

**第129回日本結核・非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会
第99回日本呼吸器学会近畿地方会 合同学会
プログラム・抄録集**

日 時：2022年7月23日(土) 午前9時より

会 場：大阪国際会議場(ハイブリッド開催)

〒530-0005 大阪市北区中之島5-3-51
TEL 06-4803-5555(代表)

会 長 南方 良章

国立病院機構和歌山病院 院長

〒644-0044 和歌山県日高郡美浜町大字和田1138 TEL 0738-22-3256

参加者、座長、演者へのご案内

■参加費

参加者区分	参加費
一般医師（会員、非会員）、研修医（初期・後期）	3,000 円
名誉会員・功労会員、学生	無 料

1) 会場参加の方

オンラインカード決済または、地方会場(大阪国際会議場/10F)参加受付にて、参加費をお支払いください。

参加受付時間は、地方会当日のみ8:30～16:30迄です。

2) WEB参加の方

オンラインカード決済(VISA、Master、American express)のみ利用可能。

オンライン参加登録は、当地方会HPよりご登録いただけます。

登録期間：2022年7月7日(正午)～7月23日(正午)まで

《地方会出席で取得できる単位》

日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症認定医・指導医、エキスパート資格 5単位

日本呼吸器学会 呼吸器専門医 5単位(筆頭演者 3単位)

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 7単位(筆頭演者 7単位)

3学会合同呼吸療法認定士 20単位

ICD制度協議会 5単位(筆頭演者 2単位)

※WEB参加の方に限り、単位取得条件として、合計2セッション以上のご視聴が必須です。

WEB参加者について

Zoom入室時：表示名は「氏名」(漢字フルネーム)にてご入室ください。

質 問：「Q&A」機能を利用したテキストでのご質問となります。

■座長へのご案内

会場座長 …参加受付後、受付内に設置する「座長受付」へお立寄り下さい。

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

WEB座長 …事前にご連絡いたしますご担当会場URLへ15分前までにご入室下さい。

入室時の表示名は、「氏名」(漢字フルネーム)にてご入室ください。

入室時、座長、演者の先生は視聴者としてご入室頂いておりますが、前セッション終了後にWEB座長、演者をパネリストへ移動させていただきます。

アナウンスの指示に従い、画面操作をお願いします。

定刻になりましたら、改めて開始アナウンスを入れますので、先生ご自身でカメラとマイクを「ON」に切替え、進んでください。

セッション終了後は、オペレーターが先生を視聴者へお戻しいたします。

画面上に時計表示はございません。お手元にご準備ください。

質 問 …WEB参加者からの質問は「Q&A」を利用したテキストのみ受付いたします。

質問内容は、画面下部の「Q&A」ボタンより確認いただけます。質問の採択は先生にご一任いたします。

■発表者へのご案内

会場演者 …参加受付後、自身のセッション開始の20分前までに発表者データ受付にて受付と試写をお願いいたします。

Windowsでデータを作成された場合、発表データは、USBメモリースティックなどに入れご持参ください。

Macintoshでデータを作成された方は、ご自身のPC、ACアダプタを持参ください。
なお、学会が用意する外部出力端子は、HDMI端子です。端子の変換が必要なPCは変換アダプタを忘れずご持参ください。WindowsノートPCを持参いただく場合も同様です。

WEB演者…入室について

Zoomを利用いたします。予め発表PCにZoomをインストールいただく必要があります。

会場URLは、「視聴表」PDFとして7月20日にメール配信いたします。

会場名、セッションをクリックいただくとZoomが立ち上ります。

表示名は、「演題番号+氏名」(表示例：150_結核太郎)に変更し、セッション開始の15分前までには必ずご入室下さい。

共有確認等、操作がご不安な方はヘルプデスクにて事前の確認をお願いします。
ヘルプデスクは、混み合う事が予想されます。発表時間によって対応時間を分散いたします。

午前の発表者は、 8：30～10：50

午後の発表者は、12：30～15：50

発表について

Zoom入室時は、視聴者としてご入室されています。

セッション開始5分前、または、前セッション終了後、WEB演者の先生をパネリストへ移動頂くためのアナウンスが入りますので、アナウンスの指示に従い操作ください。

パネリストへ移動後は、自身の発表までカメラとマイクは「OFF」にて待機いただきください。

自身の発表順になりましたら、カメラとマイクを「ON」に切替え、画面共有の上ご発表を開始ください。

セッション終了後、先生を視聴者へお戻しいたします。

会場アクセス

大阪国際会議場

〒530-0005 大阪市北区中之島5丁目3番51号
TEL: 06-4803-5555(代表) FAX: 06-4803-5620



駐車場のご案内

当館北側道路「中之島通」より地下スロープへお入り下さい。

料金	1時間510円
ご利用時間	8:00 ~ 22:00
収容台数	304台
車高制限	2.1m
車長制限	5.0m

※大阪府立国際会議場をご利用の方で、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳もしくは療育手帳の交付を受けているお客様が運転または同乗する自動車については、駐車場の利用料金を免除させていただきます。駐車場係員に上記手帳をお示しください。

■関西国際空港から

- JR関西空港線(関空快速)・大阪環状線で「大阪駅」へ。
- 南海電車特急で「なんば駅」へ。大阪メトロ千日前線に乗り換え「阿波座駅」へ。
- 空港バスで「JR大阪駅」へ。

■大阪国際空港(伊丹)から

- 大阪モノレールで「堂池駅」へ。阪急に乗り換え「大阪駅」へ。
- 空港バスで「JR大阪駅」へ。

■新幹線(新大阪駅)から

- JR東海道本線で「大阪駅」まで約4分。

■周辺駅からのアクセス

- 京阪電車中之島線「中之島(大阪国際会議場)駅」下車(2番出口)
- JR大阪環状線「福島駅」から徒歩約10分
- JR東西線「新福島駅」(2番・3番出口)から徒歩約10分
- 阪神電鉄「福島駅」(3番出口)から徒歩約10分
- 大阪メトロ「阿波座駅」(中央線1号出口・千日前線9号出口)から徒歩約10分
- JR「大阪駅」駅前大阪シティバスターミナルから、大阪シティバス(53系統 船津橋行)または(55系統 鶴町四行)で約15分「堂島大橋」バス停下車すぐ



JR大阪駅

シャトルバスのりば<無料(定員28名)>

■リーガロイヤルホテル大阪行き

- 運行時間/毎日7:45 ~ 22:15(所要時間約10分)
 - ・10:00 ~ 21:00(6分間隔)
 - ・7:45 ~ 10:00および21:00 ~ 22:15(15分間隔)

- 乗降場所/ JR大阪駅西側(高架南寄り)

※ご利用の際は、桜橋口方面をご利用いただくことをお勧めいたします。

会場案内図

第1会場:会議室1003
(教育講演、モーニングセミナー1、ランチョンセミナー1、アフタヌーンセミナー1)

第2会場:会議室1004・1005
(モーニングセミナー2、ランチョンセミナー2、アフタヌーンセミナー2)

第3会場:会議室1006・1007(ランチョンセミナー3)

第4会場:会議室1008(ランチョンセミナー4)

第5会場:会議室1009(ランチョンセミナー5)

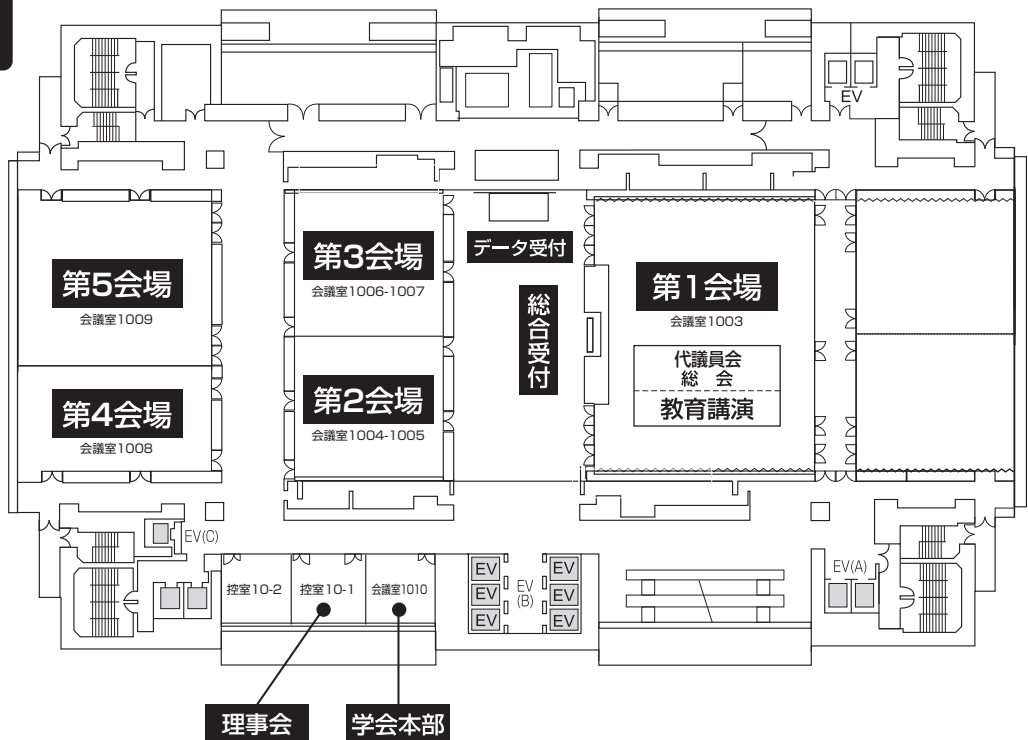
総合受付・データ受付:10Fホワイエ

理事会:控室10-1

主催本部:会議室1010

代議員会・総会:会議室1003

10F



学会進行予定表 (一般演題：発表6分、討論2分)

	第1会場 (会議室1003)	第2会場 (会議室1004・1005)	第3会場 (会議室1006・1007)
8:55			
9:00	開会の辞		
	モーニングセミナー1 (9:00~9:50) 座長：平井 豊博 演者：露口 一成 共催：インスメッド合同会社	モーニングセミナー2 (9:00~9:50) 座長：畑 伸弘 演者：山口 将史 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社	肺癌 副作用1 (9:00~9:48) 座長：東 祐一郎 (26~31)
10:00	教育講演1 (10:00~10:50) 座長：浅井 一久 演者：室 繁郎	間質性肺疾患1 (10:00~10:48) 座長：新井 徹 (1~6)	肺癌 副作用2 (9:53~10:49) 座長：田宮 基裕 (32~38)
11:00	教育講演2 (11:00~11:50) 座長：坪井 知正 演者：露口 一成	間質性肺疾患2 (10:56~11:44) 座長：富岡 洋海 (7~12)	肺癌 併存病態 (10:56~11:44) 座長：林 秀敏 (39~44)
12:00	ランチョンセミナー1 (12:00~12:50) 『進行性線維化を伴う 間質性肺疾患の治療戦略』 座長：渡邊 創 演者：加藤 元康 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	ランチョンセミナー2 (12:00~12:50) 講演1『重症喘息に対するデュピルマブ(L-13および増強性に注目して)』 座長：松本 久子 演者：池上 達義 講演2『Type2炎症におけるIL-4の役割：獲得免疫と自然免疫のクロストーク』 座長：池上 達義 演者：松本 久子 共催：サノフィ株式会社	ランチョンセミナー3 (12:00~12:50) 『肺癌周術期の治療戦略』 座長：石川 将史 演者：藤本 大智 共催：中外製薬株式会社
13:00	代議員会・総会 (13:00~13:30)		
14:00	教育講演3 (14:00~14:50) 座長：川口 知哉 演者：山本 信之	アレルギー性肺疾患1 (13:40~14:12) 座長：森田 恭平 (13~16)	肺癌 治療1 (13:40~14:12) 座長：岡田あすか (45~48)
		アレルギー性肺疾患2 (14:16~14:48) 座長：河村 哲治 (17~20)	肺癌 治療2 (14:16~14:48) 座長：本津 茂人 (49~52)
15:00	アフタヌーンセミナー1 (15:00~15:50) 座長：池上 達義 演者：佐野 博幸 共催：アストラゼネカ株式会社	アフタヌーンセミナー2 (15:00~15:50) 座長：杉田 孝和 演者：林 秀敏 共催：MSD株式会社	肺癌 診断 (14:55~15:43) 座長：赤松 弘朗 (53~58)
16:00	教育講演4 (16:00~16:50) 座長：笠原 敬 演者：忽那 賢志	呼吸不全 (16:00~16:40) 座長：立川 良 (21~25)	転移性腫瘍 (15:50~16:38) 座長：立原 素子 (59~64)
17:00	閉会の辞		

第4会場 (会議室1008)	第5会場 (会議室1009)	
		8:55
		9:00
	真菌感染症 (9:00~9:32) 座長：玉置 岳史 (84~87)	
	COVID 治療 (9:35~10:15) 座長：長谷川吉則 (88~92)	10:00
リンパ腫／黒色腫 (10:00~10:48) 座長：栗林 康造 (65~70)	COVID 罹患後症状 (10:20~11:00) 座長：徳永俊太郎 (93~97)	
		11:00
肉腫等 (10:56~11:44) 座長：杉田 孝和 (71~76)	COVID ワクチン副反応 (11:04~11:44) 座長：橋本 章司 (98~102)	
		12:00
ランチョンセミナー4 (12:00~12:50) 『フレイル、サルコペニア、セデンタリー ~取り組むべきCOPDの新たな治療標的~』 座長：佐藤 晋 演者：浅井 一久 共催：クラシエ薬品株式会社	ランチョンセミナー5 (12:00~12:50) 『EGFR遺伝子変異陽性肺癌の 治療考察』 座長：杉田 孝和 演者：倉田 宝保 共催：日本イーライリリー株式会社	
		13:00
		14:00
希少疾患 (13:40~14:36) 座長：丸毛 聡 (77~83)	抗酸菌感染症1 (13:40~14:12) 座長：松本 智成 (103~106)	
	抗酸菌感染症2 (14:16~14:48) 座長：藤田 悦生 (107~110)	
		15:00
	その他感染症 (14:55~15:43) 座長：橋本 成修 (111~116)	
		16:00
	胸膜／肺循環 (15:50~16:30) 座長：三木 啓資 (117~121)	
		17:00

教育講演

【会議室1003 10:00～11:50・14:00～16:50】

1. COPD診断と治療のためのガイドライン第6版(2022)

～改訂のポイントと実臨床への応用

座長：浅井 一久(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)
演者：室 繁郎(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)
時間：10:00～10:50

2. 多剤耐性結核と新規抗結核薬の現状

座長：坪井 知正(国立病院機構 南京都病院)
演者：露口 一成(国立病院機構 近畿中央呼吸器センター)
時間：11:00～11:50

3. 肺癌治療の新たな方向性

座長：川口 知哉(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)
演者：山本 信之(和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科(内科学第三講座))
時間：14:00～14:50

4. 新型コロナウイルス感染症 最新の知見と感染対策

座長：笠原 敬(奈良県立医科大学 感染症センター)
演者：忽那 賢志(大阪大学大学院 医学系研究科 感染制御学講座)
時間：16:00～16:50

ランチョンセミナー

【12:00～12:50】

1. 進行性線維化を伴う間質性肺疾患の治療戦略

座長：渡邊 創（日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科 副部長）
演者：加藤 元康（順天堂大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 助教）
共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
会場：第1会場

2. 講演1…重症喘息に対するデュピルマブーIL-13および粘液栓に注目して—

座長：松本 久子（近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室 主任教授）
演者：池上 達義（日本赤十字社 和歌山医療センター 院長補佐 兼 呼吸器内科部長）

講演2…Type2炎症におけるIL-4の役割：獲得免疫と自然免疫のクロストーク

座長：池上 達義（日本赤十字社 和歌山医療センター 院長補佐 兼 呼吸器内科部長）
演者：松本 久子（近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室 主任教授）
共催：サノフィ株式会社
会場：第2会場

3. 肺癌周術期の治療戦略

座長：石川 将史（日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器外科 部長）
演者：藤本 大智（和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科 講師）
共催：中外製薬株式会社
会場：第3会場

4. フレイル、サルコペニア、セデンタリー ～取り組むべきCOPDの新たな治療標的～

座長：佐藤 晋（京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座 特定准教授）
演者：浅井 一久（大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 准教授）
共催：クラシエ薬品株式会社
会場：第4会場

5. EGFR遺伝子変異陽性肺癌の治療考察

座長：杉田 孝和（日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科 主任部長 院長補佐）
演者：倉田 宝保（関西医科大学 呼吸器腫瘍内科学講座 主任教授）
共催：日本イーライリリー株式会社
会場：第5会場

モーニングセミナー

【会議室1003 9:00～9:50】

1. 肺MAC症診療の新展開

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：露口 一成（独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 感染症研究部 部長）

共催：インスメッド合同会社

会場：第1会場

2. キーノートレクチャー：「喘息吸入療法の現状と課題」 畑 伸弘 トリプルセラピーの出現で進化した喘息診療を考察する

座長：畑 伸弘（和歌山生協病院 内科部長）

演者：山口 将史（滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科 准教授）

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

会場：第2会場

アフタヌーンセミナー

【15:00～15:50】

1. 重症喘息の課題と最新治療のUP TO DATE

座長：池上 達義（日本赤十字社 和歌山医療センター 第二呼吸器内科部長 兼 院長補佐）

演者：佐野 博幸（近畿大学病院 アレルギーセンター 教授）

共催：アストラゼネカ株式会社

会場：第1会場

2. 使用経験から学ぶ免疫チェックポイント阻害薬の有害事象マネジメント

座長：杉田 孝和（日本赤十字社 和歌山医療センター 院長補佐 兼 呼吸器内科主任部長）

演者：林 秀敏（近畿大学医学部 内科学教室腫瘍内科部門 特命准教授）

共催：MSD株式会社

会場：第2会場

第 1 会場

(会議室 1003)

開会の辞 (8:55～9:00)

会長 南方 良章

モーニングセミナー 1 (9:00～9:50)

座長 平井 豊博
(京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

『肺 MAC 症診療の新展開』

露口 一成

(独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 感染症研究部)

共催：インスメッド合同会社

教育講演 1 (10:00～10:50)

座長 浅井 一久
(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

『COPD 診断と治療のためのガイドライン第 6 版 (2022)
～改訂のポイントと実臨床への応用』

室 繁郎

(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

教育講演 2 (11:00～11:50)

座長 坪井 知正
(国立病院機構 東京都病院)

『多剤耐性結核と新規抗結核薬の現状』

露口 一成

(国立病院機構 近畿中央呼吸器センター)

ランチョンセミナー 1 (12:00～12:50)

座長 渡邊 創
(日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科)

『進行性線維化を伴う間質性肺疾患の治療戦略』

加藤 元康

(順天堂大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

共催：日本バーリンガーインゲルハイム株式会社

教育講演 3 (14:00～14:50)

座長 川口 知哉
(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

『肺癌治療の新たな方向性』

山本 信之

(和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科 (内科学第三講座))

アフタヌーンセミナー1 (15:00～15:50)

座長 池上 達義

(日本赤十字社 和歌山医療センター 第二呼吸器内科)

『重症喘息の課題と最新治療のUP TO DATE』

佐野 博幸

(近畿大学病院 アレルギーセンター)

共催：アストラゼネカ株式会社

教育講演4 (16:00～16:50)

座長 笠原 敬

(奈良県立医科大学 感染症センター)

『新型コロナウイルス感染症 最新の知見と感染対策』

忽那 賢志

(大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学講座)

閉会の辞 (16:55～17:00)

会長 南方 良章

第 2 会場 (会議室 1004・1005)

モーニングセミナー2 (9:00～9:50)

キーノートレクチャー：『喘息吸入療法の現状と課題』

座長 畑 伸弘
(和歌山生協病院)

『トリプルセラピーの出現で進化した喘息診療を考察する』

山口 将史
(滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科)

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

間質性肺疾患 1 (10:00～10:48)

座長 新井 徹
(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)

- 3剤併用療法で救命し軽快後に抗MDA-5抗体が陽転化した急性間質性肺炎の1例
国立病院機構姫路医療センター
○日隈 俊宏, 鏡 亮吾, 井野 孝之, 世利 佳滉, 竹野内正紀, 平岡 亮太,
小南 亮太, 東野 幸子, 加藤 智浩, 勝田 倫子, 塚本 宏壮, 水守 康之,
横井 陽子, 三宅 剛平, 佐々木 信, 河村 哲治, 東野 貴徳
- COVID-19罹患を契機に診断された臨床的無筋症性皮膚筋炎 (CADM) の1例
1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科, 2) 同 リウマチ・膠原病内科,
3) 同 総合内科
○嘉祥 敬宇¹⁾, 富岡 洋海¹⁾, 横田 真¹⁾, 橋本 梨花¹⁾, 網本 久敬¹⁾,
瀧口 純司¹⁾, 金子 正博¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 壺井 和幸²⁾, 濱崎 健弥³⁾
- 抗MDA5抗体陽性間質性肺炎に対しシクロフォスファミドパルスを含む多剤併用免疫抑制療法行うも死亡した一例
独立行政法人国立病院機構大阪刀根山医療センター
○横山 将史, 新居 卓朗, 住谷 仁, 橋本 和樹, 松木 隆典, 橋本 尚子,
辻野 和之, 三木 啓資, 木田 博
- クライオ肺生検にてOP+NSIPを認めた抗ARS抗体陽性間質性肺炎の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
○平野 克也¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾,
小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 勝田 倫子¹⁾,
三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
河村 哲治¹⁾, 東野 貴徳²⁾
- 長期非侵襲的陽圧換気療法を行った特発性上葉優位型肺線維症の一例
1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学, 2) 同 呼吸不全先進医療講座,
3) 同 呼吸管理睡眠制御学講座
○三崎裕美子¹⁾, 濱田 哲²⁾, 池添 浩平¹⁾, 谷澤 公伸¹⁾, 佐藤 晋³⁾,
半田 知宏²⁾, 平井 豊博¹⁾

6. TBLBにより診断されたAFOPの一例

神戸市立医療センター 中央市民病院

○遠藤 慧, 中川 淳, 岩林 正明, 白川 千種, 嶋田 有里, 島 佑介,
平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真, 立川 良, 富井 啓介, 西野 彰悟,
原 重雄

間質性肺疾患2 (10:56~11:44)

座長 富岡 洋海

(神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科)

7. アパルタミドによる薬剤性肺炎の1例

和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科

○垣 貴大, 藤本 大智, 中口 恵太, 高瀬 衣里, 村上恵理子, 杉本 武哉,
柴木 亮太, 寺岡 俊輔, 徳留なほみ, 早田 敦志, 小澤 雄一, 赤松 弘朗,
中西 正典, 洪 泰浩, 上田 弘樹, 山本 信之

8. 休薬のみで軽快したアパルタミドによる薬剤性障害の1例

1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学, 2) 同 胸部腫瘍学

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

9. Crohn病治療中に、慢性肺アスペルギルス症とメサラジンによる肺障害の合併が疑われた1例

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

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

10. 結腸癌化学療法中に発症したANCA関連血管炎の1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 総合内科,

3) 同 皮膚科, 4) 同 病理診断部, 5) 国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院

○中村 哲史¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 坂本 裕人¹⁾, 田中 佑磨¹⁾, 武田 淳志¹⁾,
丸口 直人¹⁾, 山本 亮¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 安田 武洋⁵⁾,
橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 真辺 諄²⁾,
田邊 洋³⁾, 金森 直美⁴⁾, 住吉 真治⁴⁾

11. クライオバイオプシーで診断しえたIgG4関連肺疾患の1例

1) 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 放射線診断科

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

12. 当院で経験したりポイド肺炎の4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, 3) 同 放射線部,
4) 同 臨床検査部
○香川 智子¹⁾, 新井 徹²⁾, 滝本 宜之¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 澄川 裕充³⁾,
清水 重喜⁴⁾, 橘 和延¹⁾, 井上 義一²⁾

ランチョンセミナー2 (12:00~12:50)

座長 松本 久子
(近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室)

講演1…『重症喘息に対するデュピルマブーIL-13および粘液栓に注目してー』

池上 達義
(日本赤十字社 和歌山医療センター)

座長 池上 達義
(日本赤十字社 和歌山医療センター)

講演2…『Type2炎症におけるIL-4の役割:獲得免疫と自然免疫のクロストーク』

松本 久子
(近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室)

共催: サノフィ株式会社

アレルギー性肺疾患1 (13:40~14:12)

座長 森田 恭平
(大阪赤十字病院 呼吸器内科)

13. ベンラリズマブ長期投与後不応となり, メボリズマブへ変更した好酸球増多症を伴う難治性気管支喘息の一例

独立行政法人 国立病院機構 神戸医療センター

- 宮崎 菜桜, 梁川 禎孝, 高田 尚哉, 杉山 陽介, 土屋 貴昭

14. メボリズマブからデュピルマブへの変更が奏功した再発性アレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例

1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科, 2) 吉野病院 呼吸器内科

- 鈴木健太郎¹⁾, 甲斐 吉郎¹⁾, 松田 昌之¹⁾, 堀本 和秀²⁾, 岩井 一哲²⁾,
村上 伸介²⁾, 福岡 篤彦²⁾

15. 難治性喘息に好酸球性細気管支炎の合併が推測できた1例

大阪公立大学 医学部 附属病院

- 永井 貴彬, 渡辺 徹也, 宮本 篤志, 新谷 穰, 川井 隆広, 浅井 一久,
金澤 博, 川口 知哉

16. セボフルラン吸入麻酔が著効した気管支喘息重積発作の一例

天理よろづ相談所病院

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

アレルギー性肺疾患2 (14:16～14:48)

座長 河村 哲治
(国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科)

17. 原因を特定し抗原回避に成功しえた慢性過敏性肺炎の1例

1) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 放射線科

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

18. マイクロバブルバス使用に関連したMycobacterium avium complexによる過敏性肺炎

1) 海南医療センター, 2) 公立那賀病院

○山形 奈穂¹⁾, 池田 剛司¹⁾, 口広 智一²⁾

19. イマチニブが原因と考えられた閉塞性細気管支炎の一例

神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科

○益田 隆広, 増田 佳純, 松岡 佑, 濱崎 直子, 三輪菜々子, 木田 陽子,
瀧 力也, 上領 博, 櫻井 稔泰, 多田 公英

20. 症状に乏しく, VATS肺生検により診断しえた多発血管炎性肉芽腫症の一例

国立病院機構 姫路医療センター

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

アフタヌーンセミナー2 (15:00～15:50)

座長 杉田 孝和
(日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科)

『使用経験から学ぶ免疫チェックポイント阻害薬の有害事象マネジメント』

林 秀敏

(近畿大学医学部 内科学教室腫瘍内科部門)

共催: MSD株式会社

呼吸不全 (16:00～16:40)

座長 立川 良
(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科)

21. 脊椎カリエス, 亀背から慢性2型呼吸不全を呈した症例のシネMRIによる呼吸運動の観察

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

○大道 一輝¹⁾, 塩田 哲広¹⁾, 橋本健太郎²⁾, 辻 貴宏³⁾

22. NPPV継続困難となりHFNCで長期呼吸管理できたMDの一例

国立病院機構南京都病院 呼吸器センター

○坪井 知正, 田畑 寿子, 荏原 雄一, 角 謙介, 佐藤 敦夫

23. 神経疾患と心不全を有する睡眠呼吸障害は病状に応じて性質が変遷する
国立病院機構南京都病院 呼吸器センター
○坪井 知正
24. CO₂ナルコーシスを契機に発見された重症筋無力症の一例
市立岸和田市民病院 呼吸器内科
○藤本 佳菜, 安田 有斗, 田嶋 範之, 岩嶋 大介, 高橋 憲一
25. サイクルエルゴメトリーでの exercise tolerance の評価
1) 橋本市民病院 呼吸器内科, 2) 和歌山県立医大卒後臨床研修センター,
3) 橋本市民病院 救急科, 4) 同 総合内科, 5) 同 循環器内科, 6) 同 外科
○藤田 悦生¹⁾, 南野 和桂²⁾, 小川 敦裕³⁾, 青木 達也⁴⁾, 堀谷 亮介⁴⁾,
橋本 忠幸⁴⁾, 千田 修平⁴⁾, 平山 陽士⁴⁾, 石亀 慎也⁴⁾, 有吉 平⁴⁾,
宮井 優⁴⁾, 岡部 友香⁴⁾, 松山 依子⁴⁾, 有吉 彰子⁴⁾, 内田 真人⁴⁾,
九鬼新太郎⁵⁾, 星屋 博信⁵⁾, 河原 正明¹⁾, 嶋田 浩介⁶⁾, 駿田 直俊¹⁾

第 3 会 場

(会議室 1006・1007)

肺癌 副作用 1 (9:00 ~ 9:48)

座長 東 祐一郎
(国立病院機構和歌山病院 呼吸器内科)

26. クリゾチニブにより複雑性腎嚢胞を来した1例

国立病院機構 和歌山病院

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

27. 肺腺癌に対して ABCP 療法開始後に劇症型心筋炎を来した1剖検症例

1) 兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科,
3) 大阪赤十字病院 呼吸器内科

○木高 早紀¹⁾, 嶋村 優志¹⁾, 高橋 祥太¹⁾, 天野 明彦¹⁾, 山口 実賀¹⁾,
葎 七海³⁾, 齋藤恵美子¹⁾, 平位 知之¹⁾, 續木 定智²⁾, 山本 鉄郎²⁾

28. 小細胞肺癌に対するアテゾリズマブ投与後に大腸穿孔をきたしたサイトメガロウイルス感染合併大腸炎の一例

1) 南奈良総合医療センター 初期臨床研修医, 2) 同 呼吸器内科, 3) 同 感染症内科,
4) 同 消化器・総合外科

○中井 昌弘¹⁾, 甲斐 吉郎²⁾, 鈴木健太郎²⁾, 松田 昌之²⁾, 宇野 健司³⁾,
曾我 真弘⁴⁾, 植田 剛⁴⁾, 吉村 淳⁴⁾

29. 肺扁平上皮癌の治療経過中に大動脈塞栓症を来した1例

済生会京都府病院 呼吸器内科

○古谷 渉, 張田 幸

30. 進展型小細胞癌治療中に治療関連急性前骨髄球性白血病を発症した1例

日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科

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

31. 複合免疫療法施行中に多彩な irAEs が生じたが適切に対処することで長期奏功が得られている肺腺癌の一症例

大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科

○高山 祥泰, 田中 智, 鬼頭里以子, 朝川 遼, 飛田 哲志, 内田 純二,
山本 傑, 上野 清伸

肺癌 副作用 2 (9:53 ~ 10:49)

座長 田宮 基裕
(大阪国際がんセンター 呼吸器内科)

32. ペンブロリズマブ投与後に大動脈炎を呈した肺腺癌の1例

日本生命病院 呼吸器・免疫内科

○國屋 研斗, 甲原 雄平, 飛田 哲司, 田中 雅樹, 二宮 隆介, 城光寺 龍,
新谷 隆, 立花 功

33. ペムブロリズマブによる薬剤性膵炎，薬剤性細気管支炎を発症した肺扁平上皮癌の一例
社会医療法人愛仁会 明石医療センター
○藤本 葉月，畠山由記久，藤本 昌大，榎本 隆則，山崎菜々美，松尾健二郎，
池田 美穂，岡村佳代子，大西 尚
34. 肺扁平上皮癌に対してPembrolizumab投与中に下垂体性副腎皮質機能低下症と劇症1型
糖尿病を併発した1例
市立池田病院
○三橋 靖大，住谷 仁，清水 裕平，田幡江利子，橋本 重樹
35. 肺腺癌に対するペムブロリズマブ投与中に発症し治療に難渋したIrAE膵炎の一例
1) 社会医療法人誠光会 淡海医療センター 呼吸器内科，2) 同 消化器内科
○福本 洋介¹⁾，石崎 直子¹⁾，神田 響¹⁾，小林 遊²⁾
36. 非小細胞肺癌に対してペムブロリズマブ長期投与中に急性間質性腎炎をきたした1例
1) 社会医療法人誠光会 淡海医療センター 呼吸器内科，2) 同 腎臓内科，
3) 同 総合診療科，4) 社会医療法人誠光会 淡海ふれあい病院 腎臓内科
○石崎 直子¹⁾，福本 洋介¹⁾，神田 響¹⁾，信田 裕²⁾，北村 謙³⁾，
西尾 利樹⁴⁾
37. 免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) 投与を契機に抗ARS抗体症候群を発症した肺腺癌の
一例
加古川中央市民病院
○黒田 修平，堀 朱矢，佐伯 悠治，高原 夕，藤本 佑樹，平位 一廣，
藤岡 美結，藤井 真央，多木 誠人，徳永俊太郎，西馬 照明
38. 免疫チェックポイント阻害剤によりVogt-小柳-原田病を発症した一例
1) 甲南医療センター 呼吸器内科，2) 同 眼科
○細江 承¹⁾，寺下 智美¹⁾，榎本 隆則¹⁾，杉本 裕史¹⁾，中田 恭介¹⁾，
中村 賢和²⁾

肺癌 併存病態 (10:56 ~ 11:44)

座長 林 秀敏

(近畿大学医学部 内科学教室腫瘍内科部門)

39. 自律神経障害と感覚性ニューロパチーを呈した肺小細胞癌の一例
紀南病院 内科
○早川 佳奈，吉松 弘晃，芝 みちる，山西 一輝，早川 隆洋，太田 敬之，
中野 好夫
40. ランバートイートン筋無力症候群合併の進展型小細胞肺癌に対して複合免疫療法を施行
した一例
1) 大阪警察病院 呼吸器内科，2) 同 脳神経内科
○町山 裕知¹⁾，大岡 洋子²⁾，田中 庸弘¹⁾，仲谷 健史¹⁾，神吉 秀明²⁾，
橋川 一雄²⁾，南 誠剛¹⁾

41. 抗NMDA受容体脳炎を伴う限局型肺小細胞がんが集学的治療が奏功した一例
 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科,
 3) 同 脳神経内科
 ○田代 隼基¹⁾, 永田 一真¹⁾, 貴志 亮太¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 遠藤 慧¹⁾,
 白川 千種¹⁾, 嶋田 有里¹⁾, 島 佑介¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾,
 立川 良¹⁾, 清水 祐里²⁾, 原 重雄²⁾, 石井 淳子³⁾, 富井 啓介¹⁾
42. 造影効果を伴う下垂体柄の腫大と内分泌異常の精査中に肺腺癌が診断された一例
 神戸市立医療センター中央市民病院
 ○島 佑介, 中川 淳, 貴志 亮太, 田代 隼基, 岩林 正明, 世利 佳滉,
 遠藤 慧, 嶋田 有里, 白川 千種, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,
 立川 良, 富井 啓介
43. 非小細胞肺癌にPTTMを合併し死亡した一例
 日本赤十字社和歌山医療センター
 ○北原 健一, 濱田健太郎, 河内 寛明, 田中瑛一郎, 矢本 真子, 深尾あかり,
 寺下 聡, 渡邊 創, 堀川 禎夫, 池上 達義, 杉田 孝和
44. 重篤な呼吸不全を呈した肺腺癌患者の肺腫瘍血栓性微小血管症に対し, 早期に化学療法
 を行い救命し得た1例
 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院
 ○坂野 勇太, 濱川 瑤子, 山中 諒, 植木 康光, 貴志 亮太, 為定 裕貴,
 森本 千絵, 伊元 孝光, 北島 尚昌, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

ランチョンセミナー3 (12:00~12:50) 座長 石川 将史
(日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器外科)

『肺癌周術期の治療戦略』

藤本 大智

(和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科)

共催：中外製薬株式会社

肺癌 治療1 (13:40~14:12) 座長 岡田あすか
(済生会吹田病院 呼吸器内科)

45. 癌性リンパ管炎による重症呼吸不全を発症した血液透析患者にアファチニブが奏功した
 肺扁平上皮癌の一例
 1) 国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科, 2) 同 腎臓内科
 ○金井 修¹⁾, 小泉 三輝²⁾, 今北 卓間¹⁾, 藤田 浩平¹⁾, 中谷 光一¹⁾,
 三尾 直士¹⁾
46. 分子標的薬の再投与で長期予後が得られた ALK 転座陽性肺腺癌の一例
 加古川中央市民病院 呼吸器内科
 ○佐伯 悠治, 黒田 修平, 藤本 佑樹, 松本 夏鈴, 高原 夕, 平位 一廣,
 藤岡 美結, 藤井 真央, 多木 誠人, 徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明

47. Alectinibに早期耐性を示し、ABCP療法が奏効したALK融合遺伝子陽性肺腺癌の一例
大阪赤十字病院 呼吸器内科
○葭 七海, 黄 文禧, 國宗 直紘, 矢野 翔平, 田中 佑磨, 藤原 直樹,
宮里 和佳, 青柳 貴之, 石川 遼一, 植松 慎矢, 高岩 卓也, 中川 和彦,
森田 恭平, 吉村 千恵, 西坂 泰夫
48. RET融合遺伝子変異陽性肺腺癌に対してセルペルカチニブが奏効した一例
高槻赤十字病院 呼吸器センター
○野溝 岳, 山本 晴香, 村山 恒峻, 深田 寛子, 中村 保清, 北 英夫

肺癌 治療 2 (14:16 ~ 14:48)

座長 本津 茂人
(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

49. ペンプロリズマブ長期投与後に再発し、再投与が奏功した肺癌の一例
明石医療センター 呼吸器内科
○山崎茉々美, 畠山由記久, 藤本 葉月, 榎本 隆則, 松尾健二郎, 池田 美穂,
岡村佳代子, 大西 尚
50. オシメルチニブに初期耐性のEGFR 遺伝子変異陽性肺癌にニボルマブが著効した1例
神鋼記念病院 呼吸器センター
○今尾 舞, 大塚浩二郎, 難波 晃平, 藤本 佑樹, 沼田 潤, 平位 一廣,
橋田 恵佑, 田中 悠也, 稲尾 崇, 門田 和也, 伊藤 公一, 笠井 由隆,
榊屋 大輝, 鈴木雄二郎
51. 4期非小細胞肺癌と1期下咽頭癌の同時重複癌にCBDCA+nabPTX+atezolizumab 併用療法が完全奏効をもたらした1例
1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学, 2) 同 胸部腫瘍学特定講座
○神取 恭史¹⁾, 三上 浩司^{1,2)}, 村上 美沙¹⁾, 河村 直樹¹⁾, 森下 実咲¹⁾,
清田穰太郎¹⁾, 西村 駿¹⁾, 長野 昭近¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾,
柘木 芳樹¹⁾, 堀尾 大介¹⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)},
栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}
52. クライオ生検で肺癌による気道閉塞を迅速に解除し、救命できた症例
1) 公立豊岡病院 呼吸器内科, 2) 姫路医療センター 呼吸器内科
○中尾 高浩¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 難波 晃平¹⁾, 高田 悠司¹⁾, 中治 仁志¹⁾,
水守 康之²⁾

肺癌 診断 (14:55 ~ 15:43)

座長 赤松 弘朗
(和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科)

53. 異なるEGFR 遺伝子変異を示した同時性多発肺癌の1例
大阪府済生会野江病院 呼吸器内科 病理診断科
○山中 佐織, 金子 顕子, 日下部悠介, 中山 絵美, 田中 彩加, 山本 直輝,
松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃, 竹井 雄介

54. EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の加療中に肺小細胞癌への転化を認めた一例
 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
 ○坂本 裕人, 加持 雄介, 田中 佑磨, 丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史,
 松村 和紀, 上山 維晋, 橋本 成修, 田中 栄作, 田口 善夫, 羽白 高
55. AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネルにて診断しえた MET Exon14 skipping 遺伝子陽性肺腺癌の1例
 1) 社会医療法人聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院 呼吸器内科,
 2) 兵庫医科大学病院 呼吸器・血液内科
 ○増井 貴嗣¹⁾, 中島 康博^{1,2)}, 長野 昭近¹⁾, 永田 恵子¹⁾
56. 免疫療法関連肺臓炎との鑑別に病理学的評価の重要性を再認識した癌性リンパ管症の一例
 独立行政法人国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科
 ○今北 卓間, 伊藤 高範, 斉藤漸太郎, 大井 一成, 金井 修, 藤田 浩平,
 中谷 光一, 三尾 直士
57. 当院における高齢者肺癌治療の後方視的解析
 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
 ○乾 佑輔, 茨木 敬博, 岡田あすか, 飯塚 正徳, 羽藤 沙恵, 太田 和輝,
 古山 達大, 上田 将秀, 美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人
58. SP142と22C3でのPD-L1発現の比較～ICとTC, TPSの比較を中心に～
 1) NHO 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 放射線診断科
 ○加藤 智浩¹⁾, 北川 怜奈¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾,
 竹野内政紀¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾,
 東野 幸子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾,
 塚本 宏明¹⁾, 水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 河村 哲治¹⁾

転移性腫瘍 (15:50～16:38) 座長 立原 素子
(神戸大学大学院医学研究科内科学講座 呼吸器内科学分野)

59. 気管支内腫瘍の増大を契機に診断された前立腺癌の1例
 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
 ○丸口 直人, 坂本 裕人, 田中 佑磨, 武田 淳志, 山本 亮, 中村 哲史,
 松村 和紀, 上山 維晋, 加持 雄介, 橋本 成修, 羽白 高, 田中 栄作,
 田口 善夫
60. 胸水から腫瘍細胞を検出した前立腺癌の一例
 洛和会音羽病院 呼吸器科
 ○米本 高弘, 土谷美知子, 村井 淳二, 榎本 昌光, 畑 妙, 田中 友樹,
 田宮 暢代, 長坂 行雄

61. 原発性肺癌を疑ったが精査の結果、前立腺癌の肺転移と診断した1例
1) 公立那賀病院 呼吸器内科, 2) 和歌山県立医科大学 内科学第三講座,
3) 公立那賀病院 呼吸器外科, 4) 同 病理診断科
○北原 大幹^{1,2)}, 村上 祐亮¹⁾, 佐藤 孝一¹⁾, 小暮美和子¹⁾, 平井 一成³⁾,
岩橋 吉史⁴⁾, 金井 一修¹⁾
62. 肺とリンパ節に石灰化を伴った乳癌肺内転移の一例
1) 京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科,
2) 京都府立医科大学 大学院 医学研究科 呼吸器内科学
○植田 寛生¹⁾, 新田 直大¹⁾, 藤井 博之²⁾, 久野はるか²⁾, 吉村 彰紘²⁾,
森本 吉恵²⁾, 岩破 將博²⁾, 徳田 深作²⁾, 金 永学²⁾, 山田 忠明²⁾,
高山 浩一²⁾
63. 経気管支鏡下肺クライオバイオプシーで診断した癌性リンパ管症の一例
1) 独立行政法人 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科,
2) 同 臨床研究センター
○新谷 亮多¹⁾, 岡森 仁臣¹⁾, 倉原 優¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 新井 徹^{1,2)},
井上 義一²⁾
64. 胸部異常陰影を契機に発見された腎癌術後19年での肺・肺門リンパ節転移, 甲状腺転移,
脳脈絡叢転移の1例
1) 労働者健康安全機構 和歌山労災病院 呼吸器内科, 2) 同 泌尿器科,
3) 同 耳鼻咽喉科, 4) 同 脳神経外科
○庄野 剛史¹⁾, 前部屋 賢¹⁾, 辰田 仁美¹⁾, 細 隆信¹⁾, 塔筋 央庸²⁾,
福田 祐也³⁾, 中西 雄大⁴⁾, 林 宣秀⁴⁾

第 4 会 場

(会議室 1008)

リンパ腫／黒色腫 (10:00～10:48)

座長 栗林 康造
(兵庫医科大学 呼吸器内科)

65. 経気管支肺生検での組織診断に苦慮した肺悪性リンパ腫の1例
1) 大阪はびきの医療センター, 2) 神戸大学
○樋口 貴俊¹⁾, 小牟田清英¹⁾, 岡部 福子¹⁾, 柳瀬 隆文¹⁾, 田村香菜子¹⁾,
馬越 泰生¹⁾, 森下 裕¹⁾, 上田 佳世¹⁾, 河原 邦光²⁾, 松岡 洋人¹⁾
66. 多発気管支内腫瘍より診断に至ったびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の一例
兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科
○嶋村 優志, 岡崎 航也, 木高 早紀, 天野 明彦, 高橋 祥太, 山口 実賀,
伊藤 峻, 松本 啓孝, 斎藤恵美子, 平位 知之, 遠藤 和夫, 平林 正孝
67. 神経症状を伴い皮膚生検が有用であった血管内リンパ腫の一例
明石医療センター 呼吸器内科
○松尾健二郎, 岡村佳代子, 池田 美穂, 藤本 葉月, 山崎菜々美, 畠山由記久,
大西 尚
68. 乳糜胸水を伴った濾胞性リンパ腫の一例
済生会滋賀県病院
○菅 佳史, 長谷川 功, 陣野 一輝, 橋倉 博樹
69. 孤立性の右気管支転移を来した悪性黒色腫術後再発の1例
1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学, 2) 同 胸部腫瘍学特定講座,
3) 同 病院病理部
○村上 美沙¹⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 神取 恭史¹⁾, 河村 直樹¹⁾, 森下 実咲¹⁾,
清田穰太郎¹⁾, 西村 駿¹⁾, 長野 昭近¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾,
柁木 芳樹^{1,2)}, 堀尾 大介^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)},
栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}, 山崎 隆³⁾, 廣田 誠一³⁾
70. 超高齢男性に認めた肺原発悪性黒色腫の一例
国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科
○藤田 浩平, 中谷 光一, 今北 卓間, 金井 修, 三尾 直士

肉腫等 (10:56～11:44)

座長 杉田 孝和
(日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科)

71. 当院で経験した肺癌肉腫の一例
大阪府済生会中津病院 呼吸器内科
○長崎 美華, 福島 有星, 東 正徳, 野田 彰大, 宮崎 慶宗, 春田 由貴,
佐藤 竜一, 佐渡 紀克, 斎藤 隆一, 上田 哲也, 長谷川吉則

72. 主気管支内に進展した肺平滑筋肉腫をクライオバイオプシー(TBLC)で診断しえた1例
 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院
 ○塚本 信哉, 北島 尚昌, 船内 敦司, 藤原 直樹, 坂野 勇太, 林 優介,
 宇山 倫弘, 伊元 孝光, 濱川 瑤子, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成
73. 胸郭を占拠する巨大腫瘤を呈し, 長期間の経過を追えた肋骨骨内骨肉腫の1例
 1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 放射線科
 ○三宅 剛平¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾,
 東野 幸子¹⁾, 加藤 智宏¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 水守 康之¹⁾,
 塚本 宏壮¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 河村 哲治¹⁾
74. 経気管支肺生検にて確定診断に至ったHIV感染症に伴う肺カポジ肉腫の一例
 彦根市立病院
 ○斉藤漸太郎, 月野 光博, 渡邊 勇夫, 岡本 菜摘, 寺本由加子, 太田 諒,
 新宅 雅幸
75. 原発性悪性心膜中皮腫の1例
 1) 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科
 ○松岡 佑¹⁾, 木田 陽子¹⁾, 徳重 庸介¹⁾, 益田 隆広¹⁾, 濱崎 直子¹⁾,
 三輪菜々子¹⁾, 額 力也¹⁾, 上領 博¹⁾, 桜井 稔泰¹⁾, 多田 公英¹⁾,
 足立 泰志²⁾, 中西 崇雄²⁾, 本山 秀樹²⁾, 大政 貢²⁾
76. 臨床診断に難渋し剖検により診断に至った縦隔腫瘍の1例
 パナソニック健康保険組合 松下記念病院
 ○宮本 瑛史, 大倉 直子, 酒井 健紀, 西村 直也, 和泉 宏幸, 川端 二,
 山田 崇央

ランチョンセミナー4 (12:00~12:50) 座長 佐藤 晋
(京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座)

『フレイル、サルコペニア、セデンタリー
 ~取り組むべきCOPDの新たな治療標的~』

浅井 一久
 (大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

共催: クラシエ薬品株式会社

希少疾患 (13:40~14:36) 座長 丸毛 聡
(田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器内科)

77. 気管支鏡にて診断し得た気管支・肺アミロイドーシスの一例
 1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科,
 2) 近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科, 3) 近畿大学病院
 ○花田宗一郎¹⁾, 吉川 和也¹⁾, 山崎 亮²⁾, 山縣 俊之¹⁾, 澤口博千代¹⁾,
 村木 正人¹⁾, 松本 久子²⁾, 東田 有智³⁾

78. びまん性肺胞隔壁型の肺病変を呈した原発性全身性アミロイドーシスの一例
1) 神戸市立医療センター 西市民病院 呼吸器内科, 2) 同 循環器内科,
3) 同 腎臓内科, 4) 同 消化器内科, 5) 神戸大学医学部附属病院 腫瘍・血液内科
○橋本 梨花¹⁾, 岩林 正明¹⁾, 李 正道¹⁾, 横田 真¹⁾, 網本 久敬¹⁾,
田畑 論子²⁾, 渡邊 周平³⁾, 山田 聡⁴⁾, 瀧口 純司¹⁾, 薬師神公和⁵⁾,
金子 正博¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 富岡 洋海¹⁾
79. 禁煙と骨転移巣に対する放射線治療で軽快した成人の多臓器型ランゲルハンス組織球症の1例
1) 市立福知山市民病院 呼吸器内科, 2) 同 腫瘍内科
○山本 千恵¹⁾, 澤田 凌^{1,2)}, 杉本 匠¹⁾, 原田 大司²⁾
80. 骨髄移植後にRestrictive allograft syndrome (RAS) を発症した1例
近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科
○御勢 久也, 佐野安希子, 國田 裕貴, 吉川 和也, 白波瀬 賢, 西川 裕作,
大森 隆, 西山 理, 佐野 博幸, 原口 龍太, 松本 久子
81. 特発性肺内血腫の一例
1) 関西医科大学附属病院 呼吸器感染症アレルギー内科, 2) 同 呼吸器外科
○福田 直樹¹⁾, 尾形 誠¹⁾, 矢村 明久¹⁾, 宮下 修行¹⁾, 村川 知弘²⁾
82. 健診異常で発見された先天性気管支閉鎖症の1例
1) 京都第二赤十字病院 初期研修医, 2) 同 呼吸器内科, 3) 同 呼吸器外科
○白井 遼¹⁾, 佐藤いずみ²⁾, 國松 勇介²⁾, 堤 玲²⁾, 谷村 真依²⁾,
中野 貴之²⁾, 谷村 恵子²⁾, 標 玲央名³⁾, 石川 成美³⁾, 柳田 正志³⁾,
竹田 隆之²⁾
83. 偶発的に確認し得た気管気管支骨軟骨形成症 (TO) の1例
大阪府済生会吹田病院
○羽藤 沙恵, 岡田あすか, 乾 佑輔, 古山 達大, 上田 将秀, 茨木 敬博,
美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人

第 5 会場

(会議室 1009)

真菌感染症 (9:00 ~ 9:32)

座長 玉置 岳史

(関西医科大学総合医療センター 呼吸器膠原病内科)

84. 間質性肺炎急性増悪の治療中に侵襲性肺アスペルギルス症を併発し致死的経過を辿った 1 例

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

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

85. 肺癌との鑑別を要した肺クリプトコッカス症の一例

1) 関西医科大学 医学部 卒後臨床研修センター,

2) 関西医科大学総合医療センター 第一内科, 3) 同 呼吸器外科, 4) 同 病理部,

5) 関西医科大学 第一内科

○小川 咲¹⁾, 澤井 裕介²⁾, 玉置 岳史²⁾, 清水 俊樹²⁾, 石浦 嘉久²⁾,
中野 隆仁³⁾, 金田浩由紀³⁾, 酒井 康裕⁴⁾, 植村 芳子⁴⁾, 野村 昌作²⁾,
伊藤 量基⁵⁾

86. 左下肢麻痺を契機にクリプトコッカス肺炎と帯状疱疹ヘルペス脳炎と診断された後天性免疫不全症候群の一例

1) 京都大学 大学院医学研究科 呼吸器内科学, 2) 同 血液・腫瘍内科学

○名取 大輔¹⁾, 曾根 尚之¹⁾, 伊藤 功朗¹⁾, 白川康太郎²⁾, 平井 豊博¹⁾

87. 尿検査より判明した播種性 *Cryptococcus neoformans* 症の一例

公益財団法人 天理よろづ相談所病院

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

COVID 治療 (9:35 ~ 10:15)

座長 長谷川吉則

(大阪済生会中津病院 呼吸器内科)

88. 濾胞性リンパ腫治療後の1ヶ月以上遷延する COVID-19 に対してニルマトレビル/リトナビルが有用であった一例

公益財団法人 田附興風会医学研究所 北野病院

○藤原 直樹, 伊元 孝光, 宇山 倫弘, 林 優介, 濱川 瑤子, 北島 尚昌,
井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

89. 肺移植後遠隔期に COVID-19 肺炎を発症した 2 例の検討

1) 大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器外科学, 2) 同 呼吸器・免疫内科学

○櫻井 禎子¹⁾, 南 正人¹⁾, 平田 陽彦²⁾, 狩野 孝¹⁾, 舟木壮一郎¹⁾,
寛島 隆史¹⁾, 福井絵里子¹⁾, 木村 亨¹⁾, 大瀬 尚子¹⁾, 新谷 康¹⁾

90. 当院における COVID-19 感染者に対するレムデシビル治療介入のリスク因子の検討
—和歌山県第4波—
1) 和歌山県立医科大学 救急集中治療医学講座,
2) 和歌山県立医科大学附属病院 紀北分院 内科
○田村 志宣¹⁾, 垣 貴大²⁾, 丹羽麻也子²⁾, 山野由紀子²⁾, 河井伸太郎²⁾,
梶本 賀義²⁾, 廣西 昌也²⁾
91. COCOVID肺炎後遺症への治療の試み
うえに生協診療所
○金谷 邦夫
92. 当院における COVID-19 専用病床の後ろ向き解析
1) 大阪府結核予防会 大阪複十字病院 内科, 2) 同 麻酔科, 3) 同 泌尿器科,
4) 同 整形外科
○東口 将佳¹⁾, 西岡 紘治¹⁾, 木村 裕美¹⁾, 桑原 幹雄¹⁾, 良原 潤啓²⁾,
小池 浩之³⁾, 中嶋 高子⁴⁾, 北村 卓司⁴⁾, 山本 隆文⁴⁾, 松本 智成¹⁾,
小牟田 清¹⁾

COVID 罹患後症状 (10:20 ~ 11:00)

座長 徳永俊太郎
(加古川中央市民病院 呼吸器内科)

93. COVID-19 治療後にニューモシスチス肺炎の発症が疑われた1例
北野病院 呼吸器内科
○船内 敦司, 塚本 信哉, 林 優介, 宇山 倫弘, 伊元 孝光, 濱川 瑤子,
北島 尚昌, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成
94. COVID-19 治療後に発症した粟粒結核の一例
独立行政法人 国立病院機構 奈良医療センター
○富田 大, 中村 真弥, 小山 友里, 熊本 牧子, 田中小百合, 板東 千昌,
久下 隆, 芳野 詠子, 玉置 伸二
95. COVID-19 罹患後に発症した嫌気性菌による皮下膿瘍
1) 大阪大学大学院 医学系研究科 呼吸器・免疫内科学, 2) 同 麻酔・集中治療医学
○山本 悠司¹⁾, 白山 敬之¹⁾, 平田 陽彦¹⁾, 久下 朋輝¹⁾, 松本錦之介¹⁾,
米田 翠¹⁾, 山本 真¹⁾, 内山 昭則²⁾, 武田 吉人¹⁾, 熊ノ郷 淳¹⁾
96. 重症 COVID-19 に続発した免疫性血小板減少性紫斑病の1例
1) 京都中部総合医療センター 呼吸器内科, 2) 同 総合内科
○江上 正史¹⁾, 服部 雄²⁾, 廣瀬 和紀¹⁾, 伊達 紘二¹⁾
97. 腸間膜リンパ節炎をきたした COVID-19 の一例
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○松村 和紀, 坂本 裕人, 田中 佑磨, 武田 淳志, 丸口 直人, 山本 亮,
中村 哲史, 上山 雅晋, 加持 雄介, 橋本 成修, 田中 栄作, 田口 善夫,
羽白 高

COVID ワクチン副反応 (11:04 ~ 11:44)

座長 橋本 章司
(大阪はびきの医療センター 臨床研究センター)

98. COVID19 ワクチン接種後に間質性肺炎を発症した一例
一般財団法人 住友病院
○桂 悟史, 奥村 太郎, 南 和宏, 酒井 勇輝, 中田 侑吾, 神野 志織,
頼住 昇, 渡辺 安奈, 重松三知夫
99. COVID-19罹患に伴う急性間質性肺炎の治療中に新型コロナウイルスワクチン接種を契機に再増悪した1例
大阪市立総合医療センター 呼吸器内科
○堤 将也, 山入 和志, 藤井 裕子, 三木 雄三, 柳生 恭子, 眞本 卓司,
少路 誠一
100. COVID-19 ワクチン接種後に発症あるいは増悪したと考えられた間質性肺疾患の3例
大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
○上田 将秀, 美藤 文貴, 乾 佑輔, 羽藤 沙恵, 古山 達大, 茨木 敬博,
岡田あすか, 竹中 英昭, 長 澄人
101. COVID-19 ワクチン (コミナティ[®]) 接種後にびまん性肺陰影を呈した3症例
高槻赤十字病院 呼吸器内科
○山本 晴香, 村山 恒峻, 野溝 岳, 深田 寛子, 中村 保清, 北 英夫
102. 3回目コロナウイルス装飾ウリジンRNA ワクチン接種後に発症した化膿性胸鎖骨関節炎の1例
1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 病理診断部
○松本 夏鈴¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 山本 浩生¹⁾,
橋田 恵佑¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾,
鈴木雄二郎¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 梶屋 大輝¹⁾, 田代 敬²⁾

ランチョンセミナー5 (12:00 ~ 12:50)

座長 杉田 孝和
(日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科)

『EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の治療考察』

倉田 宝保
(関西医科大学 呼吸器腫瘍内科学講座)

共催: 日本イーライリリー株式会社

抗酸菌感染症 1 (13:40 ~ 14:12)

座長 松本 智成
(大阪府結核予防会大阪複十字病院 内科)

103. 肺腺癌術後に脳孤立結節を伴って患側に生じた肺/胸壁結核の一例
和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科
○中口 恵太, 小澤 雄一, 寺岡 俊輔, 垣 貴大, 高瀬 衣里, 村上恵理子,
柴木 亮太, 杉本 武哉, 藤本 大智, 徳留なほみ, 早田 敦志, 中西 正典,
洪 泰浩, 上田 弘樹, 赤松 弘朗, 山本 信之

104. 著名な肝機能障害と血球貪食症候群をきたした粟粒結核の1例
堺市立総合医療センター
○関灘 大輔, 中野 仁夫, 榊田 元, 西尾 智尋, 西田 幸司, 郷間 巖,
岡本 紀雄, 白石 綾, 池田 直樹
105. 肺扁平上皮癌の化学放射線療法後にGrade3の放射線肺炎に加えて肺結核を発症した1例
京都中部総合医療センター
○廣瀬 和紀, 江上 正史, 伊達 紘二
106. 肺抗酸菌症診断および治療決定に関連する喀痰品質の評価
1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター, 2) 同 臨床検査科
○吉田志緒美¹⁾, 露口 一成¹⁾, 小林 岳彦¹⁾, 嶋谷 泰明²⁾, 井上 義一¹⁾

抗酸菌感染症 2 (14:16 ~ 14:48)

座長 藤田 悦生
(橋本市民病院 呼吸器内科)

107. 内蔵逆位を伴う難治性非結核性抗酸菌症の1例
国立病院機構 大阪刀根山医療センター
○住谷 仁, 木田 博, 三木 啓資, 辻野 和之, 橋本 尚子, 松木 隆典,
橋本 和樹, 新居 卓郎, 横山 将史
108. *Mycobacterium avium* complex 胸膜炎に起因する急性呼吸不全のため死亡に至った症例
1) NHO 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター, 2) 市立豊中市民病院 呼吸器内科,
3) NHO 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科, 4) 同 臨床検査科
○小林 岳彦¹⁾, 大崎 恵^{2,3)}, 吉田志緒美¹⁾, 清水 重喜⁴⁾, 露口 一成^{1,3)}
109. 家族性に発症がみられたクラリスロマイシン耐性 *Mycobacterium avium* complex 症について
1) NHO 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター, 2) 同 呼吸器内科,
3) 市立豊中市民病院 呼吸器内科
○小林 岳彦¹⁾, 大崎 恵^{1,2)}, 露口 一成^{1,3)}, 吉田志緒美¹⁾, 新井 徹¹⁾,
井上 義一¹⁾
110. 当院におけるリポソーム化アミカシン吸入液使用10例の検討
大阪刀根山医療センター
○橋本 和樹, 住谷 仁, 横山 将史, 新居 卓朗, 松木 隆典, 橋本 尚子,
辻野 和之, 三木 啓資, 木田 博

その他感染症 (14:55 ~ 15:43)

座長 橋本 成修
(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

111. ステロイド抵抗性の間質性肺炎として加療中にAIDSと判明した一例
大阪赤十字病院
○田中 佑磨, 国宗 直紘, 矢野 翔平, 葭 七海, 藤原 直樹, 宮里 和佳,
青柳 貴之, 石川 遼一, 植松 慎矢, 高岩 卓也, 中川 和彦, 森田 恭平,
吉村 千恵, 黄 文禧, 西坂 泰夫

112. 骨髓異形成症候群，器質化肺炎，肺胞蛋白症の加療中に難治性多発肺浸潤影をきたした一例
 剖検例
 1) 大阪府済生会野江病院 呼吸器内科，2) 同 病理診断科
 ○吉本 夏樹¹⁾，松本 健¹⁾，金子 顕子¹⁾，日下部悠介¹⁾，中山 絵美¹⁾，
 田中 彩加¹⁾，山本 直輝¹⁾，相原 顕作¹⁾，山岡 新八¹⁾，三嶋 理晃¹⁾，
 竹井 雄介²⁾
113. 多彩な肺炎像を呈したオウム病の一例
 市立伊丹病院 呼吸器内科
 ○永田 憲司，新井 将弘，高 祥泰，山内桂二郎，満屋 奨，原 彩子，
 原 聡志，木下 善詞，細井 慶太
114. レジオネラ肺炎の経過中に意識障害と小脳性運動失調を呈した一例
 日本赤十字社京都第二赤十字病院 呼吸器内科
 ○大中 毬花，谷村 恵子，狩野友花里，國松 勇介，堤 玲，佐藤いずみ，
 谷村 真依，中野 貴之，竹田 隆之
115. 肺トキソカラ症の一例
 大阪府結核予防会 大阪複十字病院
 ○東口 将佳，松本 智成，西岡 紘治，木村 裕美，小牟田 清
116. 好酸球上昇を契機にToxocara症と診断した1例
 和泉市立総合医療センター
 ○上田 隆博，上野健太郎，小林 真晃，上西 力，中辻 優子，石井真梨子，
 田中 秀典，松下 晴彦

胸膜／肺循環（15：50～16：30）

座長 三木 啓資
 （国立病院機構大阪刀根山医療センター 呼吸器内科）

117. Birt-Hogg-Dube症候群に続発した妊婦の両側気胸の1例
 近畿大学病院 呼吸器アレルギー内科
 ○吉川 和也，佐野安希子，國田 裕貴，白波瀬 賢，御勢 久也，西川 裕作，
 大森 隆，西山 理，松本 久子
118. 咯血を伴った急性肺血栓栓症の1例
 1) 奈良県総合医療センター 呼吸器内科，2) 同 循環器内科
 ○伊佐敷沙恵子¹⁾，松本 祥生¹⁾，奥田悠太郎¹⁾，村上 早穂¹⁾，宮高 泰匡¹⁾，
 伊木れい佳¹⁾，花岡 健司¹⁾，添田 恒有²⁾，伊藤 武文¹⁾
119. 肺炎として治療しCT所見の経過がおえた肺梗塞の一例
 独立行政法人国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
 ○井野 隆之，世利 佳滉，北川 怜奈，日隅 俊宏，竹野内政紀，平岡 亮太，
 平野 克也，小南 亮太，東野 幸子，加藤 智浩，鏡 亮吾，勝田 倫子，
 三宅 剛平，横井 陽子，水守 康之，塚本 宏壮，佐々木 信，河村 哲治，
 中原 保治，東野 貴徳

120. 偶発的に発見され経カテーテル的塞栓術を施行した肺動静脈瘻の2例

- 1) 石切生喜病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器腫瘍内科, 3) 同 放射線科
○松浦 弘幸¹⁾, 大島 友里¹⁾, 櫻井 佑輔¹⁾, 平位 佳歩¹⁾, 谷 恵利子¹⁾,
吉本 直樹¹⁾, 南 謙一¹⁾, 平島 智徳²⁾, 狩谷 秀治³⁾

121. 冠動脈-気管支動脈交通を伴う気管支拡張症の一例

- 1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科, 2) 同 感染制御部, 3) 同 臨床腫瘍部
○松本 祥生¹⁾, 弓場 達也^{1,2)}, 陣野 一輝¹⁾, 立花 佑介¹⁾, 合田 志穂¹⁾,
笹田 碧沙¹⁾, 大村亜矢香¹⁾, 辻 泰佑¹⁾, 塩津 伸介^{1,3)}, 内匠千恵子^{1,3)},
平岡 範也¹⁾

抄 録

教育講演

モーニングセミナー

ランチョンセミナー

アフタヌーンセミナー

教育講演 1

COPD診断と治療のためのガイドライン第6版(2022) ～改訂のポイントと実臨床への応用

室 繁郎

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

日本呼吸器学会・COPD診断と治療のためのガイドライン第6版が2022年5月に公表された。2018年に発表された第5版から約4年が経過し、この間に発表された観察研究・介入研究等を反映し、また、特に日本人を対象にした報告を重視し、実臨床に有用であることを意識したガイドラインである。

健康日本21にCOPDの認知度の向上が謳われて久しいが、認知度・診断率が前回のガイドラインの時期に比して大幅に向上したとは言い難い。これを背景に、診断の項目では、初診時の状況を①安定期に自覚症状での受診、②検診等での発見、③増悪関連の事象での受診など、具体的に記載することによって診断率の向上を期待している。また、身体活動性がCOPDの強い予後関連因子であることが認知され、第4版からCOPDの管理目標に“身体活動性の向上・維持”が記載されるようになった。第6版でもこれらの記載を踏襲するとともに、“身体活動性改善のための方策”といった具体的な患者教育の参考資料や、“セダンタリー行動”に関する記載を追記している。また、安定期の評価項目に“栄養評価”を追加するなど、全身への配慮に関する記載がより充実している。

治療に関しては、evidence based medicineに則り、Minds (<https://minds.jcqh.or.jp/>) に準拠した記載を志向している。具体的には、15のclinical questionを設定し、それぞれにsystematic review (SR) チームを結成し、メタ解析を施行し、COIに抵触しない委員の投票により、治療の推奨度を決定している。

治療の主体は長時間作用性吸入気管支拡張薬であることは第5版と同様であるが、近年複数の薬剤が上市されたトリプル製剤 (ICS/LAMA/LABA 配合薬, Single inhaler triple therapy: SITT) では、増悪抑制効果、健康関連QoLの改善効果、また、生命予後改善の可能性など、重要な知見が複数報告されている。一方で、日本人集団の特徴 (増悪頻度が比較的低い、肺炎のリスクが高い場合が多い) や、日本人サブ解析の報告を対象としたSR、メタ解析の結果を踏まえ、吸入ステロイド製剤 (ICS) の位置付けを検討した。第5版では、ICSの導入は喘息合併病態に、という記載であったが、第6版では、増悪歴があり、末梢血好酸球増多があればICS併用を考慮すると記載していることが大きな変更点である。これら治療・管理の発達に伴い、管理目標として“健康寿命の延長”が追記されたことも見逃せない。

教育講演2

多剤耐性結核と新規抗結核薬の現状

露口 一成

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター

多剤耐性結核はイソニアジド (INH) とリファンピシン (RFP) の2剤に耐性の結核と定義されており、難治性の結核としてその対策は世界的に問題となってきた。これまで、全世界における多剤耐性結核の治療成功率は6割に満たない状態であった。しかし近年、新規抗結核薬であるベダキリン (BDQ) とデラマニド (DLM) の登場、一般抗菌薬であるフルオロキノロン系薬やリネゾリド (LZD) の結核への使用など、複数の有効薬による治療が行えるようになって治療成績は格段に向上しており、治癒が期待できる疾患となっている。これまでは、これらの薬剤は他の主要抗結核薬が使用できないときに追加すべき薬剤とされていたが、最近では、多剤耐性結核においてはベダキリンやフルオロキノロン系薬が通常の抗結核薬よりも優先的に使用されるべき薬剤との位置付けになり、レジメン組み立ての考え方が変化してきている。また、これまでは治療期間は18ヶ月~24ヶ月と長期の投薬を行うことが定められていたが、最近では6ヶ月~9ヶ月の短期レジメンの臨床試験が行われており、治療期間の短縮化が図られている。

本講演では次のようなこととお話する予定である。

1) 多剤耐性結核の疫学

全世界では2019年には46万5,000人の多剤耐性結核/RFP耐性結核が発生したと推定されている。日本では、年間に発生する多剤耐性結核は50人程度であるが外国人の占める割合が上昇しつつあることが問題である。

2) 多剤耐性結核の診断

もっとも重要なのは正確に薬剤感受性試験を行うことである。今後は従来の検査法に代わってMIC測定による方法が普及すると予想されている。また近年では耐性遺伝子の変異を検出することによる迅速検査の開発も進んでいる。

3) 耐性結核治療の実際

2019年にATS/CDC/ERS/IDSA、2020年にWHOがそれぞれ耐性結核のガイドラインを発表している。これらに拠った多剤耐性結核、INH耐性結核治療の実際について紹介する。

4) 今後の新規薬剤開発の展望

BDQやDLMについても薬剤耐性の報告が既に出ており、さらに新たな薬剤の開発も望まれるところである。またさまざまな新規レジメンの試験も進んでいる。

多剤耐性結核は公衆衛生上の脅威であり適切な対策をとることは医療従事者の責務である。新たな耐性を誘導することなく、また耐性結核を他人に感染させることなく、個々の耐性結核を治癒させることが必要である。

教育講演3

肺癌治療の新たな方向性

山本 信之

和歌山県立医科大学 内科学第三講座

肺癌治療の3本柱は、緩和医療を除くと、手術、放射線治療、薬物療法であることは、この数十年かわりがない。この中で、最近の進歩が著しいのは薬物療法の分野であるが、去年は、手術手技においても重要なエビデンスが発出され本年Lancetで公表された。また、オリゴメタの概念が広がりつつあり、十分なエビデンスはそろっていないものの、進行肺がんでも、薬物療法と局所療法の組み合わせが、治療の選択肢になりうることで、日本肺癌学会の肺癌診療ガイドラインも記載されるようになってきている。すなわち、この数年は、薬物療法のみならず局所療法においても進歩がみられ、治療体系がより複雑化され、治療においては、専門的な知識が必要とされる局面が増えてきている。

本教育講演では、肺癌治療の内科的治療を中心に、最近の進歩について概説する予定である。

教育講演4

新型コロナウイルス感染症 最新の知見と感染対策

忽那 賢志

大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学講座

成人のCOVID-19感染者の約3～4割は無症候性感染者とされるが、発症者の潜伏期は約5日（オミクロン株では3日）でありインフルエンザ様症状を呈する。嗅覚障害・味覚障害は新型コロナウイルス感染症に特異度の高い症状であるがオミクロン株では頻度が低くなっており、ますます臨床症状だけの診断が困難となっている。発症者の約2割が発症から7～10日目に重症化するのが典型的な経過である。高齢者や基礎疾患を持つ患者、肥満などがリスクファクターである。

新型コロナウイルス感染症は、発症後しばらくの間はウイルスが増殖しており抗ウイルス薬が有効と考えられ、また重症化してくる頃には過剰な炎症反応が主病態となる。したがって、病期を適切に捉えた上で、抗ウイルス薬と抗炎症薬とを組み合わせることが重要である。2022年6月時点で国内承認されている抗ウイルス活性を持つ薬剤にはレムデシビル、カシリビマブ/イムデビマブ、ソトロビマブ、モルヌピラビル、ニルマトレルビル/リトナビルが、抗炎症薬にはデキサメタゾン、バリシチニブ、トシリズマブがある。また凝固異常も病態に関わっていることから、ヘパリンなどの抗凝固薬を併用することも一般的となっている。新型コロナウイルス感染症は、飛沫感染および接触感染によって広がるが、いわゆる3密と呼ばれる空間で伝播しやすいことが分かっている。国内で承認となっている新型コロナワクチンは3種類あり、2022年6月現在は主に2つのmRNAワクチンの接種が行われている。いずれも極めて高い感染予防効果が示されており、また第5波における致死率の低下に寄与したと考えられる。一方で、オミクロン株に対する感染予防効果は大幅に低下しており、また高齢者においては重症化予防効果も時間経過によって低下することから、3回目となるブースター接種によって再び感染予防効果・重症化予防効果を高める必要がある。4回目のワクチン接種については、感染予防効果はあまり期待できないものの、重症化予防効果は期待できるため、特に重症化リスクの高い高齢者や基礎疾患のある人では推奨される。

モーニングセミナー 1

肺 MAC 症診療の新展開

露口 一成

独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 感染症研究部

肺非結核性抗酸菌症（NTM 症）は増加しつつあり今後ますます重要となる呼吸器感染症であるが、とりわけ大部分を占める *M. avium complex*（MAC）症のマネジメントについては課題が山積している。まず最大の問題として、有効薬に乏しく、標準的な治療とされるリファンピシン＋エタンブトール＋クラリスロマイシンの 3 剤による治療を行っても必ずしも治癒に導けない例が少なからず存在することがある。また高齢者が多いこともあり、副作用のためにその 3 剤さえも使用できない例も多い。抗菌力が強く副作用の少ない新たな治療薬の登場が待望される場所である。また肺 MAC 症は、病状の進行の個人差が大きく、長期間にわたってほとんど変化がない例から、急速に進行して悪化する例までさまざまであることも治療の判断を困難にする。標準治療の非力さもあいまって、必ずしも診断のついた患者全員にただちに治療導入するとは限らないため、どのように治療適応を決定するかが問題となる。NTM は環境常在菌であり、多くの人間が日常的に菌の曝露を受けていると考えられ、その一部で感染症の発病に至るため、どのような宿主側の素因が発症に関わるのか、また発病や再発を防止するために菌の曝露を避けることがどのような役割を果たすのかなども、重要なテーマである。

2020 年に ATS/ERS/ESCMID/IDSA による NTM 症治療ガイドラインが発表された。上述の課題に関して参考となるいくつかの事項が含まれている。治療開始基準については、基本的に診断基準を満たした例では治療の提示を行い、特に有空洞例や喀痰塗抹陽性例では強く勧めることが推奨されている。また空洞のない結節・気管支拡張型では週 3 回投与による治療が提示されており、副作用リスク軽減のために有用と考えられる。一方、有空洞例や高度の気管支拡張例など重症例では、アミカシンやストレプトマイシンの注射が推奨されている。また、新規薬剤としてはリポソーム化アミカシン吸入薬が記載され、既存薬による治療によっても改善しない難治例に対する治療として推奨されている。

しかし、肺 MAC 症の制御という面では、まだまだ課題は解決されたとはいえない。本日は、ガイドラインに沿った肺 MAC 症の診療のポイントについて、今後の課題も含めて解説する。

モーニングセミナー2

キーノートレクチャー：「喘息吸入療法の現状と課題」 畑 伸弘
トリプルセラピーの出現で進化した喘息診療を考察する

山口 将史

滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科

2000年代中盤にシングルデバイスとしてのICS（吸入ステロイド薬）/LABA（吸入長時間作用性 β_2 刺激薬）配合剤が使えるようになり、少なくともこの約20年において喘息診療の中心的な役割を担ってきたのは中用量のICS/LABAであり、その普及により喘息死者数減少など一定の成果をもたらしたことは疑う余地はない。しかし、最近の複数の疫学調査の結果を見ると、喘息患者全体の症状コントロール状態は決して良好とは言い難い現実が浮き彫りになっている。この原因として、ICS/LABA 配合剤による治療ではある一定数の患者で気道炎症や気流制限が残存し、これらが症状コントロールの不良や頻回の増悪につながるようになってきている。

一方、アセチルコリンは古くより気道平滑筋の収縮や粘液過分泌など喘息の病態生理に深く関わることが知られている。喘息診療においてLAMA（吸入長時間作用性抗コリン薬）は数年前には既にICS/LABA への追加効果が確立された治療薬であり、診療ガイドラインでも幅広い喘息患者に対する投与が推奨されている。これまでの多くの研究で、LAMAは喘息患者のフェノタイプに関わりなく有効性が期待でき、好中球性炎症にも効果が期待されるという結果が出ているが、従来は喘息患者にLAMAを処方するにはデバイス数が増加するという難点があり、普及率は非常に低かった。

これまで最も頻用されてきた中用量のICS/LABA 配合剤で症状コントロールが不十分である場合、次の手としては①ICSを高用量にする、②LAMAを追加する、③ロイコトリエン受容体拮抗薬などの内服薬を追加する、などが選択肢として考えられた。しかし、近年ICSについては漫然と高用量の投与を行うことのリスクが強調されており、ますます喘息診療におけるLAMA製剤の重要性が注目されている。そして、2020年には国際共同第III相試験であるCAPTAIN試験でICS/LABA/LAMA 配合剤のICS/LABA 製剤に対する優位性が報告され、また本邦でもこの1～2年で複数のICS/LABA/LAMA 配合剤が上市され、喘息診療におけるLAMA製剤投与の意義が高まると共に、利便性が著しく向上した。

本講演ではICS/LABA/LAMA 配合剤の位置付けや今後の可能性を、近年閉塞性肺疾患において重要視されている「Treatable traits」の概念やCAPTAIN試験、そして当院での投与経験をもとに、私見を織り交ぜながら概説したい。

ランチョンセミナー 1

進行性線維化を伴う間質性肺疾患の治療戦略

加藤 元康

順天堂大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

特発性肺線維症 (idiopathic pulmonary fibrosis: IPF) 以外の間質性肺疾患 (interstitial lung disease: ILD) は、進行期となると抗炎症治療を行っていたとしても IPF 同様に線維化が進行することが多いとされる。2020年に進行性線維化を伴う ILD (progressive fibrosing-ILD: PF-ILD) に対する抗線維化薬ニンテダニブの有効性と安全性について検討した INBUILD 試験の結果が公表され、ニンテダニブはプラセボ投与よりも有意に努力性肺活量の減少を抑制した。その結果により、IPF に限定的であった抗線維化治療の適応が拡大された。IPF 以外の ILD には関節リウマチなど膠原病関連の ILD も含まれるため、膠原病疾患に関しては膠原病内科医とも十分協議の上、治療方針を決定する必要が出てきた。さらに PF-ILD の概念の登場により ILD 診療に時間軸が導入され、診断後の経過観察における線維化を含む病状の進行有無はもとより特発性と診断された症例であっても、経過とともに膠原病を発症することもあるため、定期的な診断、治療内容の見直しを行い、症例ごとにその時点での最適な診療を行う必要がでてきた。

当院では IPF 症例へ180名以上にニンテダニブ投与を過去に行った。IPF への承認直後はすでに進行例で上市を待って投与開始した症例や、有害事象の懸念から早期からの内服を拒否し、進行期になってから治療開始された症例が多かった半面、最近では早期より導入していたケースが多い印象があった。当院症例を実際にニンテダニブ投与開始時期を2017年まで、2018年以降で分け比較した場合、2017年以前の方が投与開始時の年齢および BMI は有意に高く、重症度はより重症、治療前の FVC も有意に低かった。また、有害事象発症率や初回急性増悪までの期間について有意差はなかったものの、最近の症例の方が年間 FVC 減少量は有意に少なく、全生存時間は有意に長く、12か月以内の急性増悪発症率は有意に低かった。最近行われ始めた PF-ILD への抗線維化治療も同様で、IPF 以外では治療導入時は抗炎症治療を行うことが多く、現時点では抗線維化薬投与開始のタイミングは IPF よりも難渋すると考えられる。しかし PF-ILD であっても IPF 同様に、より早期からの投与開始が有効であると考えられ、抗線維化治療と抗炎症薬の併用の有用性や抗線維化治療開始のタイミングが今後議論されると考えられる。いずれにしろ長期的な抗線維化治療は有用性が高く、消化器症状などの有害事象が発生しにくい、なるべく早期の、全身状態が良い時期からの抗線維化治療介入が望まれる。

ランチョンセミナー2

講演1…重症喘息に対するデュピルマブーIL-13および粘液栓に注目してー

池上 達義

日本赤十字社 和歌山医療センター

重症喘息は高用量吸入ステロイド薬および複数の長期管理薬を投与してもコントロール困難な喘息である。そのためしばしば経口ステロイド薬投与を要するが、少量または短期反復使用でも全身性有害事象頻度が有意に上昇するため極力経口ステロイド薬を回避した治療戦略が望まれる。近年 Type2 サイトカインに対する抗体製剤である4種類の生物学的製剤が使用可能となり、増悪抑制、経口ステロイド薬減量効果等が示されている。しかしながらこれらの薬剤間で使い分けの基準は未だ十分明らかではない。

喘息における慢性気道炎症のうち Type2 炎症の主たるメディエーターは IL-4, IL-5, IL-13 である。そのうち IL-13 は、Th2 細胞及び自然リンパ球 (ILC2) などから産生され、気道平滑筋収縮、リモデリング、上皮細胞障害、粘液産生を亢進させる作用を有しており、喘鳴・呼吸困難・胸苦しさ・咳などの喘息症状と広く関連している。一方、重症喘息患者の 58～66% に粘液栓形成が認められ持続性呼吸機能低下の主たる原因となることが報告されている。Tan らは喘息患者において粘液栓が3年以上にわたり同一区域にとどまること、CT 粘液栓スコアは一秒量の変化量と負の相関があることを報告し、粘液栓は喘息のフェノタイプであると結論している。粘液栓形成過程において IL-13 は MUC5AC 優位のムチン産生亢進、気道上皮細胞からのチオシアネート分泌、好酸球の気道炎症部位組織への遊走といった作用を通じて重要な役割を果たしていることが明らかにされている。

デュピルマブは IL-4 受容体 α サブユニットに対する抗体製剤であり IL-4 と IL-13 の両方を阻害する薬剤である。臨床試験によりデュピルマブによる喘息増悪抑制効果および経口ステロイド薬減量効果、呼気 NO の低下効果が示されている。特筆すべきは投与開始後早期から認められる呼吸機能改善効果である。IL-13 阻害による気道平滑筋弛緩作用が一秒量の増加に寄与していると思われるが、デュピルマブの投与により粘液栓が消失し換気が改善されたとする報告があり、デュピルマブの粘液栓に対する作用もまた呼吸機能改善の機序の一つとなりうるのではないかと推測される。今後さらなる検証が必要ではあるが、重症喘息において粘液栓は治療ターゲットとなる可能性がある。

本講演では IL-13 および粘液栓に注目して、重症喘息に対するデュピルマブの期待される効果や最適な症例像について、自験例の紹介を含め考察する。

ランチョンセミナー2

講演2…Type2炎症におけるIL-4の役割：獲得免疫と自然免疫のクロストーク

松本 久子

近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室

各種生物学的製剤の登場により、重症喘息患者のコントロール状況は格段に向上した。一方では重症喘息の病態理解が深まり、IL-4など古くから知られる分子についても、新たな知見が得られてきた。IL-4は獲得免疫系で中心的な役割を担うサイトカインであるが、近年自然免疫系の細胞である2型自然リンパ球(ILC2)の増殖やIL-5、IL-13などのサイトカイン産生に、IL-4の関与が明らかとなってきた。このIL-4の産生細胞として、マウスでは好塩基球の関与が示されており、好塩基球はIgE依存性・非依存性にIL-4を産生し、ILC2を活性化するとされる。IL-4とILC2との関係は、獲得免疫系と自然免疫系のクロストークを示唆し、2型炎症/好酸球性重症喘息の病態に重要なILC2の活性化を抑えるためには、IL-4の作用を阻害することも重要と考えられる。

複数の生物学的製剤から最適な薬剤を選択するためには、重症喘息の病態を分子レベルで考えることが求められる一方、実臨床では個体の炎症パターンを反映する併存症に注目することも有用である。2型炎症/好酸球性重症喘息例に合併することの多い好酸球性鼻副鼻腔炎では、フィブリン網の形成が重要な病態の一つとされる。IL-4/IL-13刺激で分化するM2マクロファージは線溶系を減弱させ、フィブリン網の形成に寄与するとされる。IL-4/IL-13のシグナルを抑制するDupilumabにより好酸球性鼻副鼻腔炎が改善し、併存する重症喘息も安定することはよく経験されることである。本ランチョンセミナーでは、重症喘息におけるIL-4の役割について最近の知見を紹介するとともに、最適な薬剤選択について、併存症を含めたアルゴリズムを紹介する。

ランチョンセミナー3

肺癌周術期の治療戦略

藤本 大智

和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科

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

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

しかしながら、上述の臨床試験がポジティブであることには異論はないが、対象となる病期など患者背景が不均一なことに加え、進行期でバイオマーカーであるPD-L1を中心としたサブセット解釈問題など使用において加味しなければならない問題点がある。また、ICI特有の有害事象である免疫関連有害事象（irAE）を始めとした安全性データについても、従来の研究から国際共同第三相試験のデータを実地臨床日本人にそのまま外挿することは難しく、特に根治可能性も比較的高い対象であることも加味すると、今まで以上の注意も必要であると考えられる。

本講演では周術期におけるICI使用の臨床試験データをIMpower010試験の結果も含めてまとめ、実地臨床の使用にあたり議論となる点についての個人的見解、そして有害事象マネジメントの注意点について概説する。

ランチョンセミナー4

フレイル、サルコペニア、セデンタリー
～取り組むべきCOPDの新たな治療標的～

浅井 一久

大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

慢性閉塞性肺疾患（COPD）は、喫煙を主とした有害ガスの吸入より生じる慢性の呼吸器疾患である。もちろん、その病態の主座は、末梢気道領域と肺泡領域であり、前者は気道壁の線維化や炎症細胞浸潤、粘液産生であり、後者は肺泡壁の破壊による気腔の拡大と alveolar attachment の消失である。これらにより、不可逆性の閉塞性換気障害を生じる。症状は、これらの病理学的変化から、咳・痰・呼吸困難が主要な症状である。

COPD 診断と治療のためのガイドライン2018では、薬物療法と非薬物療法に分けて治療・管理の指針を示している。薬物療法では、長時間作用性抗コリン薬（LAMA）、長時間作用性 β_2 刺激薬（LABA）、吸入ステロイド（ICS）の単剤、合剤などの組み合わせで閉塞性換気障害や気道分泌の制御を行っていく。一方、非薬物療法では、ワクチン、呼びハ、身体活動性の向上と維持などが掲げられている。

COPD は慢性の呼吸器疾患でありながら、全身併存症を伴った全身性疾患でもある。慢性炎症を背景に骨格筋機能障害・サルコペニア、フレイルなどの併存頻度が COPD では高く、サルコペニア、フレイルは COPD の重要な予後因子であることも報告されている。COPD 診断と治療のためのガイドライン2022では、セデンタリー行動が取り上げられるトピックであり、身体活動性低下がサルコペニア、フレイルの一因であることは疑う余地はない。我々は、身体活動性向上に向けて取り組んでいかなければならないが、演者らは代表的な補剤の漢方薬である「人参養栄湯」の喫煙マウスモデルのサルコペニア改善効果を見出している。また、人参養栄湯のフレイル改善効果の報告も見られる。

本セミナーでは、COPD に見られるセデンタリーやサルコペニア、フレイルの現状と今後の対策について共有したい。

ランチョンセミナー5

EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の治療考察

倉田 宝保

関西医科大学 呼吸器腫瘍内科学講座

近年、分子標的薬剤や免疫チェックポイント阻害剤が肺癌化学療法に導入されて以来、進行肺癌の治療成績は飛躍的に伸びている。

これらの薬剤は肺癌症例の予後改善のみならず個別化医療推進にも大きく寄与した。特に分子標的薬剤は名前のおり標的となる肺癌に特異的な遺伝子異常（ドライバー遺伝子変異）に対する阻害剤であり、現在8つのドライバー遺伝子異常に対する複数の阻害薬が承認されている。中でも上皮成長因子受容体（EGFR; Epidermal Growth Factor Receptor）遺伝子変異は日本人に多く、肺腺癌の約半数にみられる。

進行期 EGFR 遺伝子変異症例に対する標準的治療は EGFR に対するキナーゼ阻害剤単剤が肺癌診療ガイドラインでも推奨され、有意な生存期間延長効果が得られている。しかしながら、ほとんどすべての症例がこれらの薬剤で治療されても再発し、治癒をえることが難しいのが現状である。

そこで、さらなる生存期間延長効果を目指し、EGFR 阻害剤に従来の殺細胞性抗がん剤との併用療法や血管新生阻害薬との併用療法が臨床試験において評価するに至った。とくにエルロチニブと抗 VEGFR2 抗体薬ラムシルマブとの併用療法が2020年我が国で承認され、非常に期待されているレジメンとして注目されている。

本セミナーにおいては、進行期 EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌の初回治療を中心とした治療戦略を、そしてエルロチニブと抗 VEGFR2 抗体薬ラムシルマブとの併用療法の立ち位置、どのような症例に使うべきかを含め紹介する。

アフタヌーンセミナー1

重症喘息の課題と最新治療のUP TO DATE

佐野 博幸

近畿大学病院 アレルギーセンター

重症喘息では高用量吸入ステロイド薬に長時間作用性 β_2 刺激薬、ロイコトリエン受容体拮抗薬などが頻用されているが、コントロール不十分や不良を示す割合が、軽症～中等症に比べて多いにもかかわらず長時間作用性抗コリン薬の使用頻度は少ないことが示されている。服薬アドヒアランスの確認が重要であることを理解したうえで、今後、適応を有するICS/LABA/LAMAの3剤合剤治療（SITT）の活用が一般治療として重要であることは疑いの余地はない。

これらの一般的な治療でもコントロール不十分、不良の重症喘息に対して生物学的製剤の使用が検討されるが、これらの使用、選択に際しては喘息の病態を考慮する必要がある。喘息における気道炎症は、Th2細胞、ILC2、マスト細胞、好酸球、そしてIgEを産生するB細胞（形質細胞）が中心的な役割を果たす2型炎症（Th2）が優位である病態を示すものが最も多いが、これらの中にもTh2 highやTh2 lowがあり、またnon-Th2（好中球性炎症）の病態も存在する。Th2の病態を示すバイオマーカーとしては末梢血好酸球数 $\geq 150/\mu\text{l}$ 、呼気NO濃 ≥ 25 ppbと血清IgEなどが活用されている。Th2 highやTh2 low、さらにはnon-Th2のバイオマーカーの境界線がどこにあるのかは明確ではないが、最近、Th2 highは末梢血好酸球数 $\geq 300/\mu\text{l}$ 、呼気NO ≥ 50 ppb、そしてTh2 lowは末梢血好酸球数 $< 150/\mu\text{l}$ 、呼気NO濃 < 25 ppbを示すことが一般的であり、Th2 lowの一部にnon-Th2が存在するイメージとなっている。

現在、オマリズマブ、メポリズマブ、ベンラリズマブ、デュピルマブの4種類のバイオ製剤の使用が可能であるが、それぞれIgE、IL-5、IL-5R α 、IL-4R α に対するモノクローナル抗体であり、その標的となる因子や細胞は主に2型炎症に関与している。バイオ製剤の使い分けに関しては活発に議論されているが、合併症、通年性吸入抗原特異的IgEの有無、末梢血好酸球数、呼気中NO濃度などを参考に製剤を選択しているのが現状である。

一方、Th2 lowやnon-Th2の喘息病態は不明な点も多いが、いわゆる好酸球性気道炎症の存在の明らかなでない喘息患者、特にその重症例では上記バイオ製剤の効果は期待できないかもしれない。喘息予防・管理ガイドライン2021ではnon-Th2型の難治性喘息ではマクロライド系抗菌薬を優先し、気管支サーモプラスティ（BT）をその次に位置付けているが、BTに関しても治療反応性は血清総IgE値や末梢血好酸球数と関連が強いとする報告もある。今後、既存のバイオ製剤の効果が不十分な重症喘息患者に対しての新規治療薬が待たれるところである。

本講演では、上記、重症喘息に残された課題と対策、そして今後期待される重症喘息治療薬についても講演する。

アフタヌーンセミナー2

使用経験から学ぶ免疫チェックポイント阻害薬の 有害事象マネジメント

林 秀敏

近畿大学医学部 内科学教室腫瘍内科部門

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

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

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

抄 錄

一 般 演 題

1

3剤併用療法で救命し軽快後に抗MDA-5抗体が陽転化した急性間質性肺炎の1例

国立病院機構 姫路医療センター

○日隈 俊宏, 鏡 亮吾, 井野 孝之, 世利 佳滉,
竹野内正紀, 平岡 亮太, 小南 亮太, 東野 幸子,
加藤 智浩, 勝田 倫子, 塚本 宏壮, 水守 康之,
横井 陽子, 三宅 剛平, 佐々木 信, 河村 哲治,
東野 貴徳

症例は57歳女性。X年9月発熱、咳嗽あり近医受診し、胸部単純X線写真で両下肺野の浸潤影を指摘され当院紹介となった。胸部CTで両側下肺野優位、気管支血管束周囲の浸潤影・すりガラス影と軽度の収縮性変化がみられた。皮膚症状は軽微であり、各種自己抗体も陰性であった。室内気でSpO₂ 83%と呼吸不全を呈し何らかの急速進行性間質性肺炎と考え、メチルプレドニゾロン1g/dayパルス療法を開始した。第6病日までに挿管人工呼吸器管理となったためシクロスポリン内服・シクロホスファミドパルス療法・エンドトキシン吸着療法も併用した。徐々に呼吸状態は改善し人工呼吸器を離脱、その後ステロイドを漸減した。X+2年に全薬剤を中止し無投薬で経過中に、自己抗体の再検で抗MDA-5抗体の陽転化がみられた。

自己抗体が陽転化する肺病変先行型の膠原病関連間質性肺炎は広く経験されるが、抗MDA-5抗体の陽転化の報告は今までなく、文献的考察と共に報告する。

2

COVID-19罹患を契機に診断された臨床的無筋性皮膚筋炎(CADM)の1例

- 1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科,
- 2) 同 リウマチ・膠原病内科,
- 3) 同 総合内科

○嘉祥 敬宇¹⁾, 富岡 洋海¹⁾, 横田 真¹⁾, 橋本 梨花¹⁾,
網本 久敬¹⁾, 瀧口 純司¹⁾, 金子 正博¹⁾, 藤井 宏¹⁾,
壺井 和幸²⁾, 濱崎 健弥³⁾

COVID-19肺炎とCADMによる急速進行性間質性肺炎の鑑別は難しいとされる。症例は64歳、男性、約2週間の経過の倦怠感、呼吸困難で近医から紹介受診。CTで両側胸膜下優位の間質性肺炎像を認め、鼻咽頭SARS-CoV-2 rtPCR陽性、ゴットロン徴候あり、筋症状に乏しく、抗ARS抗体、抗MDA5抗体陰性であったが、CADMと診断し、ステロイドパルス、さらにタクロリムス併用療法を行った。

3

抗MDA5抗体陽性間質性肺炎に対しシクロフォスファミドパルスを含む多剤併用免疫抑制療法を行うも死亡した一例

独立行政法人国立病院機構大阪刀根山医療センター

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

【背景】抗MDA5抗体は筋炎特異的自己抗体の1つであるが、無症候性皮膚筋炎患者の多くに認められ、治療抵抗性・予後不良の間質性肺炎を高頻度に併発することが知られている。【症例】78歳男性、2週間持続する微熱と肺炎像で紹介となった。CTにて右下肺野に浸潤影を認め、抗生剤加療後も改善なくヘリオトープ疹認めため皮膚筋炎疑いとして入院となった。プレドニゾロン内服で治療を開始後に抗MDA5抗体陽性が判明しタクロリムスの内服を開始した。その後もシクロフォスファミドパルス・ステロイドパルスなど更なる免疫抑制療法を行うも改善せず死亡した。【結語】本症例ではプレドニゾロンとタクロリムス内服に加えシクロフォスファミドパルスとステロイドパルスを行っても改善が見られなかった。シクロフォスファミドパルスを中心とした多剤併用免疫抑制療法は日和見感染のリスクも大きい可能な限り早期に行うことが救命率を高める上で重要であると考えられる。

4

クライオ肺生検にてOP+NSIPを認めた抗ARS抗体陽性間質性肺炎の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

○平野 克也¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾,
平岡 亮太¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾,
鏡 亮吾¹⁾, 勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾,
水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾,
東野 貴徳²⁾

症例は68歳の女性。検診で両下肺野の浸潤影を指摘され当院に紹介となった。両手指にメカニックハンド様皮疹を認め、胸部CTで両側下葉を主体とした気道周囲の線状影、浸潤影、すりガラス影を認め、血液検査で抗好中球抗体陽性(80倍)、抗ARS抗体(抗PL-12抗体)陽性であった。右下葉よりクライオ肺生検を行ったところ、組織でOP+NSIPを認め、抗ARS抗体陽性間質性肺炎に矛盾しない所見であった。PSL+CyAで治療を開始し、間質性陰影はほぼ消失し呼吸機能は改善した。現在も間質性肺炎の再燃なく良好に経過している。クライオ肺生検は低侵襲で間質性肺疾患の組織学的診断が可能となり、治療方針の決定に寄与するものと考えられる。またこれまでにクライオ肺生検で組織を得た抗ARS抗体陽性間質性肺炎の報告例はなく、若干の考察を含めて報告する。

5

長期非侵襲的陽圧換気療法を行った特発性上葉優位型肺線維症の一例

- 1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学,
- 2) 同 呼吸不全先進医療講座,
- 3) 同 呼吸管理睡眠制御学講座

○三崎裕美子¹⁾, 濱田 哲²⁾, 池添 浩平¹⁾, 谷澤 公伸¹⁾, 佐藤 晋³⁾, 半田 知宏²⁾, 平井 豊博¹⁾

【症例】51歳, 男性【現病歴】本症例は49歳時に特発性上葉優位型肺線維症(PPFE)と診断され, 5か月後に両側気胸を発症し, 保存的治療を行った。診断2年後, 室内気の動脈血液ガス(ABG)分析はPaO₂ 66.8mmHg, PaCO₂ 62.8mmHgであった。経鼻酸素1L/分投与下の終夜経皮的二酸化炭素分圧(PtcCO₂)測定は, PtcCO₂は100mmHgまで上昇した。労作時呼吸困難感の増悪を認め, 非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)を導入した。導入1か月後の経鼻0.25L/分投与下でのABGは, PaO₂ 55.3mmHg, PaCO₂ 62.1mmHgであったが, Pittsburgh Sleep Quality Indexは7から4と改善を認めた。NPPV導入18.5か月後呼吸不全の進行のため死亡した。死亡直前に縦隔気腫を発症したが, 気胸の再燃は認められなかった。【考察】Ⅱ型呼吸不全を呈するPPFEにおいてNPPVは, 治療の選択肢の一つになる可能性があるが, 気胸や縦隔気腫といった圧損傷の合併には十分に注意する必要がある。

6

TBLBにより診断されたAFOPの一例

神戸市立医療センター中央市民病院

- 遠藤 慧, 中川 淳, 岩林 正明, 白川 千種,
嶋田 有里, 島 佑介, 平林 亮介, 佐藤 悠城,
永田 一真, 立川 良, 富井 啓介, 西野 彰悟,
原 重雄

症例は81歳女性。呼吸困難と多関節痛を主訴に近医受診し, 血液検査にて炎症反応の上昇を指摘され当院膠原病内科を紹介受診した。受診時の胸部CTにて両側肺の胸膜下および気管支血管束周囲に多発性に分布する浸潤影, すりガラス影を認めたため当科へ紹介, 入院となった。各種自己抗体は陰性であり, 薬剤性肺炎を疑うような内服薬もなかった。精査目的に気管支鏡検査を施行したところ, 右B5より行ったBALはマクロファージ優位であり, 右B8より行ったTBLBにて肺胞隔壁にリンパ球・好中球の浸潤がみられ, 肺胞腔内に多量のフィブリン析出を伴う線維化巣の充填を認めたことから, AFOP(Acute Fibrinous and Organizing Pneumonia)と診断した。プレドニゾロン60mgにてステロイド治療を開始したところ, 浸潤影は消退傾向となった。現在, 外来にてステロイドを漸減中であるが, 再燃なく経過している。

7

アバルタミドによる薬剤性肺炎の1例

和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科

- 垣 貴大, 藤本 大智, 中口 恵太, 高瀬 衣里,
村上恵理子, 杉本 武哉, 柴木 亮太, 寺岡 俊輔,
徳留なほみ, 早田 敦志, 小澤 雄一, 赤松 弘朗,
中西 正典, 洪 泰浩, 上田 弘樹, 山本 信之

70歳男性。前立腺癌に対してアバルタミド使用開始1ヶ月後に発熱, 呼吸困難, 両肺びまん性すりガラス陰影を認め当科入院となり, I型呼吸不全を呈するアバルタミドによる薬剤性肺炎と診断した。最悪時4L シンプルマスクの酸素需要を認めたが, ステロイド治療に奏功し退院した。アバルタミドは近年前立腺癌のキードラッグであるが薬剤性肺炎の報告が散見しており, 呼吸器内科医は認識が必要な薬剤である。

8

休薬のみで軽快したアバルタミドによる薬剤性障害の1例

- 1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学,
- 2) 同 胸部腫瘍学

- 河村 直樹¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 高橋 良^{1,2)}, 清田穰太郎¹⁾,
三上 浩司^{1,2)}, 森下 実咲¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾, 柘木 芳樹^{1,2)},
堀尾 大介^{1,2)}, 大搦泰一郎^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)},
栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

症例は80歳男性。前立腺癌に対してアバルタミド内服開始後2か月ほどして, 緩徐に乾性咳嗽自覚するようになり胸部CTで両肺にびまん性すりガラス影の出現を認めた。発熱, 息切れは認めず。胸部聴診で肺底部に吸気時 fine crackles を聴取し, 血清 KL-6, SP-D の上昇を認めた。気管支鏡では有意な微生物や悪性所見を認めず。アバルタミド休薬後に咳嗽軽減認め, 経過観察としたところ, すりガラス陰影も軽快したことから, DLST 陰性であったものの, アバルタミドによる薬剤性肺障害と診断した。アバルタミドは前立腺癌に対する抗アンドロゲン薬として2019年の市販後以来, 死亡例を含む間質性肺炎患の発症が報告がされており, 文献的考察を含めて報告する。

9

Crohn 病治療中に、慢性肺アスペルギルス症とメサラジンによる肺障害の合併が疑われた 1 例

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

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

47歳, 男性. X-11年にCrohn病と診断, インフリキシマブ・メサラジンを投与されていた. X年に咳嗽と発熱があり, 胸部CTで右肺尖部空洞影, 両側肺の浸潤影・すりガラス影を認め当科受診. アスペルギルス抗体陽性, 気管支洗浄液の培養でAspergillus fumigatusを認め, 慢性肺アスペルギルス症と診断. またメサラジンを中止し, 浸潤影・すりガラス影が改善し, メサラジンによる肺障害が疑われた.

10

結腸癌化学療法中に発症した ANCA 関連血管炎の 1 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 総合内科,
- 3) 同 皮膚科,
- 4) 同 病理診断部,
- 5) 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院

○中村 哲史¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 坂本 裕人¹⁾, 田中 佑磨¹⁾,
武田 淳志¹⁾, 丸口 直人¹⁾, 山本 亮¹⁾, 松村 和紀¹⁾,
上山 維晋¹⁾, 安田 武洋⁵⁾, 橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾,
田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 真辺 諒²⁾, 田邊 洋³⁾,
金森 直美⁴⁾, 住吉 真治⁴⁾

68歳男性. X年6月から結腸癌の化学療法(カペシタビン, オキサリプラチン, ペバシズマブ)を施行中, X+1年2月肺びまん性陰影のため当科紹介. X+1年4月に薬剤性肺障害としてステロイドを開始し漸減中, 紫斑, 四肢痺れ, 血尿, 筋痛が出現. MPO-ANCA陽性化. 皮膚生検で白血球破砕性血管炎の所見があり, ANCA関連血管炎と診断. プレドニゾロン, MMFで軽快.

11

クライオバイオプシーで診断しえた IgG4 関連肺疾患の 1 例

- 1) 姫路医療センター 呼吸器内科,
- 2) 同 放射線診断科

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

症例は58歳男性. 検診で異常陰影の指摘を契機に当院紹介受診. CTでは両肺下葉優位にすりガラス影や小葉間隔壁肥厚からなる間質性陰影を認め, 一部で気管支壁肥厚も伴っていた. また, 縦隔リンパ節腫大とびまん性の肺腫大も伴っていたことから自己免疫性肺炎を合併したIgG4関連肺疾患が疑われた. すりガラス影の部位よりクライオバイオプシーを実施したところ, 細気管支領域を中心に多数の形質細胞浸潤影を認め, 免疫染色でIgG4/IgG=48%だったことからIgG4関連肺疾患と診断した. 治療に関してはPSL 0.6mg/kg/dayより治療開始し, CT所見や呼吸機能検査の改善を認めた. 文献的考察を加えて報告する.

12

当院で経験したリポイド肺炎の 4 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,
- 3) 同 放射線部,
- 4) 同 臨床検査部

○香川 智子¹⁾, 新井 徹²⁾, 滝本 宜之¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾,
澄川 裕充³⁾, 清水 重喜⁴⁾, 橘 和延¹⁾, 井上 義一²⁾

リポイド肺炎4例を報告する. 【症例1】79歳男性胸部CTで右下葉にすりガラス陰影浸潤影および小葉間隔壁肥厚を認め精査入院. 嚥下造影検査で不顕性誤嚥が疑われ嚥下指導を行い悪化なし【症例2】54歳男性胃全摘後, 中華料理人であった. 非結核性抗酸菌症に対し治療中胸部CTですりガラス陰影の悪化を認めた. ステロイド投与で改善を認め, 減量中止した. 非結核性抗酸菌症治療も終了し経過観察を行い悪化なし【症例3】48歳男性検診で右肺広範囲の浸潤影を指摘された. みかん栽培の際に使用した油成分を含む殺虫剤が原因である可能性が考えられた. 無治療で改善傾向【症例4】89歳女性慢性咳嗽に対し治療中胸部CTですりガラス陰影の出現悪化を認めた. ごま油で咽頭咳嗽の習慣がありこれによる誤嚥が原因と考えられた. 中止後改善を認めた. 【結語】診断時2例は無症状4例で黄色BALとリンパ球の上昇を認めた. 3例で誤嚥の関与が疑われた.

13

ベンラリズマブ長期投与後不応となり、メボリズマブへ変更した好酸球増多症を伴う難治性気管支喘息の一例

独立行政法人 国立病院機構 神戸医療センター

○宮崎 菜桜, 梁川 禎孝, 高田 尚哉, 杉山 陽介,
土屋 貴昭

【症例】76歳女性【経過】気管支喘息があり5年前に好酸球増多症の診断を受けた。PSL内服に加え4年前からベンラリズマブを開始した。投与で末梢血好酸球数は消失し、3ヶ月目にPSLを、4ヶ月目にICSを終了できた。しかし、投与41ヶ月目に末梢血好酸球の増加と喘息症状の出現を認めPSL内服を再開した。抗体出現の可能性を考慮しメボリズマブへ変更した。その後、末梢血好酸球数は改善し喘息症状も改善した。【考察】第3相臨床試験において抗ベンラリズマブ抗体(ADA)発現率は約7.14%であり、ADAが発現したベンラリズマブ投与被験者の大部分は、持続的な陽性反応を示した。長期的な追跡を行った臨床試験は存在せず、ベンラリズマブ長期投与後に抗体産生が疑われ、メボリズマブが著効した本症例は貴重な報告である。【結語】ベンラリズマブ投与後に末梢血好酸球数の増加を認めた場合、抗体出現の可能性を考慮する必要がある。

14

メボリズマブからデュピルマブへの変更が奏功した再発性アレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例

1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科,
2) 吉野病院 呼吸器内科

○鈴木健太郎¹⁾, 甲斐 吉郎¹⁾, 松田 昌之¹⁾, 堀本 和秀²⁾,
岩井 一哲²⁾, 村上 伸介²⁾, 福岡 篤彦²⁾

81歳女性。咳嗽と胸部異常影で紹介。末梢血好酸球数の上昇、左舌区に粘液栓を疑う浸潤影と中枢性気管支拡張症を認めABPAと診断。ステロイド投与で速やかに改善し、ステロイド減量と中止ができた。1年4か月後にABPA再燃を認めるもステロイド再開は希望せず、メボリズマブを開始。投与3か月後、粘液栓の悪化を認めデュピルマブに変更し、投与3か月後に粘液栓の消失を認めた。本症例を通じてABPAに対する生物学的治療につき考察したい。

15

難治性喘息に好酸球性細気管支炎の合併が推測できた1例

大阪公立大学 医学部 附属病院

○永井 貴彬, 渡辺 徹也, 宮本 篤志, 新谷 穰,
川井 隆広, 浅井 一久, 金澤 博, 川口 知哉

症例は54歳女性。X-10年に他院で気管支喘息と診断された。労作時呼吸困難が持続し、喘息増悪による予約外受診や入院を繰り返しておりコントロール不良のため、X-2年に当院へ紹介された。紹介時は経口プレドニゾロン5mg、高用量ICS/LABAで管理されていた。胸部CTで小葉中心性陰影が持続的に認められ、慢性の細気管支炎を合併していると考えられたため、クラリスロマイシンも併用した。末梢血好酸球増多を伴う非アトピー性難治性喘息であり、ベンラリズマブを導入したところ喘息症状に著効し小葉中心性陰影も消失した。しかし、経済的事情によりX年にベンラリズマブを休止した。その後、気管支喘息は再度コントロール不良となり、胸部陰影も再出現した。ベンラリズマブによる喘息症状の変動と共に小葉中心性陰影も消失・再燃したことから、一般的な好中球性優位な炎症と異なる好酸球性の細気管支炎による関与が推測できた。若干の文献的考察をふまえて報告する。

16

セボフルラン吸入麻酔が著効した気管支喘息重積発作の一例

天理よろづ相談所病院

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

症例は49歳女性。重症喘息とアトピー性皮膚炎で入院6年前より当院に通院開始し、デュピルマブなどの加療をされていたが、入院9ヶ月前に通院を自己中断した。感冒を契機に喘息発作を来し当院に救急搬送されたところ、PaCO₂ 93mmHgと高値で意識混濁を認めた。SABA・全身ステロイド・アドレナリン皮下注・NPPVなどを使用もPaCO₂は低下せず意識障害も進行したため、来院2時間後に気管挿管下人工呼吸を開始し入院となった。アドレナリン持続静注を含めた薬物治療下で、動脈血液ガス分析でpH 7.2以上を目標に呼吸器設定を調整も最高気道内圧(PIP)が30cmH₂O以上で推移し、挿管8時間後よりセボフルラン吸入麻酔を開始すると、開始直後よりPIPは20cmH₂O前半まで低下した。徐々に気道内圧が改善したため入院7日目にセボフルランを終了し抜管した。MSSA菌血症やDVTの合併を認めたが入院12日目にICUを退室し、入院35日目にリハビリ転院した。

17

原因を特定し抗原回避に成功しえた慢性過敏性肺炎の1例

- 1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 同 放射線科

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

81歳男性。X-1年11月頃より咳嗽が出現し、近医での胸部レ線にて肺野縮小や線状影の出現を認めためX年2月に紹介受診。胸部CTでは両肺びまん性にすりガラス影、粒状影を認め、慢性過敏性肺炎が疑われた。BALではリンパ球67%と上昇、TBLBでは細気管支壁のリンパ球浸潤と周囲の線維化を認め、過敏性肺炎に矛盾しない所見であった。入院後に経過観察にて咳嗽は改善。帰宅試験でCRP0.15→8mg/dLと上昇した。誘因として加湿器が疑われたため、病室にて自宅の加湿器を使用したところ、CRP0.17→5.26mg/dLと上昇し、CTでもすりガラス影増悪を認めため加湿器肺と診断した。加湿器からはAspergillusが検出された。加湿器を禁止したところ退院後も症状再燃なく、CT上のすりガラス影は改善を認めた。原因を特定し、良好な経過を得た慢性過敏性肺炎の1例を経験したので報告する。

18

マイクロバブルバス使用に関連した Mycobacterium avium complex による過敏性肺炎

- 1) 海南医療センター,
2) 公立那賀病院

○山形 奈穂¹⁾, 池田 剛司¹⁾, 口広 智一²⁾

症例は34歳女性。1か月前から夜間発熱や湿性咳嗽あり体重減少、呼吸困難を来たしたため近医受診したところ低酸素血症あり当院紹介。胸部CTで小葉中心性の粒状影やすりガラス陰影を呈し、経気管支肺生検で非乾酪性類上皮肉芽腫を認めたことより過敏性肺炎と診断。抗原隔離および3日間のプレドニン加療により解熱、酸素化改善したため退院。退院後、実家へ生活環境を変えるも症状再燃あり再入院となった。初回入院時の喀痰培養や気管支肺胞洗浄液よりM.aviumが検出。実家の浴槽がマイクロバブルバス機能付きであり、機能使用前・使用後の浴槽水から共にM.aviumが検出。機能を使用しない試験外泊では症状の再燃なかったが、退院後、機能使用により発熱や咳嗽が出現し、マイクロバブルバス機能が原因のM.aviumによる過敏性肺炎と診断。使用中止のみで症状は改善し、呼吸機能や画像所見は経時的に改善を認めている。

19

イマチニブが原因と考えられた閉塞性細気管支炎の一例

神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科

○益田 隆広, 増田 佳純, 松岡 佑, 濱崎 直子,
三輪菜々子, 木田 陽子, 額 力也, 上領 博,
櫻井 稔泰, 多田 公英

症例は十二指腸GISTで当院消化器外科通院中の54歳男性。多発肝転移に対して肝切除後に薬物療法としてX-1年7月よりイマチニブが内服開始された。同年10月より呼吸困難で当科紹介となった。胸部CT検査で明らかな異常を認めず、肺機能検査で著明な閉塞性障害を認めたことより、気管支喘息と診断して喘息治療薬を開始した。同時にイマチニブは休業となっていた。その後、臨床症状の改善を認めため、X-1年12月よりイマチニブの内服を再開した。しかし、経時的に自覚症状が増悪し、肺機能検査でも一秒率の低下を認めたため、喘息に対する治療を強化したが反応に乏しかった。診断目的に胸腔鏡下肺生検を行い閉塞性細気管支炎の所見を得た。経過からイマチニブによる薬剤性の閉塞性細気管支炎と考えた。文献的考察を交えて報告する。

20

症状に乏しく、VATS 肺生検により診断しえた多発血管炎性肉芽腫症の一例

国立病院機構 姫路医療センター

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

64歳男性。2ヶ月前から続く微熱と咳嗽。胸部異常陰影で紹介された。胸部単純X線写真では左下肺野に空洞を伴う浸潤影がみられ、胸部CTでは中葉及び右下葉に多発浸潤影、左下葉に空洞を伴う浸潤影と周囲のすりガラス陰影がみられた。左下葉の浸潤影に対して経気管支肺生検を行ったところ、病理組織診断で好中球の集簇中に小血管の壁が破壊された所見があり血管炎が疑われた。画像所見と併せて多発血管炎性肉芽腫症(GPA)を疑ったが、MPO-ANCA及びPR3-ANCAは陰性であり、上気道や腎、血管炎による症状は乏しく、上記の組織所見も診断基準を満たすものではなかった。鑑別疾患として肺癌や特殊感染症の可能性も考えられたことから、中葉及び右下葉の浸潤影に対して胸腔鏡下肺生検を行い、好中球浸潤による肺動脈破壊像や壊死所見がみられたためGPA(probable)と診断した。プレドニゾロンとシクロホスファミド大量療法により治療を開始、現在は経過良好である。

21

脊椎カリエス、亀背から慢性2型呼吸不全を呈した症例のシネMRIによる呼吸運動の観察

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

○大道 一輝¹⁾, 塩田 哲広¹⁾, 橋本健太郎²⁾, 辻 貴宏³⁾

症例は75歳、女性。5歳の時に脊椎カリエスの既往歴がある。75歳で在宅酸素療法を導入してから2回CO₂ナルコーシスで入院歴がある。今回入院して呼吸状態が安定した後でシネMRIを用いて呼吸運動の観察を行った。冠状断では横隔膜運動はかなり制限されていたが横隔膜の可動域はある程度保たれているように見えた。矢状断で左右別々に呼吸運動を観察した。すると左右ともにzone of appositionは著明に減少し、横隔膜ドームがほとんど消失しており吸気時に横隔膜が収縮するというよりも腹部を拡張させることで呼吸を行っていた。左肺は心臓と蛇行した下行大動脈により容積は減少しており胸壁運動、横隔膜運動ともに著明に制限されていた。右肺では代償するように胸壁の可動域、横隔膜運動ともに増大している様子が観察された。現在在宅酸素療法に在宅NIPPVを併用して呼吸状態は安定している。シネMRIによる呼吸運動の観察は治療を選択する上で非常に有用である。

22

NPPV 継続困難となり HFNC で長期呼吸管理できた MD の一例

国立病院機構南京都病院 呼吸器センター

- 坪井 知正, 田畑 寿子, 荏原 雄一, 角 謙介,
佐藤 敦夫

拘束性換気障害による2型慢性呼吸不全例での長期 HFNC の有効性は報告がない。筋強直性ジストロフィ (MD) で、嘔吐により3年間用いたNPPVが継続不能となった後、1年4月間 HFNC で呼吸管理可能であった症例を紹介する。男性患者で嚥下障害・歩行障害が先行し50代にTPPVとなった。その数か月後に当院に紹介された。気管切開チューブを抜去しミニトラック + NPPV で呼吸管理はできたが、MDによる消化管機能障害で排便不能のため1月ごとの高圧浣腸で2L前後の便秘を要した。その後、NPPV中に繰り返し嘔吐しNPPVが継続不能となった。排便のためミニトラックを挿入したままHFNCを30-40% 45Lで開始したところ高炭酸ガス血症の悪化もなく安定した呼吸状態を得ることができた。また、栄養も経管栄養から中心静脈栄養に変更した。1年4月後に唾液誤嚥からの窒息を繰り返すためTPPVになったが短期間で世界した。

23

神経疾患と心不全を有する睡眠呼吸障害は病状に応じて性質が変遷する

国立病院機構南京都病院 呼吸器センター

- 坪井 知正

低酸素脳症後遺症があり起床時の頭痛で受診。PSGでOSAとCSAが同程度に出現する重度のSAS (AHI 60) と判明し、鼻マスクによるCPAPを導入した。導入後3月間CPAPは有効でAHI5前後となっていたが、心房細動が出現し心不全が悪化するにつれてCPAP下にCSA優位のAHI 42となった。翌月に顔マスクASV + O₂に変更し、再びAHI 5まで改善した。その1月後にアブレーションを行い心房細動が消失し心不全が改善するとASV + O₂が息苦しく継続不能となった。室内気顔マスクCPAPとし、顔マスクから鼻マスクに変更しAHI 8程度になった。その3月後に再び息苦しくCPAP装着不能となり、OSAとCSAともに有効と考えられるHFNCに変更したが受け入れ不良で、3Lカヌラ酸素吸入のみとして3% ODI 2, 2% ODI 5となり在宅移行でき、現在も安定した在宅療養ができています。

24

CO₂ナルコーシスを契機に発見された重症筋無力症の一例

市立岸和田市民病院 呼吸器内科

- 藤本 佳菜, 安田 有斗, 田嶋 範之, 岩嶋 大介,
高橋 憲一

【症例】80歳、女性。【主訴】意識障害。【臨床経過】令和2年8月に頭重感、眼瞼下垂が出現。手で頭を支えなければならぬ程の頭重を感じ近医入院したが、原因不明のため9月X-1日に自己退院。9月X日に自宅前で倒れていた所を近隣住民により救急要請、意識障害を主訴に当院搬送となった。来院時PaCO₂ 88.3mmHgであり、CO₂ナルコーシスによる意識障害と診断、NPPV導入のうえICU入院とした。その後速やかに意識状態は改善したが、NPPV依存状態であり、肺野に異常を認めなかったことから神経筋疾患を疑った。反復刺激試験でwaningを認め、抗AchR抗体23nmol/Lより重症筋無力症と診断、神経内科常勤医のある病院へ転院とした。【考察】2006年の重症筋無力症の有病率は11.8人/10万人で、近年は後発症の増加が指摘されている。65歳以上発症は1987年の7.3%から2006年には16.8%に増加しており、呼吸器疾患の既往のない初発の2型呼吸不全の鑑別として留意すべきである。

25

サイクルエルゴメトリーでの exercise tolerance の評価

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

○藤田 悦生¹⁾, 南野 和桂²⁾, 小川 敦裕³⁾, 青木 達也⁴⁾,
堀谷 亮介⁴⁾, 橋本 忠幸⁴⁾, 千田 修平⁴⁾, 平山 陽士⁴⁾,
石亀 慎也⁴⁾, 有吉 平⁴⁾, 宮井 優⁴⁾, 岡部 友香⁴⁾,
松山 依子⁴⁾, 有吉 彰子⁴⁾, 内田 真人⁴⁾, 九鬼新太郎⁵⁾,
星屋 博信⁵⁾, 河原 正明¹⁾, 嶋田 浩介⁶⁾, 駿田 直俊¹⁾

呼吸器疾患5例 (ACO 2, BA suspected 1, BE 1, IP 1) で (M 5, age 69 ± 19.1yrs) で exercise tolerance を cycle ergometry で評価した。V'O₂ peak 7.6 ± 1.6ml/kg/min, HR at peak 92 ± 12, SpO₂ at peak 95 ± 1.7% で, HR, SpO₂ と V'O₂ peak の相関はそれぞれ r = -0.945, r = 0.259 であった。

26

クリゾチニブにより複雑性腎嚢胞を来した1例

国立病院機構和歌山病院

- 加藤 真衣, 東 祐一郎, 田中 将規, 佐々木誠悟,
川邊 和美, 小野 英也, 南方 良章

66歳女性。ROS1融合遺伝子陽性肺腺癌 stage4A に対してクリゾチニブを開始し、著明な腫瘍縮小が得られていた。しかし4カ月後の胸腹部CT検査で内部に類円形のLDAを伴う両側腎腫大と周囲の脂肪織濃度の上昇が出現した。泌尿器科で腎生検を施行したが炎症性変化を認めるのみで悪性所見はなく、穿刺液の培養で有意な菌も認めなかった。クリゾチニブによる複雑性腎嚢胞と診断しクリゾチニブを中止し、エヌトレクチニブに変更した。3カ月後の胸腹部CT検査では両側腎嚢胞は著明な縮小を認めた。現在エヌトレクチニブを継続しPRを維持できており、複雑性腎嚢胞の再燃も認めていない。クリゾチニブは近年ALK陽性肺腫瘍、ROS1陽性肺腫瘍に対して使用されるが、まれな副作用に複雑性腎嚢胞の報告があり、注意が必要である。

27

肺腺癌に対して ABCP 療法開始後に劇症型心筋炎を来した1剖検症例

- 1) 兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科,
- 2) 同 病理診断科,
- 3) 大阪赤十字病院 呼吸器内科

○木高 早紀¹⁾, 嶋村 優志¹⁾, 高橋 祥太¹⁾, 天野 明彦¹⁾,
山口 実賢¹⁾, 葭 七海³⁾, 齋藤恵美子¹⁾, 平位 知之¹⁾,
續木 定智²⁾, 山本 鉄郎²⁾

【症例】62歳女性。4期肺腺癌に対してX年6月より osimertinib を開始した。その後PDと診断されX+2年5月より ABCP 療法を開始した。Day7より発熱・食思不振を認め、day11より皮疹が出現した。症状改善なく day13に救急外来を受診し精査加療目的に入院した。発熱性好中球減少症と診断し抗生剤治療を開始したが、day14に急激に呼吸状態悪化したため気管挿管の上、人工呼吸器管理を行った。またICI投与歴があることからirAEの可能性を考慮しステロイドパルス療法を開始した。Day15にはCRRTを導入したが循環動態維持できず、day16に中止し、day17に死亡した。【考察】病理解剖の結果リンパ球性心筋炎およびびまん性肺胞傷害であった。臨床経過より atezolizumab による劇症型心膜炎が考えられた。

28

小細胞肺癌に対するアテゾリズマブ投与後に大腸穿孔をきたしたサイトメガロウイルス感染合併大腸炎の一例

- 1) 南奈良総合医療センター 初期臨床研修医,
- 2) 同 呼吸器内科,
- 3) 同 感染症内科,
- 4) 同 消化器・総合外科

○中井 昌弘¹⁾, 甲斐 吉郎²⁾, 鈴木健太郎²⁾, 松田 昌之²⁾,
宇野 健司³⁾, 曾我 真弘⁴⁾, 植田 剛⁴⁾, 吉村 淳⁴⁾

70歳男性。X-2年、肺小細胞癌 (LD) に対して CDDP + VP-16 + RT を行い CR。X年9月再発し CBDC + VP-16 + アテゾリズマブ2コース施行後、維持療法を行った。9コース施行後より発熱を伴う下痢を認めた。irAE 大腸炎と診断しステロイド治療を開始。治療中に大腸穿孔で緊急手術を施行。病理組織上サイトメガロウイルス免疫染色で潰瘍部に陽性細胞を認めた。大腸穿孔を来したサイトメガロウイルス感染合併 irAE 大腸炎は稀であり文献的考察を加えて報告する。

29

肺扁平上皮癌の治療経過中に大動脈血栓症を来した1例

済生会京都府病院 呼吸器内科

○古谷 渉, 張田 幸

症例は80歳女性。本態性血小板血症のため、血液内科に通院中であった。X年9月に労作時息切れ症状の精査で左大量胸水貯留が判明し、精査の結果、肺扁平上皮癌 Stage4の診断に至った。PSは1-2であったため、初回治療としてS-1を選択し、同年10月から投与を開始、継続していた。2サイクル目での治療効果判定ではSDの範囲内で腫瘍の縮小を認めた。同年11月末から3サイクル目の加療を開始していたが、12日目に突然の耳鳴、めまい症状があり、当院に救急搬送された。来院時、左半身の麻痺症状に加え、両側大腿動脈の触知が不能であった。全身造影CT、頭部MRIでの精査の結果、多発小脳梗塞の所見があり、腹部大動脈、腎動脈分岐部以遠が造影されず、大動脈血栓症と診断した。集中治療の甲斐なく、翌日、患者は死亡した。悪性腫瘍患者での塞栓症はよく知られるが、大動脈血栓症は珍しく、文献的考察を交え報告する。

30

進展型小細胞癌治療中に治療関連急性前骨髄球形白血病を発症した1例

日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科

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

【症例】60歳代男性。X年12月に呼吸困難、咳のため当院受診。進展型小細胞肺癌の診断となりX+1年1月からCarboplatin, Etoposideによる化学療法を開始した。SVC症候群が懸念されたため放射線照射も併用した。2コース目からはAtezolizumab併用したが放射線肺臓炎のため4コース目からはAtezolizumabは中止した。CE療法を計6コース行い、その後肺癌は再燃なく経過していた。X+2年10月に血尿や倦怠感が改善せず受診、著明な白血球減少や血小板減少があり末梢血に芽球を認め、精査の結果、治療関連APLの診断となった。【考察】化学療法に起因する治療関連白血病は悪性疾患の治療経過中に発症することが知られている。今回、我々は進展型小細胞肺癌の1次治療後にEtoposideによると思われる治療関連白血病を発症した1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

31

複合免疫療法施行中に多彩なirAEsが生じたが適切に対処することで長期奏功が得られている肺腺癌の一症例

大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科

○高山 祥泰, 田中 智, 鬼頭里以子, 朝川 遼, 飛田 哲志, 内田 純二, 山本 傑, 上野 清伸

症例は66歳男性。X-2年1月右上葉肺腺癌 cT4N3M1a Stage4A (EGFR-, ALK-, ROS-1-, PD-L1 TPS 1-49%) と診断した。1st line CBDCA + PEM + Atezolizumab 療法を2コース投与したが、肝炎・睪炎を発症し同療法を中止し経過観察のみで軽快した。4月非結核性抗酸菌症 (M.avium) が発症しRFP + EB + CAMを開始し、5月副腎不全が発症しヒドロコルチゾンを開始した。6月左顔面神経麻痺・頭痛を生じ髄膜炎と診断しステロイド加療により軽快した。以降は病状は安定しており、X年3月現在肺癌の再発は認めていない。多彩なirAEsに対して適切に対処し良好な経過を得られている一症例を経験したのでここに報告する。

32

ペンブロリズマブ投与後に大動脈炎を呈した肺腺癌の1例

日本生命病院 呼吸器・免疫内科

○國屋 研斗, 中原 雄平, 飛田 哲司, 田中 雅樹, 二宮 隆介, 城光寺 龍, 新谷 隆, 立花 功

症例は5X歳男性。Y年6月に肺腺癌 (cT2N2M1c stage IV B) と診断された。1次治療として7月からカルボプラチン、ペメトレキセド、ペンブロリズマブ併用療法を開始した。2コース施行後の8月に、発熱と炎症反応の上昇を認めた。胸部単純CTにて大動脈弓の肥厚、血管周囲の高吸収を認め、大動脈炎と診断した。プレドニゾロン25mgの投与が開始され、発熱や炎症反応の上昇は改善したため、カルボプラチン、ペメトレキセド、ペンブロリズマブ併用療法を再開し、4コース完遂した。ペメトレキセド、ペンブロリズマブによる維持療法を1コース施行した11月19日に胸部単純CTにて5mm大の上行大動脈瘤を認めたため、上行大動脈置換術を施行し、ペンブロリズマブを誘因とした大動脈炎による大動脈瘤と診断した。抗PD-1抗体による大動脈炎の報告はなく、稀であると考えられたため、文献的考察を含めて報告する。

33

ペムブロリズマブによる薬剤性肺炎、薬剤性細気管支炎を併発した肺扁平上皮癌の一例

社会医療法人愛仁会 明石医療センター

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

74歳男性。右上葉肺扁平上皮癌 cT2aN0M1c [OSS, HEP, ADR, OTH] cStage IV B に対して X-3 ヶ月に 1st line として CBDCA+nab-PTX+Pembrolizumab を開始した。4コース終了後の X 月に食思不振、咳嗽を主訴に入院した。血液検査では好酸球が増加しており、腓醇素が上昇していた。胸部 CT 検査では両肺下葉に小葉中心性の淡い結節の多発が新規にあり、MRCP 検査では腓腫大と主腓管の狭窄がみられた。倦怠感、食思不振を伴う他の免疫関連副作用 (irAE) や器質的疾患は否定的で、Pembrolizumab による薬剤性肺炎と薬剤性細気管支炎と診断し、プレドニゾロンの内服で改善した。本例は食思不振と咳嗽という非特異的な主訴で入院し、精査の結果 Pembrolizumab による irAE と診断した。免疫チェックポイント阻害薬による薬剤性肺炎と薬剤性細気管支炎はそれぞれ頻度が低いとされている。頻度の低い2つの irAE を合併した稀な症例と考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

34

肺扁平上皮癌に対して Pembrolizumab 投与中に下垂体性副腎皮質機能低下症と劇症 1 型糖尿病を併発した 1 例

市立池田病院

○三橋 靖大, 住谷 仁, 清水 裕平, 田幡江利子,
橋本 重樹

症例は74歳、男性。X-1年12月に胸部異常陰影を主訴に受診。精査の結果、肺扁平上皮癌 cT4N1M0 Stage3A, PD-L1 TPS 50%と診断。X年1月から CBDCA+nab-PTX+Pembrolizumab を4クール施行したのち、X年4月から Pembrolizumab 維持療法に移行した。X年5月の外来受診時に意識障害・ショックを呈しており、維持療法を中止して精査したところ下垂体性副腎皮質機能低下症と診断。ヒドロコルチゾン内服を継続しつつ X年6月より Pembrolizumab 投与を再開、X年12月まで CR を保ちながら維持療法を継続した。X年12月の外来受診時に再び意識障害・ショックを呈しており、著明な高血糖とアシデミアを伴っていたことから劇症1型糖尿病発症による糖尿病性ケトアシドーシスとの診断に至った。本症例のように重篤な免疫関連有害事象を複数併発した症例は、肺癌領域においては過去に報告がないため、若干の文献的考察を加えながらここに報告する。

35

肺腺癌に対するペムブロリズマブ投与中に発症し治療に難渋した IrAE 肺炎の一例

1) 社会医療法人誠光会 淡海医療センター 呼吸器内科,
2) 同 消化器内科

○福本 洋介¹⁾, 石崎 直子¹⁾, 神田 響¹⁾, 小林 遊²⁾

80歳男。肺腺癌に対し CBDCA + PEM + Pembrolizumab2 コース後 Amy 上昇を伴う一過性腹痛発作あり。3コース後にも2回の発作を認め肺炎中等症と診断。MRCP/GIF にて他の原因が除外され IrAE 肺炎と診断。PSL20mg から漸増するも症状改善乏しく PSL : 80mg + AZP : 75mg にて軽快し以後漸減中止。この間化学療法休止にても腺癌は CR を持続。稀な IrAE 肺炎を経験したため報告する。

36

非小細胞肺癌に対してペムブロリズマブ長期投与中に急性間質性腎炎をきたした 1 例

1) 社会医療法人誠光会 淡海医療センター 呼吸器内科,
2) 同 腎臓内科,
3) 同 総合診療科,
4) 社会医療法人誠光会 淡海ふれあい病院 腎臓内科

○石崎 直子¹⁾, 福本 洋介¹⁾, 神田 響¹⁾, 信田 裕²⁾,
北村 謙³⁾, 西尾 利樹⁴⁾

83歳男性。肺腺癌に対して放射線化学療法完遂後に再発を認め、CBDCA + PEM + ペムブロリズマブを開始。維持療法10コース施行後に腎機能低下を認め、ペムブロリズマブ単剤に変更。8コース投与後に Cre の上昇を認め、ICI による急性腎障害を疑い腎生検を施行。急性間質性腎炎と診断しステロイド治療にて改善を認めた。ICI に関連した急性間質性腎炎の頻度は少なく、1年以上使用しての発症は極めて稀であり、腎生検の病理所見も併せて報告する。

37

免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) 投与を契機に抗 ARS 抗体症候群を発症した肺腺癌の一例

加古川中央市民病院

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

症例は63歳男性, X-1年9月に微熱・咳嗽を主訴に近医を受診し, 胸部単純写真で多発肺結節を認め当科に紹介となった。精査の結果, 右下葉肺腺癌, cT4N3M1c stage IV B, ドライバー遺伝子陰性, PD-L1 2%の診断となった。ICI 使用開始前のスクリーニングで, 抗ミトコンドリア抗体陽性, 抗 Scl-70 抗体陽性が判明し, 無症候性原発性胆汁性胆管炎と無症候性全身強皮症の存在が示唆された。X-1年10月より, CDDP+PEM+Pembrolizumab で投与を開始し縮小が得られていたが, X 年1月, 4コース目開始の1週間前から, 倦怠感と筋肉把握痛, 眼瞼の重たさ, 嚥下困難感を自覚し, CK1962U/ml と上昇を認めたため精査加療目的に入院。irAE を念頭に精査したところ, 抗 ARS 抗体陽性が判明した。ステロイドパルス応答であったが免疫グロブリン療法が著効し, 以後筋炎症状は改善し発症後3ヵ月でCK値は正常化した。ICI 使用により顕在化した抗 ARS 抗体症候群の一例を経験したので報告する。

38

免疫チェックポイント阻害剤により Vogt-小柳-原田病を発症した一例

- 1) 甲南医療センター 呼吸器内科,
- 2) 同 眼科

○細江 承¹⁾, 寺下 智美¹⁾, 榎本 隆則¹⁾, 杉本 裕史¹⁾,
中田 恭介¹⁾, 中村 賢和²⁾

【症例】61歳, 男性【経過】肺腺癌に対しアテゾリズマブを投与中, 右後頭部痛を訴えた。神経痛と判断し経過観察としていたが, その後飛蚊症が出現したため精査を行ったところ, 漿液性網膜剥離が多発しており Vogt-小柳-原田病 (VKHD) と診断した。アテゾリズマブによる免疫関連有害事象 (irAE) と考え, アテゾリズマブを中止しステロイドパルス療法を開始した。その後は自覚症状, ぶどう膜炎ともに改善した。【考察】irAE としての VKHD の報告は世界で数例である。本症例を含めそれらの症例ではアテゾリズマブが CD4 及び CD8 陽性 T リンパ球を活性化し, VKHD の発症に至ったと考えられる。irAE は従来の殺細胞性抗癌剤や分子標的薬とは大きく異なり, 全身の臓器に影響を及ぼすため様々な症状を呈する。免疫チェックポイント阻害剤使用時に非特異的な新規症状が出現した場合にも irAE の可能性を考慮し慎重に経過観察すべきである。

39

自律神経障害と感覚性ニューロパチーを呈した肺小細胞癌の一例

紀南病院 内科

○早川 佳奈, 吉松 弘晃, 芝 みちる, 山西 一輝,
早川 隆洋, 太田 敬之, 中野 好夫

68歳女性。20XX年1月中旬頃から排尿後や入浴後等に気分不良・冷汗を認め, 起立保持困難となることが頻発し, 徐々に食欲低下・体重減少, 両手のしびれも認めため, 3月に精査目的で当科紹介受診。胸部CTで右S6に18mmの腫瘍性病変と縦隔および右肺門部リンパ節の腫大を認め, 精査目的で入院。気管支鏡検査にて肺小細胞癌, 画像検索にてT2a_N3M0stage III Bと診断した。また, Head-up tilt 試験陽性より自律神経障害を, 神経電導検査より感覚性ニューロパチーと診断し, 抗腫瘍神経抗体も陽性であることから傍腫瘍神経症候群を併発した肺小細胞癌と診断した。第14病日より化学療法を開始し, 感覚障害は残存したものの, 自律神経障害に関しては改善を認めた。本症例では測定できなかったが, 近年, 抗神経節アセチルコリン受容体抗体陽性の傍腫瘍自律神経障害の報告例も散見されており, 若干の文献的考察を加えここに報告する。

40

ランバートイートン筋無力症候群合併の進展型小細胞肺癌に対して複合免疫療法を施行した一例

- 1) 大阪警察病院 呼吸器内科,
- 2) 同 脳神経内科

○町山 裕知¹⁾, 大岡 洋子²⁾, 田中 庸弘¹⁾, 仲谷 健史¹⁾,
神吉 秀明²⁾, 橋川 一雄²⁾, 南 誠剛¹⁾

【症例】63歳, 女性【主訴】両下肢の筋力低下【現病歴】両下肢の筋力低下を主訴に前医を受診した。精査目的の胸部CTで左肺門部リンパ節腫脹を認め, 精査目的に当科紹介受診となった。【臨床経過】左肺門部リンパ節の組織検体で小細胞肺癌と診断した。全身検索で肺転移を認め, 進展型小細胞肺癌と診断した。また, 抗P/Q型VGCC抗体陽性であり, 誘発筋電図でwaxingとwaningを認めたことから, ランバートイートン筋無力症候群 (LEMS) と診断した。本人の希望もあり, LEMS増悪のリスクを十分に説明した上で, Durvalumabを含む複合免疫療法を行う方針とした。LEMSの増悪を認めることなく経過し, むしろ, 腫瘍の縮小に伴って筋力低下の改善を認めた。【考察】LEMSを含め, 傍腫瘍性神経症候群 (PNS) 合併悪性腫瘍に対する免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) 投与の安全性は明らかでない。PNSに対するICI投与の安全性について文献的考察を加えて報告する。

41

抗NMDA受容体脳炎を伴う限局型肺小細胞がんに集学的治療が奏功した一例

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

○田代 隼基¹⁾, 永田 一真¹⁾, 貴志 亮太¹⁾, 世利 佳澁¹⁾,
遠藤 慧¹⁾, 白川 千種¹⁾, 嶋田 有里¹⁾, 島 佑介¹⁾,
平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 立川 良¹⁾, 清水 祐里²⁾,
原 重雄²⁾, 石井 淳子³⁾, 富井 啓介¹⁾

特記すべき既往のない65歳男性。X年10月頃から見当識障害、意欲低下、抑鬱の症状が徐々に出現し、精神運動興奮も認め昏迷状態となり前医へ入院した。抗精神病薬での加療を行うも症状の改善は認めず、原因精査として髄液検査を施行され抗NMDA受容体抗体陽性となり、抗NMDA受容体脳炎の疑いとして当院へ同年11月に転院搬送された。脳炎症状により見当識障害や昏迷状態でありPS低下していた。画像検査では縦隔リンパ節腫大を認め、同部位より気管支鏡検査を施行し、小細胞肺癌の診断となる。脳炎症状改善目的に縦隔リンパ節摘出術とステロイドパルスやIVIGを並行して治療を行った。治療経過でPS改善傾向にあり、同年12月には化学放射線療法を導入した。リハビリを行い自宅退院となり、外来で化学療法を4コース完遂し、脳炎に対する追加治療を行わずに経過観察を行っている。

42

造影効果を伴う下垂体柄の腫大と内分泌異常の精査中に肺腺癌が診断された一例

神戸市立医療センター中央市民病院

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

【症例】72歳女性【主訴】意識障害、頭痛、嘔吐【病歴】来院10日前より頭痛、嘔吐が出現。急速に悪化する意識障害で緊急入院。頭部CT、MRI検査で下垂体柄に造影効果を伴う腫大と左肺尖部の索状影を指摘。内分泌精査で下垂体機能低下症および尿崩症を指摘。5病日に左肺尖部の索状影に対し気管支鏡生検を行い、EGFR L858R陽性肺腺癌と診断。髄液細胞診から腺癌を検出し、肺腺癌の下垂体転移及び癌性髄膜炎、内分泌異常による意識障害と診断。22病日からオシメルチニブによる治療を開始し、3週間後に意識障害とADLは改善。62病日に自宅退院した。退院後の画像検査で下垂体柄と左肺尖部の病変は著明に改善した。【結語】下垂体転移は稀であり、頭蓋内腫瘍の1%程度と報告される。下垂体転移の原発巣は乳癌、肺癌の順に多く、症状では視野障害、下垂体機能低下症、尿崩症が多く見られる。下垂体と肺内に病変が見られる場合、稀ではあるが肺癌を検討する必要がある。

43

非小細胞肺癌にPTTMを合併し死亡した一例

日本赤十字社和歌山医療センター

○北原 健一, 濱田健太郎, 河内 寛明, 田中瑛一郎,
矢本 真子, 深尾あかり, 寺下 聡, 渡邊 創,
堀川 禎夫, 池上 達義, 杉田 孝和

患者は78歳男性。労作時呼吸困難を契機に胸部画像異常を指摘され、X年10月8日に当科紹介となった。右上葉に約3cmの腫瘤影、縦隔や鎖骨上窩にリンパ節腫大を認め、肺癌が強く疑われた。また、Dダイマーが43.60 $\mu\text{g}/\text{mL}$ と高値であり、経胸壁心エコーにてTRPG=60mmHgと右心負荷所見を認めた。造影CTで明らかな肺塞栓を認めず、肺腫瘍血栓性微小血管症(pulmonary tumor thrombotic microangiopathy: PTTM)の合併を疑い、精査目的に緊急入院とした。X年10月16日心臓カテーテル検査を施行し、肺動脈楔入し吸引細胞診を提出したところ、non-small cell carcinomaが検出された。遺伝子変異の結果が判明してから治療を開始する予定であったが、X年10月17日に急変し死亡した。臨床経過と併せてPTTMに伴う肺高血圧、右心不全からの突然死と結論づけた。PTTMは一般に予後不良であり、診断治療に結びつけるためには早期から鑑別に挙げて対応することが重要と考えられた。

44

重篤な呼吸不全を呈した肺腺癌患者の肺腫瘍血栓性微小血管症に対し、早期に化学療法を行い救命し得た1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院

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

症例は51歳男性。X-2年10月に肺腺癌(cT4N3M0, Stage IIIc)と診断、CDDP+PEM+Pembrolizumabを投与した。X-1年4月に粒状肺内転移が出現し、DTX + Ramを開始した。X年1月に酸素2l/分の投与を要する呼吸不全を呈するも、胸部造影CTで肺炎像や肺動脈塞栓像を認めなかった。経胸壁心エコーを行ったところ、TR-PG 53mmHgの肺高血圧と右心負荷所見を認めた。肺腺癌による肺腫瘍血栓性微小血管症(PTTM)を疑い、第2病日にCBDCA + S-1にて化学療法を開始した。第6病日まで呼吸不全はさらに進行し、右心不全によるうっ血肝や腎障害を呈した。第7病日になり呼吸不全は改善傾向を示し、第13病日に酸素投与を離脱、右心負荷所見は解除された。PTTMは肺の細小動脈への腫瘍塞栓により急速な肺高血圧を来す予後不良な疾患であり、治療法は確立されていない。今回我々は早期の化学療法が救命に有効であったPTTMの1例を経験したので報告する。

45

癌性リンパ管炎による重症呼吸不全を発症した血液透析患者にアファチニブが奏功した肺扁平上皮癌の一例

1) 国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科,
2) 同 腎臓内科

○金井 修¹⁾, 小泉 三輝²⁾, 今北 卓間¹⁾, 藤田 浩平¹⁾,
中谷 光一¹⁾, 三尾 直士¹⁾

背景: 非小細胞肺癌における分子標的薬治療の進歩により, かつて治療困難であった透析導入例や全身状態不良例に対しても治療が導入できるようになった。

症例: 腹膜透析中の70歳代男性。右肺下葉に約5cm大の腫瘍影, 右胸水貯留, 右腸骨転移を認め当院に入院した。胸水細胞診は陰性で透析液と同様の組成であったため, 横隔膜交通症と診断し血液透析に移行した。原発巣に対して気管支鏡下生検を行い, 扁平上皮癌と診断した。気管支鏡検査後に癌性リンパ管が出現して12Lリザーバマスクによる酸素投与を要していたが, EGFR G719A陽性と判明したためアファチニブ30mg/日による治療を導入した。1ヵ月後には原発巣の縮小, 癌性リンパ管炎の改善を認め, 呼吸不全から離脱した。シャント作成術を施行しシャントが形成された後に退院した。

結論: 最適な治療を提供するため, 肺扁平上皮癌においても遺伝子検索を検討すべきである。

46

分子標的薬の再投与で長期予後が得られた ALK 転座陽性肺腺癌の一例

加古川中央市民病院 呼吸器内科

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

症例は70代女性。2週間前からの呼吸困難あり, O₂ 10L以上を必要とする低酸素血症と多発肺結節を認め, X年8月緊急入院。肺腺癌 cT4N3M1a stage IV A (ALK 遺伝子転座陽性)との診断で, X年9月よりクリゾチニブ処方での劇的に改善, 酸素投与終了し退院。X+1年6月にPDとなり, CBDCA+PEM+BEV1コース投与も肝障害のため, X+1年7月よりアレクチニブに変更した。その後PDでX+2年5月よりCDDP+PEM 2コース投与も腎機能低下で終了した。続いてX+2年8月よりセリチニブ6ヶ月, クリゾチニブ2ヶ月, ニボルマブ4コース, DTX+RAM 1コース, CBDCA+TS1 1コースで治療したが再燃し, X+3年8月からのアレクチニブ再投与でしばらく病勢は安定した。脳転移がX+4年3月に認められたものの, 11月まで継続し, 12月よりロルラチニブに変更したが, X+5年5月に増悪し, 翌月死亡した。ALK 転座陽性肺腺癌では分子標的薬のローテーションで長期予後が見られる症例があり, 他の自験例も合わせて報告する。

47

Alectinib に早期耐性を示し, ABCP 療法の奏効した ALK 融合遺伝子陽性肺腺癌の一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

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

【症例】76歳女性【現病歴】咳嗽を主訴に前医受診, 胸部CTで両肺多発結節影, 肺門・縦隔リンパ節腫脹を認め, 当科を紹介受診した。精査の結果, ALK 融合遺伝子陽性肺腺癌 (cStage4A PD-L1:90%)と診断した。一次治療としてAlectinibを開始, 約2ヶ月後より胸水・心のう水の貯留を認めたが, 原発巣やリンパ節転移病変は縮小していたことから, 穿刺ドレナージを施行し, Alectinibを継続した。しかしその後も胸水・心のう水の貯留・増加が続き, 治療開始約5ヵ月後Alectinibを中止, 二次治療としてCBDCA + PTX + Bev + Atezo (ABCP療法)を開始した。心のう水・胸水は減少, 肺病変やリンパ節転移病変も縮小維持しており, 現在も治療継続中である。【考察】現在国内では5種類のALK-TKIの使い分けが議論されているが, 本例のようなALK阻害剤治療に早期耐性を示す症例では, ABCP療法が有効な可能性が示唆され, 文献的考察を加え報告する。

48

RET 融合遺伝子変異陽性肺腺癌に対してセルベルカチニブが奏効した一例

高槻赤十字病院 呼吸器センター

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

症例は61歳男性。左胸水で近医より紹介となった。ドレナージを行い左舌区抹消の径24mmの結節に対してCTガイド下生検を行い, 肺腺癌 (KIF5B-RET 融合陽性), cT1cN0M1aと診断しセルベルカチニブの投与を開始した。投与後day28でグレード1の肝機能障害を認めたため, 1段階減量しその後投薬を継続しているが, グレード1の肝機能障害は継続しているものの, 明らかな悪化もなく投与は継続できている。また, 原発巣は投与開始より縮小しており, 奏効していると考えた。セルベルカチニブは日本では2021年9月にRET融合遺伝子陽性の肺癌に対して承認されたTKIであり, 分子標的治療薬を適切に使用することが重要であると考えた。

49

ペンブロリズマブ長期投与後に再発し、再投与が奏功した肺癌の一例

明石医療センター 呼吸器内科

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

【症例】症例は74歳男性。右下葉肺腺癌 (cT1aN3M1c, cStage IV c, PD-L1 TPS 90%) と診断し、X-3年2月よりペンブロリズマブを開始した。PR 判定となり24ヶ月が経過したためX-1年2月に終了した。X-1年10月に胸部CT画像で両肺に多発結節影を認め、エコー下経皮生検にて肺癌再発と診断した。急速に病勢が悪化し、酸素15L/分の投与を行いながらX-1年11月よりペンブロリズマブを再投与した。2コース投与にて呼吸状態は著明に改善し、独歩で自宅へ退院した。3コース投与後に両肺の多発結節影はほぼ消失した。【考察】ペンブロリズマブの24ヶ月を超える長期投与については明確な指針がない。長期投与後の再投与に関する報告も稀であるため文献的考察を含め報告する。

50

オシメルチニブに初期耐性のEGFR 遺伝子変異陽性肺癌にニボルマブが著効した1例

神鋼記念病院 呼吸器センター

○今尾 舞, 大塚浩二郎, 難波 晃平, 藤本 佑樹,
沼田 潤, 平位 一廣, 橋田 恵佑, 田中 悠也,
稲尾 崇, 門田 和也, 伊藤 公一, 笠井 由隆,
榎屋 大輝, 鈴木雄二郎

【症例】70歳男性, EGFR 遺伝子変異 (exon19del) 陽性肺腺癌, cT4N2M1c. PD-L1は高発現. オシメルチニブを開始するも早期にPDの判定. CBDCA+PEM, nabPTX, エルロチニブによる治療を行うもいずれもPDと判定. ニボルマブを開始したところ, 腫瘍は著明に縮小した. 【考察】オシメルチニブ初期耐性例に対する免疫チェックポイント阻害薬の検討は少なく, 更なる症例集積が望まれる.

51

4期非小細胞肺癌と1期下咽頭癌の同時重複癌にCBDCA+nabPTX+atezolizumab 併用療法が完全奏効をもたらした1例

1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学,
2) 同 胸部腫瘍学特定講座

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

【症例】71歳男性【主訴】背部痛【臨床経過】健診レントゲンにて右下葉原発の肺癌を疑われ、精査加療目的で当科紹介受診となった。CTにて右肺S6に充実性腫瘍を認め、同部位からの経気管支的生検にて非小細胞肺癌 (NOS, PD-L1 TPS 60%, ドライバーがん遺伝子陰性), 全身検索の結果4A期cT2aN1M1b (右副腎転移) と診断した。気管支内視鏡の際に下咽頭左梨状窩にも隆起性病変を認め、生検の結果, 下咽頭癌 (扁平上皮癌), 1期cT1N0M0の同時重複癌と診断した。CBDCA+nab-PTX+atezolizumab による治療を開始したところ, 4コース後に両癌共に完全奏効に至り, 現在も維持療法継続中である。

52

クライオ生検で肺癌による気道閉塞を迅速に解除し、救命できた症例

1) 公立豊岡病院 呼吸器内科,
2) 姫路医療センター 呼吸器内科

○中尾 高浩¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 難波 晃平¹⁾, 高田 悠司¹⁾,
中治 仁志¹⁾, 水守 康之²⁾

71歳男性. 20本/日×50年のcurrent smoker. 2週間前から咳嗽を自覚し, X日強い呼吸困難を訴え救急要請した. 呼吸不全を認め, 気管挿管, 人工呼吸器管理となった. 画像検査で左主気管支を閉塞する腫瘍と左無気肺を認めたため, 初療室でクライオ生検を約30回行い, 閉塞を解除した. その後呼吸状態は改善し, X+3日に抜管できた. 病理組織からは腺癌の診断を得た. 再閉塞せず, 呼吸状態は安定していたため, 病期診断や合併症評価を十分に行うことができ, その後治療を導入した. クライオ生検が緊急の気道閉塞解除による救命と, 安全な治療導入に有用であった一例と考えられたため, 報告する.

53

異なる EGFR 遺伝子変異を示した同時性多発肺癌の 1 例

大阪府済生会野江病院 呼吸器内科 病理診断科

○山中 佐織, 金子 顕子, 日下部悠介, 中山 絵美,
田中 彩加, 山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作,
山岡 新八, 三嶋 理晃, 竹井 雄介

85歳, 男性. 両肺に複数の肺腫瘍を指摘され, 肺癌疑いで当科紹介となった. 左上葉と下葉からの生検でそれぞれ異なる EGFR 遺伝子変異 (e19del, e18G719X) を示す腺癌と診断し, 右上葉の生検は行わなかったがこちらも PET-CT で集積を認めた. アファチニブで治療を開始し, 左上葉の腫瘍影は縮小傾向であったが, 右上葉と左下葉はほぼ不変であった. 異なる EGFR 遺伝子変異を示した同時性多発肺癌は大変希少な症例であり, 若干の文献を加え考察を行う.

54

EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の加療中に肺小細胞癌への転化を認めた一例

公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

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

症例は57歳男性. 左上葉肺癌疑いに対して胸腔鏡下左上葉切除術施行. 肺腺癌, pT2aN2M0, stage3A, EGFR 遺伝子変異陽性: exon19 deletion の診断. 術後補助化学療法 (CDDP+VNR) 中に胸膜播種・左胸水増加にて再発. Bevacizumab+Erlotinib は約3年間奏功したが, 胸膜播種・左胸水増悪を認め, CBCDA+PEM に変更し胸膜播種は縮小, 以降 PEM の維持療法中に胸膜播種・左胸水再増悪を認め, proGRP の上昇もあり, CT ガイド下生検にて肺小細胞癌の転化の診断に至った. 以上肺腺癌の加療中に肺小細胞癌への転化を認めた一例について文献的考察を踏まえて報告する.

55

AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネルにて診断しえた MET Exon14 skipping 遺伝子陽性肺腺癌の 1 例

1) 社会医療法人聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院 呼吸器内科,
2) 兵庫医科大学病院 呼吸器・血液内科○増井 貴嗣¹⁾, 中島 康博^{1,2)}, 長野 昭近¹⁾, 永田 恵子¹⁾

症例は87歳女性. X-1年12月に肛門出血にて当院受診. その際に施行された CT にて胸部異常陰影を指摘され, X年1月に当科紹介受診. CT 上, みぎ肺野に55mm 大の不整形腫瘍, 多発リンパ節転移を認め, PS0 であり, 患者, 患者家族とも精査を希望されたために同月気管支内視鏡検査施行. 迅速細胞診にて肺腺癌と診断し Oncomine Dx Target Test マルチ CDx システムに提出する予定であったが超高齢者のため, 早期の治療導入目的に AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネルに検体を提出. 7日後に結果が判明し MET exon14 skipping 遺伝子変異陽性と判明. NSCLC (ad) c-T3N3M1c (BRA) にて同年2月より tepotinib の導入を開始した. 現在治療効果判定 RECIST-PR にて加療継続おこなえている. 超高齢者における進行肺癌早期治療目的に AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネルが有効であった1症例を経験した. 本症例をもとに文献的考察を交え, 発表する.

56

免疫療法関連肺臓炎との鑑別に病理学的評価の重要性を再認識した癌性リンパ管症の一例

独立行政法人国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科

○今北 卓間, 伊藤 高範, 齊藤漸太郎, 大井 一成,
金井 修, 藤田 浩平, 中谷 光一, 三尾 直士

免疫療法関連有害事象の一つとして肺臓炎が挙げられる. ニボルマブ, イピリムマブ併用免疫療法の効果を検証した第Ⅲ相試験においては, その発症率は3.5~8.3%と報告されている. 免疫療法中に急性呼吸不全が出現した際は, 感染症, 胸水貯留, 肺動脈血栓塞栓症, 癌性リンパ管症, 肺内転移等, 鑑別は多岐にわたる. しかし実臨床においては, 肺臓炎の診断は胸部 CT 所見により行われることが多く, 病理学的な評価がなされた例が少ないのが現状である. 今回, 当初は臨床的に免疫療法関連間質性肺炎を疑ったものの, 気管支鏡検査 (気管支肺胞洗浄) により病理学的に癌性リンパ管症と診断した教育的症例を経験したため報告する.

57

当院における高齢者肺癌治療の後方視的解析

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○乾 佑輔, 茨木 敬博, 岡田あすか, 飯塚 正徳,
羽藤 沙恵, 太田 和輝, 古山 達大, 上田 将秀,
美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人

演者らは、2016年1月～2021年12月に手術加療とならなかった75歳以上の121例の肺癌患者を後方視的に解析し、化学療法を3コース以上施行した治療群において、有意に全生存期間が優れていたことを報告した。今回、以前の報告の結果を踏まえ、高齢者肺癌に対する治療の実状について組織型による違いや治療による差について、更なる解析を加えたので追加報告する。

58

SP142と22C3でのPD-L1発現の比較～ICとTC、TPSの比較を中心に～

1) NHO 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 同 放射線診断科

○加藤 智浩¹⁾, 北川 怜奈¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳澁¹⁾,
井野 隆也¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾,
平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏明¹⁾,
水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 河村 哲治¹⁾

背景:SP142は22C3と同様に、腫瘍細胞のPD-L1発現率(SP142:TC, 22C3:TPS)の測定に加え、腫瘍浸潤免疫細胞のPD-L1発現率(IC)も測定する。しかし、IC、TCとTPSの関連性はあまり知られていない。目的:ICとTC・TPSの関連性について。対象:2021年6月から2022年1月にSP142, 22C3同時測定した60例。結果:SP142でTC3 or IC3, TC1, 2 or IC1, 2, TC0 and IC0は各11, 30, 19例。IC3, 2, 1, 0は各9, 8, 24, 19例。TC3, 2, 1, 0は各5, 5, 6, 44例。22C3で高発現・低発現・非発現は各18, 26, 16例。ICとTCは、2例を除きIC \geq TCで、割合では相関係数0.796と強い相関があり、IC割合とTPSの相関係数は0.546だった。IC3の症例の89%は22C3強陽性であり、22C3高発現症例の44%はIC3であった。結論:ICとTC, TPSは相関していた。ほとんどの症例でIC \geq TCであった。

59

気管支内腫瘍の増大を契機に診断された前立腺癌の1例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

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

症例は80歳の男性。X年1月から4月にかけて上腸間膜動脈塞栓症により外科手術、ICU管理を含めた入院治療が行われたが、入院時およびその後の胸部CT検査で、X-4年には認めていなかった左上区気管支内の軟部陰影が出現しており、X年8月にかけて増大がみられたため、当科に紹介受診となった。X年9月に気管支鏡検査を実施、左上区気管支内腔に腫瘍を認め、同部位から生検を実施したところ、病理学的には前立腺癌の気管支内転移が疑われた。FDG-PET/CT検査では、同腫瘍に加え、前立腺にFDGの集積を認めた。前立腺生検でも前立腺癌の診断となり、治療が開始された。稀な転移病変を契機に前立腺癌と診断した症例であり、示唆に富む症例と考え報告する。

60

胸水から腫瘍細胞を検出した前立腺癌の一例

洛和会音羽病院 呼吸器科

○米本 高弘, 土谷美知子, 村井 淳二, 榎本 昌光,
畑 妙, 田中 友樹, 田宮 暢代, 長坂 行雄

糖尿病、慢性心不全で通院中の71歳男性が両側胸水を指摘され当院を受診した。胸水はリンパ球優位の滲出性で、細胞診で異型細胞を認めた。CTで前立腺癌と多発骨転移を疑う所見があり、経直腸的前立腺生検で前立腺癌と確定した。胸水中の異型細胞はPSA陽性であり、前立腺癌胸膜播種と考えた。前立腺癌の胸腔内転移の生前発現率は1-5%程度とまれである。セルブロックによる胸水中異型細胞の免疫染色が診断に有用であった。

61

原発性肺癌を疑ったが精査の結果、前立腺癌の肺転移と診断した1例

- 1) 公立那賀病院 呼吸器内科,
- 2) 和歌山県立医科大学 内科学第三講座,
- 3) 公立那賀病院 呼吸器外科,
- 4) 同 病理診断科

○北原 大幹^{1,2)}, 村上 祐亮¹⁾, 佐藤 孝一¹⁾, 小暮美和子¹⁾, 平井 一成³⁾, 岩橋 吉史⁴⁾, 金井 一修¹⁾

症例は67歳、男性。胸部異常陰影を指摘され当科を受診した。胸部CTでは右下葉の約5mm大のすりガラス影であったため経過観察を行っていた。しかし緩徐に増大傾向を示していたため気管支鏡検査を施行したが診断に至らなかった。画像上、原発性肺癌を強く疑ったため、呼吸器外科に紹介のうえ手術が施行された。術中迅速診断では腺癌の所見で、右下葉切除とリンパ節郭清を行った。しかし術中迅速診断にて管状、篩状といった肺癌において非典型的な組織像であった。また術前のPET検査で前立腺に集積(SUVmax6.78)を認め泌尿器科紹介、前立腺癌と診断されていたこともあり、免疫染色を追加したところ、TTF-1陰性、PSA陽性であり前立腺癌の肺転移と診断した。今回、転移性肺癌として非典型的な画像所見を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

62

肺とリンパ節に石灰化を伴った乳癌肺内転移の一例

- 1) 京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科,
- 2) 京都府立医科大学 大学院 医学研究科 呼吸器内科学

○植田 寛生¹⁾, 新田 直大¹⁾, 藤井 博之²⁾, 久野はるか²⁾, 吉村 彰紘²⁾, 森本 吉恵²⁾, 岩破 將博²⁾, 徳田 深作²⁾, 金 永学²⁾, 山田 忠明²⁾, 高山 浩一²⁾

47歳女性。5年前に左乳癌cStage4と診断され化学療法中である。治療中に気管支血管束に沿った石灰化を伴う多発粒状影・浸潤影が左上葉に出現し、小葉間隔壁肥厚や石灰化を伴う縦隔・肺門リンパ節腫大所見も認めた。抗酸菌感染症や良性腫瘍も鑑別に挙げたが、経気管支肺生検で乳癌肺転移の診断となった。石灰化は良性疾患で多くみられるが、悪性疾患でも石灰化を伴うことがあり、病歴に応じて積極的な病理診断が必要であると考える。

63

経気管支鏡下肺クライオバイオプシーで診断した癌性リンパ管症の一例

- 1) 独立行政法人 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科,
- 2) 同 臨床研究センター

○新谷 亮多¹⁾, 岡森 仁臣¹⁾, 倉原 優¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 新井 徹^{1,2)}, 井上 義一²⁾

【背景】癌性リンパ管症(PLC:Pulmonary lymphangitic carcinomatosis)は様々な癌腫で起こりえるが、腎癌に合併する症例は少ない。またPLCは呼吸器症状を伴い、進行も早く一般的に予後は不良である。【症例】64歳男性。X年に右腎癌に対して腎摘除術を施行された。X+2年に転移性肺腫瘍で再発し化学療法を開始された。X+3年には肺野の小結節は消失したが、X+4年から胸部CTで左上葉ならびに右下葉に小葉間隔壁肥厚像を認め緩徐に拡大するために、X+5年に当院を受診した。来院時自覚症状は伴わず、呼吸機能検査も異常は認めなかった。経気管支下肺生検、気管支肺胞洗浄では診断がつかず、経気管支下肺クライオバイオプシー(TBLC:Transbronchial lung cryobiopsy)を施行し、リンパ管内に異型細胞を認め、免疫染色の結果から腎癌によるPLCと診断した。【結語】無症候性に緩徐進行する腎癌によるPLCを経験した。また、TBLCはPLCの診断に有用だった。

64

胸部異常陰影を契機に発見された腎癌術後19年での肺・肺門リンパ節転移、甲状腺転移、脳脈絡叢転移の1例

- 1) 労働者健康安全機構 和歌山労災病院 呼吸器内科,
- 2) 同 泌尿器科,
- 3) 同 耳鼻咽喉科,
- 4) 同 脳神経外科

○庄野 剛史¹⁾, 前部屋 賢¹⁾, 辰田 仁美¹⁾, 細 隆信¹⁾, 塔筋 央庸²⁾, 福田 祐也³⁾, 中西 雄大⁴⁾, 林 宣秀⁴⁾

症例は82歳女性。19年前に左腎癌に対して根治的左腎摘出術を施行、その後再発無く経過し6年前に経過観察終了となった。近医にて胸部異常陰影指摘され、ふらつき・嘔気も認められたため、当院紹介初診。胸部CTにて両肺小結節影、および右肺門リンパ節腫大、左甲状腺腫瘍を認め、また頭部造影MRIでは第4脳室および右側脳室脈絡叢にも腫瘍を認め、ともに転移性脳腫瘍と考えられた。超音波気管支鏡にて右肺門リンパ節を観察したところ非常に血流豊富であった。左甲状腺腫瘍生検にて腎細胞癌の診断が得られたことより腎癌術後19年目での肺転移、右肺門リンパ節転移、甲状腺転移、脈絡叢転移を伴う脳転移での再発と診断した。腎細胞癌の甲状腺転移、脳脈絡叢転移はそれぞれが稀とされ、その二つが同時に認められた本症例は非常に稀と考えられた。この病態が胸部異常陰影を契機に診断できたことは非常に有意義と考えられたため、文献的考察を加え報告する。

65

経気管支肺生検での組織診断に苦慮した肺悪性リンパ腫の1例

- 1) 大阪はびきの医療センター、
- 2) 神戸大学

○樋口 貴俊¹⁾、小牟田清英¹⁾、岡部 福子¹⁾、柳瀬 隆文¹⁾、田村香菜子¹⁾、馬越 泰生¹⁾、森下 裕¹⁾、上田 佳世¹⁾、河原 邦光²⁾、松岡 洋人¹⁾

症例は58歳男性。咳嗽、喀痰、微熱を主訴に20XX年6月に入り近医を受診、経口抗菌薬を2週間処方されるも胸部Xp所見の改善なく、難治性の肺炎として当科に紹介、入院となった。胸部CTでは両下葉中心に気管支透亮像を伴う浸潤影を認め、奇異な非区域性の分布より、細菌性肺炎や特発性器質化肺炎とは異なる印象であった。sIL-2Rが高値であり、気管支肺胞洗浄ではB細胞の増加を認め、マクログロブリン血症も認めため、悪性リンパ腫を疑った。経気管支肺生検を2回行い、血管周囲間質にリンパ球の浸潤をみるが、繊維症が拡がり気腔内organizing fibrosisも認め、悪性リンパ腫の組織診断に至らなかった。腫大したリンパ節を認めた右腋下部のリンパ節生検を追加したところ、辺縁帯B細胞リンパ腫の診断となり、他院血液内科に転院しR-CHOP 6クールを施行し寛解となった。経気管支肺生検での悪性リンパ腫の組織診断に苦慮した1例を経験した。

66

多発気管支管内腫瘍より診断に至ったびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の一例

兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科

○嶋村 優志、岡崎 航也、木高 早紀、天野 明彦、高橋 祥太、山口 実賀、伊藤 峻、松本 啓孝、斎藤恵美子、平位 知之、遠藤 和夫、平林 正孝

【症例】79歳女性【経過】咳嗽を主訴に受診した近医で胸部異常陰影を指摘され当科受診となった。胸部CTで左上葉無気肺および多発気管支管内腫瘍、多発肺内結節影を認めた。気管支鏡検査では気管内に多数のポリープ様隆起性病変を認め、左主気管支は入口部より高度に腔内性狭窄を来していた。生検での出血による中枢気道閉塞の懸念により生検は断念し、診断に先行して放射線照射、浮腫予防としてのデキサメタゾンの投与を開始した。治療開始7日目には胸部X線で左上葉無気肺の解除を認めた。放射線治療終了3週間後に行った気管支鏡検査で、多発気管支管内病変の消退を認め、残存気管支内病変より生検した検体より、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の病理組織診断に至った。【結語】気管支管内腫瘍としての悪性リンパ腫は稀であるが、ステロイド投与による縮小といった特徴的所見があれば積極的に鑑別上位に挙げることが重要である。

67

神経症状を伴い皮膚生検が有用であった血管内リンパ腫の一例

明石医療センター 呼吸器内科

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

72歳男性。当院入院5週間前から着衣困難など認知機能低下が出現、4週間前に発熱・全身脱力があり前医に入院した。軽労作で著明な低酸素血症がみられたが、胸部CTでは右中葉に軽度のすりガラス影を認めるのみであった。認知機能が週単位で悪化し、1週間前に新規脳梗塞も発症した。呼吸状態が悪化し、CTで両肺野にびまん性すりガラス陰影が出現したため、精査加療目的に当院に転院した。汎血球減少、LDHや可溶性IL-2受容体抗体が高値であり経過、画像検査結果から血管内リンパ腫(intravascular lymphoma: IVL)を疑った。皮膚生検や骨髓生検を行い、血管内に異型リンパ球を認めIVLの確定診断に至った。全身MRIでは皮膚にも集積がみられた。化学療法後、臨床所見は改善した。呼吸不全、神経所見を伴い、画像所見や検査所見からIVLを疑い皮膚生検が診断に有用であった本症例を考察も加え報告する。

68

乳糜胸水を伴った濾胞性リンパ腫の一例

済生会滋賀県病院

○菅 佳史、長谷川 功、陣野 一輝、橋倉 博樹

症例は64歳女性、検診の胸部X線写真にて、左胸水貯留を認め、近医を受診、胸部CT画像上、頸部、腋窩、縦隔に多数のリンパ節腫大や傍椎体腫瘍を認め精査目的で紹介となった。気管支鏡検査にて、気管支肺胞洗浄や縦隔リンパ節から、超音波気管支鏡ガイド下針生検を行ったが、診断には至らなかった。胸腔穿刺では、胸水中の中性脂肪が高値で、乳糜胸水と考えられた。胸腔鏡検査を行い、胸膜の隆起性病変から生検を行い、病理組織からはリンパ増殖性疾患が疑れたが、診断には至らなかった。そのため、FDG-PET/CTで集積を認めた左頸部リンパ節生検を行い、濾胞性リンパ腫の診断に至った。非外傷性の乳糜胸水の原因として、欧米では、肺癌や転移性腫瘍、悪性リンパ腫等の悪性腫瘍が多いと報告されている。本邦では乳糜胸水を伴う悪性リンパ腫の報告は稀であるが、非外傷性の乳糜胸水と診断した場合、悪性リンパ腫も考慮する必要があると考えられた。

69

孤立的右気管支転移を来した悪性黒色腫術後再発の1例

- 1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学,
2) 同 胸部腫瘍学特定講座,
3) 同 病院病理部

○村上 美沙¹⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 神取 恭史¹⁾, 河村 直樹¹⁾, 森下 実咲¹⁾, 清田穰太郎¹⁾, 西村 駿¹⁾, 長野 昭近¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾, 柁木 芳樹^{1,2)}, 堀尾 大介^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}, 山崎 隆³⁾, 廣田 誠一³⁾

症例は70代女性。20XX-5年5月に右前腕悪性黒色腫にて手術施行し、再発なく経過。20XX-1年9月に咳嗽を主訴に当科初診。胸部CT施行したところ右下葉結節影を認め経過観察していたが、3ヶ月後の胸部CTで右主気管支～右中間気管支幹内腔に結節影を認めた。20XX年2月気管支鏡検査施行したところ、右主気管支に表面滑沢で結節状、紅色調の腫瘍性病変を認め、同部位の生検にて悪性黒色腫の転移と診断し、今後 BRAF 阻害薬 + MEK 阻害薬での治療を予定している。

70

超高齢男性に認めた肺原発悪性黒色腫の一例

国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科

○藤田 浩平, 中谷 光一, 今北 卓間, 金井 修, 三尾 直士

症例は90歳男性。背部痛を自覚し近医を受診。胸部XP検査で右上肺野に結節陰影を認め、当院へ紹介となった。胸部CT検査にて右上葉の腫瘤陰影、胸膜多発結節、縦隔リンパ節種大を認め、進行期の肺癌が疑われた。気管支鏡で、悪性黒色腫と診断した。皮膚科医による全身診察およびPET-CT検査で全身精査を行ったが、皮膚に病変はなく、肺原発の悪性黒色腫と診断した。本人の治療希望が強く、ipilimumab+nivolumabによる治療を開始した。4コース終了時点で治療効果はPRであった。Grade 1の皮膚障害以外の有害事象は認めていない。本症例は超高齢男性に生じた肺原発悪性黒色腫である。肺原発の悪性黒色腫は極めて稀な腫瘍であり、その頻度は肺に発生する全癌のうち0.01%に過ぎない。悪性黒色腫の標準治療は免疫CP阻害薬の併用療法である。今回、超高齢者の肺原発悪性黒色腫においても免疫CP阻害薬の有効性が認められ、認容性も高く、選択肢の一つになると考えられる。

71

当院で経験した肺癌肉腫の一例

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

○長崎 美華, 福島 有星, 東 正徳, 野田 彰大, 宮崎 慶宗, 春田 由貴, 佐藤 竜一, 佐渡 紀克, 齋藤 隆一, 上田 哲也, 長谷川吉則

症例は72歳男性。発作性心房細動にて抗凝固療法中、左胸部疼痛を認め受診となった。胸部X線にて6ヶ月前にはない左胸壁に接する約10cmの腫瘤影を認め、造影CTでは内部不均一の一部石灰化を伴う境界明瞭な腫瘍性病変を認めた。FDG-PETにて同部位に強い集積像を認め、悪性疾患を疑いCTガイド下生検を施行したところ肺癌肉腫の診断となった。肺癌肉腫は稀であり若干の文献的考察を含めて発表する。

72

主気管支内に進展した肺平滑筋肉腫をクライオバイオプシー (TBLC) で診断しえた1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院

○塚本 信哉, 北島 尚昌, 船内 敦司, 藤原 直樹, 坂野 勇太, 林 優介, 宇山 倫弘, 伊元 孝光, 濱川 瑤子, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

症例は69歳女性。咳嗽、呼吸困難を認めて当科紹介となった。胸部CTで左肺門部から左主気管支内に進展する3.5cm大の腫瘤影を認めた。気管支鏡検査では、左主気管支内腔に約2cmのポリープ様白色腫瘍を認め、生検を行ったが全て壊死組織であった。再度、TBLCでポリープ様病変を除去しつつ生検を繰り返した。前半は全て壊死組織だったが、後半の検体に好酸性の胞体を有する紡錘形・類円形の異形細胞の胞体を認めた。酵素抗体法では、TTF-1, p40, AE1/AE3陰性、 α -SMA, HHF35陽性より平滑筋肉腫と診断し、定位放射線治療(陽子線66Gy/25Fr)を行った。肺平滑筋肉腫は気管支鏡では診断が難しいという報告もある。今回、主気管支内に進展した肺平滑筋肉腫をTBLCで診断できたことは貴重と考え報告する。

73

胸郭を占拠する巨大腫瘤を呈し、長期間の経過を追えた肋骨骨内骨肉腫の1例

- 1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 同 放射線科

○三宅 剛平¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾,
小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智宏¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
横井 陽子¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
東野 貴徳²⁾, 河村 哲治¹⁾

症例は55才男性。30年前に右第2肋骨腫瘤を指摘され、他院で精査されるも経過観察の方針となった。11年前に喫煙時の呼吸困難を自覚し同医を再診。胸部CTでは右第2肋骨原発の巨大腫瘤影を認めた。CTガイド下生検で確定診断つかず、手術を勧めるも同意が得られず、再度経過観察の方針となった。その後、緩徐に増大傾向あり、当科紹介。胸部CTでは、右第2肋骨から生じた長径17cmの巨大腫瘤が右胸腔内を占拠し心臓を圧排していた。MRIではT2WIで低信号と高信号の混在した不均一な信号と造影効果がみられ、肋骨由来の間葉系腫瘍が考えられた。右第2肋骨切除を伴う胸壁腫瘍摘出術を施行し、低分化骨内骨肉腫と診断した。肋骨骨内骨肉腫が長期の経過で胸腔内を占拠する巨大腫瘤を呈することはまれであり文献的考察を加えて報告する。

74

経気管支肺生検にて確定診断に至ったHIV感染症に伴う肺カポジ肉腫の1例

彦根市立病院

○齊藤漸太郎, 月野 光博, 渡邊 勇夫, 岡本 菜摘,
寺本由加子, 太田 諒, 新宅 雅幸

症例は45歳男性、バイセクシュアル。20XX年Y月に両頸部、両鼠径部の腫瘍性病変を自覚した。Y+5月の健康診断で頸部リンパ節腫大を指摘されCT検査で全身リンパ節腫脹、肺野多発浸潤影を認め当院に紹介受診となった。HIVスクリーニング検査及びウェスタンブロット法によるHIV-1抗体陽性でありHIV感染症と診断した。HIV mRNA26万copy/mL、CD4絶対数11/μLでありAIDsを念頭に検査を行った。胸部CTでは両肺野に斑状浸潤影を認めPETCTでも同部位に集積を認めた。経気管支肺生検(TBLB)にて、多数の紡錘形細胞が束状に増殖しその内部に赤血球を含有するスリット状管腔構造を認めカポジ肉腫に矛盾しない組織像であった。頸部リンパ節生検から同所見を認め肺及び全身リンパ節のカポジ肉腫と診断した。抗HIV薬とドキシソルピシンを使用し肺病変、リンパ節腫大の縮小が得られている。今回、我々はTBLBにて確定診断を得た肺カポジ肉腫を経験したため文献的考察を加え報告する。

75

原発性悪性心膜中皮腫の1例

- 1) 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科,
2) 同 呼吸器外科

○松岡 佑¹⁾, 木田 陽子¹⁾, 徳重 庸介¹⁾, 益田 隆広¹⁾,
濱崎 直子¹⁾, 三輪菜々子¹⁾, 瀧藤 力也¹⁾, 上領 博¹⁾,
桜井 稔泰¹⁾, 多田 公英¹⁾, 足立 泰志²⁾, 中西 崇雄²⁾,
本山 秀樹²⁾, 大政 貢²⁾

【症例】81歳女性、PS0【主訴】胸部異常陰影【既往歴】左乳癌(62歳)【現病歴】近医より左肺門部の異常陰影指摘され当院紹介受診となった。胸部CT・心エコー図検査にて、右室流出路の心膜・心筋を主座とする長径48mmの不整形腫瘤を認めた。PET-CTで同部位にSUVmax10.19と強い集積を認めたが、その他の部位に転移や原発巣を疑う集積は認めなかった。確定診断目的に胸腔鏡下心膜腫瘍生検術を施行した。病理組織診断で二相性の悪性心膜中皮腫と診断された。【経過】切除不能悪性心膜中皮腫と判断され、高齢であるがPS0・非上皮型であるため、一次治療としてニボルマブ+イビリムマブ投与を行った。【考察】心膜腫瘍の鑑別としては、転移性腫瘍、悪性中皮腫、肉腫などがあげられる。外科的心膜生検による確定診断が有用であった。その他、若干の文献的考察を加えて報告する。

76

臨床診断に難渋し剖検により診断に至った縦隔腫瘍の1例

パナソニック健康保険組合 松下記念病院

○宮本 瑛史, 大倉 直子, 酒井 健紀, 西村 直也,
和泉 宏幸, 川端 二, 山田 崇央

症例は80代男性。呼吸苦と背部痛で受診し、胸部X線で左胸水貯留を認めたため、肺炎・胸膜炎疑いに対して入院の上抗菌薬加療を開始した。しかし病勢改善せず、胸腔穿刺で胸水中に好中球を多数認めたため左膿胸と判断し、広域抗菌薬に変更。胸腔ドレナージを行うも病勢改善しなかった。後日胸水細胞診より腺癌細胞を認めた。病勢改善しないためフォローのため撮像した胸腹部造影CTで縦隔に不均一な軟部影を認め、急性壊死性縦隔炎を疑い緊急縦隔掻爬術を施行した。術中採取した胸水、胸膜組織からも腺癌を検出した。術後も全身状態改善せず死亡した。剖検にてラプドイド細胞を含む低分化な悪性腫瘍を認めた。今回、診断に難渋した縦隔腫瘍の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

77

気管支鏡にて診断し得た気管支・肺アミロイドーシスの一例

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

○花田宗一郎¹⁾, 吉川 和也¹⁾, 山崎 亮²⁾, 山縣 俊之¹⁾, 澤口博千代¹⁾, 村木 正人¹⁾, 松本 久子²⁾, 東田 有智³⁾

症例は75歳, 女性。既往歴として, シェーグレン症候群を認める。咳嗽を主訴に前医を受診した。前医での胸部CTにて異常所見を指摘され, 当科紹介となった。胸部CTにて, 左上葉に12mm×8mmの結節影, 両側多発肺嚢胞を認めた。PET-CTを実施したところ, 左上葉の結節影は, 僅かにFDGの集積を認めた。原発性肺癌の鑑別も必要と判断し, 精査目的で気管支鏡検査を実施した。内視にて, 気管及び気管支に複数の黄白色隆起性病変を認め, 特に右中間幹は広範囲に同様の所見を認めた。左B4aよりTBLB, 右中間幹の隆起性病変よりTBBを実施した。組織診にて, アミロイドーシスと診断した。以上より, シェーグレン症候群をベースとし, 気管支・肺アミロイドーシス, 多発肺嚢胞を合併したと考えられた。若干の文献的考察を含め報告する。

78

びまん性肺胞隔壁型の肺病変を呈した原発性全身性アミロイドーシスの一例

- 1) 神戸市立医療センター 西市民病院 呼吸器内科,
- 2) 同 西市民病院 循環器内科,
- 3) 同 西市民病院 腎臓内科,
- 4) 同 西市民病院 消化器内科,
- 5) 神戸大学医学部附属病院 腫瘍・血液内科

○橋本 梨花¹⁾, 岩林 正明¹⁾, 李 正道¹⁾, 横田 真¹⁾, 網本 久敬¹⁾, 田畑 諭子²⁾, 渡邊 周平³⁾, 山田 聡⁴⁾, 瀧口 純司¹⁾, 薬師神公和⁵⁾, 金子 正博¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 富岡 洋海¹⁾

2型糖尿病の既往のある70才代男性。健診の胸部単純写真で右中肺野浸潤影を指摘され, 2ヶ月後には陰影拡大し, ペニシリン系抗菌薬での改善が得られず当院受診となった。T-SPOT 強陽性で, 胸部CTでは既知の右S3浸潤影のほか両肺多発粒状影, 小葉間隔壁肥厚, 右胸水・心嚢水貯留がみられた。肺生検組織, 右胸水からは悪性細胞や細菌は検出されず, 右S3浸潤影は自然縮小したが, 残存病変の経過観察中に労作時呼吸困難が悪化し, 下腿浮腫も出現してきた。初診10ヶ月後に心房細動に対してDOAC開始したが血便を呈した。内視鏡でS状結腸に多発潰瘍を認め, 生検でアミロイドの沈着を同定し, アミロイドーシスの診断に至った。両側肺下葉の病変に対し再度気管支鏡を施行したところ, アミロイド沈着が検出された。小粒状影を伴うびまん性肺胞隔壁型アミロイドーシスを経験したため報告する。

79

禁煙と骨転移巣に対する放射線治療で軽快した成人の多臓器型ランゲルハンス組織球症の1例

- 1) 市立福知山市民病院 呼吸器内科,
- 2) 同 腫瘍内科

○山本 千恵¹⁾, 澤田 凌^{1,2)}, 杉本 匠¹⁾, 原田 大司²⁾

【症例】60歳, 女性【主訴】右背部痛【現病歴】2019年末より右背部痛を自覚し, 改善しないため当院を受診した。CT上右第7肋骨に骨溶解像と両肺上葉に多発粒状影, 空洞影を認め, 骨病変よりエコーガイド下経皮生検を施行したところランゲルハンス組織球症と診断された。【経過】骨病変の疼痛が強く症状緩和目的の放射線治療を施行した。禁煙により肺病変が著明に改善したため, 以降全身治療を行わず経過観察のみとしたところ, その後2年間肺病変, 骨病変ともに再発を認めていない。【考察】多臓器型ランゲルハンス組織球症でも肺病変が禁煙で軽快し, 他部位にも局所治療が可能であれば全身治療を行わなくても軽快が得られる可能性がある。

80

骨髄移植後に Restrictive allograft syndrome (RAS) を発症した1例

近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

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

41歳男性, 急性リンパ性白血病のため39歳で同種骨髄移植後。半年前からmMRC1度の労作時呼吸困難と咳嗽が出現。胸部CTで右中葉や左上葉・舌区に牽引性の気管支拡張と浸潤影・スリガラス影を認めた。クライオ生検では肺胞上皮の増殖所見と気道周囲に中等度のリンパ球主体の炎症性変化があり, MDDにて骨髄移植に伴うRASと診断した。骨髄移植後慢性GVHDとしてBOだけでなくRASの存在も認識する必要がある。

- 1) 関西医科大学附属病院 呼吸器感染症アレルギー内科,
- 2) 同 呼吸器外科

○福田 直樹¹⁾, 尾形 誠¹⁾, 矢村 明久¹⁾, 宮下 修行¹⁾, 村川 知弘²⁾

【症例】46歳男性【主訴】血痰【既往】糖尿病, 冠動脈狭窄症, 高血圧, 高脂血症【喫煙歴】5本/日 20年【職業歴】医師【経過】2022年X月, 血痰を認め, 当科受診. 胸部CT画像上では, 右肺S6に胸膜牽引を伴い, 結節周囲と下葉背側に淡いすりガラス影を伴う結節影(19mm×25mm)を認めた. FDG-PETにてSUV=max1.2とFDGの軽度集積を認めたが, 他臓器に明らかな集積はみられなかった. 胸部CT上, 冠動脈に石灰化病変を認め, 抗凝固療法(2剤併用抗血小板剤)を行われていた. 診断かつ治療の目的で胸腔鏡下右肺下葉部分切除術を行った. 病理組織所見では, 周囲に肉芽形成, ヘモジデリン貪食組織球浸潤認め, 明らかな血栓, 塞栓はなく, 血管奇形や腫瘍性病変も認めないことから特発性肺内血腫と診断した. 抗凝固・抗血小板療法中の患者に出現した肺結節では, 特発性肺内血腫も鑑別にあげる必要がある. 特発性肺内血腫の一例を経験したため, 考察を加えて報告する.

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

○白井 遼¹⁾, 佐藤いずみ²⁾, 國松 勇介²⁾, 堤 玲²⁾, 谷村 真依²⁾, 中野 貴之²⁾, 谷村 恵子²⁾, 標 玲央名³⁾, 石川 成美³⁾, 柳田 正志³⁾, 竹田 隆之²⁾

症例は37歳, 男性. 20XX-4年に他院で気管支拡張症と診断され経過観察, 20XX/12/1の健診でCXR異常を指摘され前医を受診. CTで右上葉肺腫による閉塞性肺炎として抗菌薬を処方され12/14に当科へ紹介. CTでは右上葉に限局性の気腫性変化を認め, 右S3入口部に腫瘤ないし粘液栓を認め, 画像上は先天性気管支閉鎖症による二次感染と診断. 気管支鏡で右B1を認めず, 細胞診は陰性で細菌検査も有意所見を認めず, 先天性気管支閉鎖症と診断した. 感染の反復もあり, 手術療法を選択した. 先天性気管支閉鎖症は区域支レベルでの気管支閉鎖と末梢の気管支拡張と粘液栓, 気腫性変化が特徴で, Kohn孔やLambert管の側副路からの空気や反復性の感染により気腫性変化を来すとされ, 感染を反復する場合は手術療法の適応とされる. 無症状でも嫌気性菌などによる不顕性感染を来している場合もあり, 手術療法の検討が必要である.

大阪府済生会吹田病院

○羽藤 沙恵, 岡田あすか, 乾 佑輔, 古山 達大, 上田 将秀, 茨木 敬博, 美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人

78歳男性. 胸部異常陰影で紹介され, 胸部CTで左肺尖に30mm大の腫瘤影を認めた. 確定診断のため施行した気管支鏡検査で, 気管分岐部から右主気管支入口部の前壁に, 正常上皮に覆われた隆起状の多発小結節を認め, 生検で骨組織を確認した. 振り返って確認すると, CTでも同部位にわずかな小隆起病変が確認できた. 左肺尖の腫瘤に関しては扁平上皮癌 stage III cと診断し, 放射線化学療法を施行後, 維持療法中である.

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

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

免疫不全を来す基礎疾患のない79歳女性. X年10月中旬に間質性肺炎急性増悪の診断を受け前医でステロイド治療を開始された. 一旦は症状が改善しステロイドを漸減したものの3週間後に突然呼吸状態が再増悪し挿管人工呼吸器管理およびステロイドパルス療法を開始され, さらなる治療のため当院へ転院となった. 前医で β -D-グルカン>600pg/mLと著明高値でありF-FLCZの投与を開始されていたが, 血痰があり入院当日のBALFが血性であったこと, 塗抹で糸状菌が検出されたことからL-AMBに変更した. 培養で*A.fumigatus*と同定され血液中アスペルギルス抗原も陽性であったことから侵襲性肺アスペルギルス症の診断が確定し, ステロイドを漸減しながら抗真菌薬治療を継続したがDICを併発し第11病日に死亡した. 病理解剖は家族の同意がなく行わなかった. ステロイド治療中の稀だが致死的経過をとる合併症である侵襲性肺アスペルギルス症について, 文献的考察を加えて報告する.

85

肺癌との鑑別を要した肺クリプトコッカス症の一例

- 1) 関西医科大学 医学部 卒後臨床研修センター,
- 2) 関西医科大学総合医療センター 第一内科,
- 3) 同 呼吸器外科,
- 4) 同 病理部,
- 5) 関西医科大学 第一内科

○小川 咲¹⁾, 澤井 裕介²⁾, 玉置 岳史²⁾, 清水 俊樹²⁾, 石浦 嘉久²⁾, 中野 隆仁³⁾, 金田浩由紀³⁾, 酒井 康裕⁴⁾, 植村 芳子⁴⁾, 野村 昌作²⁾, 伊藤 量基⁵⁾

【症例】63歳女性。関節リウマチ治療中、健康診断で胸部異常陰影の指摘があり近医へ受診となった。胸部CTでは右肺下葉に結節を認め、経時的に増大傾向となったため肺癌の疑いで当院呼吸器外科に紹介となった。診断的治療目的に右肺S8区域切除術を施行したところ病理診断で肺クリプトコッカス症の診断となった。術後継続治療目的に当科に紹介となりフルコナゾール内服を開始した。【考察】肺クリプトコッカス症は酵母様真菌である *Cryptococcus neoformans* の経気道的感染によって発症する肺真菌症である。画像所見は多彩な像を呈し、時に肺癌や肺結核との鑑別が困難な場合がある。一般的には本症例のように免疫抑制治療中や抗瘍剤治療中、慢性肺疾患などの基礎疾患のある場合が多いが健康人に発症することもある。【まとめ】肺癌を疑われ手術で診断を得、治療に至った肺クリプトコッカス症を経験した。

86

左下肢麻痺を契機にクリプトコッカス肺炎と帯状疱疹ヘルペス脳炎と診断された後天性免疫不全症候群の一例

- 1) 京都大学 大学院医学研究科 呼吸器内科学,
- 2) 同 大学院医学研究科 血液・腫瘍内科学

○名取 大輔¹⁾, 曾根 尚之¹⁾, 伊藤 功朗¹⁾, 白川康太郎²⁾, 平井 豊博¹⁾

【背景】後天性免疫不全症候群 (AIDS) はヒト免疫不全ウイルス感染によって生じ、日和見感染や悪性腫瘍を合併する事が知られているが、その病変は多彩であり鑑別に苦慮することがある。我々はクリプトコッカス肺炎と帯状疱疹ヘルペス (VZV) 脳炎の合併と診断した1例を経験した。【症例】49歳男性、44歳時に AIDS と診断されたが治療は自己中断していた。突然の左下肢麻痺を発症して受診し、頭部 MRI で多発ラクナ梗塞と脳腫瘍が疑われ、胸部 CT で左肺尖部に空洞を伴う結節を認められ、当科に紹介された。血清クリプトコッカス抗原陽性が判明しクリプトコッカス肺炎/脳炎として治療を開始したところ肺病変の改善を認めたが、脳病変の増悪を認めた。別の原因を疑って脳生検を施行し VZV 脳炎と診断した。【結語】AIDS による病変は多彩であり、診断と治療効果に乖離がある場合は生検も考慮すべきであり、文献的な考察を加えて報告する。

87

尿検査より判明した播種性 *Cryptococcus neoformans* 症の一例

公益財団法人 天理よろづ相談所病院

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

症例は83歳女性。間質性肺炎に対してブレドニゾンとアザチオプリンで治療中に、喀痰量の増加と呼吸困難を主訴に救急受診。両側下葉に粟粒影を伴う新規浸潤影を認め、細菌性肺炎として抗菌薬を開始した。入院時の尿培養にて酵母様真菌を検出、質量分析法、遺伝子学的に *Cryptococcus neoformans* と同定した。後日喀痰・血液培養からも同菌を検出し、血中抗原も2048倍と高値を認め、播種性 *Cryptococcus* 症と診断した。L-AMPHと5-FCで治療したが、徐々に衰弱し、入院後1か月半の経過で死亡した。肺野粟粒影がみられた播種性 *Cryptococcus* 症の症例は稀であり、文献的考察も含め報告する。

88

濾胞性リンパ腫治療後の1ヶ月以上遷延する COVID-19 に対してニルマトレビル/リトナビルが有用であった一例

公益財団法人 田附興風会医学研究所 北野病院

○藤原 直樹, 伊元 孝光, 宇山 倫弘, 林 優介, 濱川 瑤子, 北島 尚昌, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

80歳女性。X-3年に濾胞性リンパ腫と診断され、GA-CVP療法・GA療法が施行され、来院8ヶ月前に治療終了となり経過観察されていた。X年1月20日に微熱、咽頭痛を主訴に近医を受診され COVID-19 軽症の診断で自宅で経過観察となっていた。その後も咽頭痛が持続し、X年2月7日から再度発熱を認めたことから近医を再受診され、肺炎像を認め当院に紹介となった。当初は COVID-19 後の器質性肺炎を疑い、抗菌薬とステロイドによる治療を開始したが反応不良で、新型コロナウイルス抗原定量の経時的な増加や PCR 陽性所見から、COVID-19 の持続感染と診断した。2月16日よりレムデシビルによる治療を開始したが、COVID-19 はその後も遷延し、3月4日からニルマトレビル/リトナビルを開始したところ次第に全身状態の改善や抗原定量値の低下を認め、外来通院が可能となった。本症例のような免疫不全患者では SRAS-CoV-2 感染が遷延することがあり、文献的考察を交えて報告する。

89

肺移植後遠隔期に COVID-19 肺炎を発症した 2 例の検討

- 1) 大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器外科学,
- 2) 大阪大学医学系研究科 呼吸器・免疫内科学

○櫻井 禎子¹⁾, 南 正人¹⁾, 平田 陽彦²⁾, 狩野 孝¹⁾,
舟木壮一郎¹⁾, 寛島 隆史¹⁾, 福井絵里子¹⁾, 木村 亨¹⁾,
大瀬 尚子¹⁾, 新谷 康¹⁾

肺移植後は免疫抑制状態で COVID-19 による重症化リスクの高いことが危惧されるが、治療経過に関する情報は限られる。今回、脳死片肺移植後遠隔期に COVID-19 肺炎を発症した 2 症例を経験した。1 例は一時、低流量酸素の使用を要したが軽快した。他方は人工呼吸管理を要し CMV 感染・カンジダ菌血症後に一時透析を要し非結核性抗酸菌が顕在化、長期の集中治療を要した。肺移植患者の COVID-19 感染について文献的考察を加えて報告する。

90

当院における COVID-19 感染者に対するレムデシビル治療介入のリスク因子の検討—和歌山県第 4 波—

- 1) 和歌山県立医科大学 救急集中治療医学講座,
- 2) 和歌山県立医科大学附属病院 紀北分院 内科

○田村 志宣¹⁾, 垣 貴大²⁾, 丹羽麻也子²⁾, 山野由紀子²⁾,
河井伸太郎²⁾, 梶本 賀義²⁾, 廣西 昌也²⁾

【緒言】当院は、コロナ診療重点病院として軽症/中等症の COVID-19 感染者を積極的に受け入れている。【方法】第 4 波の期間に入院した COVID-19 感染者 185 例の臨床像について後方視的に解析した。【結果】125 名 (67.6%) が B.1.1.7 変異株であり、64 名 (34.1%) がレムデシビルでの治療介入が必要であった。一方、本解析期間の中で死亡例はなかった。治療介入群では、経過観察群に比べ、入院時の年齢が高く (59.6 歳 vs 45.3 歳; $p < 0.001$)、入院期間が長かった (10 日 vs 9 日; $p < 0.001$)。多変量解析では、入院時において 60 歳以上、糖尿病の既往、B.1.1.7 変異株、下気道症状、頭痛、発熱 (37.5 以上) が治療介入のリスク因子として抽出された。【考察】本解析で抽出されたリスク因子は、軽症/中等症の COVID-19 感染者に対するレムデシビルの治療選択の一助になりうる。

91

COCVID 肺炎後遺症への治療の試み

うえに生協診療所

○金谷 邦夫

COVID19 による肺炎罹患後に咳や息切れなどの後遺症が残存することが知られている。自験例で、胸部 CT 上、発症 1 カ月以上経過例も含め、すりガラス状陰影と、線維化・蜂窩肺様陰影を認めたので、残存陰影の解消を目指して、デキサメタゾン 2~6mg/日より漸減する治療を試みた。合計 11 名で実施。高齢の 2 名は途中で入院で中止となったが、この 2 名の途中経過まで含めて、全員で自觉症状の改善を認めた。残り 9 名は、治療前に比べて全例陰影の改善を認めた。その結果を一覧として報告する。またオミクロン株による肺炎と思われる 1 例と、回復が不十分で線維化が残存した 1 例で、半年後に胸部 CT ですりガラス状陰影と線維化変化が再燃した事例を経験した。この 2 例は現在経過観察中である。

92

当院における COVID-19 専用病床の後ろ向き解析

- 1) 大阪府結核予防会 大阪複十字病院 内科,
- 2) 同 麻酔科,
- 3) 同 泌尿器科,
- 4) 同 整形外科

○東口 将佳¹⁾, 西岡 紘治¹⁾, 木村 裕美¹⁾, 桑原 幹雄¹⁾,
良原 潤啓²⁾, 小池 浩之³⁾, 中嶋 高子⁴⁾, 北村 卓司⁴⁾,
山本 隆文⁴⁾, 松本 智成¹⁾, 小牟田 清¹⁾

COVID-19 は 2019 年 12 月に中国湖北省武漢市で肺炎の集団発症に始まり、パンデミックを引き起こした SARS-CoV-2 によるウイルス感染症である。大阪府では 2021 年 6 月 21 日から 2021 年 12 月 16 日に主にデルタ株による「第 5 波」、12 月 17 日以降に主にオミクロン株による「第 6 波」に見舞われた。大阪複十字病院は大阪府寝屋川市に位置し、2021 年 7 月 1 日に移転後は病床数 150 床のうち 12 床を COVID-19 専用病床とし、おもに軽症中等症の COVID-19 診療にあたってきた。当院では全科医師で COVID-19 診療を担当し、クリニカルパスを使用することでガイドラインに基づいた均一な検査治療を行っている。第 5 波から第 6 波にかけて当院に COVID-19 の治療目的で入院した患者を解析した結果、第 6 波には第 5 波と比較して以下の特徴が認められた；BMI が低い高齢者が多かった、発症から入院が短かった、在院日数が短いことが多かったが長期に入院している患者もいた、LDH が低く CRP が高い傾向があった。

93

COVID-19治療後にニューモシスチス肺炎の発症が疑われた1例

北野病院 呼吸器内科

○船内 敦司, 塚本 信哉, 林 優介, 宇山 倫弘,
伊元 孝光, 濱川 瑠子, 北島 尚昌, 井上 大生,
丸毛 聡, 福井 基成

症例は79歳, 男性. X年2月にCOVID-19を発症しレムデシビル, デキサメタゾン, バリシチニブの投与を受け, 発症後14日目に退院した. 発症後38日目に呼吸困難が増悪し, 数日の経過で体動困難となり搬送された. 受診時は経鼻3Lの酸素需要で, 咽頭拭い液のSARS-CoV2抗原定量検査は陰性, 胸部CTで一部収縮性変化を伴うびまん性すりガラス影を認めた. 広域抗菌薬を開始するも呼吸状態が急速に悪化した. COVID-19罹患後の間質性肺炎として第4病日にステロイドパルス療法を開始したが呼吸状態は改善しなかった. 血液検査で β -Dグルカンが17.4pg/mlと上昇, 喀痰Pneumocystis jirovecii PCR陽性が判明したため, ST合剤を投与したところ第16病日には呼吸状態は改善し β -Dグルカンも低下した. COVID-19に対する免疫抑制療法後のニューモシスチス肺炎が疑われた1例を経験した. 文献的考察を加えて報告する.

94

COVID-19治療後に発症した粟粒結核の一例

独立行政法人 国立病院機構 奈良医療センター

○富田 大, 中村 真弥, 小山 友里, 熊本 牧子,
田中小百合, 板東 千昌, 久下 隆, 芳野 詠子,
玉置 伸二

症例は81歳男性. 関節リウマチに対してプレドニゾロンが投与されていた. また肝硬変による腹水貯留を認めており, 定期的に近医にて腹水の穿刺廃液目的で入退院を繰り返していた. 退院後にSARS-CoV-2感染が判明し, COVID-19対応病院に入院となった. 胸部X線には明らかな肺炎像を認めず, 中和抗体薬による治療が行われ, 治療後は近医に転院した. 転院から17日後にSpO₂の低下を認め, 胸部CTにて両肺野にびまん性の粒状影を認めた. 喀痰抗酸菌塗抹検査は陰性であったが, 結核菌群PCR陽性が判明し, 粟粒結核および肺結核と診断され当院に転院となった. 抗結核剤による治療および合併するDICに対する治療などが行われ, 経過良好となる. COVID-19罹患後に粟粒結核および肺結核を発症した一例を経験したので, 考察を加え報告する.

95

COVID-19罹患後に発症した嫌気性菌による皮下膿瘍

1) 大阪大学大学院 医学系研究科 呼吸器・免疫内科学,
2) 同 医学系研究科 麻酔・集中治療医学○山本 悠司¹⁾, 白山 敬之¹⁾, 平田 陽彦¹⁾, 久下 朋輝¹⁾,
松本錦之介¹⁾, 米田 翠¹⁾, 山本 真¹⁾, 内山 昭則²⁾,
武田 吉人¹⁾, 熊ノ郷 淳¹⁾

【背景】COVID-19ではSARS-CoV-2による低リンパ球血症およびステロイドや免疫抑制剤が二次感染症の原因となるが, 皮膚軟部組織感染症の報告は少ない. 【症例】52歳, 男性. 免疫疾患, 皮膚疾患の既往歴なし. 中等症のCOVID-19に対してデキサメタゾンで治療され退院するも, 皮下膿瘍と敗血症性ショックを契機に救急搬送された. 切開排膿した膿瘍からPeptoniphilus olseniiとGleimia europaeaを検出した. 患者は抗菌薬による治療で軽快しICUを退出した. 【考察】COVID-19に合併する皮膚軟部組織感染症の報告は少なく, 全貌は明らかではない. 本症例の起炎菌は皮膚常在嫌気性菌であり, COVID-19とデキサメタゾンによる易感染性が病態に関与した可能性が示唆された. 【結論】皮膚軟部感染症はCOVID-19の稀な合併症として認知すべきである.

96

重症COVID-19に続発した免疫性血小板減少性紫斑病の1例

1) 京都中部総合医療センター 呼吸器内科,
2) 同 総合内科○江上 正史¹⁾, 服部 雄²⁾, 廣瀬 和紀¹⁾, 伊達 紘二¹⁾

【症例】39歳男性【主訴】呼吸困難【現病歴】X年Y月労作時呼吸困難のため当院に救急搬送された. 胸部CTで両肺野の広範囲に浸潤影を認め, PCR検査でCOVID-19と診断した. 同日中に気管内挿管し, 翌日VV-ECMO導入して重症対応病院へ転院となった. Y+1月急性期を脱したため当院に再転院した. 血液検査で血小板は3万/ μ L台に低下を認め, その後も遷延した. HIT抗体は陰性でPAIgGが陽性となったことから免疫性血小板減少性紫斑病(ITP)を疑い, 骨髄穿刺を追加したところ, ITPを支持する所見を得た. COVID-19に対する治療でプレドニゾロン(PSL)を使用していたことからPSLを継続しながら経過観察し, Y+2月血小板は11万/ μ L台まで改善した. 【考察】ITPはCOVID-19に関連する重要な合併症であるが, 本邦での報告は少ない. 本例では致死的な出血合併症はなかったが, ITP発症により致死的な出血事象を生じた例の報告もあり, 発症に注意する必要がある.

腸間膜リンパ節炎をきたした COVID-19 の一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

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

症例は57歳男性。入院2日前より37℃台の発熱、血液検査で炎症反応上昇を認めた。入院前日から40℃台の発熱、入院当日からは腹痛が増強した為に当院に受診し、CT検査で回盲部の腸間膜リンパ節腫脹、肺野に多発すりガラス影を認め精査加療目的に入院した。喀痰 SARS-CoV2-PCR 検査は陽性で COVID-19 中等症1と診断した。肺病変は経過観察し、腸間膜リンパ節炎に対しては絶食の上 MEPM による加療を継続した。第3病日に呼吸状態が悪化し、胸部画像検査ではすりガラス陰影の悪化を認めた為に COVID-19 中等症2と判断し、レムデシビル+デキサメタゾンによる加療を開始した。但し、その後も熱型や陰影の改善が乏しく、第5病日よりバリシチニブを追加した。その後より臨床症状は改善を認め、CTではすりガラス陰影、腸間膜リンパ節腫大は各々改善し、第20病日に退院した。腸間膜リンパ節炎に関しては COVID-19 関連の病態と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

COVID-19 ワクチン接種後に間質性肺炎を発症した一例

一般財団法人 住友病院

○桂 悟史, 奥村 太郎, 南 和宏, 酒井 勇輝,
中田 侑吾, 神野 志織, 頼住 昇, 渡辺 安奈,
重松三知夫

患者は69歳男性。2021年6月と7月に COVID-19 ワクチン（スパイクバックス筋注：モデルナ社）を接種し、同年8月に特発性血小板減少性紫斑病を発症したため、経静脈的免疫グロブリン療法、ステロイド投与による治療を受け軽快した。同年10月に肺炎と診断され、抗菌薬治療を行ったが、肺陰影、酸素化の悪化傾向を認め、11月に当科に紹介された。両肺野全体に広範なすりガラス影を認め、特発性器質性肺炎、肺胞出血、薬剤性肺障害などを鑑別に挙げ BAL を施行し、細胞分画ではリンパ球分画の上昇を認めた。mPSL 80mg/day で治療を開始したが効果が乏しく、タクロリムスを追加した。その後、改善傾向を確認しステロイドを漸減した。COVID-19 ワクチン接種後の間質性肺炎の発症報告例は数例にとどまり、その因果関係は不明である。ワクチン接種と間質性肺炎発症の関連について、文献的考察を加えて症例を報告する。

COVID-19 罹患に伴う急性間質性肺炎の治療中に新型コロナウイルスワクチン接種を契機に再増悪した1例

大阪市立総合医療センター 呼吸器内科

○堤 将也, 山入 和志, 藤井 裕子, 三木 雄三,
柳生 恭子, 眞本 卓司, 少路 誠一

【症例】76歳男性。X年1月26日 COVID-19 陽性と診断。1月29日より呼吸困難があり2月1日に救急搬送となり急性間質性肺炎と診断し、ステロイド治療を開始した。間質性肺炎の急性増悪として、プレドニゾロン15mg/日を継続し、2月17日に自宅に退院した。2月23日に3回目の新型コロナウイルスワクチンを接種し、その翌日より全身倦怠感と呼吸困難症状の増悪を自覚した。2月27日に当院に救急搬送され、間質性肺炎の再増悪として入院。入院後に挿管人工呼吸管理のもとステロイドパルス・エンドキサンパルス療法を行うも治療反応は乏しく、3月11日に逝去された。【考察】COVID-19 罹患後のワクチンについては、本邦では罹患から3か月後以降とされている。COVID-19 関連間質性肺炎の治療中に新型コロナウイルスワクチン接種後は再増悪のリスクもあり慎重に経過観察が必要である。

COVID-19 ワクチン接種後に発症あるいは増悪したと考えられた間質性肺疾患の3例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○上田 将秀, 美藤 文貴, 乾 佑輔, 羽藤 沙恵,
古山 達大, 茨木 敬博, 岡田あすか, 竹中 英昭,
長 澄人

COVID-19 の重症化予防のために間質性肺疾患を有する患者にワクチン接種が推奨されている一方で、ワクチン接種に関連した間質性肺疾患の発症や増悪についても少数ながら報告されている。今回、当院でも COVID-19 ワクチン接種後に発症あるいは増悪したと考えられた間質性肺疾患の3例を経験したので報告する。

101

COVID-19ワクチン(コミナティ[®])接種後にびまん性肺陰影を呈した3症例

高槻赤十字病院 呼吸器内科

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

3回目のCOVID-19ワクチン接種後にびまん性肺陰影を呈した3症例を経験したため報告する。症例1: 気管支喘息, 抗CCP抗体陽性の53歳女性。接種後, 発熱続き, 4日後呼吸困難が出現。両肺すりガラス影認め。症例2: 抗CCP抗体陽性の79歳男性。接種翌日に発熱, 乾性咳嗽出現。9日後受診し, 両肺浸潤影認め。症例3: 特発性間質性肺炎, 肛門癌既往の77歳男性。接種翌日から呼吸困難出現。2日後増悪, 右気胸, 左肺すりガラス影認め。

103

肺腺癌術後に脳孤立結節を伴って患側に生じた肺/胸壁結核の一例

和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科

○中口 恵太, 小澤 雄一, 寺岡 俊輔, 垣 貴大,
高瀬 衣里, 村上恵理子, 柴木 亮太, 杉本 武哉,
藤本 大智, 徳留なほみ, 早田 敦志, 中西 正典,
洪 泰浩, 上田 弘樹, 赤松 弘朗, 山本 信之

80歳男性, 肺腺癌に対して右上葉切除後5年8カ月目に, PET-CTで右肺中葉から胸壁, 皮下に連続するFDG集積を伴う軟部腫瘍と右脳側頭後頭葉に孤立結節を認め。肺癌の再発と診断し脳の孤立性結節に定位放射線治療を行ったが, その間に胸部の軟部腫瘍の急速な増大を認めたため, 同部位を生検しM. tuberculosisと診断した。肺癌と結核の鑑別は重要な課題であり貴重な一例と考え報告する。

102

3回目コロナウイルス装飾ウリジン RNA ワクチン接種後に発症した化膿性胸鎖骨関節炎の1例

1) 神鋼記念病院呼吸器センター,
2) 同 病理診断部

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

症例は67歳女性。3回目新型コロナウイルス装飾ウリジンRNAワクチンを左上腕に接種した。当日から発熱, 両腋窩鼠径リンパ節腫脹が出現したが改善せず右上腕痛, 右前胸部痛と皮膚発赤を後に伴った。症状改善なく病院受診, ワクチン副反応との鑑別に難渋したため接種後17日目に胸部CTを施行したところ, 右胸鎖関節腫脹と近接した右肺浸潤影を認め。右胸鎖関節をエコーガイド下に穿刺したところ肉眼的膿を認めStreptococcus agalactiaeを培養同定, 化膿性胸鎖関節炎と診断した。血液培養は陰性であった。アンピシリン-スルバクタムを投与し保存的加療で改善した。化膿性胸鎖関節炎は健常者にも発症するが比較的稀であり本例はmRNAワクチン接種後という稀有な状況発症した貴重な一例として報告する。

104

著名な肝機能障害と血球貪食症候群をきたした粟粒結核の1例

堺市立総合医療センター

○関瀬 大輔, 中野 仁夫, 樹田 元, 西尾 智尋,
西田 幸司, 郷間 巖, 岡本 紀雄, 白石 綾,
池田 直樹

【症例】84歳男性【病歴】発熱と右胸水貯留を主訴に当院受診し, 胸水穿刺で滲出性胸水, リンパ球増加とADA上昇を認め, 結核性胸膜炎の疑いで入院となった。入院3日目に著明な肝機能障害と汎血球減少あり, 粟粒結核を鑑別に挙げた。血液検査ではsIL-2R 10552U/mLであり, 悪性リンパ腫も疑った。骨髓検査施行し血球貪食症候群を認めた。骨髓病理やランダム皮膚生検ではリンパ腫浸潤はなかった。PSL 1mg/kg/日で治療開始し, 解熱と汎血球減少の改善を認めたが, PSL減量時に発熱と血球減少が再燃した。入院23日目に肝生検施行し, 乾酪壊死性肉芽腫とZiehl-Neelsen染色で桿菌を認め, 粟粒結核と診断し抗結核治療を開始した。【考察】二次性血球貪食症候群の原因として悪性腫瘍や感染症があり, 特にウイルス性疾患や結核, 黄色ブドウ球菌, 緑膿菌などが起因菌として報告されている。粟粒結核による著名な肝障害と血球貪食症候群を認めた1例を経験したため報告する。

105

肺扁平上皮癌の化学放射線療法後に Grade3 の放射線肺炎に加えて肺結核を発症した 1 例

京都中部総合医療センター

○廣瀬 和紀, 江上 正史, 伊達 紘二

症例は79歳男性, 20XX-1年9月右下葉扁平上皮癌(cT3N0M0, cstage II B)と診断, ADLがやや低く同年10月からCBDCA + PTXによる化学放射線療法を実施。治療終了1週間後の12月中旬にGrade3の放射線肺炎を発症したが, ステロイドにより改善し20XX年1月初旬に退院した。その後, 通院を自己中断していたが, 発熱, 呼吸困難が出現し同年1月下旬再診。放射線肺炎再燃の疑いでステロイド再開し, 改善したが, 第26病日から発熱し, CTで両肺に多発結節が出現した。感染併発を疑い, 抗菌薬, 抗真菌薬を投与したが改善なかった。喀痰もなく気管支鏡検査を予定していたところ, 第32病日喀痰が出現し肺結核と診断, 抗結核薬を開始した。本症例は, T-SPOT陰性であったが, 胸部CTでは両肺尖部, 縦隔リンパ節に微小な石灰化を認め陳旧性肺結核が示唆されていた。T-SPOTは感度, 特異度ともに高いとされるが, それだけで判断せず胸部CT所見も含めて結核感染かどうかを考える必要がある。

106

肺抗酸菌症診断および治療決定に関連する喀痰品質の評価

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

○吉田志緒美¹⁾, 露口 一成¹⁾, 小林 岳彦¹⁾, 嶋谷 泰明²⁾, 井上 義一¹⁾

喀痰は肺抗酸菌症や下気道感染症の診断時に採取される。一般細菌による感染症の場合, 唾液様喀痰の塗抹・培養検査の陽性率は低いことから, 膿性部分が少ない喀痰(Miller&Jones分類P2以下)は不適とされる。一方, 抗酸菌症には明確な基準は無い。今回, 肺抗酸菌症と診断された患者由来の喀痰検体を対象に, 外観的品質をカテゴライズした結果, 唾液様喀痰であっても診断に適されることが明らかとなった。さらに, 治療を必要とする症例群では経過観察群に比べて膿性痰が多く, 塗抹検査の陽性度および推定菌量が高い傾向が認められた。したがって, 肺抗酸菌症診断および治療決定において, 喀痰品質を適切に評価することは重要である。

107

内臓逆位を伴う難治性非結核性抗酸菌症の1例

国立病院機構 大阪日根山医療センター

○住谷 仁, 木田 博, 三木 啓資, 辻野 和之,
橋本 尚子, 松木 隆典, 橋本 和樹, 新居 卓郎,
横山 将史

70歳女性。22歳時に胸部Xpにて右胸心を指摘されていた。201X-2年より咳嗽, 喀痰が出現し, 胸部CTにて多発する空洞影, 気管支拡張, 粒状影を認め, 肺非結核性抗酸菌症等の慢性下気道感染が疑われ201X年に当院紹介となった。当院初診時の胸部CTでは心臓, 肝臓, 脾臓, 胃を含む全内臓逆位を認めた。喀痰抗酸菌培養にてMycobacterium.aviumを複数回認め, 肺非結核性抗酸菌症と診断し, リファンピシン, エタンプトール, クラリスロマイシンにて治療を開始した。これらの多剤併用抗菌剤の継続にも関わらず, 排菌持続, 肺野病変は進行した。201X+4年にはクラリスロマイシンの耐性を認め, 現在はニューキノロン, リファマイシン系を中心に抗菌化学療法を継続しているが, 肺野病変は進行, 呼吸不全に対して在宅酸素療法を開始した。内臓逆位を伴う肺非結核性抗酸菌症の症例報告は少なく, 文献的考察を加えここに報告する。

108

Mycobacterium avium complex 胸膜炎に起因する急性呼吸不全のため死亡に至った症例

1) NHO 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター,
2) 市立豊中市民病院 呼吸器内科,
3) NHO 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科,
4) 同 臨床検査科

○小林 岳彦¹⁾, 大崎 恵^{2,3)}, 吉田志緒美¹⁾, 清水 重喜⁴⁾, 露口 一成^{1,3)}

【背景】*Mycobacterium avium* complex (MAC) 症に関連した急性呼吸不全は稀であり, また病理学的検討まで行われた報告は少ない【症例】74歳男性。20××年, 胸部異常陰影の指摘にて紹介受診。喀痰検査よりMAC症と診断。左肺に巨大空洞性病変を有して, ストレプトマイシンを併用した多剤併用療法を導入するが, 画像や細菌学的な改善は見られなかった。初診より2年8か月後左気胸および胸膜炎にて入院となった。胸腔ドレナージを行うが, 持続的なリークが見られて, 外科的介入(左肺瘻閉鎖/搔破術)にて軽快退院となった。しかし, 翌月発熱・呼吸困難のために救急受診。両側下肺野中心にびまん性に広がる浸潤影を伴う呼吸不全を伴っており, 急激な呼吸状態の悪化の上, 第5病日死亡退院となった。死後に行われた肺生検の検討では両肺にacute lung injury patternを呈していた。【結語】MAC症に関連した急性呼吸不全は稀ではあり病理学的な検討を中心に報告を行う。

家族性に発症がみられたクラリスロマイシン耐性 *Mycobacterium avium* complex 症について

- 1) NHO 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター、
2) 同 呼吸器内科、
3) 市立豊中市市民病院 呼吸器内科

○小林 岳彦¹⁾、大崎 恵^{1,2)}、露口 一成^{1,3)}、吉田志緒美¹⁾、
新井 徹¹⁾、井上 義一¹⁾

【背景】*Mycobacterium avium* complex (MAC) 症における家族内発症の報告は散見されるがクラリスロマイシン (CAM) 耐性例については今までにない。【症例】症例1:72歳女性(妻) 199×年検診にて胸部異常陰影を指摘。気管支鏡検査にてMAC症と診断。多剤併用療法が導入されたが、1年後治療中断。空洞性病変の悪化を認め、10年後当院紹介受診となった。治療再開を行うが、排菌陰性化や症状改善が認めなかった。症例2:73歳男性(夫)。妻の紹介受診から10年後にMAC症と診断。ストレプトマイシンを含む多剤併用療法を行うが、症状進行。診断から3年後に気胸・胸膜炎を伴う呼吸不全にて死亡退院となった。保存された分離株の薬剤感受性試験の後方視的検討では両症例ともに最初は感受性良好であったが、途中より耐性化がみられた。VNTRで両患者の保存された分離株の全ての遺伝子の一致が判明した。【結語】家族内発症MAC症でのCAM耐性症例報告は貴重であり報告を行う。

当院におけるリボソーム化アミカシン吸入液使用10例の検討

大阪府根山医療センター

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

【背景】2021年7月、難治性肺 *Mycobacterium avium* complex (MAC) 症に対するリボソーム化アミカシン吸入液が本邦においても上市された。本邦における実臨床での使用経験の報告は乏しい。【方法】2021年7月以降の当院における使用10例を対象とし後方視的検討を行った。【結果】男性4名、女性6名。年齢と罹病期間の中央値は74.5歳(69-81歳)、12.5年(4-20年)、クラリスロマイシン耐性は6例。6ヶ月以内の喀痰培養陰性化を2例認めた。投与継続中が2例、培養陰性化による治療完遂が1例。肺MAC症増悪のため5例が中止となり、内2名が死亡した。副作用中止を2例(耳鳴1例、薬剤性肺炎疑い1例)認めた。【結論】高齢で罹患期間が長く進行した肺MAC症を中心に投与された。投与継続可能例は3割のみであり、今後は導入症例の選択が重要と考えられた。

ステロイド抵抗性の間質性肺炎として加療中にAIDSと判明した一例

大阪赤十字病院

○田中 佑磨、国宗 直紘、矢野 翔平、葭 七海、
藤原 直樹、宮里 和佳、青柳 貴之、石川 遼一、
植松 慎矢、高岩 卓也、中柳 和彦、森田 恭平、
吉村 千恵、黄 文禧、西坂 泰夫

症例は54歳男性。受診2週間前からの咳嗽、呼吸困難、3日前からの発熱、全身紅斑を主訴に前医受診、両肺非区域性すりガラス陰影あり間質性肺炎疑いで当科紹介となった。BALF中リンパ球数増加、培養陰性等の結果より器質化肺炎(COP)としてプレドニゾロン(PSL)30mgを開始した。症状改善し約4か月後PSL10mgまで減量するも発熱と陰影増悪を認めた。途中ST合剤も中止していたことから *Pneumocystis* 肺炎と臨床診断し治療開始した。β-Dグルカン1000pg/mlと高値、*Cytomegalovirus* 抗原陽性(273個/5万個)より *Cytomegalovirus* 感染症併発も判明した。免疫不全が背景にあると考え、HIV抗体(WB法)を測定すると陽性であり、AIDSと診断し治療目的に転院となった。ステロイド抵抗性の器質化肺炎パターンの陰影では、免疫不全者の肺炎を鑑別に挙げる必要がある。

骨髄異形成症候群、器質化肺炎、肺胞蛋白症の加療中に難治性多発肺浸潤影をきたした一例の剖検

- 1) 大阪府済生会野江病院 呼吸器内科、
2) 同 病理診断科

○吉本 夏樹¹⁾、松本 健¹⁾、金子 顕子¹⁾、日下部悠介¹⁾、
中山 絵美¹⁾、田中 彩加¹⁾、山本 直輝¹⁾、相原 顕作¹⁾、
山岡 新八¹⁾、三嶋 理晃¹⁾、竹井 雄介²⁾

症例は72歳、男性。患者は骨髄異形成症候群で輸血依存の状態であった。1年2か月前に非区域性の多発肺浸潤影を認め、気管支肺胞洗浄検査にて器質化肺炎と診断した。1年前より経口ステロイドによる治療を開始した。KL-6の上昇傾向と新規多発肺すりガラス影を認め、1か月前に気管支肺胞洗浄検査にて肺胞蛋白症と診断した。血液検査、画像検査所見の悪化を認め、精査加療目的に入院した。広域抗菌薬を開始し、抗真菌薬の追加投与やステロイドの増量を行うも改善を認めず、経気管支肺生検も行ったが入院29日目に永眠した。病理解剖では明らかな器質化肺炎を疑う所見は認めず、主死因は真菌感染による敗血症と診断した。骨髄異形成症候群、器質化肺炎、肺胞蛋白症の加療中に難治性多発肺浸潤影をきたし、剖検にて診断に至った本症例は貴重と考えられ文献的考察を加えて報告する。

113

多彩な肺炎像を呈したオウム病の一例

市立伊丹病院 呼吸器内科

○永田 憲司, 新井 将弘, 高 祥泰, 山内桂二郎,
満屋 奨, 原 彩子, 原 聡志, 木下 善詞,
細井 慶太

症例は55歳男性。発熱, 全身倦怠感があり前医受診し, CTで片側の区域性浸潤影を呈しており細菌性肺炎として抗菌薬治療がなされたが呼吸状態が悪化し, CTでARDSが疑われ当院へ転院となった。オウムの飼育歴があり, CF法でオウム病クラミジアが128倍と高値でありオウム病と診断しミノサイクリンの投与で軽快した。近年日本でのオウム病の報告数は減少しており, 文献的考察を加え報告する。

114

レジオネラ肺炎の経過中に意識障害と小脳性運動失調を呈した一例

日本赤十字社京都第二赤十字病院 呼吸器内科

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

症例は51歳男性。X-1年12月下旬から倦怠感と呼吸困難を自覚。X年1月1日に体動困難となり救急受診。GCS E3V4M6の意識障害と右下葉大葉性肺炎による呼吸不全, 多臓器不全, 横紋筋融解症を呈しており, 尿中レジオネラ抗原陽性を認めレジオネラ肺炎と診断した。入院当初はせん妄状態も認められたが, ciprofloxacin (CPF)による治療を開始し, 肺炎が改善するに伴い意識状態も緩徐に改善傾向となった。一方, 歩行時のふらつきや構音障害を中心とした小脳性運動失調が顕在化したため, 頭部MRIや髄液検査を行ったが, 明らかな髄膜炎や脳炎を示唆する所見は認められず, レジオネラ肺炎に伴う小脳障害と判断した。リハビリテーションを継続することで運動失調も徐々に改善し, 第31病日に退院した。レジオネラ肺炎ではしばしば神経症状を呈することが知られているが, 小脳障害については比較的新とされており, 文献的考察を加えて報告する。

115

肺トキソカラ症の一例

大阪府結核予防会 大阪複十字病院

○東口 将佳, 松本 智成, 西岡 紘治, 木村 裕美,
小牟田 清

症例は32歳男性。左気胸に対する手術治療を施行した際に, 偶発的に両肺に散在する結節影を認めた。好酸球増多を認めため, 好酸球性肺炎を疑い気管支鏡検査でBAL/TBLBを施行したが, 診断的な結果は得られなかった。胸部CTで特徴的なHalo signを認めたこと, 抗トキソカラ抗体が陽性であったことから, 肺トキソカラ症と診断した。アルベンダゾール内服による治療を行い, 画像所見は改善した。トキソカラ症はイヌ回虫あるいはネコ回虫による感染症である。本発表では特徴的な胸部CT所見, 病歴聴取の重要性(牛・鶏レバの生食など), 治療の実際をお示ししたい。

116

好酸球上昇を契機にToxocara症と診断した1例。

和泉市立総合医療センター

○上田 隆博, 上野健太郎, 小林 真晃, 上西 力,
中辻 優子, 石井真梨子, 田中 秀典, 松下 晴彦

症例は49歳男性。咳嗽, 発熱, 胸部不快感を主訴に当院を受診。炎症反応と好酸球の上昇があり, 胸部CTでは両側胸膜直下に斑状の浸潤影が散在していた。細菌性肺炎と診断しCTRX + AZMを投与した。症状や炎症反応の改善あるも好酸球高値のため寄生虫精査を行いWestern Blotting試験で陽性となりToxocara症と診断した。摂食歴や渡航歴はなく稀な寄生虫感染症の1例を経験したので報告する。

117

Birt-Hogg-Dube 症候群に続発した妊婦の両側気胸の1例

近畿大学病院 呼吸器アレルギー内科

○吉川 和也, 佐野安希子, 國田 裕貴, 白波瀬 賢, 御勢 久也, 西川 裕作, 大森 隆, 西山 理, 松本 久子

38歳女性。妊娠第26週。X年12月に近医で両側気胸を認め当院入院。両側胸腔にドレーンを留置し、右気胸は1度再発したが、第24病日に軽快した。左気胸は2週間以上リークの持続があり手術を検討したが、高リスクのため第21病日に自己血癒着を施行。リークは消失し第28病日にドレーンを抜去できた。Birt-Hogg-Dube 症候群の家族歴を有する患者であり、妊婦両側気胸の稀な治療例を経験したので報告した。

118

咯血を伴った急性肺血栓塞栓症の1例

1) 奈良県総合医療センター 呼吸器内科,
2) 同 循環器内科○伊佐敷沙恵子¹⁾, 松本 祥生¹⁾, 奥田悠太郎¹⁾, 村上 早穂¹⁾, 宮高 泰匡¹⁾, 伊木れい佳¹⁾, 花岡 健司¹⁾, 添田 恒有²⁾, 伊藤 武文¹⁾

症例は51歳男性。X年11月上旬から咳嗽、11月14日から咯血が出現し、当院を救急受診した。咯血は中等量であり、入院で止血剤を投与した。11月15日の精査目的の造影CTで両側下葉・左上葉・左下腿に血栓を指摘した。咯血を合併しているため、下大静脈フィルター留置のみを施行した。11月19日より咯血は出現しなかったため、11月22日より抗凝固療法を開始した。咯血の再燃はなく血栓の縮小を確認し、X+1年1月13日に下肢静脈フィルターを回収した。咯血と肺塞栓は致命的な病態であるが、治療方針は正反対である。しかし、咯血を伴った急性肺血栓塞栓症の治療法は確立されていない。文献の考察を加え報告する。

119

肺炎として治療しCT所見の経過がおえた肺梗塞の一例

独立行政法人国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

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

症例は56歳男性。マラソンが趣味。X年8月、深夜に右側胸部痛と37.5度の微熱をきたし翌日前医を受診。CRP5.7mg/dl、胸部Xp、CTで右肺底部胸膜下に帯状のすりガラス～浸潤影を認めた。COVID-19のPCRは陰性で、細菌性肺炎疑いとしてレボフロキサシンの内服が行われたが、炎症反応の上昇や胸水の出現を認め、12日後に当院紹介となった。内服抗生剤が無効で膿胸の可能性も考えたが、膿胸を発症するにはやや若く、肺梗塞の可能性を考え、造影CTを撮影したところ、右下肺動脈(A7, A8, A9)に血栓を疑う造影欠損がみられ、右下葉胸膜直下に内部低吸収域を含む楔状の陰影を形成しており、reversed halo signと考えた。肺梗塞を伴う肺血栓塞栓症と診断した。アピキサバン内服を開始し、速やかな改善が得られた。肺梗塞の所見が形成されるCT画像の変化を観察できた興味深い症例と考えられたため、報告する。

120

偶発的に発見され経カテーテル的塞栓術を施行した肺動静脈瘻の2例

1) 石切生喜病院 呼吸器内科,
2) 同 呼吸器腫瘍内科,
3) 同 放射線科○松浦 弘幸¹⁾, 大島 友里¹⁾, 櫻井 佑輔¹⁾, 平位 佳歩¹⁾, 谷 恵利子¹⁾, 吉本 直樹¹⁾, 南 謙一¹⁾, 平島 智徳²⁾, 狩谷 秀治³⁾

【背景】肺動静脈瘻は胎生期の毛細血管形成不全による先天性疾患と考えられており、肺動脈と肺静脈の異常な短絡を来す血管奇形である。症状は数や大きさにより異なり、無症状からチアノーゼを伴う重症例まで様々である。今回我々は、無症状で偶発的に発見された肺動静脈瘻を経験したので報告する。【症例1】42歳女性。慢性咳嗽の精査目的に胸部CT検査を施行し、右肺下葉に肺動静脈瘻を認めた。経カテーテル的塞栓術を施行し合併症や再発なく経過している。【症例2】85歳女性。下血があり出血部位確認のため施行された腹部造影CT検査にて右肺下葉に肺動静脈瘻を認めた。瘻の大きさが2cm以上で治療適応となり経カテーテル的塞栓術を施行した。【考察】肺動静脈瘻の治療は低侵襲で肺機能温存が可能な経カテーテル的塞栓術が第一選択とされている。無治療の場合でも脳梗塞や脳腫瘍などの合併のリスクがあり、無症状であっても積極的治療を考慮すべきである。

冠動脈 - 気管支動脈交通を伴う気管支拡張症の一例

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

○松本 祥生¹⁾, 弓場 達也^{1,2)}, 陣野 一輝¹⁾, 立花 佑介¹⁾,
合田 志穂¹⁾, 笹田 碧沙¹⁾, 大村亜矢香¹⁾, 辻 泰佑¹⁾,
塩津 伸介^{1,3)}, 内匠千恵子^{1,3)}, 平岡 範也¹⁾

【症例】85歳，女性。【現病歴】突然の呼吸困難を主訴に救急要請，呼吸不全のためすぐに気管挿管を施行した。胸部CTでは既知の気管支拡張症に加え，細菌性肺炎及び心不全を疑う所見を認めた。心電図よりST上昇を認め，緊急CAGを施行した。冠動脈有意狭窄は認めなかったが，右冠動脈/左回旋枝から肺へ流入する異常血管を認めた。抗生剤治療及び全身管理により呼吸状態改善傾向となり，第8病日に抜管に至った。その後，待機的に施行した冠動脈造影CTでは，主に左肺へ流入する気管支動脈が，大動脈に加えて右冠動脈/左回旋枝からも起始しており，左下葉にて気管支動脈-肺動脈瘻を形成していた。IVRを検討したが，現時点での適応はないと考えた。経過良好であり，第19病日に退院となった。【考察】冠動脈-気管支動脈交通は稀であり，気管支拡張症との関連や，本症例において呼吸不全や冠動脈血流低下に至った病態を，文献的考察を交え検討する。

寄附協賛企業

株式会社 大黒

共催企業

インスメッド合同会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
サノフィ株式会社
中外製薬株式会社
クラシエ薬品株式会社
日本イーライリリー株式会社
アストラゼネカ株式会社
MSD 株式会

広告掲載企業

ノバルティスファーマ株式会社
杏林製薬株式会社
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社／小野薬品工業株式会社
エーザイ株式会社
日本化薬株式会社
株式会社 大黒

2022年7月7日現在
敬称略・順不同