逆流性食道炎、糖尿病で近医通院中、2月にA型インフルエンザを発症。3日程で解熱も、以降透明な痰を伴う咳と微熱が持続。3週後のCTで左上葉に浸潤影、左下葉胸膜直下に斑状影を指摘。レボフロキサシン内服で改善せず4週後の血液検査で白血球11500/ μ l (好酸球29%)、CRP4.9mg/dlと好酸球増多を認めた。ニフェジピンとテネグリプチン以外の全薬剤を中止したが、症状は悪化。BALでリンパ球27%、好酸球19%、CD4/8比0.17、TBLBで好酸球性肺炎でも矛盾しない所見を認めた。全薬剤の休薬のみで症状は消失した。DLSTではニフェジピン陰性、テネグリプチン陽性で、本剤はインフルエンザ発症約2.5ヶ月前から投与が開始されていた。DPP-4阻害薬による薬剤性肺炎の報告は近年散見されるが、末梢血好酸球増多を伴いインフルエンザ後に発見された点特徴的な為報告する。

OS 17-5

気管支サーモプラスティ後に静的及び動的過膨張が改善し運動時間及び自覚症状の改善に繋がった一例

国立病院機構 刀根山病院 呼吸器内科

○中坪彩恵子, 岩井 亜美, 原 伶奈, 小原 由子,
香川 浩之, 押谷 洋平, 辻野 和之, 好村 研二,
三木 真理, 三木 啓資, 橋本 尚子, 北田 清悟

気管支サーモプラスティ(以下BT)は重症気管支喘息患者に対する治療選択の一つである。BTの効果に関して知見集積中である。症例は50歳男性、30歳頃に感冒契機で気管支喘息を発症、近医でICS、LABA、LAMA投与されるも発作を繰り返すため当科紹介受診。難治性喘息として2016年11月からBT施行。BT前とBT1年後で比較し評価を行った。呼吸機能検査で一秒量は低下するも、広域周波オシレーション法では呼気時の呼吸抵抗及び呼吸リアクタンス及び呼気延長の軽快を認めた。運動負荷心肺機能検査では、最大運動時の分時換気量は低下するも、安静時から運動中にかけて、呼気の1回換気量が吸気の1回換気量を上回り、Borg scale及び運動時間は改善した。BT治療により静的及び動的過膨張が改善し、運動時間及び自覚症状の改善に寄与したと考えた。上記の経過がBT有効例に普遍的にみられるかは興味深く、症例集積が不可欠である。

OS 18-1

原因不明の好酸球性肺炎治療中に、痰培養検査よりSchizophyllum communeを検出した1例

1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
2) 天理よろづ相談所病院 放射線科

○寺田 悟¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾,
稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾,
羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 野間 恵之²⁾

症例は既往に2型糖尿病、糖尿病性腎症、足趾壊疽のある87歳男性。X年4月に約1週間持続する湿性咳嗽と両肺浸潤影を認め当科に入院。血中好酸球増多を認めたため、好酸球増多症としてBALや血清寄生虫抗体検査、骨髓穿刺など施行も明らかな原因は証明できず。4月25日よりプレドニゾロン25mgの内服を開始。好酸球低下、肺陰影も軽減し退院。5月12日に両肺すりガラス影を認め再入院。以前のCTで胸膜下に間質性変化あり、間質性肺炎急性増悪と判断しステロイドパルス療法、後療法を継続し呼吸状態改善。入院時の痰培養検査にて5月25日にSchizophyllum commune(スエヒロタケ)を検出し、好酸球性肺炎の原因としてスエヒロタケの関与が疑われた。スエヒロタケは好酸球性気道炎症との関連が近年報告されているが、今回は経過中に繰り返し培養検査を行うことで、好酸球増多の原因となりうるスエヒロタケを検出できた。既報との比較も含め報告する。

OS 18-2

IgG4高値を伴った慢性好酸球性肺炎の一例

大阪警察病院 呼吸器内科

○生田 昌子, 小牟田 清, 南 誠剛, 井原 祥一,
田中 庸弘, 西松佳名子, 池邊 沙織, 岡田 英泰,
橋本 和樹

【症例】82歳男性。声門癌術後フォローのCTで徐々に増悪する間質性肺炎像を認め、当科紹介となった。白血球10200/ μ L(好酸球37.7%)、IgG 2500mg/dL、IgG4 340mg/dL、IgE 3140mg/dLと高値であった。気管支鏡検査ではBALF好酸球15%と軽度上昇を認め、TBLBでは好酸球および形質細胞の間質への浸潤を認めたもののIgG4陽性細胞はほぼ認めなかった。IgG4関連疾患も疑い全身CTおよびガリウムシンチを行ったが、肺以外に異常は認めなかった。慢性好酸球性肺炎と診断しプレドニゾロンを開始した。

【考察】Th2タイプのサイトカインは好酸球浸潤やIgE産生を誘導するが、IgG4関連疾患におけるIgG4の誘導にも関わるとされる。IgG4関連疾患は高率にアレルギー疾患を合併するとされ、一方で好酸球増多疾患においてIgG4が上昇していたとの報告もある。慢性好酸球性肺炎におけるIgG4の関わりは不明であるが、IgG4関連疾患と好酸球増多疾患との異同は今後議論されるべき事項である。

OS 18-3

好酸球性肺炎が先行した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例

1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
2) 天理よろづ相談所病院 放射線科

○上山 維晋¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 寺田 悟¹⁾,
稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾,
羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 野間 恵之²⁾

症例:71歳女性。気管支喘息の既往あり。X-3年10月、咳嗽・呼吸苦・両肺多発浸潤影で当科紹介受診。気管支鏡検査で好酸球性肺炎と診断し、PSL 30mgで治療開始したところ、病状改善し、X-1年1月に一旦ステロイド内服終了となった。X-1年2月にも同様のエピソードがあり、PSL 30mgで治療し病状改善していた。X年4月、発熱・喘鳴・呼吸苦とともに両下腿に皮疹が出現。皮膚生検により好酸球性多発血管炎性肉芽腫症と診断した。PSL 60mgで治療を開始し、現在も寛解状態を維持している。好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の臨床経過や診断のポイントなどについて文献的考察を加えながら報告する。

OS 18-4

水疱性類天疱瘡に好酸球性肺炎を合併した一例

1) 神戸市立医療センター西市民病院呼吸器内科
2) 神戸市立医療センター西市民病院皮膚科
3) 神戸市立医療センター西市民病院臨床病理科

○山下 修司¹⁾, 橋本 梨花¹⁾, 和田 学政¹⁾, 山添 正敏¹⁾,
吉積 悠子¹⁾, 森田 充紀¹⁾, 古田健二郎¹⁾, 金子 正博¹⁾,
藤井 宏¹⁾, 富岡 洋海¹⁾, 小倉香奈子²⁾, 勝山 栄治³⁾

症例は78歳男性、他院で皮膚掻痒症、脂漏性湿疹の診断で2年前前からセレスタミン配合錠を内服、7月10日症状軽快したため中止となる。7月17日頃から水疱が出現、7月24日当院皮膚科紹介受診。四肢に浮腫性の紅斑が多発し、紅斑内に緊満性水疱が多数認められた。水疱性類天疱瘡が疑われ、左大腿から皮膚生検を行った。その頃から、食欲低下、倦怠感が悪化し、9月30日当院救急搬送となった。夜間咳嗽があり、左下肺でfine cracklesを聴取、胸部CTで小葉間隔壁の肥厚や両側下葉にconsolidationを認めた。血液検査でWBC16940(Eosinophil 51.2%)/mLと好酸球増多を認め、BALFでも好酸球46%と高値を認め、好酸球性肺炎と診断した。皮疹については、抗BP抗体96.5U/mLと高値があり、皮膚生検で表皮化に水疱が見られ、内部に好酸球を含む浸出液を認め水疱性類天疱瘡と診断された。水疱性類天疱瘡と好酸球性肺炎を同時期に発症した報告はなく、文献的考察を加え報告する。

OS 18-5

自宅にある鳥の剥製が原因と考えられた鳥関連過敏性肺炎の一例

国立病院機構奈良医療センター

○古山 達大, 玉置 伸二, 久下 隆, 板東 千昌,
芳野 詠子, 田中小百合, 小山 友里, 西前 弘憲,
田村 猛夏

症例は75歳。3か月前からの労作時呼吸苦を認め、5日前より咳嗽、喀痰を認め近医を受診した。胸部X線写真にて左肺に異常陰影を認め当科紹介となった。発熱や低酸素血症は認めなかった。胸部CTにて両側の気管支血管束周囲と、上葉優位の胸膜下に網状影を認めた。KL-6 1350ng/ml、SP-D 129U/mlと上昇しており、呼吸機能検査で拘束性換気障害を認めた。気管支鏡検査ではCD4/CD8比は上昇を認め、細胞分画はリンパ球の比率が40%と高値を認めた。自宅に鳥の剥製がありまたセキセイインコIgGが15.4mgA/Lと高値であり、鳥関連過敏性肺炎と考えられた。ステロイド投与および入院加療により症状は改善傾向となった。[考察]自宅に鳥の剥製があり臨床経過からも慢性(潜在発症型)の鳥関連過敏性肺炎と考えられた。

OS 18-6

慢性過敏性肺炎を背景とした二次性上葉優位型肺線維症の一例

大阪赤十字病院呼吸器内科

○青柳 貴之, 中川 和彦, 大木元達也, 山田 直生,
山谷 昂史, 石川 遼一, 中井恵里佳, 西 健太,
多木 誠人, 森田 恭平, 黄 文禧, 吉村 千恵,
西坂 泰夫

症例は62歳男性。2010年より気管支喘息に対して当科外来でフォローしていた。数年の経過で緩徐に労作時呼吸困難が増悪し、経時的に胸部X線検査で両側上肺野優位の容積減少を認めた。胸部CT検査では上葉優位型肺線維症を示唆する画像所見を認めた。耐震補強材製造業に従事しており粉塵に暴露されやすい職場環境であり、精査の結果*Trichosporon asahii*抗体が陽性であった。背景に慢性過敏性肺炎のある可能性を考え、気管支鏡検査を試行した所、BALF中のリンパ球分画が23%と上昇しており、組織検査では気道中心性の線維化を認め慢性過敏性肺炎で矛盾しない所見であった。画像所見も踏まえて慢性過敏性肺炎を背景とした二次性上葉優位型肺線維症と診断した。慢性過敏性肺炎を背景とした二次性上葉優位型肺線維症の症例について検討した報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 19-2

NAFLD (非アルコール性脂肪性肝疾患) による肝肺症候群の1例

近畿大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科

○綿谷奈々瀬, 西山 理, 山崎 亮, 吉川 和也,
御勢 久也, 佐伯 翔, 西川 裕作, 大森 隆,
佐野安希子, 山縣 俊之, 佐野 博幸, 岩永 賢司,
原口 龍太, 久米 裕昭, 東田 有智

【症例】81歳男性。

【主訴】労作時呼吸困難。

【現病歴】特に肝疾患の既往はなかった。労作時呼吸困難を認め受診。PaO₂: 47.8Torrと低酸素血症を認め、肝機能障害はなかったが、CTにて高度な脂肪肝を認めた。肺血流シンチで右左シャント=14.5%を認め、肝肺症候群(HPS)と診断した。慢性肝疾患としてNAFLDが背景にあると判断した。在宅酸素療法を導入し、食事療法にて外来で経過観察したところ、酸素療法を開始後5ヶ月目より酸素化の改善を認め、9ヶ月目には酸素投与を中止した。

【考察】HPSの定義である肝疾患については肝病態が軽症の症例にもみられることが知られているが、本症例のように肝機能障害もなくNASHにも至っていない画像上の脂肪肝のみで肝肺症候群と診断された例は報告されていない。また、比較的短期間に脂肪肝の改善とともに肝肺症候群も改善を認めており、非常に興味深い症例であり今回報告した。

OS 19-1

肺動静脈瘻/動静脈奇形(PAVM/AVF)の2例

石切生喜病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○桑原 学, 木下 有加, 篠木 聖徳, 谷 恵利子,
中辻 優子, 吉本 直樹, 江口 陽介, 南 謙一

症例1は43歳女性。6か月続く咳嗽から近医を受診され、当院紹介受診。胸部レントゲンで右下肺野に異常陰影を認めた。胸部CTで右肺下葉のAVMが疑われ、造影CTなどで診断。流入動脈は径4mm、瘻は10mm大であった。治療として、金属コイル塞栓術を施行した。症例2は21歳女性。学校検診の胸部レントゲン異常から近医受診を経て当院紹介受診。軽度の赤血球数増多を認め、胸部CTで右上葉から下葉にかけてループ状に走行する異常血管を認めた。造影CTでは肺動脈を起始部とする血管が途中、径7mmまで拡大し、上下葉間を通り下葉より肺静脈へ流入していた。他にも同様に上下葉間を貫く肺動脈を認め、不全分葉の存在が示唆された。現在本人希望で治療は保留中である。以上、いずれも単発でRendu-Osler-Weber病(遺伝性出血性毛細血管拡張症)の合併を認めないPAVM/AVFを経験し、文献的考察を加え報告する。

OS 19-3

異物に関連した気管支内ポリープの一例

結核予防会大阪病院 内科

○東口 将佳, 軸屋龍太郎, 木村 裕美, 松本 智成,
藤井 隆

症例は59歳女性。検診のレントゲンで右中肺野に異常陰影を指摘されたため当院受診。胸部CTで右肺中葉の無気肺を認めた。気管支鏡検査では右中葉気管支が異物により閉塞していた。異物は気管支鏡により除去したが、初回の気管支鏡では出血のため気管支粘膜を十分観察することは困難であった。異物は植物由来の細胞塊であり、誤嚥のエピソードはなかったものの誤嚥した野菜であると考えられた。7日後の気管支鏡検査では右中葉気管支内にポリープ性の病変を数カ所認めた。ポリープ性病変の病理所見では気管支腺の過形成と非特異的肉芽腫性炎症が認められ、炎症性ポリープと考えられた。さらに8週間後の気管支鏡検査ではこれらのポリープ性病変は消失していた。気管支異物の除去後に炎症性ポリープを認めることがあり、治療なしで消退しうる。誤嚥のエピソードのない比較的若年でも、異物による気管支の閉塞が無気肺の原因となっていることがある。

OS 19-4

慢性咳嗽を契機に見えられた右傍気管嚢胞の一例

済生会中和病院 内科

○青野 英幸, 片岡 良介, 平田 一記, 白石 直敬,
森岡 崇, 櫻井 正樹, 新井 正伸, 北田 裕陸,
徳山 猛

症例は76歳女性。2年前から咽頭不快や咳症状で近医にて治療継続していたが症状改善せず、精査目的で当院紹介受診となった。胸部CTで頸部気管の右後側に16×8mmの気管との交通が疑われる嚢胞を認めた。気管支鏡検査では第5軟骨輪レベルで気管軟骨部と膜様部の移行部に1mm程度の瘻孔を認め、傍気管嚢胞と診断した。画像経過で変化はみられず、また慢性炎症の既往や感染兆候もみられないため経過観察としている。傍気管嚢胞は比較的稀な疾患であり、無症状で画像検査にて偶然発見されることが多いとされるが、咽喉頭違和感、慢性咳嗽、嘔声などの症状を伴う報告例もあるため、これら症状の原因が他にない場合は、本症との関連を念頭に置く必要がある。今回我々は咳嗽を主訴に胸部CTにて気管との交通が疑われ、気管支鏡で瘻孔を確認できた右傍気管嚢胞の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 19-5

人工気胸下に気管分岐部リンパ節のCTガイド下生検を施行した1例

滋賀県立総合病院 呼吸器内科

○橋本健太郎, 野原 淳, 石床 学, 渡邊 壽規,
塩田 哲広

症例は68歳、女性。62歳時に左乳癌の診断にて他院で手術を受け経過観察を受けていた。2018年に受けたPET検査にて気管分岐部リンパ節腫大とFDGの集積を認めたため精査加療目的で当科外来を紹介される。EBUS TBNAによるリンパ節穿刺を試みたが身長149cmと小柄な体形で右主気管支にEBUSを挿入しただけで低酸素血症に陥るために穿刺を断念した。CT室で腹臥位にして人工気胸を起こして肺を穿刺することなく気管分岐部のリンパ節生検を施行した後脱気を行い検査を終了した。検査時間は48分で外来で施行可能であった。採取した生検標本のHE染色像では充実胞巣状に増生する異型細胞を認め免疫染色にてER(-)PgR(+)GCDFP-15(+)で乳癌のリンパ節転移と診断した。EBUS TBNAで生検できないような気管分岐部リンパ節生検に人工気胸下CTガイド下生検は有効な治療選択になる。

OS 19-6

肺エコーが診断の決め手になった3症例（肺腺癌、肺膿瘍、胸壁膿瘍）

- 1) 塩谷内科診療所
- 2) 済生会奈良病院
- 3) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

○浜崎 直樹¹⁾, 塩谷 直久¹⁾, 大屋 貴広²⁾, 北村 友宏²⁾,
柴 五輪男²⁾, 上森 栄和²⁾, 寺本 正治²⁾, 今井 照彦²⁾,
室 繁郎³⁾

我々は1996年より体表からのアプローチで呼吸器疾患に超音波の新しい技術の導入に取り組んできた。パワードプラ法、3D、B-Flow、造影超音波、Shear wave elastographyなど血流診断を中心とした新しい技術を呼吸器疾患に臨床応用し報告してきた。しかし呼吸器超音波（診断の肺エコー）は呼吸器内科医を含めた臨床医にまだまだ十分に認知されていない。一方近年呼吸器超音波(救急の肺エコー)は救急領域において気胸や肺水腫診断の重要なツールとして認知され広がりを見せている。肺エコーは繰り返しリアルタイムに観察ができ、ボタンひとつで血流表示や弾性が得られるなど他の画像診断にない利点がある。今回肺エコーが診断の決め手となった肺腺癌、肺膿瘍、胸壁膿瘍の3例を提示し、呼吸器疾患の診断に対する肺エコーの有用性を報告する。

OS 20-1

治療3ヶ月目に片側性大量胸水を認めた肺結核の1例

- 1) 長浜市立湖北病院 内科
- 2) 国立病院機構東近江総合医療センター 呼吸器内科

○山之内義尚^{1,2)}, 和田 広²⁾, 坂下 拓人²⁾, 八坂 亜季¹⁾,
辻本 健児¹⁾, 渡辺 舞¹⁾, 富樫 弘一¹⁾, 清水 真也¹⁾

生来健康な38歳女性。半年間続く咳嗽と発熱を主訴に、排菌肺結核でX年4月に入院となった。4剤(HREZ)で治療開始され順調に経過し退院となり、治療開始2ヶ月目から治療継続のため当院紹介となった。治療開始3ヶ月目の定期外来にて胸部レントゲンで左大量胸水を認めた。喀痰抗酸菌塗抹は3回陰性であった。胸水は、抗酸菌塗抹と結核菌PCRは陰性であったが、ADA 62.5 U/Lであり結核性胸膜炎に矛盾しない所見であった。2回の穿刺で2000ml排液した。RFP、PZA、INHの耐性遺伝子が陰性であったことから、paradoxical reaction(PR)による胸水貯留と考え4剤を継続し、薬剤感受性が確認できた後2剤(HR)に変更した。穿刺排液後、胸水の再貯留は認めなかった。PRで無症候性に片側性大量胸水をきたすことは稀ではあるが、今回の症例では、持続的胸腔ドレナージやステロイド投与は要せず、穿刺排液のみで対応が可能であった。

OS 20-2

肺癌治療後に患側大量胸水貯留で発症した結核性胸膜炎の一例

1) 大阪警察病院 呼吸器内科
2) 大阪警察病院 病理診断科

○池邊 沙織¹⁾, 南 誠剛¹⁾, 橋本 和樹¹⁾, 岡田 英泰¹⁾,
生田 昌子¹⁾, 西松佳名子¹⁾, 田中 庸弘¹⁾, 井原 祥一¹⁾,
小牟田 清¹⁾, 安岡 弘直²⁾, 辻本 正彦²⁾

【症例】74歳男性

【主訴】発熱・呼吸困難

【現病歴】左声門癌に対して化学放射線治療終了2年後、CTで左肺門部腫瘍影および縦隔リンパ節腫脹を認め、超音波気管支鏡ガイド下針生検で肺扁平上皮癌と診断した。化学放射線療法後PRと判定、放射線肺臓炎を発症したがステロイド投与で軽快していた。治療終了3か月後に発熱および呼吸困難を主訴に来院し、胸部レントゲンで左側の大量胸水貯留を認めた。血中SCC上昇を認め癌性胸膜炎を疑ったが胸水細胞診は2回陰性であり、胸水中ADA高値と胸膜生検で類上皮肉芽腫を認めたことから結核性胸膜炎と診断し抗結核薬を開始したところ熱型及び胸水貯留はすみやかに改善した。なお胸水塗抹、核酸増幅法および培養検査はいずれも陰性であった。現在血中SCCは正常範囲内に低下し他に肺癌再発を疑う所見も認めていない。

【結語】肺癌治療後に大量胸水貯留で発症した結核性胸膜炎に対して抗結核薬が著効した一例を経験した。

OS 20-4

最近当院で粟粒結核と診断した3症例の検討

松下記念病院 呼吸器内科

○谷口 隆介, 山田 崇央

【症例1】特記すべき既往のない60歳代、女性。胸部CTでランダム分布を呈する多発粒状影あり。喀痰塗抹・培養、胃液、尿、骨髓、髄液、気管支鏡検査、肝生検でも結核菌を同定できなかった。CTで右腸骨筋内に低吸収域あり、その部位よりCTガイド下生検を施行し、結核菌PCR陽性となり、診断した。

【症例2】IgG4関連疾患(ステロイド内服なし)の既往のある80歳代、女性。胸部CTでランダム分布を呈する多発粒状影あり。喀痰塗抹は陰性、培養で結核菌が陽性となり診断した。

【症例3】悪性リンパ腫に対して化学療法中の80歳代、女性。胸部CTでランダム分布を呈する多発粒状影あり。喀痰塗抹で陽性、結核菌PCR陽性となり、診断した。

【結語】これまでの報告からも粟粒結核は喀痰塗抹検査の陽性率は高くない。最近当院で粟粒結核と診断した3例について、その診断方法を中心に文献的考察を加えて報告する。

OS 20-3

壊死性降下性縦隔炎との鑑別を要した頸部結核性リンパ節炎の一例

京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科学教室

○井ノ口乃英瑠, 山本 千恵, 尾ノ井恵佑, 西岡 直哉,
金子 美子, 田宮 暢代, 山田 忠明, 内野 順次,
高山 浩一

【症例】74歳女性

【主訴】右頸部痛、腫脹、発熱

【現病歴】2018年5月末に右頸部腫脹と疼痛が出現した。症状改善せず6月初旬に前医受診しCT画像で頸部膿瘍を疑われたため抗菌薬投与を開始するも改善せず、前医CT画像で右肺上葉の腫瘍性病変を認めたため、壊死性降下性縦隔炎疑いで当科受診した。

【臨床経過】CT上頸部リンパ節腫大と頸部から上縦隔への膿瘍の拡大を認めたため、抗菌薬治療を開始した。右肺腫瘍に対するスクリーニング目的での胃液抗酸菌検査の結果、塗抹、TB-PCR陽性であった。肺結核および頸部結核性リンパ節炎と診断され、他院転院した。

【考察】本症例では発熱、頸部の圧痛・腫脹などを呈し、画像上も頸部膿瘍を疑われた。壊死性降下性縦隔炎と鑑別困難であったが経過が緩徐であり頸部結核性リンパ節炎の診断に至った。頸部結核性リンパ節炎は肺外結核の内最多を占める。緩徐に進行する片側性の頸部リンパ節腫脹は本疾患を鑑別に挙げる必要がある。

OS 20-5

急激な胸膜外への進展・増大を呈した胸囲結核・結核性膿瘍の一例

1) 地方独立行政法人加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 呼吸器内科
2) 同 呼吸器外科

○石田 真一¹⁾, 山本 賢¹⁾, 矢谷 敦彦¹⁾, 岩田 帆波¹⁾,
藤井 真央¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 西馬 照明¹⁾,
松本 高典²⁾, 岩永幸一郎²⁾

症例は65歳女性。2006年に胸部レントゲン写真で右中下肺野に石灰化を伴う結節影を認めたが増大を認めず、経過観察されていた。2018年2月より右背部痛と同部位のしこりを自覚した。MRI画像検査で胸腔内腫瘍の増大と胸壁外への浸潤を認め、PET-CT検査で右胸壁腫瘍に一致した集積を認めた。一方、血液検査では特記すべき異常所見を認めず、腫瘍マーカーの上昇を認めなかった。同部位より生検が行われたが、悪性所見は認めなかった。腫瘍浸出液の抗酸菌検査で、結核菌が培養されたため、結核性膿瘍と診断した。腫瘍は周囲の肋骨に浸潤しており、胸壁腫瘍、皮下腫瘍、周囲肋骨を含めた合併切除を行った。術後経過は良好であり、後日4剤による結核治療を開始した。胸囲結核は再発するリスクがあり、病変の完全切除と結核菌に対する化学療法が大切である。本症例で経験した胸囲結核の経過を、若干の文献的考察を含め報告する。

OS 21-1

気管支肺結核治療中にサイトメガロウイルス(CMV)腸炎を合併し1ヶ月以上7L/day程度の血性下痢が持続した1例

- 1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科
- 2) 京都第一赤十字病院 化学療法部
- 3) 京都第一赤十字病院 感染制御部

○藤井 博之¹⁾, 辻 泰佑¹⁾, 合田 志穂¹⁾, 笹田 碧沙¹⁾, 大村亜矢香¹⁾, 濱島 良介¹⁾, 塩津 伸介²⁾, 弓場 達也¹⁾, 内匠千恵子²⁾, 大野 聖子³⁾, 平岡 範也¹⁾

症例は50歳男性。発熱・息切れを主訴に前医受診した。肺炎と診断されCTRX投与されたが改善せず、広域抗菌薬に変更されるも症状増悪し、精査目的に当院転院となった。胸部CTで右肺に広範な浸潤影を認め、気管挿管後に行った気管支鏡検査では右上葉枝に白色隆起病変の多発を視認した。喀痰及びBALF検体から結核菌検出され、乾酪性肺炎・気管支結核と診断し、抗結核薬、抗菌薬、ステロイドの併用治療を開始したところ呼吸状態改善し、第4病日に転院となった。転院後、結核治療中に高度の下痢から腎前性腎不全に陥り、緊急透析を含めた集学的治療目的に再度当院へ転院となった。搬送時から血性下痢が持続しており、大腸内視鏡では全大腸粘膜の浮腫及びびまん性出血を認めた。回盲部生検はCMV腸炎の所見であり、GCVとPFA併用で治療するも、7L/day程度の下痢が約1ヶ月間持続し、多臓器不全状態に陥り第34病日に死亡した。教訓的な症例であり文献を踏まえて報告する。

OS 21-3

潜在性結核感染症治療時および治療後における喀痰検査、CTも含む画像検査の必要性

大阪府結核予防会大阪病院 内科

○松本 智成, 西岡 紘治, 東口 将佳, 軸屋龍太郎, 木村 裕美, 三宅 正剛, 藤井 隆

「結核医療の基準」によると、潜在性結核感染症の治療中は、エックス線検査を行い、発病の有無を確認するとともに、副作用の早期発見のために必要な検査を行うと記載がある。しかしながら発病の有無の評価において喀痰検査ならびに胸部CT検査も有用である。潜在性結核感染症治療時に喀痰検査、CT検査が有用であった症例を提示しその有用性を示す。

OS 21-2

活動性結核の診断における結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロンγ (IGRA)の有用性と課題の検討

近畿中央病院 呼吸器内科

○酒井 俊輔, 葉山 義友, 平松 政高, 寺田 晴子, 山口 統彦, 合屋 将

結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロンγ (IGRA)はその高い感度・特異度から喀痰塗沫検査・培養検査・遺伝子検査・胸部X線検査で診断に至らない場合における補助診断として広く活用されている。

しかしながら偽陰性例も一定数認められ、当院及び国立病院機構大阪南医療センターでも活動性結核と診断された65例中20%にあたる13例でIGRA陰性例を認めた。

今回IGRA陰性活動性結核患者の背景因子として、その共通点を考察するとともに、結核病床を有さない医療機関での活動性結核の診断におけるIGRAの有用性と課題について考察、検討したので報告する。

OS 21-4

肺Mycobacterium abscessus症の治療中に好中球減少を合併した1例

- 1) 関西電力病院 呼吸器内科
- 2) 関西電力病院 血液内科

○河本 健吾¹⁾, 水谷 亮¹⁾, 岩崎 剛平¹⁾, 田村佳菜子¹⁾, 稲田 祐也¹⁾, 伊東 友好¹⁾, 稲野将二郎²⁾

症例は54歳女性。X年1月から倦怠感、咳が出現し、中葉に気管支拡張像・粒状影を認め気管支鏡検査を施行した。洗浄液の培養からMycobacterium abscessusを認め、肺M.abscessus症と診断した。その後、肺野陰影増悪し、発熱を認め同年9月より入院加療となった。AMK、IPM/CS、CAMで治療を開始した。肺野陰影は改善したが、経過中に高度の好中球減少症を認め、血液内科に転科した。血球貪食症候群が疑われたが、骨髓生検にて貪食像を認めず、薬剤性の好中球減少症が疑われた。抗菌薬の投与を中止し、G-CSF製剤やステロイドを使用し治療した。血球回復後、再び当科にてSTFX、CAMの2剤で加療し、経過良好で退院した。本症例は、抗菌薬による好中球減少症が疑われた。若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 21-5

咯血に難渋し右上葉切除したMycobacterium abscessus complexによる肺NTM症の一例

- 1) 奈良県総合医療センター 呼吸器内科
- 2) 奈良県総合医療センター 感染症内科
- 3) 奈良県総合医療センター 呼吸器外科

○宮高 泰匡¹⁾, 竹澤 祐一¹⁾, 光石 大貴¹⁾, 山崎安寿弥¹⁾, 伊藤 武文¹⁾, 藤原 清宏¹⁾, 前田 光一²⁾, 櫛部 圭司³⁾

症例：90歳、男性。半年前から血痰を自覚、3か月前から止血剤の内服で経過観察していた。血痰の抗酸菌培養は1週間で陽性で迅速発育性抗酸菌が疑われた。X年6月に咯血し、造影CTで右上葉に2cm大の早期濃染部分を認めた。気管支動脈造影で動脈瘤は認めず、気管支動脈-肺動脈シャントを伴う腔を認めた。気管支動脈塞栓術(BAE)を施行、1週間後の腔内濃染部は縮小した。しかし、再咯血し、再びBAEを施行した。2回のDDHの結果、Mycobacterium abscessus complexによる肺感染症と診断した。3剤の抗生剤を併用したが薬疹のため2週間で中止を余儀なくされ、その後再び咯血した。右上葉に限局する病変に対して外科的切除を行い、以後咯血なく経過している。肺M. abscessus complex症による慢性炎症から腔を形成し咯血した症例を経験した。稀な例と考えられ、報告する。

OS 22-2

気胸と関連したと考えられた肺Mycobacterium avium complex(MAC)症による胸膜炎の2例

明石医療センター呼吸器内科

○川口 亜記, 岡村佳代子, 高宮 麗, 藤本 昌大, 岩本 夏彦, 池田 美穂, 二ノ丸 平, 畠山由記久, 島田天美子, 吉村 将, 大西 尚

【症例1】肺MAC症が既往にある91歳女性。来院1週間前から咳嗽と咯痰を自覚し、4日前から右背部痛、労作時呼吸困難を自覚し、右気胸が確認され当院に紹介受診となった。胸部CTにて肺MAC症に伴う空洞影が認められ、続発性気胸が疑われた。胸水からMACが培養された。気胸に関しては胸腔ドレーンの留置、肺MAC症に伴う胸膜炎に対してはCAMとEBの投与を行った。

【症例2】97歳女性が発熱・呼吸困難・左背部痛を自覚し、左気胸・左胸水貯留の精査加療目的で紹介となった。胸水からはMACが培養された。気胸に対してドレーンを留置したが、肺MAC症に伴うと考えられた胸膜炎に関しては高齢であり内服加療はせず経過観察とした。肺MAC症に伴う胸膜炎は結核性胸膜炎に比較して頻度が低いとされている。また肺MAC症に気胸を伴う症例はまれである。MACによる胸膜炎発症において気胸は重要な要素であると考えられた。肺MAC症と気胸、胸膜炎との関連についての文献的考察を加え報告する。

OS 22-1

肺非結核性抗酸菌症に顕微鏡的多発血管炎を併発した1例

神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科

○佐藤 宏紀, 池田 顕彦, 多田 公英, 桜井 稔泰, 木田 陽子, 瀧 力也, 乾 佑輔, 益田 隆広

【症例】68歳男性

【現病歴】2週間前より発熱、咳嗽、鼻汁を生じ、近医で加療されたが、微熱が持続。血痰が出現し、胸部単純レントゲン写真で右下肺野異常影を指摘されたため当科を受診。胸部CTで中葉、舌区に浸潤影、両側に小葉中心性粒状影が認められ、抗酸菌感染が疑われた。咯痰抗酸菌塗抹陽性、PCRでM.aviumを検出、M.aviumによる肺非結核性抗酸菌症と診断した。標準3剤(CAM、RFP、EB)で治療を開始したが、1週間後に血尿を生じて受診。微熱も改善しておらず、血管炎の可能性を疑いANCAを測定。MPO-ANCA 54.7 IU/mlであった。進行性の腎機能低下も認められ、腎生検を施行。半月体形成性腎炎の所見が確認され、顕微鏡的多発血管炎と診断された。ステロイド治療が併用され、現在も加療中である。

【結語】肺非結核性抗酸菌症に顕微鏡的多発血管炎を併発した1例を経験した。若干の文献考察を加えて報告する。

OS 22-3

M. fortuitumとM. mageritenseによる共感染を呈した非結核性抗酸菌による胸膜炎の一例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
- 2) 神戸市立西神戸医療センター 臨床検査技術部

○平林 亮介¹⁾, 中川 淳¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 大崎 恵¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 細谷 和貴¹⁾, 河内 勇人¹⁾, 森 令法¹⁾, 古郷摩利子¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 立川 良¹⁾, 竹川 啓史²⁾, 富井 啓介¹⁾

症例は68歳女性。関節リウマチに対しステロイド、アザチオプリンおよびセルトリツマブを使用している。来院2週間前からの発熱・乾性咳嗽・盗汗を主訴に当院を受診し、胸部CTにて両側性の浸潤影と右胸水を指摘された。下気道検体および胸水から迅速発育型の抗酸菌を検出したものの、菌種の同定に難渋した。AMKの感受性結果が当院と外部検査機関とで異なっていたことから、共感染を疑い分離培養を施行したところ、M. fortuitumとM. mageritenseが同定された。IPM/CS、MINO、LVFXの併用療法および維持療法を6ヶ月間施行し、患者は現在まで1年間無再発で経過している。迅速発育菌の共感染は報告が少なく、共感染を呈した胸膜炎の報告はこれまでに無いため、文献的考察を加えて報告する

OS 22-4

大酒家でいそうが著明な男性の不明熱の原因が *Mycobacterium szulgai* 肺感染症と診断し治療できた1例

市立豊中病院 呼吸器内科

○米田 翠, 大谷 安司, 岡部 福子, 山本 悠司,
森村 治, 阿部 欣也

症例は56歳、男性。X年に右気胸を発症し、胸腔鏡補助下手術、胸膜癒着術を施行した。X+1年9月に39℃の発熱、倦怠感を認め、精査加療目的に入院した。入院時は身長186cm、体重40kgといるいそうが著明であり、意識は反応が鈍く質問に適さない返答をした。1日にビール2000mlを摂取する酒中心の独身生活で偏った食事を摂取していた。CT検査では上葉優位に気管支拡張症を認める他に、新規の肺炎像は認めなかった。診断的治療目的に様々なスペクトラムの抗生剤を投与したが39℃台の発熱は継続し、血液検査、画像検査からは細菌感染症、膠原病、腫瘍は否定的であった。11月に気管支鏡検査を行い *Mycobacterium szulgai* を検出し、治療はINH、EB、RFPを投与した。投与6日目より高熱を認めなくなり、治療3ヶ月後には体重54kgまで増加した。飲酒との関連が示唆される、比較的稀とされる *Mycobacterium szulgai* による肺感染症の1例を経験したため、文献的考察も加えて報告する。

P 01

血清アミラーゼ値より診断に至ったアミラーゼ産生肺腺がんの一例

京都府立医科大学医学部医学科

○菅 佳史, 吉村 彰紘, 片山 勇輝, 張田 幸,
福井 基隆, 水野 望未, 千原 佑介, 田宮 暢代,
金子 美子, 山田 忠明, 内野 順治, 竹村 佳純,
高山 浩一

アミラーゼ(AMY)産生肺がんは比較的稀であるが、今回、AMY産生肺腺がんの1例を経験した。症例は、69歳男性。血痰を主訴に近医を受診し肺がん疑いで20XX年8月に当院へ紹介となった。経気管支肺生検を施行し Adenocarcinoma(T3N2M1c)と診断した。血液検査でAMY 899 U/Lと上昇を認め、血清AMYアイソザイムではS型アミラーゼが上昇していたが、造影CTでは臍臓および唾液腺には異常を認めなかった。AMY産生肺腺がんの可能性を疑い、生検検体を用いて免疫染色を施行しAMY産生肺腺がんを診断し全身化学療法を施行した。AMY産生肺がんは進行度が速く、かつ治療抵抗性を示す極めて悪性度が高いと考えられている。その後の経過とともに文献的考察を含め報告する。

OS 22-5

抗酸菌同定検査で交差反応を示す非結核性抗酸菌の遺伝子学的検討

- 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) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床検査科
- 3) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 内科

○吉田志緒美¹⁾, 露口 一成¹⁾, 富田 元久²⁾, 木原 実香²⁾,
井上 義一¹⁾, 林 清二³⁾, 鈴木 克洋³⁾

臨床の現場において、臨床材料から直接結核菌と非結核性抗酸菌を鑑別することは、その後の治療方針の決定や院内感染対策上重要である。リアルタイムPCRによる全自動遺伝子解析装置GENECUBEは、蛍光消光現象(QP: Quenching phenomenon)を利用したQ-probeを原理としており、*Mycobacterium avium*と*Mycobacterium intracellulare*を鑑別する抗酸菌同定試薬ジーンキューブMAIを用いた場合、高感度、迅速性に優れている。一方、*M. intracellulare*と*M. genevense*との間で交差反応が生じると報告されている。今回われわれは、新たに*M. intracellulare*と同亜種、*M. lentiflavum*、*M. triplex*との間で交差反応が起こる事例を経験したことから、同現象が起こりうる要因について遺伝子学的に検討し報告する。

P 02

肺化膿症との鑑別を要した急速に増大する肺肉腫様癌の一例

- 1) 神鋼記念病院呼吸器センター
- 2) 神鋼記念病院病理診断センター

○太田祐美子¹⁾, 芳賀ななせ¹⁾, 高田 尚哉¹⁾, 田中 悠也¹⁾,
三好 琴子¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 井上 明香¹⁾, 伊藤 公一¹⁾,
門田 和也¹⁾, 岡田 信彦¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾,
榎屋 大輝¹⁾, 吉松 昭和¹⁾, 伊藤 智雄²⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

症例は45歳男性。主訴は発熱と咳嗽で前医を受診した。胸部単純CTで右肺上葉に約13cm大の低吸収域を伴う腫瘤影を認め肺化膿症と診断された。抗生剤治療が開始されたが奏効せず急速に増大したため当院に紹介となった。肺癌を鑑別にあげCTガイド下に経皮肺生検を行った。病理組織所見では肺胞間質に巨細胞の浸潤を認め、CK7陽性、TTF-1陰性、CK5/6陰性より肺肉腫様癌と診断した。病期はcT4N3M1c、多発脳転移を認め、stageIVであり化学療法を行った。治療中に急速なPSの低下を認めたため、1コースで投与を終了し以後BSCとした。その後、脳転移によると考えられる意識障害が進行し第46病日に死亡した。肺肉腫様癌は比較的稀で予後不良な癌腫であり確立された治療方法はない。同癌腫ではG-CSF産生腫瘍の報告があり、本症例においても治療前白血球数が著明に増加していた。G-CSF産生腫瘍であった可能性があると考え、血清G-CSF値を計測中である。血清G-CSF値の結果を踏まえ報告する。

P 03

小細胞肺癌で傍腫瘍性神経症候群をきたし抗Hu抗体が原因と考えられた1例

- 1) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科
2) 大阪府済生会中津病院 神経内科

○野村 萌¹⁾, 宮崎 慶宗¹⁾, 岡 朋子¹⁾, 佐藤 竜一¹⁾,
佐渡 紀克¹⁾, 寺西 敬¹⁾, 齊藤 隆一¹⁾, 東 正徳¹⁾,
上田 哲也¹⁾, 和泉 賢明²⁾, 長谷川吉則¹⁾

症例は61歳男性。X年2月両手足の痺れと巧緻性の低下が出現し、同年7月には徐々に進行する歩行障害と下肢筋力の低下、8月には書字困難が出現したため当院神経内科へ入院となった。知覚優位の末梢神経障害や健忘を認めており、全身精査のCT画像で右肺門部に腫瘤影を認めたため当科紹介となった。気管支鏡検査で右上葉原発小細胞肺癌cT2bN2M0 StageⅢAと診断した。化学放射線療法を行い、腫瘍自体は著明な縮小を認め、腫瘍マーカーも改善した。神経症状のうち健忘等の中枢神経症状は軽快したものの、末梢神経障害は改善が乏しかった。採血検査で抗Hu抗体が陽性であったことから、小細胞肺癌による傍腫瘍性神経症候群(感覚性運動失調型ニューロパチー)と判断した。傍腫瘍性神経症候群の発症割合は悪性腫瘍全体の1%以下と稀であり、文献的考察を交えて報告する。

P 05

nivolumab投与中に発症した心筋炎の一部検例

大阪府済生会野江病院 呼吸器内科

○佐藤 愛, 山本 直輝, 田嶋 範之, 松本 健,
相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

56歳男性。X年5月より肺腺癌(cT2aN0M1c, stageⅣB, ドライバー遺伝子変異陰性, PD-L1:0%)に対しCDDP+PEM+Bev療法4コース, PEM+Bevによる維持療法7コース, X+1年1月よりDOC+RAM療法2コース, 4月18日よりnivolumab療法1コース施行後, 29日に38度の発熱, 全身筋肉痛が出現, CPK 10089 IU/Lでありnivolumabによる薬剤性筋炎を疑い入院となった。5月1日から3日までmPSL 1000 mg, 4日, 5日にPSL 60 mgを投与しCPK 5474 IU/Lまで低下した。6日にCPK 9970 IU/Lへ再上昇し, Ⅲ度房室ブロック, ST上昇を認めたため, 心筋炎を発症したと判断, 同日よりmPSL 1000 mgの投与を再開した。その後VT等の致死性不整脈が出現し, 5月10日に死亡され, ご家族の同意を得て病理解剖を行った。近年, 肺癌治療においてnivolumabの使用が普及しているが, nivolumabによる薬剤性心筋炎は報告が少なく, 病理解剖の結果と若干の文献的考察を加えて報告する。

P 04

ペムブロリズマブによって発症したSLEに伴う神経精神症状の1例

- 1) 日本生命病院 臨床研修部
2) 日本生命病院 総合内科

○城野 美里^{1,2)}, 甲原 雄平²⁾, 宇都 佳彦²⁾, 田村 慶朗²⁾,
村上 輝明²⁾, 魚田 晃史²⁾, 二宮 隆介²⁾, 河面 聡²⁾,
住谷 哲²⁾, 小瀬川昌博²⁾, 立花 功²⁾

症例は7X歳女性。Y-5年にSLEと診断され、プレドニゾン5mgを内服中であつた。Y年7月に肺腺癌(cTxN2M1b, StageⅣA)と診断され、1次治療としてペムブロリズマブにて治療を開始した。6コース投与後のY+1年1月よりgrade3のうつ症状、振戦が出現した。髄液IL-6が27.8 pg/mlと高値で、脳液にて前頭葉機能低下が見られたため、ペムブロリズマブによるSLEに伴う神経精神症状(NPSLE)の発症と診断した。ペムブロリズマブ投与中止後は抑うつ症状などの神経精神症状は改善し、8カ月経過している現在もCRの効果を維持している。今回ペムブロリズマブによって発症したNPSLEの1例を経験した。自己免疫性疾患を有する肺癌の患者に対する免疫チェックポイント阻害薬は比較的安全であるとされている。我々が検索する限りSLEを合併する肺癌患者に免疫チェックポイント阻害薬を投与してNPSLEが発症した報告例はない。文献的考察を含めて報告する。

P 06

抗PD-1抗体治療歴を有する進行非小細胞肺癌に対する抗PD-L1抗体の検討

- 1) 兵庫医科大学 内科学講座呼吸器科
2) 兵庫医科大学 胸部腫瘍学特定講座

○東山 友樹¹⁾, 横井 崇^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)},
柴田 英輔^{1,2)}, 金村 晋吾^{1,2)}, 幸田 裕一¹⁾,
柁木 芳樹¹⁾, 藤本英利子¹⁾, 赤野友美子¹⁾, 多田 陽郎¹⁾,
南 俊行^{1,2)}, 高橋 良¹⁾, 栗林 康造^{1,2)},
木島 貴志^{1,2)}

【背景】既治療進行非小細胞肺癌(NSCLC)の治療として、近年抗PD-1抗体リチャレンジの有効性の報告がみられるが、抗PD-1抗体治療後の抗PD-L1抗体の有効性や安全性の報告は乏しい。

【方法・結果】当院で抗PD-1抗体による治療歴を有するNSCLCに対しAtezolizumabを投与した全8例を後方視的に検討した。年齢中央値71歳。男性6例、女性2例。腺癌5例、扁平上皮癌3例。三次治療1例、五次治療2例、六次治療以降5例で、全例にNivolumabによる治療歴、うち1例にPembrolizumabによる治療歴があった。投与コース数中央値3.5コースで治療効果はCR/PR:0例、SD:2例、PD:3例、NE:3例、有害事象はGrade1の倦怠感が2例であつた。

【考察】いずれの症例も抗PD-1抗体を含むheavy treatmentの症例であるが、2例で病勢コントロールが得られており、抗PD-1抗体治療後の抗PD-L1抗体投与も一定の効果が期待できる可能性がある。

P 07

クリゾチニブ抵抗性のROS1遺伝子転座陽性stageIV肺腺癌の1例

北播磨総合医療センター

○千々木瑠里, 金城 和美, 川瀬香保里, 松本 正孝, 高月 清宣

【症例】31歳男性

【主訴】発熱、胸痛

【臨床経過】2018年4月、10日前から持続する発熱と胸痛にて当院紹介となった。胸部CTで両側肺野に多発結節影を認め、肺生検で肺腺癌と診断した。39℃台の発熱が持続していたため、早期の治療が必要と考えCDDP+PEM+BVを開始した。経過中にROS1陽性と判明したが、化学療法1コース目でPRとなったため、4コース目まで継続した。その後癌性胸水が出現し、2次治療としてクリゾチニブ開始したが、2ヶ月後に肺野に新規病変を認め、PDと判断した。

【考察】ROS1はNSCLCの1-2%にみられる遺伝子異常である。一次治療としてはクリゾチニブが推奨されているが、クリゾチニブ抵抗例への二次治療薬にエビデンスはない。現在は化学療法が一般的であるが、ローラチニブや、化学療法と免疫チェックポイント阻害薬の併用などが有効となる可能性がある。

OS 04-7

S768I、V774M陽性のEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌に対してアファチニブを使用した1例

姫路医療センター 呼吸器内科

○鏡 亮吾, 竹野内正紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 平野 克也, 小南 亮太, 水野 翔馬, 大西 康貴, 高橋 清香, 東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司, 勝田 倫子, 水守 康之, 塚本 宏壮, 横井 陽子, 三宅 剛平, 佐々木 信, 河村 哲治, 中原 保治

症例は65歳女性、X年4月検診で右下肺野の結節影を指摘され当院紹介となった。胸部CTで右S7に径20mmの結節影がみられ5月胸腔鏡下右下葉切除術を施行し肺腺癌、pT1aN2M0 stage IIIAと診断した。術後化学療法4コース施行し経過観察としていた。術後化学療法後7ヶ月で大動脈弓下リンパ節転移が出現。手術検体でのEGFR遺伝子変異検査(Clamp法)は陰性、ご本人から未治療経過観察の希望ありそのまま外来で定期検査を行っていた。徐々に胸膜播種・肝浸潤もみられX+4年12月肝生検を施行しLC-SCRUMに提出したところEGFR S768IおよびV774Mが陽性と判明。X+5年1月アファチニブで加療を開始しPRの効果を得た。X+6年7月多発脳転移でPDとなったため、血漿でEGFR検査行ったらところT790M陽性と判明。オシメルチニブ投与を行っていた。2つのUncommon EGFR mutationが共存する例は少なく、文献的考察を加え報告する。

※ P08からOS04-7に変更

P 09

脾臓瘍横隔膜穿孔による肺膿瘍を生じた一例

- 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) 社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院 感染症科

○田中 優也¹⁾, 芳賀ななせ¹⁾, 高田 尚哉¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 久米佐千枝¹⁾, 井上 明香¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 門田 和也¹⁾, 岡田 信彦¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 栢谷 大輝¹⁾, 吉松 昭和¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾, 香川 大樹²⁾

56歳女性。1ヶ月前より多発脳梗塞にて脳神経外科入院し、保存加療を受けリハビリ転院予定となっていた。当科転科2日前、腎盂腎炎と診断され抗菌薬投与が開始された。その後呼吸状態悪化し気管挿管、人工呼吸器管理が開始され、呼吸器内科転科した。気管挿管時に悪臭を伴う気道分泌物を多量に認めた。CTにて両肺浸潤影、左下葉無気肺、肺底部低吸収病変、脾臓内占拠病変を認め、尿・血液培養より大腸菌を検出した。脾臓穿刺にて膿を認め、腎盂腎炎による菌血症、脾臓瘍と診断。また、脾臓造影後のCTで肺内への造影剤流入所見を確認し、脾臓瘍の横隔膜穿孔による肺膿瘍と考えた。抗菌薬投与、脾臓瘍ドレナージにて軽快し、転科2ヶ月後抗菌薬投与を終了した。経過中、腹膜炎および膿胸所見は認めなかった。貴重な症例と考えられ、若干の文献的考察を加え発表する。

P 10

激烈な経過を辿った市中感染型MRSA肺炎の1例

- 1) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科
- 2) 大阪府済生会中津病院 循環器内科

○福島 有星¹⁾, 寺西 敬¹⁾, 岡 朋子¹⁾, 佐藤 竜一¹⁾, 宮崎 慶宗¹⁾, 佐渡 紀克¹⁾, 齊藤 隆一¹⁾, 東 正徳¹⁾, 上田 哲也¹⁾, 藤本 大地²⁾, 長谷川吉則¹⁾

症例は47歳女性、入院歴なし、2年前に糖尿病の指摘をされるも無治療であった。入院7日前より倦怠感があり、入院前日に近医にてインフルエンザB型と診断、オセルタミビルを投与された。倦怠感が持続し、HbA1c14%と著明高値であったため当院に紹介入院。入院時より呼吸不全を認め、胸部X線にて両側肺炎像を認めた。A-DROP 3点の重症市中肺炎と診断し、MEPM+LVFXにて治療を開始した。入院直後より急速に呼吸状態は悪化し、挿管人工呼吸を行ったが、酸素化の維持困難であり、体外式膜型人工肺(ECMO)を導入した。ECMO導入12時間後(来院18時間後)に突然心拍数が低下し死亡。後日、喀痰、血液培養検査よりメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)が検出された。市中感染型MRSAによる重症肺炎、敗血症は稀であり、若干の文献的考察を加え、報告する。

P 11

グラム染色所見により迅速に治療介入できた Nocardia 多発膿瘍の一例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○嶋田 有里, 大崎 恵, 中川 淳, 松梨 敦史,
細谷 和貴, 河内 勇人, 平林 亮介, 森 令法,
古郷摩利子, 佐藤 悠城, 藤本 大智, 永田 一真,
立川 良, 富井 啓介

症例は69歳女性。皮膚筋炎に伴う間質性肺炎に対してステロイドおよび免疫抑制剤を内服中であった。入院1ヶ月前より左臀部、右腋窩の疼痛を自覚、入院5日ほど前から呼吸困難と食欲不振が出現したため当院救急を受診した。全身造影CTで右肺膿瘍及び全身性の多発膿瘍を認めた。右腋窩膿瘍の穿刺液に対してグラム染色を施行し、分岐したフィラメント状のグラム陽性桿菌を認めた。Nocardiaを含む放線菌をターゲットにMEPMでの治療を開始した。最終的に起病菌がNocardia farcinicaと判明したが、ST合剤での過敏症の既往があり、IMP/SCおよびAMKの併用療法に変更した。その後STの減感作療法を行い、通院加療とした。本症例ではグラム染色を行うことで早期より適切な抗菌薬選択をすることができた。抗菌薬選択において染色所見を活用することが重要であり、教訓的症例と考えたので報告する。

P 13

当院における肺癌の終末期医療の特徴

- 1) JCHO神戸中央病院 呼吸器内科
- 2) JCHO神戸中央病院 内科(緩和ケア)

○川村 彩華¹⁾, 中邨 亮太¹⁾, 美藤 文貴¹⁾, 荻野 浩嗣¹⁾,
三田 礼子²⁾, 近藤 盛彦²⁾, 大杉 修二¹⁾

米国では死亡3日以内の初回緩和ケア病棟利用例が増加し、緩和ケア外来初診から死亡までの中央値が4から5週間と短いとされる。また、終末期まで化学療法が継続される割合、終末期に救急外来を利用する割合、集中治療室に入院する割合が増加しているため、早期からの緩和ケアの導入が、必要時の緩和ケア病棟へのスムーズな移行や、quality of lifeの維持につながるかと報告されている。

2017年6月1日から12月31日の6か月間に当院緩和ケア外来予約を行った患者203人(男性:113人、女性:90人)を対象に、肺癌とその他の悪性腫瘍の終末期における療養環境と経過の差異について解析を行った。

その結果、全身状態の悪化に伴い一般病棟に入院となった肺癌患者のパフォーマンスステータスは他の悪性腫瘍患者と比較し悪かったものの、最終的に緩和ケア病棟を利用した日数は長い傾向があった。この要因について検討を行い、文献的考察を加えて報告する。

P 12

卵巣癌、子宮体癌の重複癌によるpseudo-Meigs症候群の一例

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

○大澤 真実, 長 敬翁, 佐藤 一郎, 岩佐 佑美,
上田 将秀, 新田 祐子, 藤岡 伸啓, 春成加奈子,
鹿子木貴彦, 坂口 和宏, 鶴山 広樹, 田崎 正人,
太田 浩世, 熊本 牧子, 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】68歳。

【現病歴】整形外科手術の術前検査で右胸水を指摘され、20XX年5月に当科へ紹介となった。FDG-PET検査にて腹腔内巨大腫瘍を認め、異常集積を示していた。胸水細胞診は陰性であった。婦人科で手術予定としていたが、同年8月に急激に右胸水の貯留を認めたため、緊急入院となった。胸腔ドレナージを行ったが排液量は維持しており、ドレーン挿入継続の上、単純子宮全摘術+両側付属器切除術+大網切除術を施行。手術後速やかに胸水は消失し、右胸水貯留はpesudo-Meigs症候群によるものと考えられた。

【考察】良性の卵巣腫瘍に胸水・腹水を合併し、腫瘍の摘出によりそれらが速やかに消失し再貯留しないものをMeigs症候群とよぶが、良性卵巣腫瘍以外からも同様の症状をきたすことがあり、pseudo-Meigs症候群とよぶ。重複癌によるpseudo-Meigs症候群の報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

P 14

自己免疫性膵炎の精査中に原発不明癌を発症した一例

- 1) 大阪市立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
- 2) 大阪市立大学大学院医学研究科 臨床腫瘍学

○戸田 詩織¹⁾, 山田 一宏¹⁾, 中井 俊之¹⁾, 山本 典雄¹⁾,
金田 裕靖²⁾, 渡辺 徹也¹⁾, 浅井 一久¹⁾, 金澤 博¹⁾,
川口 智哉¹⁾, 平田 一人¹⁾

症例は78歳男性。自己免疫性膵炎の精査中、肺野に結節影が指摘されたため、気管支鏡検査を行うも確定診断には至らなかった。3か月後の胸部CTで、両側肺野にすりガラス影と多発結節影が出現し、悪性腫瘍、IgG4関連疾患を含む間質性肺疾患の鑑別に再度気管支鏡検査を行ったところ、mucinous adenocarcinomaが検出された。CA19-9高値、免疫染色の結果から消化管原発が示唆されたが、全身検索では原発巣を認めず、原発不明癌と診断した。カルボプラチン、パクリタキセルの投与を開始した。2コース目投与時には、間質性陰影の増悪を認め、間質性肺疾患の合併も考慮しステロイド加療も併用した。その後もCA19-9の上昇、CT画像は悪化し、診断から約2か月後に亡くなられた。自己免疫性膵炎の精査中に原発不明癌を発症した一例を経験し、文献的考察を加えて報告する。

P 15

限局型小細胞肺癌の治療中に急性心筋梗塞を発症し救命した一例

- 1) 京都大学医学部附属病院 初期研修医
- 2) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
- 3) 京都大学医学部附属病院 循環器内科

○南條 俊也¹⁾, 渡邊 創²⁾, 渡部 宏俊³⁾, 小笹 裕晃²⁾, 馬場希一郎²⁾, 吉田 博徳²⁾, 阪森 優一²⁾, 金 永学²⁾, 平井 豊博²⁾

62歳女性。胸部CTで右肺門部リンパ節と一塊となった4.5cm大の肺腫瘍陰影を指摘されて精査加療のため入院した。気管支鏡検査、全身画像検査と併せて限局型の小細胞肺癌と診断した。第8病日から化学療法(CDDP/VP-16)、第10病日から胸部放射線照射を開始した。第12病日に安静時胸部不快感が出現し、心電図で軽度ST変化を認めた。ニトロ製剤内服で症状が速やかに消失し心電図は正常化した。翌日(第13病日)にも同様の胸部不快感が出現したが心電図異常は認めなかった。ニトロ内服後も自覚症状が持続していたため、第14病日に心筋梗塞を発症した。冠動脈造影では血栓による左冠動脈分岐部が完全閉塞しており、血栓吸引術を行った。血栓除去後の冠動脈に器質的な閉塞は認めなかった。治療後軽度の僧帽弁閉鎖不全症、心不全が残存し、EF45%と低心機能であり、肺癌に対しては放射線治療のみで治療を行った。肺癌治療中の心血管障害について若干の文献的考察を加えて報告する。

P 17

空洞を伴う浸潤影を呈し、メサラジンによる薬剤性好酸球性肺炎が疑われた一例

- 1) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座
- 2) 奈良県立医科大学 病理診断学講座

○藤田 博之¹⁾, 坂口 和宏¹⁾, 中井登紀子²⁾, 岩佐 佑美¹⁾, 上田 将秀¹⁾, 新田 祐子¹⁾, 藤岡 伸啓¹⁾, 春成加奈子¹⁾, 鹿子木貴彦¹⁾, 長 敬翁¹⁾, 鶴山 宏樹¹⁾, 太田 浩世¹⁾, 田崎 正人¹⁾, 熊本 牧子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⁾

症例は13歳男性。X-1年10月に潰瘍性大腸炎と診断され、メサラジン 2000mg/日が開始された。X年1月からメサラジン 4000mg/日に増量。同時期から咳嗽が出現したが、明らかな肺炎像は認めず、経過観察された。5月に両側上肺野に肺炎像が出現し、各種抗生剤治療するも不応性であるため、6月に当科を紹介受診となった。血液検査ではWBC 11000/ μ l (Neut 71.7%, Eos 6.4%), CRP 1.95mg/dl, PR3-ANCA 4.5U/mlであり、胸部CTにて両側上葉の胸膜直下に気管支透亮像を伴う浸潤影を認め、内部には空洞形成を伴っていた。気管支鏡検査にて、各種培養検査は陰性であったが、TBLBの病理所見にて類上皮細胞肉芽腫は認めず、肺胞腔内に組織球や好酸球浸潤を伴うフィブリンの析出を認め、好酸球性肺炎を疑う像であった。DLSTは陰性であったが、メサラジンを中止したところ肺炎像は軽快傾向となり、臨床経過からもメサラジンによる薬剤性好酸球性肺炎が最も疑われた。

P 16

汎下垂体機能不全を合併した肺癌の一例

社会福祉法人大阪府済生会野江病院

○日下部悠介, 山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃, 太田 充, 山藤 知宏, 安田浩一朗

70歳男性。半年前からの体重減少、右肺腫瘍で近医より紹介となった。気管支鏡検査では右主気管支が腫瘍により狭窄しており、生検で腺癌と診断した。PD-L1高発現と判明したためpembrolizumab開始前スクリーニングで甲状腺機能検査実施したところTSH、fT4ともに低値であった。頭部MRIでは下垂体に雪だるま状の腫瘍が見られ、ACTH、コルチゾールも低値であったことから、下垂体腺腫による汎下垂体機能不全の合併が疑われた。ホルモン補充療法を行いつつpembrolizumab開始したがILDを発症したため2コースで中止した。治療開始から4か月後より下肢脱力、視力低下を自覚し、頭部MRI再検したところ下垂体腫瘍の著明な増大を認めた。経過から下垂体病変は腺腫ではなく肺癌の転移によるものと考え、放射線全脳照射を実施したが神経症状の改善は得られなかった。肺癌が下垂体に転移し神経症状を呈する症例は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

P 18

クロピドグレル®(プラビックス)による薬剤性肺炎が疑われた一例

若草第一病院 呼吸器内科

○泉 沙恵, 姜 成勲, 足立 規子

症例は75歳の男性。20XX年2月に脳梗塞にて他病院入院。その際、®プラビックス錠の投薬を開始され、全身の掻痒感を自覚するも内服継続されていた。同年7月より咳嗽を認めており、9月下旬より呼吸苦・喘鳴も認められた。胸部Xpにて両側びまん性胸膜直下優位のすりガラス・浸潤影を認め、胸部CTでは、非区域性の濃度上昇を指摘された。同日BAL施行し、リンパ球優位の細胞増多を認め、CD4/CD8比は0.35であった。®プラビックス錠に対するリンパ球刺激試験(DLST)の結果は陰性であったが、病歴より®プラビックス錠による薬剤性肺炎の可能性が高いと考えた。プレドニン 1mg/kg/day投与を行い、胸部Xpの陰影・自覚症状は共に改善傾向である。我々は®プラビックスによる薬剤性肺炎が疑われた一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

P 19

芍薬甘草湯増量後に生じた薬剤性間質性肺炎により術中から低酸素血症に至った一例

- 1) 京都第一赤十字病院 初期研修医
- 2) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科
- 3) 京都第一赤十字病院 整形外科

○神戸 寛史¹⁾, 辻 泰佑²⁾, 藤井 博之²⁾, 合田 志穂²⁾, 笹田 碧沙²⁾, 濱島 良介²⁾, 大村 亜矢香²⁾, 塩津 伸介²⁾, 弓場 達也²⁾, 内匠 千恵子²⁾, 大野 聖子²⁾, 平岡 範也²⁾, 大石 久雄³⁾, 栗林 正明³⁾

【背景】漢方は長期間服用で副作用がなくとも増量によって有害事象が出現することも知られている。今回、芍薬甘草湯が倍量に増量を契機に薬剤性間質性肺炎をきたしていた患者が術中から低酸素血症に至った一例を経験したのでこれを報告する。

【現病歴】患者は80代女性。既往歴に高血圧、高脂血症。201X年Y月Z日に転倒、救急搬送され大腿骨頸部骨折grade4の診断となりZ+3日に待機的に人工骨頭置換術を施行。術前検査では酸素化不良は認めなかったが、術中から低酸素血症をきたしICU入室。翌日の胸部CTで両側上葉優位に汎小葉性すりガラス陰影を認めた。その後の問診でY-2月から芍薬甘草湯が倍量に増量されていることが判明し、中止することでステロイドを使用することなく陰影は改善を認め、同薬のDLST陽性であったため薬剤性間質性肺炎と診断した。

P 21

片側性に発症した好酸球性肺炎の1例

- 1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修部
- 2) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○太田 和輝¹⁾, 岡田あすか²⁾, 村上 伸介²⁾, 茨木 敬博²⁾, 堀本 和秀²⁾, 黒野 由莉²⁾, 竹中 英昭²⁾, 長 澄人²⁾

症例は83歳男性。COPDにて通院中であった。咳嗽・発熱で救急受診され、胸部単純X線で右下肺野のすりガラス陰影を認めたが、LVFX内服で解熱し、症状は一旦軽快した。しかしその後右下肺野の浸潤影と胸水貯留が顕性化し右上葉にも均等陰影が出現、AZM内服にても改善しないため入院となった。SBT/ABPC点滴も奏功せず、末梢血で好酸球増多傾向がみられたため、好酸球性肺炎や器質性肺炎を疑い右B3より気管支肺胞洗浄を行った。BALの細胞分画で61.3%の好酸球増多を認め、好酸球性肺炎と診断した。本症例はHRCTにて右中下葉に濃い浸潤影と上葉に均等な濃度上昇および右胸水貯留を認めたが、左肺には全く病変を認めなかった。片側性好酸球性肺炎の報告は比較的稀であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

P 20

セレコキシブが関与したと考えられる関節リウマチの経過中に発症した薬剤性肺炎の一例

- 1) 地方独立行政法人 大津市民病院 臨床研修センター
- 2) 地方独立行政法人 大津市民病院 呼吸器内科
- 3) 地方独立行政法人 大津市民病院 呼吸器外科
- 4) 地方独立行政法人 大津市民病院 病理診断科

○沢村 博一¹⁾, 松井 遥平²⁾, 田中 理美²⁾, 平沼 修²⁾, 古谷 竜男³⁾, 井伊 庸弘³⁾, 戸田 省吾³⁾, 益澤 尚子⁴⁾, 濱田 新七⁴⁾

20XX年5月に近医で関節リウマチと診断され、メソトレキセートとセレコキシブが処方されコントロールされていた。20XX+1年5月から夜間盗汗と微熱を自覚。近医を受診し、感染症を疑われたため抗菌薬投与されたが改善せず、当院総合内科受診。熱源検索目的に施行した胸部CTにて両肺にびまん性にすりガラス影を認めた。日和見感染症や薬剤性肺炎を疑い、血清学的検査、気管支肺胞洗浄、胸腔鏡下肺生検を施行し、後者と診断した。被疑薬と考えたメソトレキセートとセレコキシブ両薬剤を中止し経過をみたところ、両肺のスリガラス影と症状は改善した。リンパ球刺激試験にてセレコキシブが陽性となり薬剤性肺炎に関与した可能性が高いと考えた。セレコキシブによる薬剤性肺炎の報告は我々が検索する限り非常にまれである。若干の文献的考察を加えて報告する。

P 22

自己免疫性膵炎経過中に異時性に併発したIgG4関連呼吸器疾患の1例

市立池田病院

○浜辺 友也, 久下 朋輝, 清水 裕平, 田幡江利子, 橋本 重樹

48歳男性。2015年11月に膵尾部多発腫瘍に対してEUS-FNA施行したところ悪性所見は認めず、血清IgG4:165mg/dLと上昇していたため自己免疫性膵炎の疑いで無治療経過観察となっていた。2018年7月に数ヶ月持続する微熱、咳嗽および倦怠感のため当院受診。胸部CTで小葉間隔壁の肥厚、両下葉にすりガラス影を認めた。間質性肺炎を疑い気管支鏡検査を施行した結果、病理学的にリンパ球、形質細胞浸潤及びIgG4/IgG陽性細胞比>40%を認めたことからIgG4関連呼吸器疾患と診断した。ステロイド投与で症状や画像所見は改善した。

自己免疫性膵炎経過中に間質性肺炎が発症することが知られており文献的考察をふまえて報告する。

P 23

CADM (臨床的無筋症性皮膚筋炎) の1例

大阪市立総合医療センター

○岡田 真穂, 住谷 充弘, 西村美沙子, 角田 尚子,
杉山由香里, 三木 雄三, 少路 誠一

49才女性。2018年4月上旬より咳嗽、前頸部の紅斑、労作時の下肢疲労感が出現。皮疹が上腕から手指へ拡大し5月上旬に座位からの立ち上がり困難も認めた。近医を受診し活動性肺炎を否定後、肝機能障害に対して加療が行われ食事摂取や入浴は可能になり皮疹も改善傾向を認めたが、労作時呼吸困難・動悸症状が著明なため精査加療目的に当科紹介、6月に入院となった。胸部X線画像で浸潤影・ゴットロン徴候等の皮疹を認め、筋原性酵素はアルドラーゼの軽度上昇のみであったが、全身倦怠感もあり皮膚筋炎およびそれに伴う間質性肺炎を考慮。6/6気管支鏡検査 (BAL+TBLB) 施行。検査翌日の胸部X線画像で陰影増悪傾向を認め、抗ARS抗体陰性が判明したため、CADM (臨床的無筋症性皮膚筋炎) 疑いで6/8にステロイド+シクロスポリン+シクロホスファミドの3剤投与を施行。その後、抗MDA5抗体陽性が判明し状態は徐々に改善、7/4退院、外来で薬剤調整の方針となった。

P 24

僧帽弁腱索断裂に伴う僧帽弁逆流症によって肺胞出血を来した一例

大阪警察病院 呼吸器内科

○長野 広通, 田中 庸弘, 生田 昌子, 橋本 和樹,
池邊 沙織, 岡田 英泰, 西松佳名子, 井原 祥一,
南 誠剛, 小牟田 清

【症例】79歳、男性。

【主訴】血痰。

【既往歴】慢性心房細動、右肺癌術後、ステロイド高血糖。

【現病歴】過去に抗凝固薬によるPT過延長を来とし、肺胞出血で入院歴のある患者。血痰を主訴に受診され、胸部CTで右上・中葉にすりガラス影を認めた。気管支鏡検査で肺胞出血と診断されたが、胸部Xpでうっ血も伴っており、心エコーを施行し、僧帽弁腱索断裂に伴う僧帽弁逆流症 (MR) を認めた。出血の原因はMRと判断し、僧帽弁形成術を施行された。術後、陰影改善し、退院となった。

【考察】肺胞出血は急性で重篤な呼吸不全の原因となり、迅速な診断と治療を要する。病因としては、膠原病、肺感染症、薬剤などが挙げられるが、まれに僧帽弁の障害を原因とする循環不全が原因となることがある。本症例では、腱索断裂に伴うMRが肺胞出血の原因となっており、肺胞出血の原因を考える際に循環障害も考慮すべきであることを示す一例であった。

P 25

骨髓異形成症候群に合併した器質化肺炎の一例

奈良県立医科大学付属病院 呼吸器アレルギー血液内科

○池 菜美香, 鶴山 広樹, 山本 佳史, 長 敬翁,
太田 浩世, 田崎 正人, 熊本 牧子, 藤田 幸男,
本津 茂人, 山内 基雄, 田中 晴之, 室 繁郎

症例74歳男性。X年12月咳嗽を認め近医受診、胸部Xpで肺炎が疑われ抗生剤治療されたが改善せず当院に紹介となった。胸部CTで右下葉に区域性分布を示す浸潤影と左下葉に15mm大の結節を認めた。血液検査では巨大血小板や芽球を認め、骨髓穿刺を施行し骨髓異形成症候群 (MDS) と診断した。抗生剤変更しても肺炎は改善認めず。気管支鏡検査では、有意菌の検出もなく組織診も器質化肺炎 (OP) に矛盾しない所見であったため、PSL 30mg/日で開始したが反応性に乏しく再度気管支鏡を施行、同様の所見を認めMDS合併二次性OPの診断で、mPSLパルス後PSL 50mg/日より後療法開始した。一旦改善したが再度陰影と顆粒球減少の増悪あり、CPAパルス後CyA併用とともに改善認めた。以後外来にてPSL漸減したが、PSL 17.5mg/日時に再燃し再入院の上、治療中である。MDS合併OPの報告は散見され、PSLの反応性は良好だが、再燃も多く感染症による死亡も多い。本症例につき文献的考察を加えて報告する。

P 26

肺内多発空洞性リウマチ結節により生じた難治性気胸の1例

1) 奈良県総合医療センター

2) 奈良県立医科大学病理診断学講座

○村上 早穂¹⁾, 伊藤 武文¹⁾, 山崎安寿弥¹⁾, 古高 心¹⁾,
光石 大貴¹⁾, 宮高 泰匡¹⁾, 藤原 清宏¹⁾, 竹澤 祐一¹⁾,
渡邊 孝¹⁾, 櫛部 圭司¹⁾, 大林 千穂²⁾

症例は89歳女性。受診2年前より関節リウマチに対して数種類の生物学的製剤により加療されており、アバタセプト投与後から生じた全身倦怠感と食思不振のため前医入院となりCTで両側胸膜直下に多発する空洞結節を認めた。抗生剤・抗真菌剤による加療中に右気胸を発症し難治性であるため手術加療目的で当院に転院した。転院後抗生剤を中止したがすぐに発熱したため敗血症性肺塞栓症と考え抗生剤は継続した。右気胸が改善しないため胸腔鏡下右肺部分切除術を施行した。病理組織検査により多発空洞性結節はリウマチ結節と診断した。空洞性結節を呈した肺リウマチ結節の胸腔内穿孔により気胸を生じた稀な1例であったため報告する。

P 27

黒色胸水を呈した腭管胸腔瘻の一例

- 1) 市立岸和田市民病院 呼吸器センター
- 2) 市立岸和田市民病院 消化器センター

○山本 優¹⁾, 平山 寛¹⁾, 西岡 憲亮¹⁾, 北岡 文¹⁾,
谷村 和哉¹⁾, 高橋 憲一¹⁾, 高谷 晴夫²⁾, 加藤 元一¹⁾

症例は複数回の急性肺炎の既往歴のある39歳、男性。入院1カ月前から咳嗽を認め、咳嗽の増悪と呼吸困難を認めたため近医受診。胸部Xp, 胸部CTで右大量胸水を指摘され、当院呼吸器科紹介となった。胸腔穿刺で、黒色胸水が認められ、胸水は滲出性で胸水中のAMY20258U/Lと異常高値であった。胸腹部造影CTで、膈体部の仮性嚢胞が頭側に進展して右胸腔に交通している所見が認められ、腭管胸腔瘻による胸水と考えられた。主膈管の流出障害が背景にあると考えられ、内視鏡下に膈管ステントを留置する方針となり、胸腔ドレナージを開始の上で入院となった。

黒色胸水を呈する疾患は稀であり、その1つに腭管胸腔瘻が挙げられる。今回経験した症例を入院後の経過と若干の文献的考察を加えて報告する。

P 28

治療中に初期悪化を疑うスリガラス影を認めた粟粒結核の1例

大阪府済生会野江病院 呼吸器内科

○徳山 裕貴, 松本 健, 山本 直輝, 相原 顕作,
山岡 新八, 三嶋 理晃

症例は78歳、女性。結核の既往歴あり。持続する発熱、全身倦怠感、摂食不良の原因検索のための胸部CTにて胸膜石灰化、粒状影のびまん性散布像を認めた。臨床的に粟粒結核と診断の上INH, RFP, EB, PZAの4剤での加療を開始した。加療開始後11日目の胸部CT上で右肺上葉にすりガラス陰影が出現し、諸検査や臨床経過から粟粒結核の初期悪化を疑った。全身の消耗が強く、短期間ステロイドを投与したところ陰影は軽減した。ステロイドを中止後も陰影の再燃は認めなかったが、熱型・倦怠感は改善せず肝障害も認めため、4剤を一時休薬した。その後も様々な副作用で治療再開に難渋したが、最終的にINH, EB, LVFXにて退院とし、外来にてRFPの減感作療法を施行予定とした。粟粒結核の治療における初期悪化の報告は少なく、その後の経過もふまえ、文献的考察を交えて報告する。

P 29

慢性血栓性肺高血圧症に対してバルーン肺動脈拡張術を行った一例

- 1) 西和医療センター 初期研修医
- 2) 西和医療センター 呼吸器内科
- 3) 西和医療センター 循環器内科
- 4) 星ヶ丘医療センター 呼吸器内科
- 5) 岡山医療センター 循環器内科

○奥田悠太郎¹⁾, 中村 篤宏²⁾, 鈴木 恵³⁾, 岩間 一³⁾,
中村 考人⁴⁾, 中井 健仁³⁾, 杉村 裕子²⁾, 松原 広己⁵⁾

<はじめに>慢性血栓性肺高血圧症(CTEPH)にバルーン肺動脈拡張術(BPA)を行い良好な治療成績を得られた一例を経験したので報告する。<症例>75歳女性、20XX年1月より呼吸困難感を自覚したが、加齢の影響と説明された。同年12月に症状の増悪を認め当院に紹介された。造影CT検査で肺動脈に造影欠損像を認め、心エコーでΔP(TR)64mmHgと上昇していた。右心カテーテルを行い平均肺動脈圧(mPAP)40mmHg、換気血流シンチで換気分布に異常のない血流欠損がみられCTEPHと診断した。抗凝固療法と在宅酸素療法、リオシグアトを開始した。しかし、自覚症状の改善に乏しくBPA治療を行い平均肺動脈圧の低下と自覚症状は著明に改善した。<考察>CTEPHにおいてmPAPは予後と関連していることが知られ、30mmHgを超える症例は進行性で予後不良である。本症例ではBPAを行うことでmPAPの低下と自覚症状は改善した。今後もBPA治療を追加することで生命予後の改善に繋がると考える。

P 30

不全型ベーチェット病に合併した右肺動脈閉塞の1例

- 1) 京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学
- 2) 京都大学大学院医学研究科臨床免疫学
- 3) 京都大学大学院医学研究科循環器内科学
- 4) 京都大学大学院医学研究科呼吸不全先進医療講座
- 5) 京都大学大学院医学研究科放射線医学
- 6) 京都大学大学院医学研究科呼吸管理睡眠制御学

○小橋 和世¹⁾, 興梠 陽平¹⁾, 吉藤 元²⁾, 田中 望美²⁾,
笹井 蘭²⁾, 田崎 淳一³⁾, 半田 知宏^{1,4)}, 久保 武⁵⁾,
渡邊 創¹⁾, 谷澤 公伸¹⁾, 中塚 賀也⁶⁾, 村瀬 裕子¹⁾,
池上 直弥¹⁾, 庭本 崇史¹⁾, 中西 智子¹⁾, 陳 和夫⁶⁾,
三森 経世²⁾, 平井 豊博¹⁾

症例は36歳女性。20XX-7年9月難治性口内炎、陰部潰瘍、毛嚢炎から不全型ベーチェット病と診断された。20XX-1年9月から乾性咳嗽、労作時の呼吸困難が続き、血痰もあった。20XX年4月胸部CTで多発浸潤影を指摘され、抗生剤投与不応のため、20XX年5月当科に入院した。気管支鏡検査で血性の気管支肺胞洗浄液を認め、ベーチェット病に伴う肺泡出血としてPSL 45 mg/日を開始したが、胸部造影CTで右肺動脈の完全閉塞、大動脈分枝の血管壁肥厚が判明した。初期治療の2週後に炎症反応は改善したが、4週後、右肺動脈閉塞は不変で、炎症反応の微増を認めたため、5週後よりinfliximab 5 mg/kgの併用を開始した。Infliximab 3コースを投与し、PSL 17 mg/日まで漸減した。右肺動脈および大動脈分枝に広範な病変を有する血管型ベーチェット病は稀であり、高安動脈炎との鑑別も含めて報告する。

P 31

呼吸機能検査が発見に有用であった特発性気管狭窄症の1例

- 1) 独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター 内科
- 2) 独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター 呼吸器内科
- 3) 独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター 呼吸器外科

○吉田 道彦¹⁾, 原 夏実²⁾, 日下部祥人²⁾, 土屋 貴昭²⁾, 木村 賢司³⁾

【症例】40歳、女性

【主訴】喘鳴、呼吸困難感

【現病歴】37歳時から歩行時や会話時に呼吸困難感を自覚、症状は徐々に悪化した。近医の内科、耳鼻咽喉科を受診され吸入ステロイド剤など処方を受けたが症状は改善せず、当院呼吸器内科に紹介受診となった。聴診で頸部に吸気時にストライダーを聴取し、呼吸機能検査で中枢気道閉塞パターンを認めた。頸胸部CTで声帯直下の気管に約1/2週の狭窄を認めた。気管支鏡検査で声門直下に癥痕状、索状の狭窄を認めた。他院の呼吸器外科にて気管切除・再建術を施行し狭窄の解除を得た。病理標本では悪性所見はなく、上皮下の間質肥厚が見られ、浮腫と炎症細胞浸潤、血管造成を伴っていた。結核などの疾患なく、外傷や気管内挿管などの既往なく、臨床的特徴、病理所見から特発性気管狭窄症と診断した。

【考察】ストライダーを呈する患者を診る場合、呼吸機能検査は中枢気管狭窄を疑う有用な検査である。

P 33

気管支鏡下切除を行った気管支内過誤腫の一例

- 1) 公立豊岡病院 呼吸器内科
- 2) 公立豊岡病院 総合診療科
- 3) 京都大学 呼吸器内科
- 4) 姫路医療センター 呼吸器内科

○中西 敦之¹⁾, 中治 仁志^{1,2)}, 杉山 陽介²⁾, 島 寛³⁾, 池尾 聡³⁾, 阪森 優一³⁾, 水守 康之⁴⁾

症例は78歳女性、約10年前より発作性の呼吸困難にて他院で気管支喘息の診断で吸入治療を受けていた。X-2年に左下葉肺炎にて外来加療歴あり。X年12月に呼吸困難の精査目的でCT撮影、左主気管支内に石灰化を伴う腫瘤指摘され当科紹介。呼吸機能は拘束性換気障害をきたし気管支鏡検査で左主気管支内に辺縁平滑な腫瘤を認め、生検にて気管支内過誤腫と診断。全身麻酔下に高周波スネアを用いて気管支鏡下切除を行い術後約3か月後に腫瘤残存ないことを確認、呼吸機能は正常範囲に改善した。

肺過誤腫はほとんどが肺実質型であり、稀である気管支内過誤腫を経験した。

P 32

両側気管支にコンクリート片が嵌頓した気管支内異物の1例

京都第二赤十字病院 呼吸器内科

○木村 拓, 久野はるか, 廣瀬 和紀, 古谷 渉, 長谷川 功, 久保田 豊

症例.55歳男性。建築物解体作業中に一過性に意識障害を起こし回復後に呼吸困難を自覚した。胸部CTにて右中間幹及び左主気管支にそれぞれ異物を認めた。両側性の気管支異物のために呼吸不全を来しており、早急は異物除去が必要と判断した。軟性気管支鏡で両側気管支内にコンクリート片を確認し、鑷口鉗子やバスケット鉗子で除去を試みたが除去できず、三脚把持鉗子を使用することで両側気管支内に嵌頓していたコンクリート片を除去することができた。両側気管支内に異物を認めた症例は数例しか報告がなく、検索した限り成人例では前例がない。コンクリート片を誤吸引し両側気管支内に嵌頓した稀な症例を経験したため報告する。

MEMO

協賛企業一覧

第92回日本呼吸器学会近畿地方会 第122回日本結核病学会近畿地方会開催にあたり、
下記の企業よりご支援を賜りました。ここに厚く御礼申し上げます。

アクテリオンファーマシューティカルズジャパン株式会社
旭化成ファーマ株式会社
アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
エーザイ株式会社
MSD株式会社
株式会社大塚製薬工場
小野薬品工業株式会社
杏林製薬株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
塩野義製薬株式会社
第一三共株式会社
大鵬薬品工業株式会社
中外製薬株式会社
帝人在宅医療株式会社
テルモ株式会社
東レ・メディカル株式会社
奈良栗田書店
日本イーライリリー株式会社
日本化薬株式会社
日本新薬株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
ネスレ日本株式会社
ノバルティスファーマ株式会社
株式会社パイオラックスメディカルデバイス
ファイザー株式会社
フィリップス・レスピロニクス合同会社
フクタライフテック南近畿株式会社
ブリストル・マイヤーズスクイブ株式会社
ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
Meiji Seikaファルマ株式会社

Novartis Pharma K.K.



新しい発想で医療に貢献します

ノバルティスのミッションは、より充実した、
すこやかな毎日のために、新しい発想で医療に貢献することです。
イノベーションを推進することで、
治療法が確立されていない疾患にも積極的に取り組み、
新薬をより多くの患者さんにお届けします。

 NOVARTIS

ノバルティス ファーマ株式会社

<http://www.novartis.co.jp/>

PHILIPS

酸素濃縮装置

安心・快適な毎日をサポートする フィリップスのソリューション

機器の設置から緊急時まできめ細やかなアフターサービスの提供を通じて、在宅酸素療法 (HOT) 患者さんのQOL向上をサポートします。

innovation  you

製造販売業者 **フィリップス・レスピロニクス合同会社**

本社 〒108-8507 東京都港区港南二丁目13番37号フィリップスビル www.philips.co.jp/healthcare

お問い合わせは地域の営業所・出張所・駐在まで

大阪営業所 Tel.06-7178-2110 / 南大阪営業所 Tel.072-276-0751 / 神戸営業所 Tel.078-200-3865

シンプリーゴー ミニ
オキシジェンステーション 5L
酸素濃縮装置



携帯型
シンプリーゴー ミニ



設置型
オキシジェン ステーション 5L

販売名: シンプリーゴー ミニ
医療機器承認番号: 22800BZX00434000
製造販売業者: フィリップス・レスピロニクス合同会社

販売名: オキシジェン ステーション 5L
医療機器承認番号: 229AHBZX00008000
製造販売業者: ダイキン工業株式会社

記載されている製品名などの固有名称は、Philips, Respicronics, またはその他の会社の商標または登録商標です。 © 2018 Philips Respicronics GK

酸素濃縮装置

クリーンサンソ FH-710

医療機器認証番号: 227ADBZX00177000



「高流量」だからこそその新機能

見やすい大型液晶
パネルと警報ランプ

酸素ポンペ
バックアップ機能

細やかな
流量設定が可能



パルスオキシメータ

Anypal Walk ATP-W03

医療機器認証番号: 228ADBZX000080000

測定できないシーン0を目指した
パルスオキシメータ

入浴中も
測定可能

用途に合わせた
3つのモード

METs測定機能
搭載

スムーズな
歩行試験が可能

持続的自動気道陽圧ユニット

AirSense 10 レスpond

医療機器承認番号: 22700BZ100036000

快適な睡眠を、より多くの人たちへ

優れた
ユーザビリティ

多彩な治療モード

快適性を
高める機能



**FUKUDA
DENSHI**

本社 / 〒590-0959 大阪府堺市堺区大町西1-1-25 TEL (072) 224-7368代
お客様窓口… ☎ (03) 5802-6600 / 受付時間: 月~金曜日(祝祭日, 休日を除く) 9:00~18:00
<http://www.fukuda.co.jp/> **フクダライフテック南近畿株式会社**

●奈良営業所 〒634-0075 奈良県橿原市小房町12-37 TEL (0744) 24-2163代
●熊本出張所 〒648-0054 和歌山県橋本市城山台2-13-10 児島ビル1F TEL (0736) 26-7303代

●和歌山営業所 〒640-8392 和歌山県和歌山市中之島1581 TEL (073) 433-5815代
●田辺出張所 〒646-0027 和歌山県田辺市朝日ヶ丘21-1ハートビル102号室 TEL (0739) 24-6622代



Ⓢ：シンプロイクは登録商標です。
 Ⓢ：Symproic is a Registered Trademark.

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

製造販売元【資料請求先】
シオノギ製薬
 大阪市中央区道修町3-1-8
 医薬情報センター ☎0120-956-734

経口末梢性μオピオイド受容体拮抗薬 薬価基準収載
シンプロイク錠
 Symproic® ナルメジントシル酸塩錠 0.2 mg
 処方箋医薬品® 注）注意—医師等の処方箋により使用すること

2018年3月作成 SYP-KO-0002 (V04) 審088165

NOVARTIS
 PHARMACEUTICALS

明日をもっとすこやかに

meiji



長時間作用性吸入気管支拡張配合剤

薬価基準収載

ウルティブロ® 吸入用カプセル
 ultibro® グリコピロニウム臭化物／インダカテロールマレイン酸塩吸入用カプセル
 処方箋医薬品 注意—医師等の処方箋により使用すること

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、製品添付文書をご覧ください。

製造販売 〈資料請求先〉
ノバルティス ファルマ株式会社
 東京都港区虎ノ門1-23-1 〒105-6333

NOVARTIS DIRECT
 0120-003-293
 受付時間：月～金 9:00～17:00
 (祝祭日及び当社休日を除く)
www.novartis.co.jp

販売
Meiji Seika ファルマ株式会社
 東京都中央区京橋2-4-16
<http://www.meiji-seika-pharma.co.jp/>

〈資料請求先〉
 Meiji Seika ファルマ株式会社 ぐすり相談室
 〒104-8002 東京都中央区京橋2-4-16
 電話(0120)093-396、(03)3273-3539
 FAX (03)3272-2438

2016年7月作成

抗悪性腫瘍性抗生物質 新薬、処方箋医薬品*
カルセド[®] 注射用20mg・50mg
注射用アムルピシリン塩酸塩

抗悪性腫瘍剤 新薬、処方箋医薬品*
ハイカムチン[®] 注射用1.1mg
ノビテカン塩酸塩製剤

抗悪性腫瘍剤 新薬、処方箋医薬品*
ランタ[®] 錠 10mg/20mL
25mg/50mL
50mg/100mL
Randa Inj. エトゾピドン製剤

抗悪性腫瘍剤 新薬、処方箋医薬品*
ラストテッド[®] 錠 100mg/5mL
エストロゲン製剤

抗悪性腫瘍剤 新薬、処方箋医薬品*
カルボプラチン点滴静注液 50mg・150mg・450mg「NK」
日本薬協方 カルボプラチン注射液

抗悪性腫瘍剤 新薬、処方箋医薬品*
パクリタキセル[®] 注 30mg/5mL
100mg/16.7mL「NK」
パクリタキセル製剤

タキソイド系抗悪性腫瘍剤 新薬、処方箋医薬品*
ドセタキセル点滴静注液 20mg/1mL「NK」
80mg/4mL「NK」
ドセタキセル注射液

タキソイド系抗悪性腫瘍剤 新薬、処方箋医薬品*
ドセタキセル点滴静注液 20mg/1mL
80mg/4mL「ニプロ」

代謝性抗悪性腫瘍剤 新薬、処方箋医薬品*
ゲムシタピン点滴静注用 200mg・1g「NK」
点滴静注用ゲムシタピン塩酸塩

ゲムシタピン点滴静注液 200mg/5mL
1g/25mL「NK」
ゲムシタピン塩酸塩注射液

抗悪性腫瘍剤 新薬、処方箋医薬品*
イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「NK」
100mg「NK」
イリノテカン塩酸塩水和物点滴静注液

ピンアールカロイド系抗悪性腫瘍剤 新薬、処方箋医薬品*
ロセウス[®] 静注液 10mg・40mg
ピルフェニドン塩酸塩製剤

代謝性抗悪性腫瘍剤 新薬、処方箋医薬品*
エヌケ-エスワン[®] 配合カプセルT20・T25

テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合カプセル剤

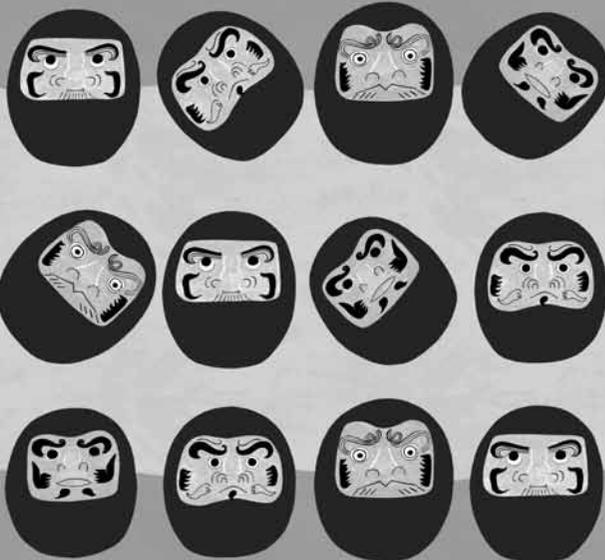
エヌケ-エスワン[®] 配合顆粒 T20・T25

テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合顆粒剤

エヌケ-エスワン[®] 配合OD錠 T20・T25

テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合口腔内崩壊錠

呼吸器科領域の製品



*注意 - 医師等の処方箋により使用すること

資料請求先: **日本化薬株式会社**
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

日本化薬医薬品情報センター 日本化薬 医療従事者向け情報サイト
0120-505-282 (フリーダイヤル) <https://mink.nipponkayaku.co.jp>

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

薬価基準収載
'18.1作成

NK

Speciality, Biosimilar & Generic

生きる喜びを、もっと

Do more, feel better, live longer.

GSKは、より多くの人々に
「生きる喜びを、もっと」を届けることを
存在意義とする科学に根差した
グローバルヘルスケアカンパニーです。

<http://jp.gsk.com>



グラクソ・スミスクライン株式会社



がんより、
人生。

垣原 賢人

2014年 悪性リンパ腫

がんより、
人生。

針山 祐美

2012年 乳がん

がんより、
人生。

原 千晶

2005年 子宮頸がん
2009年 子宮体がん

あなたには、あなたらしい人生を送ってほしいから。

わたしたちは、やる。がんの医薬に、革新を。

Pfizer Oncology

ひとりのがんに、みんなの力を。

ONC75H061A

2017年10月作成



hvc
human health care

患者様の想いを見つめて、
薬は生まれる。

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

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。



薬価基準収載
選択的プロスタサイクリン受容体(IP受容体)作動薬

ウプラビ錠 0.2mg
0.4mg
Uptravi® Tablets 0.2mg・0.4mg
セレキシバグ錠

処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

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

製造販売元 (資料請求先) **日本新薬株式会社**
〒601-8550 京都市南区吉祥院西ノ庄門口町14

販売提携先 **ACTELION** | A JANSSEN PHARMACEUTICAL COMPANY
or Janssen-Johnson
アクテリオン ファーマシューティカルズ ジャパン株式会社
〒107-6235 東京都港区赤坂9-7-1 ミッドタウン・タワー

ウプラビ®及びUptravi®は、Actelion Pharmaceuticals社の登録商標です。

2017年9月作成 B5/2

GRACEVIT®



広範囲経口抗菌製剤 処方箋医薬品®

グレースビット®
錠50mg・細粒10%

GRACEVIT® (一般名:シタフロキサシン水和物)
※注意—医師等の処方箋により使用すること 薬価基準収載

★効能・効果、用法・用量および禁忌を含む使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)
第一三共株式会社
Daichi-Sankyo 東京都中央区日本橋本町3-5-1

2016年9月作成

まだないくすりを 創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。



アステラス製薬株式会社

www.astellas.com/jp/