

第92回

日本呼吸器学会・日本結核

非結核性抗酸菌症学会 九州支部  
春季学術講演会



呼吸器疾患・  
個別化医療  
の現在

2024年

3月16日(土)

会場 熊本城ホール

会長 一門 和哉

済生会熊本病院 呼吸器センター 呼吸器内科



*We contribute to the community through our medical services.*

医療を通じて地域社会に貢献します  
～質の高い医療を済生のころとともに～



# THINK NEXT

常に一步先を見据え、行動する

済生会熊本 呼吸器内科

検索



恩賜  
財団

社会福祉法人

済生会熊本病院

SAISEIKAI KUMAMOTO HOSPITAL

# 第92回 日本呼吸器学会・ 日本結核 非結核性抗酸菌症学会

## 九州支部 春季学術講演会

### プログラム・講演抄録

会期

2024年3月16日(土)

会場

熊本城ホール

〒860-0805 熊本県熊本市中央区桜町3番40号

会長

一門 和哉

済生会熊本病院 呼吸器センター  
呼吸器内科

大会事務局：済生会熊本病院 呼吸器センター 呼吸器内科  
〒861-4193 熊本市南区近見5丁目3番1号

運営事務局：株式会社コンベンションリンケージ 熊本支社内  
〒860-0805 熊本市中央区桜町2番17号 第2甲斐田ビル5階  
TEL：096-288-0882 FAX：096-288-0883  
E-mail：jrsk92@c-linkage.co.jp



第92回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会  
九州支部 春季学術講演会

## 開催にあたって

会長 一門 和哉 済生会熊本病院 呼吸器センター 呼吸器内科



第92回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部 春季学術講演会の会長を拝命し、2024年3月16日(土)に熊本城ホールで開催させていただきます。熊本での開催は、コロナ禍の第87回(2021年秋季大会)坂上拓郎会長、第90回(2023年春季大会)柏原光介会長と続いておりますが、5類移行後初の春季大会となります。2023年年末から2024年初頭の感染状況は読めませんが、現地開催を原則に予定を進めております。会員の先生方におかれましては、学会場に是非おいでいただき、face to faceの議論を深めていただければ幸いです。

本学術集会のテーマは、“呼吸器疾患個別化医療の現在”とさせていただきます。肺癌領域を筆頭に、呼吸器疾患の個別化医療の進歩はめざましいものがあります。招請講演には、間質性肺疾患の個別化医療に欠かせないHRCTの開発者であり、radiologic-pathologic correlationに基づく評価の世界的権威である福井大学名誉教授、岐阜大学客員教授・伊藤春海先生をお招きしました。また、特別講演は、肺癌ドライバー遺伝子異常に基づく個別化医療の先駆的なLC-SCRUM研究を推進されてきた国立がん研究センター東病院副院長・後藤功一先生に御願しております。分野を代表するお二人の先生方の貴重なご講演を現地で、多くの先生方に聴講いただくことを切に御願する次第です。その他、各呼吸器疾患の個別化医療の現状を知るべく3つのシンポジウムを企画し、九州・沖縄地区のエキスパートの先生方から最新の情報・考え方を拝聴できればと思っています。

大変お忙しい中に、演者、座長をお引き受けいただきました先生方、本学会の開催にご支援いただきました企業の皆様方には、この場を借りて厚く御礼申し上げます。皆様のご尽力により、本学会が有意義なものとなりますことを確信しております。

本学会ポスターは、呼吸がイメージされており、熊本県の各名所の写真を示しておりますが、この中の日本最長老の蒸気機関車(SL人吉)通称ハチロクは、当学会終了後の2024年3月24日をもって運行終了します。雄姿写真が使用できる最後の機会となりました。

季節は春分、桜の開花には少し早い時期とはなりますが、学会の合間には、会場のサクラマチ界隈、復興が進む熊本城などを散策いただき、充実した一日を過ごしていただければ幸いです。

# ご案内

## 参加者へのご案内

本学術講演会は、現地開催 [2024年3月16日(土)] にて開催いたします。

### 1. 参加登録・当日受付

・参加登録方法は「オンライン参加登録」となります。

参加される方は事前に本学術講演会のホームページよりオンライン参加登録をお願いいたします。

参加登録について：<https://www.c-linkage.co.jp/jrsk92/registration.html>

【当日受付場所】 熊本城ホール M2F シビックホール前

【当日受付時間】 3月16日(土) 8:00~16:30

### 2. 学会参加費

区分	金額	備考
会員	3,000円	不課税
非会員	3,000円	課税
研修医	無料	参加登録時に研修医証明書のアップロードが必要
学部学生	無料	参加登録時に学生証のアップロードが必要

- ・ネームカードを受け取り、所属、氏名を各自ご記入の上、会場内では常時ご着用ください。
- ・学会員の年会費の納入及び新規入会の手続き等はできかねますので、予めご了承ください。

### 3. 参加証明書・領収書

参加登録システムの「新規登録／マイページログイン」ボタンよりログインの上、ホーム画面右上にあるご自身の名前のボタンをクリックし、「各種証明書の発行」ボタンからダウンロード可能です。

- ・参加証明書：2024年3月16日(土)18:00からダウンロード可能
- ・領収書：参加登録費決済完了後～ダウンロード可能

### 4. 当日の参加方法

参加登録をされた方は、WEB抄録集データへアクセス可能となるパスワードをご案内いたします。

冊子の送付はいたしません。現地参加の方は、会場にて配布いたします。

配付数量に限りがございますので、先着順とさせていただきます。

### 【現地会場での流れ】

- ・ 学術講演会当日は、登録完了後メールで配信されます「【JRSK92】参加登録完了通知」を印刷、またはスマートフォン・タブレットでの表示をご準備の上、現地会場受付にてご提示ください。
- ・ 受付でご氏名と参加登録番号を確認いたします。  
※スムーズな参加登録手続のため、印刷での「【JRSK92】参加登録完了通知」の準備にご協力下さい。
- ・ 引き替えにネームカード並びに、プログラム・講演抄録をお渡しいたします。
- ・ ネームカードにご所属、氏名を各自ご記入の上、会場内では常時ご着用ください。

## 5. 注意事項

- ・ 会場内の呼び出しはいたしかねます。
- ・ 会場内では携帯電話の電源を切るかマナーモードに切り替え、講演中または発表中の会場での使用はご遠慮ください。
- ・ 施設内は禁煙とさせていただきます。
- ・ 会場内での発言は、すべて座長の指示に従い、必ず所定の場所でマイクを用いて所属・氏名を述べてから簡潔に発言してください。
- ・ 掲示・展示・印刷物の配布・ビデオ撮影などは会長の許可がない場合はご遠慮ください。

## 6. 企業展示

- ・ 日 時：3月16日(土) 8:00～16:30
- ・ 場 所：熊本城ホール M2F ホワイエ

## 座長・発表者へのご案内

### 1. 特別プログラム、一般演題(スライド発表)座長の皆様へ

- 1)ご担当セッション会場の右手最前列にございます「次座長席」へ、セッション開始15分前までにご着席・待機ください。
- 2)セッションの進行は座長に一任いたします。座長席上に計時回線を設置しています。計時ランプは開始から緑ランプ点灯、持ち時間1分前で黄色ランプ、終了で赤色ランプが点灯いたしますので、発表時間の目安としてください。セッションの遅れが無いよう、ご協力をお願いいたします。

#### 発表時間

- ・一般演題(スライド発表)：発表6分、質疑2分
- ・特別プログラム：セッションにより異なります。別途事前にご案内しております。

### 2. 特別プログラム、一般演題(スライド発表)発表者の皆様へ

#### 発表データの受付および試写について

- 1)発表予定時刻の30分前までに、PC受付にお越しくください。
- 2)受付オペレーター立ち合いのもと、動作確認(試写)を行ってください。
- 3)お預かりしたデータは運営事務局で責任を持って管理し、学術大会終了後には消去いたします。

場所：熊本城ホール M2Fシビックホール ホワイエ

日時：3月16日(土)8：00～16：30

#### 発表時間とプレゼンテーションについて

- 1)発表されるセッション開始予定時刻の10分前には会場最前列左手の次演者席にご着席ください。
- 2)舞台上に計時回線を設置しています。計時ランプは開始から緑ランプ点灯、持ち時間1分前で黄色ランプ、終了で赤色ランプが点灯いたしますので、発表時間の目安としてください。セッションの遅れが無いよう、ご協力をお願いいたします。なお、質疑応答は座長の指示に従ってください。
- 3)プレゼンテーションについては、舞台上に備え付けのマウスおよびキーボードにてご自身で操作ください。

### 3. 発表データ作成および会場での取り扱いについて

#### 使用機器：

- ・本会は原則として、WindowsPCでの発表形式とします。演台にはモニター、マウス、キーボード、レーザーポインターをご用意いたします。講演会場でご用意しているPCはOS：Windows10、アプリケーション：PowerPoint2019になります
- ・会場プロジェクターはHDMI入力の1920×1080(16:9)をご用意いたします。

## 発表データ：

- ・発表者ツール(ノート閲覧)は使用できません。
- ・発表データはUSBメモリーにてお持ちください。(CD-R等はお受けできません)
- ・受付可能データはWindowsMicrosoftPowerPoint2013以降(最新はver.2019)、埋め込み動画はWindows MediaPrayer(標準コーデック)にて再生可能なデータとさせていただきます。
- ・フォントはOS標準のものをご使用ください。(MSフォントなど)
- ・PC受付でのデータ修正は出来ませんのでご了承ください。
- ・動画や音声のあるデータの場合は事前に別のWindowsPCにて確認しお持ちください。または、念のためPC本体をお持込み願います。
- ・PC本体をお持ちいただく際は必ず電源アダプター、HDMI出力端子変換をご持参ください。(D-sub15pin端子はお受けできません)
- ・また、画面解像度・スクリーンセイバー・電源設定などを変更させていただく場合がございます。
- ・発表データは1920×1080(16:9)以内、1024×768(4:3)以上で作成お願い致します。
- ・また、発表データは必ず最新のウイルスチェックをお済ませいただいた上でご持参願います。
- ・ファイルネームは演題番号\_氏名(例：O-001\_山田花子)とリネームお願い致します。

## Macintoshをご利用の場合：

基本、PCのお持ち込みは受け付けておりません。Macにて作成されたデータはWindowsにて展開いたしますので、事前にWindowsPCにて確認し、データをお持ちください。

または予備としてPC(Mac)本体をお持込ください。PCを持ち込む場合は、

- 1)外部モニター出力端子の形状を必ず確認し、必要な場合は接続用の端子をご持参ください。(PCコネクタはHDMIです)
- 2)発表中にスクリーンセーバーや省電力機能で電源が切れないように設定してください。
- 3)ACアダプタは各自ご持参ください。
- 4)接続トラブルなどの場合に備え、バックアップとして必ずUSBフラッシュメモリでデータをご持参ください。

## その他

### ●合同運営委員会・合同評議員会

- ・合同運営委員会：3月15日(金) 16：00～17：25  
熊本城ホール 3F B会場 中会議室C1 + C2
- ・合同評議員会：3月15日(金) 17：30～18：30  
熊本城ホール 3F B会場 中会議室C1 + C2

### 九州支部次期および次々期学術講演会のお知らせ

- 第93回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会・日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会 九州支部 秋季学術講演会  
会 長：岡本 勇(九州大学大学院医学研究院 呼吸器内科学分野)  
会 期：2024年(令和6年)10月11日(金)～12日(土)  
会 場：アクロス福岡
  
- 第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会 九州支部 春季学術講演会  
会 長：松元 信弘(国立病院機構宮崎東病院 呼吸器内科)  
会 期：2025年(令和7年)3月8日(土)  
会 場：宮崎市民プラザ

# 日程表

	A会場 M2F シビックホール	B会場 3F 中会議室 C1+C2	C会場 3F 中会議室 D1+D2	D会場 3F 中会議室 E1+E2
8:30	8:30~8:40 開会式			
9:00	8:40~10:10 シンポジウム1 喘息/COPD 座長：吉田 誠 星野 友昭 演者：緒方 大聡 堀尾 雄甲 東元 一晃 坪内 拡伸	8:50~9:30 B1 呼吸器感染症1 座長：平松 和史	8:50~9:30 C1 診断 座長：平田 奈穂美	8:50~9:22 D1 症例2 座長：岡元 昌樹
10:00		9:35~10:15 B2 呼吸器感染症2 座長：原永 修作	9:35~10:15 C2 肺腫瘍1 座長：瀬戸 貴司	9:35~10:07 D2 症例1 座長：川村 宏大
11:00	10:20~11:00 招請講演 UIPの小葉辺縁性病変： 画像診断を支える肺既存構造 座長：一門 和哉 演者：伊藤 春海			
	11:10~11:40 男女共同参画セッション 「医師の働き方改革」がもたらす変化とその対応 座長：一門 和哉 演者：荻生 清高	11:00~11:40 B3 呼吸器感染症3 座長：岡本 真一郎	11:00~11:40 C3 間質性肺炎1 座長：濱田 直樹	11:00~11:40 D3 COPD／気管支病変 座長：高橋 浩一郎
12:00	11:50~12:40 ランチョンセミナー1 座長：矢守 和博 演者：高岡 貴弘 共催：インスメッド(株)	11:50~12:40 ランチョンセミナー2 座長：迎 寛 演者：阪本 智宏、中川 和彦 共催：日本イーライリリー(株)	11:50~12:40 ランチョンセミナー3 座長：岡本 勇 演者：坂田 能彦 共催：MSD(株)	11:50~12:40 ランチョンセミナー4 座長：東 公一 演者：中原 善朗、福田 泰 共催：プリストル・マイヤースクイブ(株)
13:00	12:50~13:30 特別講演 進行肺癌に対する 個別化医療の確立への挑戦 座長：菅 守隆 演者：後藤 功一			
14:00	13:30~15:00 シンポジウム2 肺癌ゲノム医療と最新研究 座長：荒金 尚子 岡本 勇 演者：中島 千穂 柴原 大典 谷口 寛和 坂田 晋也	13:30~14:02 B4 免疫・アレルギー1 座長：津村 真介	13:30~14:02 C4 間質性肺炎2 座長：増永 愛子	13:30~14:02 D4 結核・抗酸菌症1 座長：山中 徹
		14:07~14:39 B5 座長：串間 尚子	14:10~14:50 C5 肺腫瘍2 座長：井上 博之	14:10~14:42 D5 結核・抗酸菌症2 座長：若松 謙太郎
15:00		14:45~15:33 D8 呼吸不全 座長：喜舎場 朝雄	14:55~15:35 C6 肺腫瘍3 座長：森山 英士	14:50~15:22 D6 症例3 座長：柳 重久
	免疫・アレルギー2/ 喘息・気道過敏症			
16:00	15:40~16:30 アフタヌーンセミナー1 座長：石井 寛 演者：半田 知宏 共催：日本ペーリンガーインゲルハイム(株)	15:40~16:30 アフタヌーンセミナー2 座長：井上 博雅 演者：坂上 拓郎 共催：サノフィ(株) リジェネロン ジャパン(株)	15:40~16:30 アフタヌーンセミナー3 座長：荒金 尚子 演者：猿渡 功一 共催：中外製薬(株)	15:40~16:30 アフタヌーンセミナー4 座長：宮崎 泰可 演者：井上 博之 共催：アストラゼネカ(株)
17:00	16:40~18:10 シンポジウム3 間質性肺疾患の個別化医療 座長：迎 寛 坂上 拓郎 演者：一安 秀範 坂本 憲穂 坪内 和哉 石井 寛	16:40~17:28 B6 呼吸器感染症4 座長：小宮 幸作	16:40~17:20 C7 肺腫瘍4 座長：富田 雄介	16:40~17:20 D7 症例4 座長：飛野 和則
18:00			17:25~17:57 C8 肺腫瘍5 座長：米嶋 康臣	
	18:10~18:20 育成賞表彰式			
	18:20~18:30 閉会式			
19:00				

# 座長一覽

3月16日(土)

会場	時間	セッション名	座長	演題番号
A会場	8:40~10:10	シンポジウム1	吉田 誠 星野 友昭	
	10:20~11:00	招請講演	一門 和哉	
	11:10~11:40	男女共同参画セッション	一門 和哉	
	11:50~12:40	ランチョンセミナー1	矢寺 和博	
	12:50~13:30	特別講演	菅 守隆	
	13:30~15:00	シンポジウム2	荒金 尚子 岡本 勇	
	15:40~16:30	アフタヌーンセミナー1	石井 寛	
	16:40~18:10	シンポジウム3	迎 寛 坂上 拓郎	
B会場	8:50~9:30	一般演題 呼吸器感染症1	平松 和史	001~005
	9:35~10:15	一般演題 呼吸器感染症2	原永 修作	006~010
	11:00~11:40	一般演題 呼吸器感染症3	岡本真一郎	011~015
	11:50~12:40	ランチョンセミナー2	迎 寛	
	13:30~14:02	一般演題 免疫・アレルギー1	津村 真介	016~019
	14:07~14:39	一般演題 免疫・アレルギー2 ／喘息・気道過敏症	申間 尚子	020~023
	14:45~15:33	一般演題 呼吸不全	喜舎場朝雄	098~103
	15:40~16:30	アフタヌーンセミナー2	井上 博雅	
	16:40~17:28	一般演題 呼吸器感染症4	小宮 幸作	024~029
C会場	8:50~9:30	一般演題 診断	平田奈穂美	030~034
	9:35~10:15	一般演題 肺腫瘍1	瀬戸 貴司	035~039
	11:00~11:40	一般演題 間質性肺炎1	濱田 直樹	040~044
	11:50~12:40	ランチョンセミナー3	岡本 勇	
	13:30~14:02	一般演題 間質性肺炎2	増永 愛子	045~048
	14:10~14:50	一般演題 肺腫瘍2	井上 博之	049~053
	14:55~15:35	一般演題 肺腫瘍3	森山 英士	054~058
	15:40~16:30	アフタヌーンセミナー3	荒金 尚子	
	16:40~17:20	一般演題 肺腫瘍4	富田 雄介	059~063
D会場	17:25~17:57	一般演題 肺腫瘍5	米嶋 康臣	064~067
	8:50~9:22	一般演題 症例2	岡元 昌樹	068~071
	9:35~10:07	一般演題 症例1	川村 宏大	072~075
	11:00~11:40	一般演題 COPD/気管支病変	高橋浩一郎	076~080
	11:50~12:40	ランチョンセミナー4	東 公一	
	13:30~14:02	一般演題 結核・抗酸菌症1	山中 徹	081~084
	14:10~14:42	一般演題 結核・抗酸菌症2	若松謙太郎	085~088
	14:50~15:22	一般演題 症例3	柳 重久	089~092
	15:40~16:30	アフタヌーンセミナー4	宮崎 泰可	
16:40~17:20	一般演題 症例4	飛野 和則	093~097	

# 会場へのアクセス

会場：熊本城ホール 〒860-0805 熊本県熊本市中央区桜町3番40号

## <会場最寄り駅・停留所>

バス停留所：桜町バスターミナル(会場まで徒歩約3分)

熊本市電駅：辛島町(会場まで徒歩約3分)

## <アクセス>

### ●飛行機をご利用の場合

「阿蘇くまもと空港」→ 空港リムジンバス「桜町バスターミナル」下車

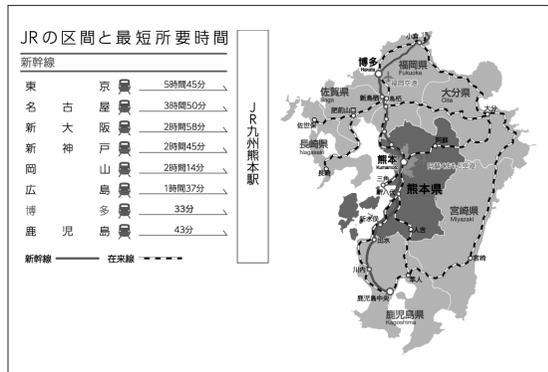
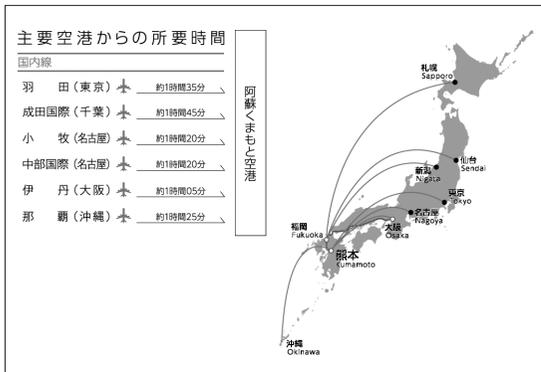
### ●新幹線をご利用の場合

「JR熊本駅」→ 市電「熊本駅前」乗車 → 市電「辛島町」下車

## <周辺地図>

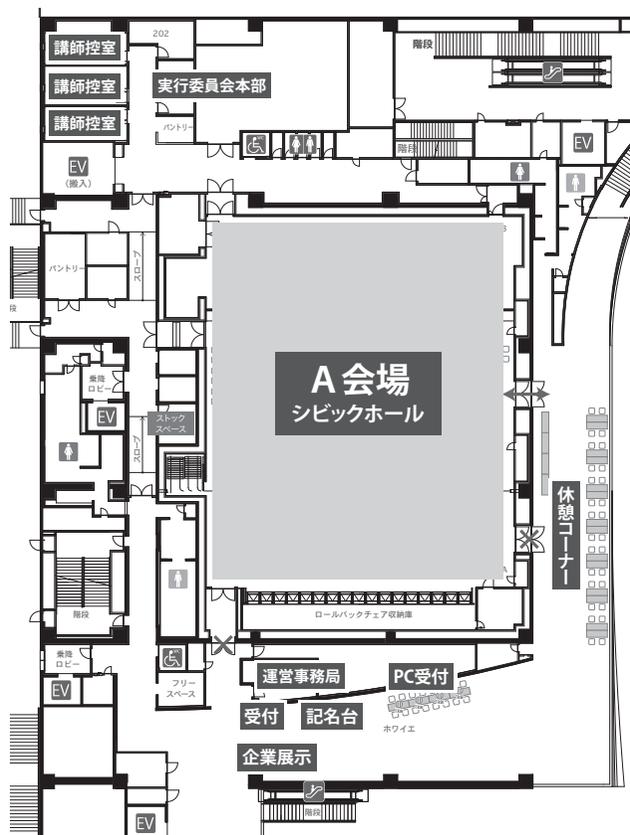


## <空港・駅からの所要時間>

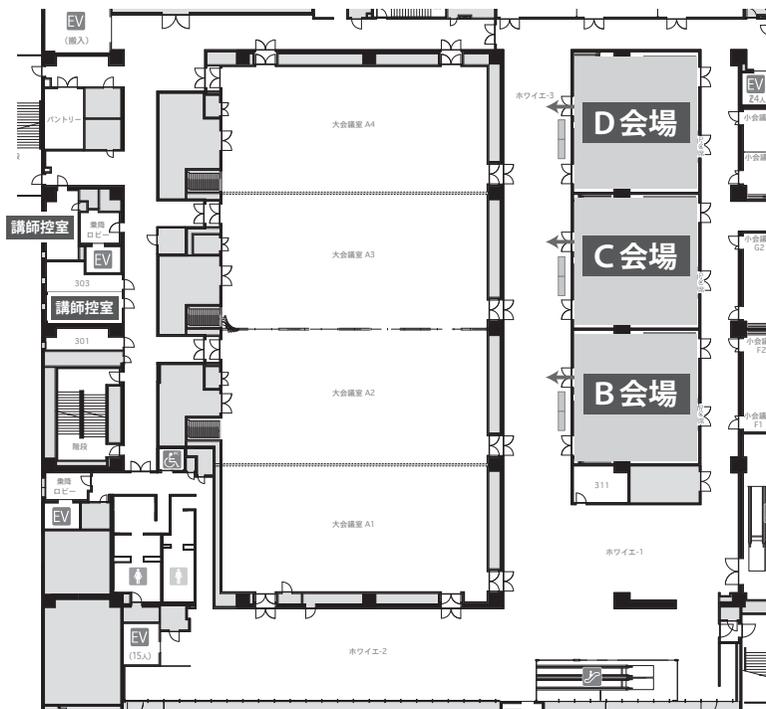


# 会場案内図

M2F



3F



# プログラム

# 主要プログラム

3月16日(土)

8:30 **開会式** A会場(M2F シビックホール)

会長 一門 和哉

8:40~10:10 **シンポジウム 1** A会場(M2F シビックホール)

座長：吉田 誠(国立病院機構福岡病院)

星野 友昭(久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門(第一内科))

[喘息/COPD]

**S1-1** 難治性喘息のremissionを目指した生物学的製剤選択

国立病院機構福岡病院 呼吸器内科

緒方 大聡

**S1-2** 気管支喘息の新しい展望：Treatable traitsで個別化治療を追求する

熊本大学医学部附属病院 呼吸器内科

堀尾 雄甲

**S1-3** COPDの個別化医療：多様性・複雑性に対するTreatable Traits approach

独立行政法人国立病院機構 南九州病院

東元 一晃

**S1-4** 健康寿命の延長を目指したACOへの治療アプローチ

宮崎大学医学部内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

坪内 拡伸

10:20~11:00 **招請講演** A会場(M2F シビックホール)

座長：一門 和哉(済生会熊本病院 呼吸器センター 呼吸器内科)

**UIPの小葉辺縁性病変：画像診断を支える肺既存構造**

伊藤 春海 福井大学 名誉教授/岐阜大学工学部 客員教授

11:10~11:40 **男女共同参画セッション** A会場(M2F シビックホール)

座長：一門 和哉(済生会熊本病院 呼吸器センター 呼吸器内科)

「医師の働き方改革」がもたらす変化とその対応

－2024年4月に導入される労働時間の上限規制－

荻生 清高 社会保険労務士 荻生労務研究所 代表/特定社会保険労務士

11:50~12:40 **ランチョンセミナー1**

A会場 (M2F シビックホール)

座長：矢寺 和博 (産業医科大学 呼吸器内科学)

**LS1 難治性抗酸菌感染症診療の進歩と課題**

高園 貴弘 長崎大学病院 呼吸器内科 /  
長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 臨床感染症学

共催：インスメッド合同会社

11:50~12:40 **ランチョンセミナー2**

B会場 (3F 中会議室C1 + C2)

座長：迎 寛 (長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野)

**LS2-1 RET肺がんの治療と遺伝子検査のツボ**

阪本 智宏 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科

**LS2-2 EGFR 遺伝子変異陽性肺癌に対する治療戦略と患者意思決定支援**

中川 和彦 近畿大学病院 がんセンター

共催：日本イーライリリー株式会社

11:50~12:40 **ランチョンセミナー3**

C会場 (3F 中会議室D1 + D2)

座長：岡本 勇 (九州大学大学院 呼吸器内科学分野)

**LS3 IV期ドライバー陰性NSCLC初回治療レジメン別の特徴と使い分け**

坂田 能彦 済生会熊本病院 呼吸器内科

共催：MSD株式会社

11:50~12:40 **ランチョンセミナー4**

D会場 (3F 中会議室E1 + E2)

座長：東 公一 (久留米大学 内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門)

**LS4-1** イピリムマブは必要か？  
～進行・再発非小細胞肺癌の治療戦略2024～

中原 善朗 北里大学医学部 呼吸器内科

**LS4-2** IV期非小細胞肺癌に対する治療戦略  
～免疫関連有害事象を乗り越え長期生存を届けるために何が出来るか～

福田 泰 倉敷中央病院 呼吸器内科

共催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

12:50~13:30 **特別講演**

A会場 (M2F シビックホール)

座長：菅 守隆 (済生会熊本病院 呼吸器科 集学的がん診療センター)

**進行肺癌に対する個別化医療の確立への挑戦**

後藤 功一 国立がん研究センター東病院 副院長・呼吸器内科長

13:30~15:00 **シンポジウム2**

A会場 (M2F シビックホール)

座長：荒金 尚子 (佐賀大学医学部附属病院 呼吸器内科)

岡本 勇 (九州大学大学院医学研究院 呼吸器内科学分野)

**[肺癌ゲノム医療と最新研究]**

**S2-1** 呼吸器内科医がみるがんゲノム診療 佐賀における実践

佐賀大学医学部附属病院 がんセンター がんゲノム診療部門 中島 千穂

**S2-2** EGFR 遺伝子変異陽性肺癌における Drug tolerant persister 細胞による  
薬剤耐性メカニズムの解明

九州大学大学院医学研究院 呼吸器内科学分野 柴原 大典

**S2-3** 小細胞肺癌に対する最近の話題と橋渡し研究

長崎大学病院 がん診療センター・呼吸器内科 谷口 寛和

**S2-4** 腸内細菌叢を標的とした肺癌の治療戦略

熊本大学病院 呼吸器内科 坂田 晋也

15:40~16:30 **アフタヌーンセミナー1**

A会場 (M2F シビックホール)

座長：石井 寛 (福岡大学 筑紫病院 呼吸器内科)

**AS1 間質性肺疾患診療 最新の話題**  
—人工知能、家族性肺線維症、遺伝的素因

半田 知宏 京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

15:40~16:30 **アフタヌーンセミナー2**

B会場 (3F 中会議室C1 + C2)

座長：井上 博雅 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 呼吸器内科学)

**AS2 喘息における健康寿命と生命予後を考える**  
— Treatable Traits と Clinical Remission の視点から —

坂上 拓郎 熊本大学大学院生命科学研究部 呼吸器内科学講座

共催：サノフィ株式会社  
リジェネロン ジャパン株式会社

15:40~16:30 **アフタヌーンセミナー3**

C会場 (3F 中会議室D1 + D2)

座長：荒金 尚子 (佐賀大学医学部 呼吸器内科)

**AS3 高齢者進行非小細胞肺癌に対する免疫療法**

猿渡 功一 熊本大学病院 呼吸器内科

共催：中外製薬株式会社

15:40~16:30 **アフタヌーンセミナー4**

D会場 (3F 中会議室E1 + E2)

座長：宮崎 泰可 (宮崎大学医学部内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野)

**AS4 進展型小細胞肺癌治療におけるリアルワールドデータと新たな話題**

井上 博之 福岡大学医学部 呼吸器内科

共催：アストラゼネカ株式会社

16:40~18:10 **シンポジウム3**

A会場 (M2F シビックホール)

座長：迎 寛(長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 展開医療科学講座 呼吸器内科学分野(第二内科))  
坂上 拓郎(熊本大学大学院生命科学研究部 呼吸器内科学分野)

[間質性肺疾患の個別化医療]

**S3-1** ILA段階からの診断の個別化

熊本大学大学院生命科学研究部 呼吸器内科学講座

一安 秀範

**S3-2** 早期IPFに対する治療の現状と課題

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野

坂本 憲穂

**S3-3** PPFに対する個別化治療戦略

九州大学病院 呼吸器科

坪内 和哉

**S3-4** 特発性PPFEに対する個別化医療の方向性

福岡大学筑紫病院 呼吸器内科

石井 寛

18:10~18:20 **育成賞表彰式**

A会場 (M2F シビックホール)

会長 一門 和哉

18:20~18:30 **閉会式**

A会場 (M2F シビックホール)

会長 一門 和哉

# 一般演題プログラム

8:50~9:30

## B1 呼吸器感染症 1

B会場(3F 中会議室C1 + C2)

座長：平松 和史(大分大学医学部 医療安全管理医学講座)

- 001** 健常若年女性に発症したクリプトコッカスリンパ節炎の一例  
九州大学病院 呼吸器科 宇野 裕美香
- 002** 肺を原発とし、髄膜・血液に播種したクリプトコッカス症の一例  
JCHO九州病院 山家 晃
- 003** 関節リウマチ治療中に浸潤影を呈した肺クリプトコッカス症の一例  
くまもと県北病院 中嶋 誠也
- 004** 当院で経験した肺クリプトコックス症再発例の検討  
独立行政法人地域医療機能推進機構 諫早総合病院 石川 友博
- 005** 肺ムーコル症と慢性進行性肺アスペルギルス症の混合感染の一例  
佐賀県医療センター好生館 呼吸器内科 鍋島 沙織

9:35~10:15

## B2 呼吸器感染症 2

B会場(3F 中会議室C1 + C2)

座長：原永 修作(琉球大学病院 総合臨床研修・教育センター)

- 006** 腭頭部癌に対するGEM+nab-PTX療法中にニューモシスチス肺炎を発症した一例  
宮崎県立宮崎病院 高野 晃久
- 007** 菌状息肉症患者に発症したニューモシスチス肺炎の一例  
大分大学医学部 牧 功大
- 008** ベンダムスチン治療半年後にCD4陽性リンパ球減少を伴いニューモシスチス肺炎を発症した一例  
琉球大学病院 第一内科 野崎 千穂
- 009** 水疱性類天疱瘡に対してプレドニゾロン内服中にニューモシスチス肺炎を発症した一例  
沖縄県立中部病院 稲田 香澄
- 010** 免疫不全の有無による肺ノカルジア症の臨床的特徴に関する検討  
佐賀県医療センター好生館 呼吸器内科 村田 大樹

座長：岡本 真一郎(熊本大学病院 新興感染症対策寄附講座)

- 011** 当院で経験した市内社会福祉施設におけるヒトメタニューモウイルス  
集団感染例の報告  
長崎医療センター 呼吸器内科 柴田 直人
- 012** 喘息様気管支炎を発症した成人ヒトメタニューモウイルス感染症の一例  
熊本市民病院 呼吸器内科 塩見 太郎
- 013** 集中治療で救命し得た重症ヒトメタニューモウイルス肺炎の1例  
長崎大学病院 呼吸器内科 大久保 彩
- 014** 市中で発生したメチシリン耐性黄色ブドウ球菌による肺炎の1例  
熊本中央病院 呼吸器内科 泉 拓希
- 015** 多発空洞性病変を呈した*Pseudomonas aeruginosa*肺炎の1例  
沖縄県立中部病院 呼吸器内科 今枝 陽

座長：津村 真介(熊本地域医療センター アレルギー内科)

- 016** アスペルギルス、スエヒロタケの2菌種によるアレルギー性気管支肺真菌症を  
発症した1例  
日本赤十字社 長崎原爆病院 馬場 亮
- 017** 糸状菌特異的IgEの結果が単一項目測定と他項目同時測定で乖離した  
アレルギー性気管支肺真菌症の一例  
済生会熊本病院 呼吸器内科 久保田 圭織
- 018** サルコイドーシスにABPMを合併した一例  
社会医療法人 敬愛会 中頭病院 島袋 大河
- 019** 過敏性肺炎の合併が示唆され、進行性の肺線維化をきたした  
自己免疫性肺胞蛋白症の一例  
宮崎大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 長濱 薫

座長：串間 尚子(福岡大学 筑紫病院 呼吸器内科・感染制御部)

- 020** シロアリ駆除剤により急性過敏性肺炎を引き起こした一例  
沖縄県立中部病院 石川 愛
- 021** 詳細な問診により薬剤性肺炎の診断に至った一例  
福岡大学病院 大崎 優亮
- 022** 肺炎を契機に診断に至った好酸球増多症候群の1例  
北九州総合病院 呼吸器内科 神宮 達也
- 023** 最近経験し印象に残った喘息症例  
独立行政法人国立病院機構 熊本再春医療センター 呼吸器内科 中村 和芳

座長：喜舎場 朝雄(沖縄県立中部病院 呼吸器内科部・医療部)

- 098** 特発性血気胸5例の検討  
宮崎県立延岡病院 呼吸器外科 廣松 昌平
- 099** 終末期の呼吸困難患者におけるネーザルハイフロー使用経験  
医療法人室原会 菊南病院 福島 一雄
- 100** 胸郭ジストロフィーによるII型呼吸不全に対し夜間NPPV、40%濃縮器による在宅酸素を導入した一例  
熊本市立 熊本市民病院 川上 さき
- 101** コントラスト心エコー検査が有用であった非B非C型肝硬変に合併した肝肺症候群の一例  
小倉記念病院 呼吸器内科 石黒 豊
- 102** COVID-19ワクチン接種後に致死的な急性呼吸不全を呈した一例  
宮崎県立宮崎病院 岡村 真子
- 103** 福岡大学の肺移植プログラムの現状と課題  
福岡大学 臓器移植医療センター/福岡大学 呼吸器乳腺内分泌小児外科 宮原 聡

座長：小宮 幸作 (大分大学医学部呼吸器・感染症内科学講座)

- 024** オミクロンXBB亜系統株流行期の新型コロナウイルス感染症患者における細菌重複感染の検討  
琉球大学病院 第一内科 古橋 沙英
- 025** 免疫不全状態で遷延したCOVID-19  
済生会二日市病院 呼吸器内科 高木 怜子
- 026** 当院におけるCOVID-19診療と全ゲノム解析結果の検討  
独立行政法人国立病院機構宮崎東病院 呼吸器内科 松尾 彩子
- 027** 当院で喀痰からPasteurella multocidaが分離された症例の臨床的検討  
飯塚病院 呼吸器内科 川崎 裕哉
- 028** 喘息性咳嗽の治療中に診断した肺吸虫症の1例  
総合病院鹿児島生協病院 呼吸器内科 藤津 宏隆
- 029** 誤嚥性肺炎における予後予測因子の検討  
糸島医師会病院 呼吸器内科 竹田 悟志

座長：平田 奈穂美 (熊本中央病院)

- 030** 10年ぶりの気胸を契機に両側腎腫瘍が見つかりBirt-Hogg-Dubé症候群が疑われた1例  
済生会熊本病院 呼吸器内科 久永 純平
- 031** 急性間質性肺炎と鑑別を要し、気管支肺胞洗浄で診断し得た肺原発の成人T細胞白血病の一例  
日本赤十字社 長崎原爆病院 呼吸器内科 井上 知晃
- 032** CTで粒状影の集簇を伴う浸潤影を呈した大腸癌肺転移の1例  
製鉄記念八幡病院 呼吸器内科 小池 愛
- 033** 局所麻酔下胸腔鏡検査におけるクライオ生検でIgG4関連疾患と診断した一例  
済生会熊本病院 呼吸器内科 阿南 圭祐
- 034** 九州大学病院におけるシングルユースプローブを用いたクライオ生検の安全性と有用性についての検討  
九州大学病院 呼吸器科 中村 聡

座長：瀬戸 貴司(国立病院機構九州がんセンター)

- 035** 当院におけるKRAS G12Cに対するSotorasibの使用経験  
 済生会熊本病院 呼吸器内科 坂田 能彦
- 036** EGFR遺伝子変異陽性・80歳以上高齢進行肺腺癌患者へのosimertinib(OSM)治療  
 熊本地域医療センター 呼吸器内科 柏原 光介
- 037** アファチニブが奏功したEGFR L858R / E709X変異陽性肺腺癌の1例  
 福岡青洲会病院 狭間 大貴
- 038** 免疫チェックポイント阻害薬を1次がん薬物療法にて投与回避するも2次治療以降で投与した症例の検討  
 国立病院機構宮崎東病院 腫瘍内科 森山 英士
- 039** 経気管支的治療(TBI)が施行された中枢性癌性気道狭窄(MCAO)のある高齢患者の予後  
 熊本地域医療センター 呼吸器内科 柏原 光介

座長：濱田 直樹(福岡大学病院 呼吸器内科)

- 040** 抗MDA5抗体と抗Ro52抗体共陽性急速進行性間質性肺炎に血液浄化療法を含む集学的治療が奏功した1例  
 熊本大学病院 呼吸器内科 野口 実奈
- 041** 早期のV-V ECMO導入により良好な治療経過が得られた急速進行性の抗ARS抗体陽性間質性肺炎の一例  
 鹿児島大学 呼吸器内科 永田 雄大
- 042** い草染土塵肺症に過敏性肺炎を合併した一例  
 久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門 首藤 美佐
- 043** 市中肺炎発症を契機に診断に至った自己免疫性肺胞蛋白症の1例  
 雪の聖母会 聖マリア病院 呼吸器内科 小島 和朗
- 044** RA-ILD患者における肺機能検査所見と死亡リスクの検討  
 飯塚病院 村上 陽亮

座長：増永 愛子(熊本大学病院 呼吸器内科)

- 045** 肺癌との鑑別を要した限局性すりガラス陰影の1例  
福岡県済生会福岡総合病院 古山 和人
- 046** トラスツズマブ デルクステカンによる薬剤性肺炎の一例  
熊本市立 熊本市民病院 呼吸器内科 篠原 亮
- 047** メサラジン製剤による潰瘍性大腸炎治療中に発症したPR-3 ANCA陽性間質性肺炎の1例  
独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター呼吸器内科 友清 慧太
- 048** 放射線治療後のICI投与中にradiation recall pneumonitisを来した一例  
沖縄県立八重山病院 黒田 凌

座長：井上 博之(福岡大学医学部 呼吸器内科)

- 049** SMARCA4欠損胸膜癌の一例  
産業医科大学 医学部 呼吸器内科学 遠藤 美有
- 050** 食道癌術後に胸腔間交通が示唆された両側癌性胸膜炎の1例  
福岡赤十字病院 安藤 裕之
- 051** アスベスト曝露歴がない若年者に発症した悪性胸膜中皮腫の一例  
熊本大学病院 本庄 花織
- 052** 術後10年以上経過して認めた甲状腺濾胞癌の多血性肺転移の一例  
熊本中央病院 呼吸器内科 増田 優衣子
- 053** 9年の経過で緩徐増大したALK陽性肺腺癌の一例  
熊本赤十字病院 呼吸器内科 古川 嗣大

座長：森山 英士(国立病院機構宮崎東病院 腫瘍内科)

- 054** 癌性髄膜炎との鑑別に苦慮したデュルバルマブによる自己免疫性脳炎を  
発症した小細胞肺癌の1例  
鹿児島市立病院 大庭 優士
- 055** 化学放射線療法後に腺癌成分の肺転移で再発したEGFR遺伝子変異陽性混合型  
小細胞肺癌の一例  
熊本大学病院 呼吸器内科 今村 光佑
- 056** 胸腺腫術後に前縦隔に小細胞癌が発生した一例  
熊本大学病院 呼吸器内科 城臺 安見子
- 057** 軟骨肉腫及び腺癌成分を含んだ混合型小細胞肺癌の一例  
産業医科大学医学部 呼吸器内科学 堂阪 啓起
- 058** 化学療法単独で治療を行い再発無く経過している間質性肺炎合併限局型  
小細胞肺癌の1例  
大分県立病院 呼吸器内科 平川 太星

座長：富田 雄介(熊本大学病院 呼吸器内科)

- 059** MRIとクライオ肺生検が有用であった硬化性肺胞上皮腫の一例  
国家公務員共済組合連合会熊本中央病院 児嶋 健吾
- 060** 肺炎に類似する症状や胸部画像所見を呈した悪性リンパ腫の一例  
宮崎大学医学部 卒後臨床研修センター 増田 樹
- 061** 術後に気管内再発した肺定型カルチノイドの1例  
済生会熊本病院 呼吸器内科 仁田脇 辰哉
- 062** 肺類基底細胞型扁平上皮癌との混合型肺大細胞神経内分泌癌に対して  
CBDCA+ETPを投与した1例  
長崎みなとメディカルセンター 呼吸器内科 稲富 雄大
- 063** 小腸転移によりSMARCA4欠損胸部腫瘍の診断に至った一例  
福岡大学病院 呼吸器内科 大熊 怜

座長：米嶋 康臣(九州大学病院 呼吸器科)

- 064** TIM-3の発現が抗PD-1抗体に対する耐性を誘導する可能性が示唆された肺紡錘細胞癌の1例  
長崎大学病院 呼吸器内科 林 史子
- 065** 免疫チェックポイント阻害薬(Pembrolizumab)が奏功した肺癌肉腫の1例  
北部地区医師会病院 呼吸器・感染症科 田里 大輔
- 066** 子宮筋腫核出手術から14年後に診断された肺良性転移性平滑筋腫の1例  
社会医療法人友愛会 友愛医療センター／  
琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学講座 仲山 由李
- 067** 多形横紋筋肉腫の急速な多発肺転移による呼吸不全で死亡した1例  
友愛医療センター 呼吸器内科 知念 重希

座長：岡元 昌樹(国立病院機構九州医療センター 呼吸器内科、臨床研究センター／  
久留米大学医学部 内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門)

- 068** 脳死肺移植後の患者に発症した尿崩症  
大分大学 医学部 呼吸器・感染症内科学講座 加藤 遼
- 069** 特徴的な画像所見を契機に診断に至ったBirt-Hogg-Dubé症候群の1例  
福岡大学筑紫病院 呼吸器内科 吉田 祐士
- 070** 婦人科手術を契機に発症し、シロリムス内服のみで乳糜胸水を制御しえたリンパ脈管筋腫症の1例  
宮崎県立延岡病院 呼吸器外科 濱廣 友華
- 071** 当科で経験したリンパ脈管筋腫症のまとめ  
飯塚病院 呼吸器内科 郡 日菜子

9:35~10:07

**D2 症例1**

D会場(3F 中会議室E1 + E2)

座長：川村 宏大(済生会熊本病院 呼吸器内科)

- 072** 当院で経験した免疫チェックポイント阻害薬使用中に発症した自己免疫性血小板減少症5例の臨床的検討  
国立病院機構九州医療センター 呼吸器内科 南野 高志
- 073** ステロイド治療を要したS-1による重症薬剤性腸炎の一例  
久留米大学病院 臨床研修センター 中野 佑亮
- 074** 問診の重要性を再認識した乙字湯による薬剤性肺障害の一例  
沖縄県立中部病院 片桐 徳貴
- 075** 免疫関連重症筋無力症の2症例のリハビリ経験  
済生会熊本病院 リハビリテーション部 森下 一樹

11:00~11:40

**D3 COPD／気管支病変**

D会場(3F 中会議室E1 + E2)

座長：高橋 浩一郎(佐賀大学医学部附属病院 呼吸器内科)

- 076** COPD患者における座位行動の身体活動に関する多施設共同研究  
佐賀大学医学部附属病院 栗原 有紀
- 077** *Haemophilus influenzae*による鑄型気管支炎の一例  
産業医科大学 呼吸器内科学 鶴田 瑛大
- 078** 成人女性に発症したピーナッツ誤嚥による器質化肺炎の一例  
北九州市立八幡病院 廣澤 利帆
- 079** びまん性汎細気管支炎に伴った気管支結石症の一例  
国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 呼吸器内科 小柳 杏梨
- 080** 閉塞性睡眠時無呼吸とpreserved ratio impaired spirometryの関連  
国立病院機構福岡病院 呼吸器内科 緒方 大聡

座長：山中 徹 (独立行政法人国立病院機構 熊本南病院 呼吸器内科)

**081** 産後に診断された活動性肺結核の4例

国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科 比嘉 真理子

**082** 肺外結核と診断された同施設内ネパール人の2例

佐賀大学医学部附属病院 呼吸器内科 南里 水晶

**083** 当院で診断した外国生まれ肺結核8症例の検討

熊本労災病院 呼吸器内科 井村 昭彦

**084** 粟粒結核と結核性リンパ節炎に免疫性血小板減少症を合併した症例

大分大学医学部 甲斐 聖太郎

座長：若松 謙太郎 (NHO 大牟田病院)

**085** 抗MAC抗体の測定が肺非結核性抗酸菌症 (NTM症) 診療に与える影響についての検討北部地区医師会病院 呼吸器・感染症科 /  
琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学講座 (第一内科) 知花 凜**086** 肺MAC症に対してアリケイスを導入した一例

佐賀県医療センター好生館 呼吸器内科 福山 野乃華

**087** 肺NTM症治療中に多発骨病変を呈し、抗IFN- $\gamma$ 自己抗体陽性播種性NTM症と診断した1例

熊本大学病院 呼吸器内科 木村 俊貴

**088** 肺結節影に対して外科的切除を行い*M.heckeshornense*症と診断した一例

独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター 呼吸器内科 萩原 拓貴

座長：柳 重久(宮崎大学医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野)

- 089** 原発性肺癌に起因する大量咯血に気管支動脈塞栓術を施行し救命に至った1例  
済生会熊本病院 医師研修室 島崎 雅士
- 090** 血小板減少によりTKI投与を継続できず急速な転機を辿った癌性髄膜炎の1死亡例  
福岡青州会病院 呼吸器内科 陳 邁也
- 091** 限局型小細胞肺癌に合併した皮膚筋炎の1例  
九州大学病院 呼吸器科 大後 徳彦
- 092** 気胸に対する胸腔ドレナージ中に転院搬送のため民間機に搭乗した一例  
沖縄県立八重山病院 総合診療科 知光 祐希

座長：飛野 和則(飯塚病院 呼吸器内科)

- 093** 若年発症の難治性自己免疫性肺胞蛋白症の一例  
熊本大学病院 呼吸器内科 石丸 裕子
- 094** 多発リンパ腫大と多彩な胸部異常陰影を呈した全身性ALアミロイドーシスの一例  
佐賀大学医学部附属病院 呼吸器内科 梶原 心
- 095** てんかん発作に伴い発症した神経原性肺水腫の一例  
独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター呼吸器内科 石野 太雅
- 096** ピーナッツ誤嚥によって右中葉無気肺と閉塞性肺炎をきたした成人の一例  
JCHO人吉医療センター 西山 紗貴子
- 097** 誤嚥性肺炎とCOVID-19の入院経過中にM.abscessusが顕在化した1例  
福岡済生会二日市病院 白石 静香

Blank page with horizontal dotted lines for writing.

# 招請講演

## UIPの小葉辺縁性病変：画像診断を支える肺既存構造

伊藤 春海

福井大学 名誉教授／岐阜大学工学部 客員教授

「肺小葉概要」演者が肺小葉(小葉)に注目したのは、剖検肺の解析を開始した1970年代始めである。小葉性肺炎、COPD、肺結核症、癌性リンパ管症、間質性肺炎、などの肺標本から、小葉中心性、小葉辺縁性、汎小葉性、小葉内外のリンパ路に沿う、などの病像を学んだ。それらの病像は小葉を肉眼的に強調する効果があり、1980年代初頭に登場した初期肺HRCTの読影に繋がった。小葉辺縁域は、小葉中心域を囲み、その末梢端が肺胸膜、小葉間隔壁、区域間隔壁、小葉外の比較的太い気管支・肺血管とその周囲間質等(小葉辺縁構造)で区切られる。小葉辺縁構造にはリンパ管や気管支動脈循環が備わる。UIPの発症に関連して、小葉辺縁構造に直に接する肺胞壁、Single Faced Alveolar Wall(片面肺胞壁)が注目される。その理由は片面肺胞壁が、小葉辺縁構造に接しつつ、併走するリンパ管や気管支動脈循環に近接するからである。「小葉辺縁構造」①肺胸膜：胸膜が小葉間隔壁に移行する楔状部に、UIPの初期病変が見られる。②小葉間隔壁(隔壁)：隔壁には長短があり、細気管支・肺動脈束と隔壁又は肺胸膜を繋ぐものや、異なる胸膜面同士を結ぶものがある。③気管支・肺動脈束(BA束)：肺全体に小葉を分布させるため、BA束には、主軸と側枝を交えた不規則分岐という特徴がある。しかし小葉内の細気管支は、数ミリ毎に分岐し、終末細気管支に至るパターンで共通する。このため肺全体で大きさの比較的揃った小葉が見られる。小葉内の複数の終末細気管支は、小葉の中枢域にあるが、それは同時に細葉の辺縁構造でもある。④肺静脈：次の2点を強調する。BA束にある気管支静脈叢と肺静脈の連絡路が見られる。更に肺静脈とBA束が接着する像が、肺中間域や胸膜下で確認される。⑤(小葉)：小葉の同定には、終末と第1次呼吸細気管支、併走する肺動脈を、実体顕微鏡下で確認することが必要である。その際、参考になるのが、肉眼で見える末梢BA束の炭粉沈着である。呼吸細気管支の末梢は、多分岐する肺胞道とそれらに開口する肺胞で構成される。各肺胞の天井部分を構成する背中合わせ肺胞には、細動・静脈を収納するスペースがある。この細血管は数多くの主軸枝と側枝から成り、肺胞毛細血管を収納する肺胞壁と重なると、肺胞道より高吸収を示すことが、薄層肺標本のX線像で確認される。

# 特別講演

## 進行肺癌に対する個別化医療の確立への挑戦

後藤 功一

国立がん研究センター東病院 副院長・呼吸器内科長

2013年2月に開始した遺伝子スクリーニング基盤であるLC-SCRUM-Asiaは、国内外の多くのアカデミア、製薬企業、検査会社、支援機関の協力を得て、肺癌に対する様々な治療薬、診断薬の臨床開発に貢献してきた。この10年間のLC-SCRUM-Asiaの総登録数は19,000例を超えており(2023年12月現在)、大規模な遺伝子解析データ、臨床データが残余検体と共に蓄積されている。この臨床ゲノムデータベースの構築は、2018年にLC-SCRUM-Asiaからスピノフして設立されたPrecision Medicine Asia(PREMIA)社が担っており、LC-SCRUM-AsiaとPREMIA社が両輪となって、大規模な遺伝子スクリーニング基盤を支えている。

現在、LC-SCRUM-Asiaでは、①2013年に開始した未治療例の遺伝子スクリーニングを行うLC-SCRUM-Asia、②2020年に開始した既治療例の耐性遺伝子変化をスクリーニングするLC-SCRUM-TRY、③2022年8月に開始した周術期の個別化医療の確立を目指したLC-SCRUM-Advantage/MRD、④2022年10月に開始したアジア太平洋地域の国際的遺伝子スクリーニング基盤であるLC-SCRUM-AP(Asia Pacific)、⑤肺癌患者に臨床試験の情報を提供するLC-SCRUM-Supportの5つのプロジェクトが進行中である。いずれも「To provide right effective drugs to right patients」を目的としたプロジェクトであり、治療開発、診断薬開発に貢献するための活動を継続する姿勢は、開始当初からぶれることなく、LC-SCRUM-Asiaに参加する全研究者の一貫した信念である。

この10年間のLC-SCRUM-Asiaの活動により、マルチ診断薬で一度に複数のドライバー遺伝子を検査し、その結果に基づいて対応する分子標的薬を選択するという進行肺癌の個別化医療が実現しており、今後も日本及びアジアにおける更なる個別化医療の発展を目指して活動を継続していく。

# シンポジウム1

喘息/COPD

座長：吉田 誠(国立病院機構福岡病院)

星野 友昭(久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門(第一内科))

## S1-1

### 難治性喘息のremissionを目指した生物学的製剤選択

緒方 大聡

国立病院機構福岡病院 呼吸器内科

---

吸入ステロイド(ICS)および長時間作用型 $\beta$ 刺激薬との配合剤(ICS/LABA)の浸透により、喘息症例のコントロールは格段に向上し、喘息死の頻度も著しく低下した。しかし今なお、喘息症例の約5%は高用量ICS/LABAやその他の長期管理薬の併用が必要であったり、それでもなおコントロールが不十分な難治性喘息(重症喘息)とされる。難治性喘息症例は日々の症状や頻回の増悪により日常生活に支障をきたしやすく、内服ステロイド薬(OCS)を要することでその副作用に苛まされる。オマリズマブを皮切りに、現在我が国では難治性喘息に対して計5種類の生物学的製剤が承認されており、増悪抑制やOCSの漸減中止といった臨床効果が得られるようになった。ただしいずれの生物学的製剤も、全症例に等しく有効というわけではなく、2型炎症のマーカーの程度によって効果の期待度が変わることが知られている。また実臨床においては、自己注射の可否や通院頻度、経済的側面にも配慮して、個々の難治性喘息症例に対し総合的に最適と思われる生物学的製剤を選択する必要がある。今回、難治性喘息のremissionを目指す上で、自験例を交えて生物学的製剤の有用性と意義を検討する。

座長：吉田 誠(国立病院機構福岡病院)

星野 友昭(久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門(第一内科))

## S1-2 気管支喘息の新しい展望：Treatable traitsで個別化治療を追求する

堀尾 雄甲

熊本大学医学部附属病院 呼吸器内科

気管支喘息は、複雑性と異質性を併せ持つ不均一な気道疾患である。複雑性とは、相互に影響する、多岐にわたる特徴的な臨床症状をいくつか同時に持つことを意味し、異質性とは、患者が示す臨床症状がそれぞれ異なることを意味する。また、臨床においては、気管支喘息以外にもCOPD(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)、ACO(Asthma and COPD Overlap)の慢性気道疾患も加わり、より複雑になっている。これらの疾患は複雑で不均一であるため、管理は単純ではない。

従来、気管支喘息の治療は、エビデンスに基づいたガイドラインに従い治療が行われるのが一般的である。ガイドラインでは、気管支喘息のすべての患者を画一的に捉え(one size fits all)、吸入ステロイド薬を中心とし、症状に応じて段階的にステップアップ/ダウン方式の治療法であった(Stepwiseアプローチ)。しかし、この方法では、気管支喘息の病態に見られる複雑性や異質性を解決することはできない。

このような課題に対応すべく、「Treatable traits(TTs)」と呼ばれる個別化医療のアプローチが、最近注目されている。TTsは2014年にAugustiらによって提唱された概念である。気管支喘息は不均一な疾患であることから、TTsアプローチでは、個々の患者から、疾患の形質・特徴(Traits)として治療可能な要素(Treatable traits)を抽出し、個別化治療につなげる。TTsは、症状、呼吸機能、合併症、併存症、住居などの環境因子、喫煙・飲酒などの生活習慣、社会的な因子などの臨床的形質・特徴にとどまらず、分子生物学のレベルまで研究が進んでいる。これらの抽出したTTsに基づき、個別化治療を行うことが治療の最適化につながる。実際、重症喘息患者を対象とし、従来治療とTTsアプローチによる治療を比較したランダム化比較試験では、TTs群で健康関連QOL及び喘息コントロールが優れていたことが報告されている。また、Treatable traitsには、肺内因子だけでなく肺外因子や行動ライフスタイル因子の関与が強く示唆されており、多職種と連携し多面的にアプローチする必要がある。これまでのStepwiseアプローチに加え、臨床医は各々の利点を活かして診療を行うことが気管支喘息の新しい治療戦略となると考えられる。

本講演では、治療可能な形質という概念、気管支喘息における裏付けとなるエビデンス、そしてこのアプローチを臨床に導入するための重要な留意点を紹介する。

座長：吉田 誠(国立病院機構福岡病院)

星野 友昭(久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門(第一内科))

## S1-3 COPDの個別化医療：多様性・複雑性に対する Treatable Traits approach

東元 一晃

独立行政法人国立病院機構 南九州病院

GOLD2024はCOPDの定義において「気道および肺胞の異常によっておこる慢性呼吸器症状に特徴づけられる多様性をもった肺疾患」とし、「多様性(heterogeneous)」が強調されている。この多様性を整理するためにGOLD2024では病因を基軸においた新たな分類(etiotype)として、COPD-G(遺伝性)、COPD-D(出生時からの肺発達障害)、COPD-C(タバコ由来)、COPD-P(大気汚染由来)、COPD-I(感染症の後遺症)、COPD-A(喘息由来)、COPD-U(病因不明)を提案している。一方、COPDガイドライン2022(日本呼吸器学会)は病型分類として気腫型(気腫性病変優位型)と非気腫型(末梢気道病変優位型)を示すとともに、増悪しやすい一群(frequent exacerbator)やrapid declinerといった臨床経過に着目した分類があることも述べたうえで「病型分類の視点は多様であり、治療法の発展や知見の集積により新たな病型分類が提唱される」であろうことを述べている。しかしながら、実臨床においてはこれらの分類をもって明確に個々の症例を論ずることは困難で、患者ごとに様々な背景と表現型を示す複雑性が存在することはいうまでもない。当科での閉塞障害患者を一群対象にした検討では多くの因子を検討した結果、多変量解析で末梢血好酸球数と喫煙量が肺機能低下に有意に関連していることを確認し治療に結びつく可能性を考察した。より多様で複雑な治療可能な因子を検出しそれに対処するために近年試みられているのがTreatable traits approach(以下TT)である。TTは同じ患者に複数の表現型が共存し、そのすべてに対処する必要があるとともにそれが可能であると考えられる。具体的には肺、肺外、行動の3つの主要なグループに分けられ、それぞれに気流制限、歩行試験、好酸球性炎症(肺)、BMI、心血管合併症、GERD(肺外)、喫煙、吸入手技、服薬アドヒアランス(環境)など検出するべく設定される。さらに優先順位をつけつつ多段階的に評価し、解決していくアプローチが提案される。COPDにおいては、安定期および急性増悪においてもTTを用いることで薬物の選択のみならず、リハビリテーションや患者指導においてもより個別化した治療を模索されている。これまでTT戦略による明確かつ十分な効果のエビデンスは得られていないが、今後のCOPD診療において大きな転換ともなる可能性もある。是非、シンポジウムを通じて皆さんとともに現在から未来を見すえて考えてみたい。

座長：吉田 誠(国立病院機構福岡病院)

星野 友昭(久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門(第一内科))

## S1-4

## 健康寿命の延長を目指したACOへの治療アプローチ

坪内 拡伸

宮崎大学医学部内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

気管支喘息とCOPDは、異なる原因と機序によって病態が形成される気道疾患である。典型例ではそれぞれの鑑別は容易だが、喘息かCOPDかを明確に鑑別することが困難な場合もある。このような状況から「喘息とCOPDのオーバーラップ(Asthma and COPD Overlap, ACO)」が提唱された。日本呼吸器学会から刊行された手引き(喘息とCOPDのオーバーラップ 診断と治療の手引き)では、ACOは「慢性の気流閉塞を示し、喘息とCOPDのそれぞれの特徴を併せもつ疾患」と定義された。

ACOの概念が提唱された後、診断に有用な検査、治療法、増悪の頻度などが検討された。COPDからACOを考えると、喘息コンポーネントを有する場合には、喘息を合併しない場合と比較して、頻回の増悪を認めることが知られている。気管支喘息からACOを考えると、小児喘息の既往がCOPDの発症の危険因子となり得ることが知られている。ACOへの治療アプローチに関して、ACOと判定する基準が統一されていなかったことから、試験間の比較が困難であった。ACO自体の不均一性があることから、喘息やCOPDと同様に、症例毎におけるTreatable traitsを見出して治療のアプローチを行うという意見もある。2023年に改訂された本邦の手引きでは、COPDから見たACOのICS使用状況、喘息から見たACOの長時間作用性抗コリン薬の使用状況の適否の判断に有用な、ACOのタイプ分類が提唱された。今後、共通の基準を元に診断と治療が実践されたACOに関する質の高いデータが、本邦から報告されることが期待される。

本講演では、健康寿命の延長を目指したACOへの治療アプローチについて、これまで報告された知見や自験例のデータを元に考察したい。

Blank page with horizontal dotted lines for writing.

# シンポジウム2

肺癌ゲノム医療と最新研究

S2-1

呼吸器内科医がみるがんゲノム診療 佐賀における実践

中島 千穂

佐賀大学医学部附属病院 がんセンター がんゲノム診療部門

---

当院ではがんゲノム医療連携病院として2021年04月にがんゲノム診療部門を設置した。他院では腫瘍内科医ががんゲノム診療に携わることが多い中、当院では呼吸器内科医である私が2022年04月からがんゲノム診療に従事し、保険診療でのがんゲノム検査出検数は190件となった。肺癌はDriver遺伝子変異の多い癌種であり、以前よりがんゲノムとのなじみが深い。呼吸器内科医が見た当院でのがんゲノム診療の取り組みについて報告する。また、当院における肺癌マルチプレックス検査の提出状況や、直近5年における肺癌診療状況の変化についても併せて報告する。

## S2-2

## EGFR 遺伝子変異陽性肺癌における Drug tolerant persister 細胞による薬剤耐性メカニズムの解明

柴原 大典、常岡 祐希、田中 謙太郎、大坪 孝平、白石 祥理、  
米島 康臣、岩間 映二、岡本 勇

九州大学大学院医学研究院 呼吸器内科学分野

上皮成長因子受容体 (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR) 遺伝子変異陽性肺癌は、分子標的薬の治療に著効するが耐性獲得は必発であり、耐性獲得機序の解明及び新規治療薬の開発は急務である。分子標的薬による治療過程で癌細胞は様々な耐性を獲得するが、その前段階の状態として Drug tolerant persister (DTP) 細胞という概念がある。治療開始して腫瘍は一旦縮小していくが、残存病変の中に細胞死を回避して生き残った細胞が存在する。この生き残った細胞を DTP 細胞といい、DTP 細胞が様々な耐性機序を獲得することで、最終的に臨床で問題となる腫瘍増大につながる。演者は、EGFR 遺伝子変異陽性肺癌細胞のシングルセル RNA-sequence 解析を行い、DTP 細胞のマーカーを同定し、それを治療標的にすることで第 3 世代 EGFR チロシナーゼ阻害剤であるオシメルチニブの効果を増強させることを報告した。本シンポジウムでは、DTP 細胞に関連する最新の知見を紹介し、現在研究中の内容についても述べる。DTP 細胞に関与する新規遺伝子を同定し、その機能を明らかにすることで、耐性獲得の克服を目指す。

## S2-3

## 小細胞肺癌に対する最近の話題と橋渡し研究

谷口 寛和

長崎大学病院 がん診療センター・呼吸器内科

小細胞肺癌は、増大・進行速度が速く、約70%の症例では診断時に遠隔転移を有する予後不良の疾患である。初回の薬物療法については長らくプラチナ製剤とトポイソメラーゼ阻害剤の併用療法が標準治療であったが、近年、プラチナ製剤+エトポシドに抗PD-L1抗体を上乗せする効果が2つの臨床試験で示されたことは記憶に新しい。しかしながら、それらの試験で示された無増悪生存期間の延長は約2か月程度であり、更に有効性高い治療法の開発が課題である。次世代シーケンサーの進歩により、小細胞肺癌をASCL1、NEURODIN1、POU2F3といった転写因子の発現によって小細胞肺癌を4つに分類できる可能性が示されてきており、この分類を利用した予後予測、薬剤開発が進行中である。例えば、プラチナ製剤+エトポシドに抗PD-L1抗体の効果は、ASCL1、NEURODIN1、POU2F3の発現が乏しい集団で高いことが示されている。またASCL1の発現が高い小細胞肺癌では、細胞表面のデルタ様リガンド3(DLL3)の発現が高く、DLL3とCD3に結合するBiTEであるTarlatamabは、治療歴が多い症例においても有効性が報告されており、注目したい分子の1つである。

これまでのSCLCの遺伝子学的検討では、TP53やRB1の欠損が最多の遺伝子変異として報告されている。これらの異常に伴いDNA修復機構の1つであるG1-S細胞周期チェックポイントが不活化し、G2-M細胞周期チェックポイントへの依存性が高まる。従って、G2-M細胞周期チェックポイントの制御因子であるWEE1、ATR、Chk1等は、SCLCにおける新規治療標的となる可能性がある。最近、第II相試験であるもののATR阻害剤とトポテカンの併用療法が、トポテカン単剤での治療よりも全生存期間を延長させることが報告された。また、Chk1阻害剤、WEE1阻害剤、ATR阻害剤は小細胞肺癌において、STING経路を介したがん免疫賦活化効果を有することやPD-L1の発現を誘導すること、抗PD-L1抗体との併用が有効であったことが前臨床試験として報告され、今後の臨床応用が検討される。

上記を含め、小細胞肺癌に関する現状や将来展望について言及したい。

## S2-4

## 腸内細菌叢を標的とした肺癌の治療戦略

坂田 晋也、富田 雄介、坂上 拓郎

熊本大学病院 呼吸器内科

がん患者自身が備えているがんに対する免疫を活性化し、抗腫瘍効果を誘導する免疫チェックポイント阻害薬 (Immune Checkpoint Inhibitor: ICI) は、進行肺癌患者における新たな治療法と位置付けられている。しかしながら、ICIにより長期生存が得られる症例は限られており、最適な治療法の確立には至っていない。近年、腸内細菌叢とICIの治療効果の関連が報告されており、腸内細菌叢を標的とした新たな治療戦略が注目されている (*Nat Med.* 2019)。

腸内細菌と宿主免疫システムとの関連メカニズムには主に以下の2つの機序が考えられている。

1) 腸内細菌の代謝産物を介する間接的な作用として、腸内細菌が産生するイノシンや食物繊維の発酵代謝産物である酪酸などの短鎖脂肪酸が、宿主のT細胞免疫を活性化し抗腫瘍効果をもたらす。2) 腸内細菌と抗原提示細胞の直接的な反応として、腸上皮粘膜下の抗原提示細胞と腸内細菌との相互作用が、宿主のT細胞免疫を活性化し抗腫瘍効果を促進する (*Science.* 2020)。

これまでに、非小細胞肺癌において抗PD-1抗体による良好な効果をもたらす菌種として、*Akkermansia muciniphila* (*Nat Med.* 2022)、抗PD-1抗体と抗CTLA-4抗体併用療法による免疫関連有害事象に影響をもたらす菌種として *Bacteroides intestinalis*, *Intestinibacter bartlettii* が報告されている (*Nat Med.* 2021)。しかしながら、治療経過を通した腸内細菌叢の経時的な変化とICIの治療効果および免疫関連有害事象との関連について十分なデータはこれまでに示されておらず、日本人を対象とした腸内細菌叢のエビデンスも少ない。

我々は、日本人肺癌患者の治療経過における腸内細菌叢の経時的な変化を網羅的に解析し、治療効果および免疫関連有害事象との関連を解明することにより、本邦における腸内細菌叢を標的とした新規治療戦略の開発に発展させることを目的として前向き観察研究を立案した。本研究では、ICIにより治療を行う肺癌患者の治療前後の採便、採血を前向き観察研究として実施し、経時的な腸内細菌叢の変化と治療効果、免疫関連有害事象の関連解析、抗菌薬、制酸薬、整腸剤が経時的な腸内細菌叢の変化に及ぼす影響の解析を予定している。本研究によりICI治療における経時的な腸内細菌叢の変化と抗腫瘍効果、免疫関連有害事象との関連を明らかとし、肺癌のICI治療における最適な治療戦略の開発を目指す。



# シンポジウム3

間質性肺疾患の個別化医療

## S3-1

## ILA段階からの診断の個別化

一安 秀範

熊本大学大学院生命科学研究部 呼吸器内科学講座

近年、肺間質異常(ILA: Interstitial lung abnormality)という概念の理解が深まりつつある。ILAは、CTで偶発的に発見された肺野の5%以上を占める間質性陰影であり純粋に画像診断で定義づけられるものである。このILAの一部は、初期の間質性肺疾患(ILD)やILDの未発症段階を含んでいると考えられており、さらに特発性肺線維症(IPF)と同様にMUC5B promoter polymorphismとの関連性も指摘されていることから、ILAと潜在性のIPFとの関連についても興味もたれている。ILAの発生頻度は、これまでの一般住民コホートや肺がんスクリーニングコホートのメタ解析により7%程度と推定されており、実臨床においてもよく遭遇するが、その多くはILD疑いとして経過観察となっている。一方で、ILAは進行悪化する事例が5年間で40-50%であること、さらにILAの存在そのものがその後の全死因死亡リスクや呼吸器関連死亡リスクを高めることが報告され、ILA発見後の対応についても再考すべき重大な課題であると認識されている。

このILAは、胸部CT上、Non-subpleural、Subpleural non-fibrotic、Subpleural fibroticの3パターンに分類され、特に、Subpleural fibroticパターンは、進行や死亡リスクと関連し、一部はIPFを含めた進行性線維化性フェノタイプの先行パターンと考えられ、診断の個別化において重要なポイントとなる。また、進行するタイプのILAでは、IPFほどではないが経時的なFVC低下が認められるが、治療介入のタイミングについてはこれからの検証が必要となる。ILAの中には、IPFのような予後不良の疾患の未発症段階が含まれていることから、ILA発見時点からその臨床特性について積極的に評価し、Working diagnosisを行うことが早期診断を可能とし、将来的なILD診療における個別化医療の実現の鍵になると考える。今回、ILA診断の個別化について概説するとともに、現在進行中の熊本県下の健診発見ILAを対象とした前向き観察レジストリー研究(熊本ILA研究、KILA-J)の内容や登録時のコホートプロファイルの解析結果についても報告する。

## S3-2

## 早期IPFに対する治療の現状と課題

坂本 憲穂

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野

特発性肺線維症(IPF)は原因不明の線維化性疾患であり、ステロイドを含む免疫抑制治療に抵抗性を示す予後不良の疾患である。IPFの努力性肺活量低下に対する抗線維化薬の抑制効果が報告されてから10年が経とうとしているが、その間に長期投与の効果、急性増悪抑制効果、生命予後の延長効果など抗線維化薬の様々な効果が明らかになってきている。昨年改訂された「特発性肺線維症の治療ガイドライン 2023 改訂第2版」においても、慢性期の治療として抗線維化薬を用いることが推奨されている。一方で、本邦においては医療費助成の問題もあり、早期に分類される患者への治療介入率が低く、早期IPFに対する抗線維化薬の実臨床における効果、安全性に関する報告は少ない。そのような背景のもと、我々は2019年から九州・沖縄地区の各施設の協力を得て、特発性間質性肺炎の重症度I、IIに該当する早期IPFと診断され、抗線維化薬であるニンテダニブを開始される症例に対する多施設前向き観察研究(九州・沖縄早期IPF study)を実施中である。本シンポジウムでは、早期IPFに対する治療の現状と課題を概説し、九州・沖縄早期IPF studyの中間解析結果の紹介を交えながら、早期IPFに対する治療の意義と問題点について考えてみたい。

## S3-3

## PPFに対する個別化治療戦略

坪内 和哉

九州大学病院 呼吸器科

Progressive pulmonary fibrosis(PPF)という疾患概念が新たに提唱され、進行性線維性間質性肺疾患の定義を標準化する必要性が求められているが、PPFという疾患概念は臨床医がしばしば実際に直面する病態を的確に表現していると思われる。このPPFの基礎疾患には、IPFを除く特発性間質性肺炎に加えて、膠原病やサルコイドーシス、過敏性肺炎や薬剤性肺炎が含まれており、様々は病態が混在している。臨床現場では症状や肺機能、画像上の悪化を示している病態は炎症が主体なのか、線維化が主体なのかを意識しつつ治療アプローチを検討し、その判断基準を増やすため気管支肺胞洗浄やクライオバイオプシーが実施され、基礎疾患ごとに、そして患者ごとに治療アプローチを決定している状況である。

線維化病変を有する間質性肺疾患を診断した際には、その患者が今後PPFの定義をみたす(進行する)のかどうかはまず重要で、基礎疾患によらずCTでUIPパターンを示すものや、6分間歩行検査でDesaturationを認めるものは進行性のリスクが高く、過敏性肺炎でのMUC5Bのgene variantや関節リウマチに伴う間質性肺炎での抗CCP抗体のtiterなど基礎疾患ごとの間質性肺疾患の進行のリスク因子が報告されている。

PPFに対する治療法については、全体としては標準的な治療に効果が不十分であった場合に抗線維化薬を追加することが多いが、まず標準的な治療と呼ぶために十分なエビデンスを持った治療法がそれぞれの基礎疾患で十分でない。同じ膠原病肺でも基礎疾患が筋炎とリウマチ、強皮症ですべて同じ治療法でよいとは言えない。抗線維化薬を追加するとしても、併用が良いのか変更がよいのか、治療の開始時期はいつなのかなど解決すべき問題点は多い。個々の疾患で治療選択を確立させていくのか、炎症と線維化といった病態を主体とした治療選択を確立させていくのかを含め前述の問題点を打破する十分なエビデンスを有した治療戦略が求められている。今回のシンポジウムでは、PPFに対する最良な治療戦略について、皆さんと議論したい。

S3-4

## 特発性PPFEに対する個別化医療の方向性

石井 寛

福岡大学筑紫病院 呼吸器内科

特発性の上葉優位型肺線維症(idiopathic pleuroparenchymal fibroelastosis; IPPFE)は、特発性間質性肺炎の稀な病型の1つに分類されているものの、遭遇する機会は決して少なくない。IPPFEは上肺野に優勢な肺線維症であり、病状の進行とともに痩せと胸郭の扁平化が進み、高頻度で気胸を併発するなど、特発性間質性肺炎の他の病型とは一線を画す特徴がある。病理学的に胸膜直下の弾性線維の帯状集簇、肺胞中隔の弾性線維化や肺胞内線維化が見られるが、気胸の併発や難治化の懸念から外科的肺生検は回避される傾向にある。呼吸機能検査における残気率の上昇はPPFEに特異的な所見であるため、特徴的画像所見と進行性の経過に加えて、生理学的特徴が診断の補助となる。

IPPFEは特発性間質性肺炎の臨床個人調査票に新たな病型として加わることが決まっており、今後臨床診断される患者数の増加が見込まれるものの、PPFEに対する確立された治療指針は無く、まだまだ課題が山積みの難病である。多くが進行性肺線維症(progressive pulmonary fibrosis; PPF)に該当し、下肺野の線維化病変に対して抗線維化薬の使用が考慮されるが、その効果は限定的と思われる。

本シンポジウムでは、IPPFEの基本的な所見に加えて、予後予測因子や血清バイオマーカーなど、我々の研究成果を併せて概説したい。

A series of horizontal dotted lines for writing.

# 男女共同参画セッション

## 「医師の働き方改革」がもたらす変化とその対応 － 2024年4月に導入される労働時間の上限規制－

荻生 清高

社会保険労務士 荻生労務研究所 代表／特定社会保険労務士

2024年4月1日より、医師においても時間外労働の上限規制が導入され、「医師の働き方改革」は大きな転換点を迎える。

日本の医療は長年にわたり、医師の献身的かつ、極めて深刻な過重労働に支えられてきた。今やこの状況は、医師自身の健康を害するばかりでなく、医療の安全性をも脅かすに至っている。安全な医療を提供するためには、医師の長時間労働を是正し、健康を確保することが欠かせない。

また、少子化に伴う若年人口の減少が引き起こす採用難、若年層における女性医師の増加、男性にも高まる育児・家庭をはじめワーク・ライフバランスへの意識も、医師の長時間労働の是正を迫るに至っている。医師をいかに若者への魅力ある職業とするか、また医師の子育て・介護に伴う離職・休職をいかに防ぐかも、医療機関の大きな課題である。

他方、「医師の働き方改革」は、地域の医療提供体制に重大な影響を及ぼす。地域医療機関からは「大学病院から地域への医療派遣の引き上げに、つながるのではないか」という懸念が大きい。地域医療に与えるひずみを極小化しつつ、改革を進めるバランス感覚が求められる。

このような現状において、医療機関は今後も必要な人材を確保し、売上を伸ばし、安心・安全で持続可能な医療を提供し、地域社会に貢献していくことが求められる。「医師の働き方改革」の目的は、この点にこそある。

本講演では、まず「医師の働き方改革」の意義と目的を、法制化における議論を振り返り明らかにする。また、「医師の働き方改革」が地域医療体制に及ぼす影響を示す。その上で、「医師の働き方改革」の意義と目的に沿った、医師及び医療機関に望まれる対応について、労務管理の先進事例・先行事例を示しつつ、考察・解明する。

### 【講演の概要】

- ・「医師の働き方改革」が、他業種よりも5年間猶予された背景
- ・若者の意識変化への対応、増える女性医師への支援のあり方  
ワーク・ファミリーバランスを超えた、ワーク・ライフバランスへの転換
- ・複数医療機関に勤務する医師への上限規制の取扱が、地域医療にもたらす影響
- ・医師と変形労働時間制 その効果と問題点
- ・「医師の働き方改革」への病院の対応事例 等

# ランチョンセミナー

## LS1

## 難治性抗酸菌感染症診療の進歩と課題

高園 貴弘<sup>1)2)</sup>

1)長崎大学病院 呼吸器内科、2)長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 臨床感染症学

肺非結核性抗酸菌症の罹患率年々上昇傾向にあり、日常呼吸器内科診療において、もはや稀な感染症ではなくなった。早期にはほとんど症状を有さない症例もある一方で、線維空洞型の症例等では治療抵抗性を示し、喀血や呼吸不全を呈し、生命予後に影響を与える難治性の呼吸器感染症であり、実際に死亡者数も年々増加傾向にある。

2020年にはATSのガイドラインが13年ぶりに改訂され、日本結核・非結核性抗酸菌症学会においても、2023年に成人肺非結核性抗酸菌症化学療法に関する見解が改定された。治療法に関しても、間欠投与を含む病型毎の推奨事項がなど様々な点がアップデートされた。近年では*M. intracellulare*と*M. avium*の病原性の違いが明らかになってきた他、病型による推奨治療方法の違いも明記されるなど、NTMの治療は進歩しつつある。わが国においても、アジスロマイシン、アミカシン、クロファジミン(*M. abscessus*症のみ)の保険承認が条件付きではあるものの、認められるなど、少しずつ海外の治療法に追いつきつつある。さらに、2021年からは、アミカシン(AMK)リポソーム吸入懸濁液(ALIS)も既存治療抵抗性の症例に使用可能となり治療の選択肢がようやく増えてきた。しかしながら、適正な治療期間、アスペルギルス症合併例への対応、呼吸不全例への対応、ALISの適切な導入時期、など臨床的には多くの課題・疑問が依然として山積している。本セミナーでは最近のエビデンスや当科で行っている基礎・臨床研究の結果も交えて紹介したい。

## LS2-1

## RET肺がんの治療と遺伝子検査のツボ

阪本 智宏

鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科

RET融合遺伝子は、肺がんの1~2%に認められるドライバー遺伝子異常として2012年に発見された。RET融合遺伝子は若年、非喫煙歴/軽喫煙であること、および腺癌の組織型と優位に関連している。RET肺がんは、抗RET活性を有するマルチキナーゼ阻害薬に感受性があるものの、それらの開発は難航している。

Selpercatinibは、RETキナーゼに対する高選択的な低分子阻害薬である。非小細胞肺癌(NSCLC)を含むRET遺伝子異常陽性の固形がんを対象とした第1-2相試験であるLIBRETTO-001試験において有効性と忍容性を示し、2021年に日本で承認された。さらに未治療進行非小細胞肺癌を対象にプラチナ併用化学療法±Pembrolizumabと比較した第3相試験であるLIBRETTO-431試験でも有意な無増悪生存期間の延長を示したことで、RET肺がんの1次治療におけるエビデンスが追加された。一方、過敏症などの特有の有害事象も知られており、適切にマネジメントすることが臨床上重要である。

日本の肺癌診療ガイドラインにおいては、進行・再発非小細胞肺癌の治療選択をする上でRETを含む9つの遺伝子異常を調べることを推奨している。かつては単一遺伝子検査の組み合わせでカバーできていたが、調べるべき遺伝子数の増加によってそれも非現実的となり、現在ではマルチ遺伝子検査が主流となった。全てのドライバー遺伝子を網羅するためには必須の検査であるが、その性質上検体の質および量には十分に注意をし、偽陰性をなるべく減らす努力が求められる。また、陰性の結果が得られた場合にも、状況に応じてゲノムプロファイリング検査を含めた他法での追加確認が望ましい場合もある。有効な薬剤を適切な患者さんに届けるために、われわれ臨床医も情報を常にアップデートし、診療・検査体制を柔軟に変化させていく必要がある。

## LS2-2

EGFR 遺伝子変異陽性肺癌に対する治療戦略と  
患者意思決定支援

中川 和彦

近畿大学病院 がんセンター

21世紀、肺癌治療にゲフィチニブが登場したことによりEGFR遺伝子変異の発見を端緒として、固形がんにおけるドライバー遺伝子のスクリーニングと分子標的治療を用いた固形がん治療戦略の革新的発展をもたらされ画期的な治療成績の向上につながった。EGFRのATP結合部位との競合的阻害作用を有するゲフィチニブ、エルロチニブなど第1世代のEGFRチロシンキナーゼ阻害剤から、EGFRのATP結合部位との共有結合により強力な阻害活性を有する第2世代EGFRチロシンキナーゼ阻害剤(アファチニブ、ダコミチニブ)、そして現在EGFR遺伝子異常陽性肺癌の初回治療として最も汎用されている第3世代EGFRチロシンキナーゼ阻害剤であるオシメルチニブの臨床開発へと発展した。第3世代はEGFRのワイルドタイプのEGFR酵素活性を阻害するだけでなく耐性遺伝子変異T790Mを有するEGFRの酵素活性を阻害する。そのためオシメルチニブを初回治療で使った場合、T790Mによる耐性化は生じないため初回治療のPFSを約20ヶ月にまで延長することができた。このことは、初回治療において複数の関連標的を同時に抑制することは初回治療をより効果的にするために有効である可能性を示した。その路線上でもう一つの治療戦略としてEGFRとVEGFRのDual blockade strategyであるエルロチニブと血管新生阻害剤ラムシルマブの併用療法であるRELAYレジメンが注目されている。RELAYレジメンの特徴は、①PFSが約19ヶ月の有効性を示すこと、②オシメルチニブがエクソン21L858R陽性肺癌に対するPFSが約14ヶ月であるのに対して、主たる感受性遺伝子変異の種類に対して約19ヶ月のPFSを示すこと、③RELAYレジメンの耐性機構はエルロチニブ単剤と同じくT790M耐性遺伝子によるものが約43%を占めておりRELAYレジメンが効かなくなってもその後約43%の患者はオシメルチニブによる治療が有効であることが挙げられる。ここでは、JSMO2024で発表されたRELAY試験のOS結果を踏まえて今後のEGFR遺伝子変異陽性肺癌の治療戦略と今後の初回治療患者意思決定支援の在り方について述べる。

LS3

## Ⅳ期ドライバー陰性NSCLC初回治療レジメン別の 特徴と使い分け

坂田 能彦

済生会熊本病院 呼吸器内科

現在、Ⅳ期の非小細胞肺癌(NSCLC)ドライバー遺伝子変異/転座陰性例の初回治療を選択するにあたっては、PD-L1 TPSの発現割合によって、①TPS 50%以上、②TPS 1~49%、③TPS 1%未満、の3つのサブグループに分類されるが、それぞれのサブグループで推奨される複数の治療選択肢があり、どのレジメンを選択するかは臨床的課題である。

①TPS 50%以上では、まず免疫チェックポイント阻害薬(IO)単剤にするかプラチナ併用治療+IO併用するか、という選択肢があり、プラチナ併用治療+IOを選んだ場合は、扁平上皮癌(SQ)ではKEYNOTE-407(CBDCA+PTX/Nab-PTX+Pembrolizumab)、非扁平上皮癌(Non-SQ)ではKEYNOTE-189(CDDP/CBDCA+PEM+Pembrolizumab)のレジメンの他、複数のレジメンが選択可能である。

②TPS 1~49%では、IO単剤が細胞傷害性抗癌剤より有効である事は示されていないため、プラチナ併用治療+IOが主体となるが、①同様の治療選択肢がある他、選択可能なレジメンとしてCTLA-4阻害薬の併用が挙げられる。

③TPS 1%未満では、IO単剤の適応はなく、その他は②同様の治療選択肢となるが、②と比べるとCTLA-4阻害薬の上乗せに対する期待が大きいサブグループである。但し、PD-1/PD-L1阻害薬+CTLA-4阻害薬にプラチナ製剤併用療法を併用した治療の意義や安全性については慎重に検討する必要がある状況にある。

その現状において、①~③いずれのサブグループでも推奨されるプラチナ併用治療+IOレジメンとして、肺癌診療ガイドライン2023年版で最初に紹介されているのがNon-SQではKEYNOTE-189、SQではKEYNOTE-407であり、まずはこれらのレジメンを治療選択肢の基軸とした上で、他の選択肢の可否を考える必要があるように思われる。本セミナーでは、KEYNOTE-189/KEYNOTE-407レジメンの要点や特徴を改めて振り返ると共に、実際の診療における考え方やレジメン毎の使い分けなどについて考察する。

## LS4-1

## イピリムマブは必要か？ ～進行・再発非小細胞肺癌の治療戦略 2024～

中原 善朗

北里大学医学部 呼吸器内科

殺細胞性抗がん剤が中心の時代、薬物療法は一時的な効果は期待できるものの、ほとんどの症例で耐性となることから進行肺がんの根治は極めて稀と考えられてきた。ドライバー遺伝子の発見と、これら遺伝子に対する分子標的薬の登場で、ドライバー遺伝子を有する症例の生存期間は劇的に長くなったものの、やはり耐性を生じる点は同様であった。

2015年に登場したニボルマブをはじめとする免疫チェックポイント阻害剤は奏効した症例においては効果が長期に持続するのが特徴であり、その優れた効果から進行非小細胞肺癌の薬物療法の中心となっている。その後に登場した免疫チェックポイント阻害剤であるイピリムマブはCTLA-4阻害剤であり、Checkmate227試験においてニボルマブ+イピリムマブ療法は全生存期間のカプラン・マイヤー曲線がいわゆる tail plateau を示し、PD-L1陽性、陰性における6年生存割合が22、16%とPD-1/PD-L1阻害薬の効果が限定的であるとされてきたPD-L1陰性例においても長期生存の可能性を示している。

一方で肺臓炎、心筋炎、サイトカイン放出症候群などの急激な経過を示す免疫関連有害事象の発現もクローズアップされ、これらのマネジメントが課題となっている。

本講演では、イピリムマブ療法に関する臨床試験の最新データにつき共有する。そして、この薬剤の効果を最大化するため、どのように取り組んでいくべきかを議論する場としたい。

## LS4-2

## IV期非小細胞肺癌に対する治療戦略

～免疫関連有害事象を乗り越え長期生存を届けるために何が出来るか～

福田 泰

倉敷中央病院 呼吸器内科

切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に対して免疫チェックポイント阻害薬(ICI)であるニボルマブが承認され8年以上が経過したが、複数のICIが登場し治療効果が証明され、切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌のみならず、術前、術後、化学放射線療法後の地固めと様々な治療で使用されている。ICIは高い治療効果が期待されるが、免疫関連有害事象(irAE)への対応が必須である。特に、CheckMate227試験、CheckMate9LA試験において抗CTLA-4抗体を含むニボルマブ+イピリムマブ±プラチナ製剤併用療法の有効性が証明され、さらなる長期生存が期待されているが、その一方で2種類のICIを併用することによるirAEの発症頻度の増加、稀でありかつ重篤なirAEの発症が懸念もされている。

抗CTLA-4抗体を含む2種類のICIを併用することで皮疹、大腸炎、副腎不全といったirAEの頻度が増加する。また、稀でありかつ重篤なirAEの代表例としては、Cytokine release syndrome(CRS)、心筋炎が挙げられる。CRSはサイトカインストームにより発熱、非特異的な症状で発症し、多臓器に影響を及ぼすが、その特徴は発熱性好中球減少症、敗血症、他のirAEなどと類似しており、鑑別に難渋することが多い。心筋炎は心筋に対する自己免疫性心筋炎であり、症状は無症候性から突然死まで多彩である。また筋炎や重症筋無力症が合併し、その症状が主訴となる場合がある。CRS、心筋炎は稀ではあるがひとたび発症すれば死亡率が高く、迅速な判断、治療が求められる。CRSが想起される場合には、感染症としての対応を行いつつ、高容量ステロイドを速やかに開始する必要がある。心筋炎に関しても高容量ステロイドを速やかに開始する必要がある、鑑別のためにICI投与開始前に事前評価(心電図、トロポニンなど)を行っておくことで発症時の比較が可能となり、また心筋生検が難しい場合には治療を優先する選択も必要となる。

複数の臨床試験の結果、自験例などから、抗CTLA-4抗体を含むレジメンを使用する場合の重篤なirAEへの準備かつ速やかな初期対応を検討したい。

A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, intended for writing or drawing.

# アフタヌーンセミナー

## AS1

## 間質性肺疾患診療 最新の話 —人工知能、家族性肺線維症、遺伝的素因

半田 知宏

京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座

人工知能(AI)を用いた技術は、既に日常臨床でも種々の場面で取り入れられており、特にX線やCT、MRIなどの医用画像の解析技術の開発が進んでいる。AIによる客観的で精緻な評価が間質性肺疾患(ILD)の診療に寄与する事、また専門医の不足に対する解決の一助となる事が期待されている。京都大学は、富士フイルム株式会社との共同研究で深層学習に基づくILDの画像定量化ソフトウェアを開発した。その技術を応用した研究について紹介するとともに、画像を定量的に評価することの臨床的意義についても考えてみたい。

ILDの進行における線維化という共通の病態が注目され、抗線維化薬による治療の有効性が示されてきた一方で、ILDの病態に関しては未だに不明な点が多く、その原因に基づいた治療薬は開発されていない。ILD診療におけるもう一つの重要な話題として、家族性肺線維症、遺伝的素因を取り上げる。同一血縁家族内に2人以上の線維性間質性肺疾患患者がいる場合、家族性肺線維症と呼称される。その頻度は報告や発端者の疾患によって異なるが、概ね20%程度と報告されている。家族性肺線維症のうち既知の遺伝子変異が確認されるのは20-30%と高くないが、家族性肺線維症は一般に予後不良であり、その親族における肺線維症のリスクが高い事などから、その臨床的意味は大きい。テロメア遺伝子変異の有無に関わらず、IPFをはじめとするILDで末梢血のテロメア長が短縮しており、予後と関連することが報告されている。また、IPFや他のILDにおいて、末梢血のテロメアが短縮した症例では免疫抑制治療によって予後が悪化することを示すデータが報告されており、ILDにおいて遺伝子変異や末梢血テロメア長を評価する事の臨床的意義が高まっている。京都大学と共同研究施設で行った遺伝子研究から得られた知見についても紹介する。

将来的には、臨床情報、遺伝情報、形態情報、環境因子などのデータとAI技術の融合によって、新しいILD診療の世界が構築されていくことが期待される。

## AS2

## 喘息における健康寿命と生命予後を考える － Treatable Traits と Clinical Remission の視点から－

坂上 拓郎

熊本大学大学院生命科学研究部 呼吸器内科学講座

近年よく耳にする健康寿命とは、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のことを言う。我が国では健康寿命と平均寿命の間に10年程度の差があり、この短縮が大きな社会課題となっている。

喘息診療は過去30年でICSが広く普及したことから喘息死は急激に減少した。喘息患者の生命予後(≒平均寿命)は改善していることは間違いないが、健康寿命における喘息罹患のインパクトは明らかになっていない。しかしながら、重症喘息においては健康寿命の短縮や生命予後への悪影響が存在することは経験的には明らかである。特に経口ステロイドの維持療法は、生命予後に悪影響を与える疫学データが存在し、合併症による生活の質の低下から健康寿命の短縮をもたらすことは想像に難くない。また、複数の地域からは気道狭窄が残存する喘息症例では生命予後が短縮していることも報告されている。こういった、特定の表現型による予後への影響が明らかであることから、それを標的としたアプローチ(Treatable Traits approach)により重症喘息例の健康寿命や生命予後に良好なアウトカムをもたらすことが考えられ、従来型のアプローチであるStepwise法を補完する手法として論じられてきた。このように、重症喘息の治療戦略は症状コントロールだけでなく、その先の予後を見据えたものへの変遷が起きようとしている。この変化の背景にあるものが重症喘息におけるバイオ製剤の普及であり、良好な予後達成のメルクマールとして議論されている治療目標が臨床的寛解(Clinical Remission)と考えられる。

本セミナーではTreatable Traits と Clinical Remission をキーワードとして、重症喘息における健康寿命と生命予後の改善へバイオ製剤がどのように寄与できるのかをDupilumabを題材として議論したい。

## AS3

## 高齢者進行非小細胞肺癌に対する免疫療法

猿渡 功一

熊本大学病院 呼吸器内科

現在、肺癌患者のおよそ半分が75歳以上の高齢者であり、日常の肺癌診療の主体となっている。高齢者は、薬物療法を実施する上で、加齢に伴う臓器機能低下、複数の併存疾患など、様々な臨床的な問題を抱えていることから、私たちは、高齢者一人ひとりの臨床的な多様性に応じた治療方針を立てていく必要がある。

進行非小細胞肺癌に対する薬物療法は、目覚ましく進歩しており、ドライバー遺伝子変異陰性例に対する初回治療は、免疫チェックポイント阻害薬を含む治療が主体である。これらの治療は、複数の種類の免疫チェックポイント阻害薬(抗PD-1抗体薬/抗PD-L1抗体薬/抗CTLA-4抗体薬)や細胞障害性抗がん薬併用の有無によって、多数のレジメンが存在する。しかし、高齢者は、これらの免疫療法に関する臨床試験への登録が少なく、さらに、高齢者に焦点をあてた臨床試験やリアルワールドデータは限定的であり、エビデンスが不足している。そのような状況の中で、私たちは、高齢者進行非小細胞肺癌に対して、免疫療法を実践していかなければならず、実臨床での経験を積み重ねながら、高齢者に対する適切な免疫療法について考えていく必要がある。

本講演では、現在、肺癌診療の中心となっている高齢者に焦点をあて、これまでの免疫療法の臨床試験におけるサブグループ解析やリアルワールドデータを整理しながら、高齢者進行非小細胞肺癌に対する適切な治療選択について考察する。

## AS4

進展型小細胞肺癌治療における  
リアルワールドデータと新たな話題

井上 博之

福岡大学医学部 呼吸器内科

2019年までの約30年の長い間、未治療進展型小細胞肺癌に対する治療の中心は化学療法であり、顕著な生存期間の延長は認められず、同期間の臨床試験メタアナリシスでは生存期間延長の効果は乏しいことが示されている。2019年に、カルボプラチン+エトポシド併用療法に抗PD-L1抗体であるアテゾリズマブを上乗せすることで生存期間の延長が示され、同治療が標準治療の1つとなり、2020年にはもうひとつの抗PD-L1阻害薬としてデュルバルマブもプラチナ併用療法との上乗せ使用(CASPIANレジメン)が可能となり、非小細胞肺癌と同様、進展型小細胞肺癌においても複合免疫療法が世界の標準一次治療の1つとなった。

本稿セミナーでは、進展型小細胞肺癌治療におけるCASPIAN試験の主要解析結果と3年フォローアップデータ、複合免疫療法薬剤選択におけるCASPIANレジメンのベネフィット、同レジメンに関する最新の話題(当科含むRWDおよび基礎知見の報告)、複合免疫療法後の二次治療の実際(RWDにおける二次治療の薬剤、成績)について述べたい。

Blank page with horizontal dotted lines for writing.

# 一般演題

## 001

## 健康若年女性に発症したクリプトコッカスリンパ節炎の一例

○宇野 裕美香<sup>1)</sup>、山本 凱大<sup>1)</sup>、池亀 聡<sup>1)</sup>、秋山 優里<sup>2)</sup>、成富 文哉<sup>2)</sup>、小田 義直<sup>2)</sup>、岡本 勇<sup>1)</sup>

1)九州大学病院 呼吸器科

2)九州大学大学院 医学研究院 形態機能病理学

【症例】特記すべき既往症のない22歳女性。X年10月10日より感冒様症状があり抗菌薬(レボフロキサシン、セフトリアキソン)を使用されるも反応乏しく、胸部CT検査で右肺門部の腫瘤、多発縦隔リンパ節腫大を認め当科紹介となった。CRP上昇を伴っており肺化膿症や抗酸菌感染症が疑われ入院の上でスルバクタム・アンピシリンが投与されたが縦隔リンパ節腫大は改善しなかった。リンパ増殖性疾患や悪性腫瘍も鑑別に考え気管分岐下リンパ節に対してEBUS-TBNAを施行したところ、病理組織にて壊死を伴う類上皮肉芽腫、かつGrocott染色・PAS染色で酵母様真菌を認めたことからクリプトコッカス感染症と診断した。培養からは真菌の分離なく菌種の同定はできなかった。FDG-PETでは胸部以外の病変を認めず、クリプトコッカスリンパ節炎の診断でフルコナゾール400mg/日の内服治療を開始した。HIV抗体陰性で明らかな免疫不全はなかった。

【結語】クリプトコッカス症で縦隔リンパ節病変を伴うことは少ないとされるものの、若年症例の多発縦隔リンパ節腫大の鑑別の一つとして考慮する必要がある。

## 002

## 肺を原発とし、髄膜・血液に播種したクリプトコッカス症の一例

○山家 晃、有村 雅子、原田 大志、安藤 伸尚、山本 宜男、岡松 佑樹、岡村 晃資、増本 彩乃、友成 悠夏

JCHO九州病院

【症例】81歳男性

【主訴】労作時息切れ、腹痛

【現病歴】年に1回塵肺検診を受診していた。X年2月頃から労作時息切れを自覚し抗菌薬治療されたが奏功せず、気管支肺洗浄、気管支鏡での生検結果から器質化肺炎と診断された。プレドニゾロンの投与を2日間施行したが、腹部膨満感が著明となり投与を中止されリハビリ転院となった。6月21日に発熱、右下腹部痛が出現し前医を受診した。胸腹部単純CT検査で両肺の浸潤影、すりガラス影を認めた。酸素化の低下を認め、肺炎の加療目的に翌6月22日に当院へ転院となった。

【経過】器質化肺炎の増悪を疑いプレドニゾロン投与を行ったが発熱は持続し、第5病日に血液培養から酵母菌を検出しクリプトコッカスによる菌血症の診断となった。ただちに抗真菌薬による治療を開始したが、第7病日に意識障害をきたし腰椎穿刺を施行、クリプトコッカスを検出しクリプトコッカス髄膜炎の診断となった。第17病日に気管支鏡検査を施行しここからもクリプトコッカスを検出した。抗真菌薬で治療を継続したが、第21病日に死亡となった。プレドニゾロン使用後の播種性クリプトコッカスの1例を経験したため発表する。

## 003

## 関節リウマチ治療中に浸潤影を呈した肺クリプトコッカス症の一例

- 中嶋 誠也、佐藤 美菜子、廣岡 さゆり、池田 智弘、津守 香里、牛島 淳、溝部 孝則、牛島 正人  
くまもと県北病院

症例は72歳女性。他院で関節リウマチに対して加療中。健診で右下肺野の浸潤影を指摘され、健診受診から約2週間後に当科外来を受診された。胸部単純写真では右下肺野の浸潤影は拡大しており、胸部CTでは右下葉に気管支透亮像を伴う浸潤影を認めた。約3週間前から咳嗽を認めるものの発熱はなく、血液検査では軽度炎症反応の上昇を認めた。細菌性肺炎の可能性を考慮し経口抗菌薬を処方したが改善に乏しいため、器質性肺炎を疑い気管支肺胞洗浄および経気管支肺生検を行った。病理組織よりクリプトコッカスの菌体を認め、気管支肺胞洗浄液の培養検査で *Cryptococcus neoformans* と判明した。また、気管支鏡検査前に提出していたクリプトコッカス抗原も陽性であった。肺クリプトコッカス症では、宿主の免疫状態によって異なる画像所見を呈することが知られており、本症例では関節リウマチに対する治療により免疫抑制状態であったことが、浸潤影を呈した要因と考えられた。免疫抑制に関わる薬剤を使用中の症例では、結節影ではない非典型的な陰影であってもクリプトコッカス感染を鑑別に挙げる必要がある。

## 004

## 当院で経験した肺クリプトコッカス症再発例の検討

- 石川 友博、三原 智、吉山 和俊、土井 誠志、泊 慎也  
独立行政法人地域医療機能推進機構 諫早総合病院

症例は76歳女性。RAのため生物学的製剤の投与あり。X-8年肺クリプトコッカス症に対しフルコナゾールを6ヶ月間投与され、X-5年陰影は改善した。X年4月右下葉多発結節影のため紹介となった。前回と類似の陰影で再発を考慮しつつ1年間経過観察した。陰影が悪化したためX+1年4月から8月まで FLCZ 200mgが投与された。陰影は概ね不変であったが、縦隔側の結節影は増大した。肺癌を考え、PET-CTで評価したところ縦隔側結節影と右肺門リンパ節に集積を認めた。右肺門リンパ節に対しEBUS-TBNAが施行されたが、未確診だった。肺癌が疑われたためX+1年9月右下葉切除術、ND2a-1が施行されたところ全ての陰影がCryptococcosis と診断された。FLCZによる効果が不十分と判断したため、脳髄膜炎を否定した上でポリコナゾール 300mgを6ヶ月間投与した。生物学的製剤投与による免疫抑制状態であるため肺クリプトコッカス症の再発リスクが高い症例であるが、フルコナゾール投与中であったことから診断治療に苦慮した。脳髄膜炎や播種性病変のない症例では、再発は比較的稀と考えた。若干の文献的考察を加え報告する。

## 005

### 肺ムーコル症と慢性進行性肺アスペルギルス症の混合感染の一例

○鍋島 沙織、貞松 宏典、光井 遥佑、村田 大樹、  
梅口 仁美、久保田 未央、岩永 健太郎  
佐賀県医療センター好生館 呼吸器内科

【症例】62歳女性【主訴】発熱、膿性痰【既往歴】肺結核、喫煙歴なし【病歴】X-4年に肺結核の治療を受け、後遺症で右肺は荒廃した状態であった。X年10月より発熱、咳嗽、膿性痰が見られ、抗菌薬不応性のため、当科へ紹介となった。胸部CTにて右肺に菌球様の陰影を認め、アスペルギルス沈降抗体陽性であったため、慢性進行性肺アスペルギルス症と診断した。喀痰および気管支洗浄液の培養からは糸状菌が検出され、*Cunninghamella*属と同定されたため、肺ムーコル症と診断した。ムーコルとアスペルギルスの混合感染と判断し、肺ムーコル症の第一選択薬でアスペルギルスにも有効なアムホテリシンBを開始した。治療開始後は自覚症状、炎症反応、画像所見は改善が見られ、治療反応性は良好と判断した。ボサコナゾール内服へ移行し治療を継続中である。【考察】本症例は画像および血清学的に肺アスペルギルス症と考えられたが、培養同定により肺ムーコル症が主体であることが診断し得たため、適切な抗真菌薬の選択が可能であった。肺ムーコル症は有用な血清マーカーがなく培養同定以外に診断が困難であるため、真菌感染の鑑別の際は気管支洗浄液等の積極的な培養検体の採取が重要である。

## 006

## 腭頭部癌に対するGEM+nab-PTX療法中にニューモシスチス肺炎を発症した一例

○高野 晃久、椎葉 律哉、櫛間 菜津美、  
田中 弦一、姫路 大輔  
宮崎県立宮崎病院

【症例】症例は78歳男性。X年8月に腭頭部癌肝転移の診断となり、9月よりGEM+nab-PTX療法が開始された。9月末より発熱が見られるようになり、熱源精査のため施行された胸部CT検査で両側肺野のびまん性すりガラス影を認めた。β-D-グルカンが高値であり、気管支肺胞洗浄液のPCR検査でPneumocystis jirovecii (P.jirovecii) DNAが陽性であったことから、ニューモシスチス肺炎(PCP)と診断しST合剤の内服治療を開始した。ST合剤の副作用として腎機能障害、低Na血症を認めアトバコンに変更した。21日の治療期間を経て治療効果は良好であり、その後化学療法を再開した。

【考察】悪性腫瘍患者は化学療法やステロイドの投与などの影響により、免疫抑制状態にある。今回の症例は化学療法2コース途中で発症したPCPであり、制吐剤として高用量のステロイドが間欠的に投与されていた。検索した限りで腭頭部癌に対するGEM+nab-PTX療法中のPCPの報告はこれまでになくここに報告する。

## 007

## 菌状息肉症患者に発症したニューモシスチス肺炎の一例

○牧 功大<sup>1)</sup>、工藤 涼平<sup>2)</sup>、高木 龍一郎<sup>2)</sup>、  
横山 敦<sup>2)</sup>、小宮 幸作<sup>2)</sup>、平松 和史<sup>2)</sup>  
1)大分大学医学部  
2)大分大学医学部 呼吸器・感染症内科学講座

症例は75歳女性。X-13年に菌状息肉症(MF)と診断され、左下腿に光線療法と放射線治療が行われた。以降はエトレチナート内服と外用ステロイド剤で経過観察されていた。X年9月21日に呼吸困難が出現し、22日に当院紹介となった。SpO<sub>2</sub> 85%(室内気)と呼吸不全を認め、胸部CTでは両肺にびまん性すりガラス影を認めた。血清学的所見としてβ-Dグルカン 264 pg/mL、C7HRP 46/50000と上昇を認めた。BALFのpneumocystis jirovecii PCR陽性であり、Grocott's染色にて菌体を認めた。PCPとサイトメガロウイルス(CMV)感染症と診断し、PCPに対してST合剤とプレドニゾロン、CMV感染症に対してガンシクロビルで加療した。末梢血中CD4陽性細胞数は281/μLと軽度低下していたが、HIVスクリーニング検査やHTLV-1抗体は陰性であった。PCP加療は21日間行い、呼吸不全や胸部陰影は改善した。ガンシクロビルはC7HRP陰転化を確認し終了した。免疫抑制的治療が行われていないMFに合併したPCPの既報はない。MFとPCP発症の関連について文献的考察を踏まえ報告する。

## 008

## ベンダムスチン治療半年後にCD4陽性リンパ球減少を伴いニューモシスチス肺炎を発症した一例

○野崎 千穂<sup>1)</sup>、喜友名 朋<sup>1)</sup>、井手口 周平<sup>1)</sup>、森近 一穂<sup>2)</sup>、仲村 秀太<sup>1)</sup>、金城 武士<sup>1)</sup>、古堅 誠<sup>1)</sup>、宮城 一也<sup>1)</sup>、益崎 裕章<sup>2)</sup>、山本 和子<sup>1)</sup>

1) 琉球大学病院 第一内科

2) 琉球大学病院 第二内科

71歳の男性。ワルデンシュトレームマクログロブリン血症に対しX-1年9月からX年2月までBR療法(ベンダムスチン、リツキシマブ併用療法)を6コース施行し寛解を維持していた。X年10月に発熱、労作時呼吸困難が出現し低酸素血症、両側肺のすりガラス影を認め入院となった。血清 $\beta$ Dグルカン高値、気管支肺胞洗浄を用いたリアルタイムPCR検査よりPneumocystis jiroveciiが検出され、ニューモシスチス肺炎(以下PCP)と診断した。PCP予防治療は受けておらず、入院時のリンパ球数 $777/\mu\text{L}$ 、CD4陽性Tリンパ球数 $37/\mu\text{L}$ と著明に低下しており、他のPCP発症リスクはなく、発症要因と考えられた。

【考察】ベンダムスチンは約3割にCD4陽性リンパ球数減少を認め、治療終了6ヶ月後までは中央値200未満であったとの報告もあるが、BR療法後のPCP予防に対する明示はない。BR療法後はCD4陽性リンパ球数を評価しPCPに対する1次予防を検討すると共に、PCP症例において明らかなるリスク因子を認めない場合、過去のBR療法の有無を評価する必要があると考えられた。

## 009

## 水疱性類天疱瘡に対してプレドニゾロン内服中にニューモシスチス肺炎を発症した一例

○稲田 香澄、今枝 陽、高江洲 壮、喜舎場 朝雄  
沖縄県立中部病院

症例は76歳女性。水疱性類天疱瘡に対して近医皮膚科で8か月前からプレドニゾロン15mg/日を内服していた。ニューモシスチス肺炎(PCP)に対する予防内服はしていなかった。右大腿骨頸部骨折の術後のリハビリテーション目的に他院入院中に発熱、低酸素血症があり、急性肺炎疑いとして抗菌薬を投与されたが改善なく、精査目的に当院搬送となった。内服歴と急性経過の呼吸不全、胸部画像検査で両側上肺優位のconsolidation、すりガラス影を認め、血液検査で $\beta$ -D-グルカン、LDH、KL-6が高値であることからPCPを考慮しST合剤による治療を開始した。治療開始後も呼吸状態はHFNCで40L/Fio<sub>2</sub> 40%まで悪化し入院29日目に死亡退院となった。プレドニゾロン20mg/日以上、4週間以上の投与を受ける場合、PCPの発症予防目的にST合剤を投与することが推奨されているが、より少量・短期のステロイド投与でもPCPを発症した報告例があり、またNon-HIV患者におけるPCPは予後不良の疾患である。本症例でもPCP予防投与を行うことで救命できていた可能性があり、全身ステロイド投与中のPCP発症予防の重要性を再認識した。文献的考察も含めて報告する。

# 010

## 免疫不全の有無による肺ノカルジア症の臨床的特徴に関する検討

○村田 大樹、岩永 健太郎、光井 遥佑、  
貞松 宏典、梅口 仁美、久保田 未央  
佐賀県医療センター好生館 呼吸器内科

**【背景】**近年、背景に免疫不全のない肺ノカルジア症の報告が増えており、これらの報告では気管支拡張症や肺気腫など背景肺の関与が指摘されている。

**【方法】**2003年9月から2023年9月に当館で経験した肺ノカルジア症18例を後方視的に検討した。肺ノカルジア症は気道検体からNocardia属が検出されたものと定義した。免疫不全の有無を確認し、CTで背景肺を評価した。菌種、治療内容および転帰についても検討を行った。

**【結果】**18例中7例が免疫不全あり、11例が免疫不全なしであった。免疫不全なし群の10例に気管支拡張症を認め、2例に肺気腫を認めた。菌種は免疫不全あり群でN.wallacei、免疫不全なし群でN.cyriacigeorgicaが多かった。抗菌薬は免疫不全あり群で2剤併用が多く、免疫不全なし群で単剤が多かった。副作用により治療を中断した症例において、免疫不全あり群は予後不良であったが、免疫不全なし群では長期間無増悪が確認された。

**【考察】**実臨床において、肺ノカルジア症は免疫不全を伴わない症例の割合が高く、その背景には気管支拡張症を多く認めた。治療内容や予後に影響する可能性があるため、免疫不全の有無を意識して診療する必要がある。

## 011

## 当院で経験した市内社会福祉施設におけるヒトメタニューモウイルス集団感染例の報告

○柴田 直人<sup>1)</sup>、平野 優大<sup>1)</sup>、峯 慧輔<sup>1)</sup>、  
瀬戸口 大地<sup>1)</sup>、原 敦子<sup>1)</sup>、池田 喬哉<sup>1)</sup>、  
近藤 晃<sup>1)</sup>、福島 喜代康<sup>2)</sup>、迎 寛<sup>3)</sup>

1)長崎医療センター 呼吸器内科

2)長崎原爆諒早病院 呼吸器内科

3)長崎大学病院 第二内科

ヒトメタニューモウイルス(hMPV)は、2001年に発見されたウイルスで、近年、病院・高齢者施設でのhMPV集団感染事例が報告されている。今回、X年5月上旬から下旬にかけて近隣の社会福祉施設において、hMPVを原因とする呼吸器感染症の集団感染事例を経験したので報告する。

上記期間において同施設内で発熱、咳、咽頭痛等の呼吸器症状を呈する患者が複数名確認されているとの情報を得た。同施設から当院へ入院となっていた症例のうち、画像上、ウイルス性肺炎を疑った2例に対して、マルチプレックスPCRを施行したところ、hMPV陽性であった。事例の全体像調査を行なったところ、その後の追加症例も含め当該施設から当院への入院患者数は15名で、マルチプレックスPCR、hMPV抗原検査のいずれかの検査を施行できた12名のうち9名が陽性であり、hMPV集団感染と判断した。施設はデイサービスだけでなく、保育施設も併設されており、小児・職員等を介して施設利用者へ感染し、その後利用者間での感染拡大が起こったと推測された。hMPV感染症は免疫不全の患者に対しては重症化する可能性があるため、高齢者施設での集団感染には注意を要する。

## 012

## 喘息様気管支炎を発症した成人ヒトメタニューモウイルス感染症の一例

○塩見 太郎<sup>1)</sup>、川上 さき<sup>1)</sup>、小佐井 幸代<sup>1)</sup>、  
岸 裕人<sup>1)</sup>、岩越 一<sup>2)</sup>、福田 浩一郎<sup>1)</sup>、  
久富 雄一郎<sup>3)</sup>、今村 友彦<sup>3)</sup>、藤井 一彦<sup>1)</sup>

1)熊本市立 熊本市民病院 呼吸器内科

2)熊本市立 熊本市民病院 感染症内科

3)熊本市立 熊本市民病院 小児科

[背景] 小児のヒトメタニューモウイルス感染症では、合併症として喘息様気管支炎や細気管支炎を発症することが多い。今回、成人で喘息様気管支炎を発症したヒトメタニューモウイルス感染症の一例を経験したので報告する。[症例] 40歳女性。4歳の子がヒトメタニューモウイルス肺炎の診断で4日前より当院小児科で入院。子の付きそい入院中に発熱、湿性咳嗽、喘鳴が出現したため精査加療目的で呼吸器内科に入院となった。聴診上、wheezes、coarse cracklesを認め、胸部CTでは両肺下葉優位に小葉中心性の浸潤影、スリガラス陰影を認めた。免疫クロマト法を用いたヒトメタニューモウイルス迅速診断検査が陽性でありヒトメタニューモウイルス感染症と診断した。喘鳴、呼吸困難に対し $\beta$ 2刺激薬の吸入、ステロイドの全身投与を開始した。また二次性の細菌感染を疑い抗菌薬を開始した。治療開始以降、臨床症状は改善し全身状態安定していたため、第3病日に退院となった。後日、外来で気管支喘息の評価を行ったが気管支喘息は否定的であり、今回の喘息様の症状はヒトメタニューモウイルス感染症に伴い発症した症状であったと考える。

## 013

## 集中治療で救命し得た重症ヒトメタニューモウイルス肺炎の1例

○大久保 彩<sup>1)</sup>、吉田 将孝<sup>1)</sup>、板垣 亮里<sup>1)</sup>、  
武田 和明<sup>1)</sup>、岩永 直樹<sup>1)</sup>、井手 昇太郎<sup>2)</sup>、  
高園 貴弘<sup>1)</sup>、泉川 公一<sup>3)</sup>、柳原 克紀<sup>4)</sup>、  
迎 寛<sup>1)</sup>

1)長崎大学病院 呼吸器内科

2)長崎大学病院 感染症医療人育成センター

3)長崎大学病院 感染制御教育センター

4)長崎大学病院 検査部

【背景】ヒトメタニューモウイルス(hMPV)は成人呼吸器感染症の2~4%とされているが、重症化する症例は稀であり報告例も少ない。【症例】BMI40の高度肥満のある20代、女性。5日前から発熱、咳嗽、咽頭痛が出現、同居家族にも同様の呼吸器症状がみられていた。近医受診した際に著明な低酸素血症、胸部X線写真で両側肺炎像を指摘され当院搬送となった。重症呼吸不全に対して人工呼吸器管理を開始したが、低酸素血症が持続しICUでECMOを導入した。入院翌日に上気道検体を用いたFilmArray®(呼吸器パネル2.1)でhMPVが検出され、hMPV肺炎と診断した。二次性細菌感染に対する抗菌薬、ステロイドの投与及び集学的治療により、1週間でECMO及び人工呼吸器を離脱し、27日目に軽快退院した。【考察】hMPVは接触飛沫感染であり、Sick contactの聴取が重要である。hMPV肺炎の重症化は全体の6%程度と稀だが死亡率が高い。臨床経過よりhMPV感染が疑われた場合には積極的に遺伝子検査を含む精査を行うべきである。

座長：岡本 真一郎(熊本大学病院 新興感染症対策寄附講座)

## 014

## 市中で発生したメチシリン耐性黄色ブドウ球菌による肺炎の1例

○泉 拓希、坂上 亜希子、児嶋 健吾、堀江 英顯、  
増田 優衣子、田代 貴大、佐伯 祥、稲葉 恵、  
平田 奈穂美

熊本中央病院 呼吸器内科

【症例】79歳女性。もともと慢性閉塞性肺疾患(COPD)にてかかりつけ医で在宅酸素療法(HOT)を導入されている。X-6日に呼吸困難でかかりつけを受診し、肺炎と診断され、レボフロキサシンを処方された。しかしながらその後も呼吸困難は改善せず徐々に増悪し、当科紹介となった。喀痰培養と血液培養からそれぞれMRSAが検出された。MRSA肺炎と診断し、バンコマイシンによる治療を行ったところ、症状は改善し、自宅退院した。

【考察】メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)は、肺炎患者の喀痰からたびたび検出される。しかしながら、人工呼吸器関連肺炎や易感染宿主でない限り、起炎菌となることは少ない。本症例は、市中発生のMRSA肺炎というまれな例であったが、エンピリック治療が無効である点と、血液培養が陽性であった点から診断に至った。

# 015

## 多発空洞性病変を呈した *Pseudomonas aeruginosa* 肺炎の1例

○今枝 陽<sup>1)</sup>、比嘉 萌子<sup>2)</sup>、瑞慶覧 友香<sup>2)</sup>、  
高江洲 壮<sup>1)</sup>、喜舎場 朝雄<sup>1)</sup>

1) 沖縄県立中部病院 呼吸器内科

2) 沖縄県立中部病院 循環器内科

症例はParkinson 病の既往があり経管栄養で療養型病院に長期入院中の60代男性で来院当日の発熱と酸素飽和度低下で緊急搬送された。前胸部で畜痰音を聴取し胸部X線で左下肺野の新規陰影、喀痰塗沫でグラム陽性双球菌が判明し、肺炎球菌性肺炎としてCTR<sub>X</sub>を開始した。第6病日の時点でも解熱せず、喀痰塗沫再検でグラム陰性桿菌が確認され、胸部単純CTで左上葉優位に多発空洞性病変が見られた。喀痰培養の*P.aeruginosa*の報告と薬剤感受性からIMP/CSに変更した。空洞性病変の原因精査目的に第12病日に左上葉で気管支洗浄+TBLBを行い洗浄液でも*P.aeruginosa*が同定された。生検検体からは微生物、癌腫、肉芽腫、血管炎の所見はなかった。第17病日に施行した胸部単純CTでは空洞性病変は縮小傾向で*P.aeruginosa*による多発空洞性病変と考えられた。IMP/CSを2週間静注し、CPFXを4週間内服の合計6週間の治療を行い、経過良好で退院した。空洞性病変の鑑別として示唆に富み、免疫抑制状態の無い患者に生じた多発空洞性病変を伴う*P.aeruginosa*肺炎は稀有であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

## 016

## アスペルギルス、スエヒロタケの2菌種によるアレルギー性気管支肺真菌症を発症した1例

- 馬場 亮<sup>1)</sup>、森尾 瞭介<sup>1)</sup>、井上 知晃<sup>1)</sup>、水田 玲美<sup>1)</sup>、北崎 健<sup>1)</sup>、橋口 浩二<sup>1)</sup>、迎 寛<sup>2)</sup>  
 1)日本赤十字社 長崎原爆病院  
 2)長崎大学病院

症例は50歳女性。気管支喘息の既往があり、1年前に血痰を主訴に当院を紹介受診された。胸部CT上、陰影は左右肺に遊走する浸潤影で、粘液栓を認めた。アレルギー性気管支肺アスペルギルス症を疑い、実施した気管支洗浄液の培養では担子菌類が検出されたため、アレルギー性気管支肺真菌症の疑いとして、プレドニゾロンでの加療を開始した。開始後は速やかに自覚症状及び肺野の陰影は縮小したため、プレドニゾロンを適宜漸減し、6月に投与を終了した。その後より喀痰、咳嗽が出現し、胸部単純X線では右中下肺野に浸潤影が再燃した。喀痰培養検査では担子菌類が再度検出され、Schizophyllum communeが同定された。アレルギー性気管支肺真菌症の再燃を疑い気管支鏡検査を実施し、粘液栓の組織診で糸状菌を認め、培養によりAspergillus nigerが検出され、二菌によるアレルギー性気管支肺真菌症と診断した。プレドニゾロン25 mg/日投与を再開し、肺野の陰影は改善傾向であった。複数菌種によるアレルギー性気管支肺真菌症は報告が少なく、貴重な症例であると考えたため、文献的考察を踏まえて報告する。

## 017

## 糸状菌特異的IgEの結果が単一項目測定と他項目同時測定で乖離したアレルギー性気管支肺真菌症の一例

- 久保田 圭織、一門 和哉、川村 宏大、中村 和憲  
 済生会熊本病院 呼吸器内科

【症例】68歳男性【主訴】呼吸困難【経過】X-23年に喘息を初回診断され、X年7月に発作を来した前医を受診した。好酸球 2099/ $\mu$ Lと上昇し少量ステロイドでの改善が乏しく、同年8月に当院へ紹介入院となった。室内気でSpO<sub>2</sub> 92%、全肺野でwheezes著明で粘液栓の咯出あり、血清総IgE値は2360 IU/mL、胸部CTで両肺にすりガラス影、小葉中心性粒状影、気管内貯留物を伴う中枢性気管支拡張があり、アレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)を疑った。アスペルギルス特異的IgEはMAST36では1.12 IU/mL(class0)で陰性だったが、単一項目検査では40.80 IU/mL(class4)と陽性で、特異的IgGも陽性であった。喀痰培養は糸状菌の発育はなく気管支鏡は症状極期のため施行できなかったが、ABPMの臨床診断基準を満たした。入院中にプレドニゾロンとイトラコナゾールを導入し、症状改善し13病日に退院した。  
 【考察】ABPMは典型例かつ症状極期でも検査条件次第で糸状菌特異的IgEが偽陰性となりえ、非侵襲的早期診断のためには事前確率に応じて検査法の変更や反復が考慮される。

## 018

## サルコイドーシスにABPMを合併した一例

○島袋 大河、伊志嶺 朝彦、玉城 和則、  
永江 梨早、村山 義明、福里 夏海、下地 勉  
社会医療法人 敬愛会 中頭病院

【症例】68歳、女性【主訴】咳嗽、喘鳴【既往歴】糖尿病、気管支喘息【現病歴】20××年8月に発熱を主訴に外来を受診、胸部CTで右肺門部リンパ節腫大あり、リンパ節生検の結果サルコイドーシスの診断に至った。【治療経過】肺サルコイドーシスに関しては経過観察を行っていた。20×1年6月に喘鳴、咳嗽の増悪あり。胸部CTでmucoid impactionの所見を認め、ABPMの合併が疑われたが、診断基準を満たさず(診断基準の内、5項目に該当)、ABPM疑いとして経過観察となっていた。しかし、経時的にmucoid impactionの増悪、粘液栓喀出あり。ABPM疑いとしてプレドニゾロン 0.5mg/kgの治療を開始した。治療開始後は、治療経過良好に推移している。【考察】サルコイドーシスに肺アスペルギルス症を併発しやすいことは報告されており、嚢胞・空洞病変が原因と考えられている。サルコイドーシスにABPMが合併した報告は少ない。本例では細菌学的証明は付かなかったものの、臨床経過からABPMに矛盾しないと考えられた。CT上、明らかな嚢胞・繊維性病変が無くとも何らかの感染、及びそれに対するアレルギー反応は十分起こりうると思われた。

## 019

## 過敏性肺炎の合併が示唆され、進行性の肺線維化をきたした自己免疫性肺胞蛋白症の一例

○長濱 薫<sup>1)</sup>、末原 照大<sup>2)</sup>、横尾 優希<sup>2)</sup>、  
山成 康洋<sup>3)</sup>、北村 瑛子<sup>2)</sup>、住吉 誠<sup>2)</sup>、  
小田 康晴<sup>2)</sup>、坪内 拓伸<sup>2)</sup>、柳 重久<sup>2)</sup>、  
宮崎 泰可<sup>2)</sup>

1)宮崎大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター

2)宮崎大学医学部附属病院 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

3)県立日南病院 呼吸器内科

症例は78歳男性。mMRC 1度の労作時呼吸困難が出現し、前医を受診した。胸部HRCTで両肺びまん性に汎小葉性のすりガラス状陰影がみられた。特異的トリIgGが陽性で、気管支肺胞洗浄液(BALF)のリンパ球比率が95%であったことから過敏性肺炎(HP)を強く疑い、PSL内服を開始した。その後、BALF細胞診でPSA染色陽性と蛋白変性物所見を認め、血清抗GM-CSF抗体が高値であり、自己免疫性肺胞蛋白症(APAP)と診断した。PSL内服継続するもmMRC4となり、酸素化も悪化した。胸部HRCTですりガラス状陰影が拡大した。PSL内服は終了し、全肺洗浄(WLL)を行い、酸素化と画像所見が改善した。WLL2ヶ月後に酸素化が再び悪化した。HRCTで肺容量減少、網状影を伴う牽引性気管支拡張所見が出現した。線維化進行が主体であり、WLLの有用性は乏しいと判断し、対症療法を行なった。APAPに進行性肺線維化が合併する頻度は8~40%との報告がある。一方、HPとAPAPの合併例も散見される。本例は組織学的な診断には至らなかったものの、HPの合併が示唆されたAPAPであり、文献的考察を加え報告する。

## 020

## シロアリ駆除剤により急性過敏性肺炎を引き起こした一例

○石川 愛

沖縄県立中部病院

症例は72歳男性。X年6月に来院日2週間前からの発熱、咳嗽にて近医から紹介となり当院外来受診し室内気でSpO<sub>2</sub>91%、会話にて努力呼吸が見られた。血清LDH415U/L、KL-6 1831U/mlと高値であり、胸部レントゲンにて両側びまん性にすりガラス影、胸部単純CTにて両側上肺野優位にすりガラス影、両側肺底部に小嚢胞性変化を認め、臨床経過と胸部画像所見などから過敏性肺炎を疑った。右中葉B5bより採取した気管支肺胞洗浄液からリンパ球79%と上昇を認めた。発症日2週間前より液状のシロアリ駆除剤を用いてマスク無しで作業を行っており、発症日1日前から霧吹きに入れて噴霧したとのことでシロアリ駆除剤を抗原とする急性過敏性肺炎の診断に至った。入院第1病日よりプレドニン60mgを開始した。入院第4病日には呼吸不全は解消し、臨床所見は改善傾向にて入院第5病日にプレドニン40mgへ減量し退院となった。過敏性肺炎の原因抗原は様々であり、抗原を特定するためには生活環境や職業歴などの幅広い問診が重要となる。本症例は2週間前からの発熱、咳嗽を主訴に詳細な病歴から抗原を特定した症例として文献的考察を含め報告する。

## 021

## 詳細な問診により薬剤性肺炎の診断に至った一例

○大崎 優亮、池田 貴登、春藤 裕樹、井形 文保、濱田 直樹、海老 規之、井上 博之、藤田 昌樹  
福岡大学病院

[症例] 67歳、男性。[現病歴] X年11月抗菌薬不応性肺炎として当科紹介となり、各種検査を行うも原因特定には至らず、急性間質性肺炎としてステロイドと免疫抑制薬で治療を開始した。その後、外来でステロイド漸減中止、免疫抑制薬も中止となり、経過観察とされていた。X+2年11月発熱、呼吸困難を主訴に当院救急搬送となった。搬送時、SpO<sub>2</sub>94% (酸素5L/min)であり、CTでX年と同様に両肺野にびまん性のすりガラス影を認め、精査加療目的に緊急入院となった。[経過] 夜間かつ急性I型呼吸不全の状態であり、抗菌薬、ステロイドで加療を開始した。その後、BALを行ったところBALFでリンパ球優位の細胞数増加を認めた。問診でX、X+2年の間質性肺炎発症前に同様の漢方薬の内服が判明し、その他の鑑別疾患も否定的であったことから、どちらも薬剤性肺炎と診断した。ステロイド投与で呼吸状態および画像所見ともに改善した。[考察] 本症例は、2年前と類似した画像所見を認め、問診やその他の検査所見から、偶発の漢方薬再投与による薬剤性肺炎と診断した。本症例の経過および診断や治療について文献的考察を加えて報告する。

## 022

## 肺炎を契機に診断に至った好酸球増多症候群の1例

○神宮 達也、二階堂 靖彦、笹原 陽介、渡橋 剛  
北九州総合病院 呼吸器内科

43歳女性。1型糖尿病に対してインスリン治療を受けていた。X年3月中旬より発熱・呼吸困難のため前医を受診した。血液検査で好酸球増多があり、また胸部CTでは両肺びまん性のすりガラス影と浸潤影を認めた。精査目的に同年4月当院に転院となった。体幹部から四肢にかけて痂皮化を伴う紅斑が多発し、聴診では両側でcoarse cracklesを聴取した。心臓超音波検査では心機能の低下を認め、血液検査では末梢血好酸球分画およびIgEは高値であったが、MPO-ANCA、PR3-ANCAは陰性であった。気管支鏡検査、心筋生検、骨髄生検、皮膚生検を行ったが、血管炎を示唆する所見が得られないことから、好酸球性多発血管炎性肉芽種症より好酸球増多症候群と考えた。5月よりプレドニゾン60mg/dayの投与を開始したところ一時的に好酸球数は改善し、肺炎像も改善傾向であったが、ステロイド漸減過程において紅斑の改善はなく、肺炎の再燃を認め治療抵抗性であった。好酸球増多症候群にメボリズマブが奏功することが報告されていることからメボリズマブを追加したところ、好酸球数や肺炎像、皮疹は著明に改善し、現在に至るまで寛解が得られた。

## 023

## 最近経験し印象に残った喘息症例

○中村 和芳、須加原 一昭、大江 浩平、  
秋原 健人  
独立行政法人国立病院機構 熊本再春医療センター  
呼吸器内科

【症例1】80歳 女性。ICS/LABA高用量、ロイコトリエン拮抗薬投与されていたが頻回の増悪を来とし、経口ステロイド維持療法、在宅酸素療法導入。吸入手技を確認したところ不良であり吸入指導により経口ステロイド減量、在宅酸素療法が不要となった。

【症例2】69歳 女性。ICS/LABA中用量、ロイコトリエン拮抗薬投与されていたがコントロール不良。ベンラリズマブ投与されコントロール良好となった。中止の経緯は不明であるがICS/LABA中止後もベンラリズマブのみでコントロール維持された。

【症例3】67歳女性。ICS/LABA/LAMA、ロイコトリエン拮抗薬、エリスロマイシン投与されていたがコントロール不良。テゼペルマブ投与により1秒量著明に改善し、ステロイドレスキューは不要となった。

【症例4】72歳女性。3ヶ月前に喘鳴を主訴にA病院入院。喘息性気管支炎と診断されICS/LABA高用量投与されるもフォロー中止。当院を大発作で初診。全身性ステロイド、アドレナリン投与にても改善なくNPPV管理し改善した。上記症例に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

## 024

## オミクロンXBB亜系統株流行期の新型コロナウイルス感染症患者における細菌重複感染の検討

○古橋 沙英<sup>1)</sup>、井手口 周平<sup>1)</sup>、仲村 秀太<sup>1)</sup>、金城 武士<sup>1)</sup>、古堅 誠<sup>1)</sup>、宮城 一也<sup>1)</sup>、上 若生<sup>2)</sup>、田里 大輔<sup>3)</sup>、比嘉 太<sup>4)</sup>、藤田 次郎<sup>2)</sup>、山本 和子<sup>1)</sup>

1) 琉球大学病院 第一内科

2) 大浜第一病院 呼吸器内科

3) 北部地区医師会病院 呼吸器・感染症科

4) 沖縄病院 呼吸器内科

【背景】オミクロンXBB亜系統株による新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の臨床報告は少ない。沖縄県で同株の流行期におけるCOVID-19の細菌重複感染の特徴を明らかにする。【方法】2023年5月から7月に県内4つの基幹病院に入院した成人COVID-19患者を対象とし、COVID-19診断時の喀痰と血液培養結果を用いて重複感染を後方視的に評価した。【結果】計455例が収集され、年齢中央値78歳、男性53%、軽症56%、中等症42%、重症2%であった。28%がSARS-CoV-2ワクチンを5回以上接種していた。細菌重複感染は88例に認め、75例が細菌性肺炎、13例が菌血症であった。原因菌としては肺炎桿菌、黄色ブドウ球菌、緑膿菌の順に多く、重複感染群は非重複感染群と比較し死亡率が高かった(11.8% vs 5.1%)。多変量解析では男性(オッズ比1.912)、脳血管障害(オッズ比1.946)、COVID-19の重症度(オッズ比2.299)が重複感染リスクであった。【結論】XBB株流行期においてCOVID-19入院患者の細菌感染合併率は高く、特に重症度の高い患者では薬剤耐性菌を念頭に初期治療を行う必要がある。

## 025

## 免疫不全状態で遷延したCOVID-19

○高木 怜子<sup>1)</sup>、恒吉 信吾<sup>1)</sup>、岡山 雄亮<sup>1)</sup>、西山 守<sup>1)</sup>、末安 禎子<sup>1)</sup>、時任 高章<sup>2)</sup>、星野 友昭<sup>2)</sup>

1) 済生会二日市病院 呼吸器内科

2) 久留米大学医学部 内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門

症例は83歳男性。マントル細胞リンパ腫に対し薬物療法で寛解となった。5ヶ月後にCOVID-19に罹患し、ニルマトレルビル/リトナビルの内服で自覚症状改善を得た。1ヶ月後に発熱、上気道炎症症状が出現し、両側すりガラス影を認め、SARS-CoV-2抗原定量検査陽性であったことから、COVID-19の再燃と診断された。レムデシビルの投与を開始されたが、感染状態が遷延し当院へ転院となった。転院時には発熱・倦怠感および両側すりガラス影の増悪を認めた。肝障害があり、レムデシビル再開を断念し、モルヌピラビルの内服を5日間行い、自覚症状の改善を認めた。投与終了5日後に再び発熱と炎症反応上昇、抗原定量増加を認め、モルヌピラビルの再開を試みた。その後、55日間投薬継続するも抗原定量検査は陰性化を認めず、エンシトレルビルの併用投与を行ったところ、6日目に抗原定量陰性となった。本症例では悪性リンパ腫に対しB細胞枯渇療法を受けており免疫不全状態にあると考えた。免疫不全患者では、COVID-19の持続感染を経験することがあるが、抗ウイルス薬の併用により抗原定量検査で陰性化を得た症例を経験したため報告する。

## 026

## 当院におけるCOVID-19診療と全ゲノム解析結果の検討

○松尾 彩子、満留 絵莉子、井手口 優美、  
佐野 ありさ、松元 信弘、伊井 敏彦  
独立行政法人国立病院機構宮崎東病院 呼吸器内科

2020年4月から2023年5月までに当院で診療したCOVID-19症例について後ろ向きに検討した。入院は509例、COVID-19確定患者を対象とした外来は511例であった。入院患者のうち中等症は315例(61.9%)、外来患者のうち中等症は311例(60.8%)で、当院受診を契機に入院に至った症例は176例(34.3%)であった。また、2021年4月から2022年6月までに同意を得られた216例について全ゲノム解析を行い、うち183例で解析結果を得た。アルファ株21例(11.5%)、デルタ株95例(51.9%)、オミクロン株61例(33.3%)、カッパ株1例(0.5%)、ラムダ株1例(0.5%)、その他4例(2.2%)であった。2021年4月から2021年7月末まではアルファ株の検出割合が多く、同年7月末から2022年1月初めまではデルタ株、同年1月初めから同年6月までにかけてはオミクロン株の割合がそれぞれ高かった。新たな変異株の出現が本県においても他地域同様感染拡大に影響していると考えられた。ワクチン普及などの背景を含めて報告する。

座長：小宮 幸作(大分大学医学部呼吸器・感染症内科学講座)

## 027

## 当院で喀痰からPasteurella multocidaが分離された症例の臨床的検討

○川崎 裕哉  
飯塚病院 呼吸器内科

【背景】近年、慢性呼吸器疾患患者においてPasteurella multocidaによる呼吸器感染症が報告されている。

【目的】当院で喀痰P. multocidaが分離された症例の臨床像や実態を調査する。

【方法】2012年1月から2023年9月の間に喀痰培養検査でP. multocidaが分離された症例を検索し、電子カルテから患者情報、介入の有無、経過などを抽出し記述した。

【結果】対象は7例で、男性2例/女性5例、年齢中央値(範囲)は67歳(58-84歳)、BMI中央値(範囲)は18 kg/m<sup>2</sup>(14-22 kg/m<sup>2</sup>)であった。ペット飼育を確認できた症例は4例であった。全例に気管支拡張症や中葉舌区症候群などの慢性呼吸器疾患が認められ、在宅酸素療法を使用例は3例であった。活動性肺炎をきたした症例は4例で、うち3例に抗菌薬が投与されていた。治療後の肺炎再発が2例認められ、いずれも高齢者や高度のい痩がある症例であった。

【結語】喀痰検査前にP. multocidaを疑うのは困難であるが、背景の慢性呼吸器疾患とペット飼育歴の確認が重要である。若干の文献的考察と合わせ報告する。

## 028

喘息性咳嗽の治療中に診断した肺吸虫症の  
1例

○藤津 宏隆<sup>1)</sup>、山下 英俊<sup>1)</sup>、糞輪 一文<sup>1)</sup>、  
山口 昭彦<sup>1)</sup>、山口 浩樹<sup>1)</sup>、平元 良英<sup>2)</sup>、  
佐伯 裕子<sup>1)</sup>

- 1) 総合病院鹿児島生協病院 呼吸器内科  
2) 奄美中央病院 呼吸器内科

症例は20歳代女性。1ヶ月前からの持続する咳嗽でX-1年9月に受診した。時に血液の味がする。右下葉に結節影があり、周囲に散布巣を認める。抗酸菌症、肉芽腫性疾患を鑑別に経過観察となっていた。菌の検出はなくX年3月フォローの画像では右下葉陰影は消長・変化が認められた。末梢血好酸球増多はわずかで、IgE高値を認めたがハウスダストなどの特異抗体が陽性であり、持続する咳は気管支拡張剤に反応する咳嗽で、喘息性咳嗽と診断していた。X年5月再診時に原因の追及のための問診中に猪肉の食歴があり、祖父の肺吸虫症の治療歴が判明した。抗寄生虫抗体はウエステルマン肺吸虫、宮崎肺吸虫ともにクラス2の弱陽性であった。X年6月经気管支肺生検では多数の組織球と炎症細胞の浸潤、肉芽腫類似の構造物が認められた。気管支肺胞洗浄液中には少数だが好酸球あり、淡黄褐色の特徴的な虫卵が認められ肺吸虫症と診断した。

気管支鏡検査翌日からプランジカンテル75mg/kg/日(3600mg/日)を3日間使用した。4ヶ月後のX年10月には陰影はほぼ消失した。

## 029

## 誤嚥性肺炎における予後予測因子の検討

○竹田 悟志<sup>1)</sup>、永田 忍彦<sup>2)</sup>、井形 文保<sup>3)</sup>

- 1) 糸島医師会病院 呼吸器内科  
2) 福岡山王病院 呼吸器内科  
3) 福岡大学病院 呼吸器内科

(背景) 日常診療では誤嚥性肺炎の入院が多く、死亡の転帰となることが稀ではない。(目的) 誤嚥性肺炎の予後予測因子について網羅的に解析し予後因子を明らかにする。(対象) 2020年4月~2023年7月に当科に入院した誤嚥性肺炎101名を対象とした。(方法) 入院30日後の死亡をエンドポイントとして、Logistic回帰分析を用いて予後予測因子について検討する。P値<0.05を有意とした。(結果) 単変量解析ではPSIスコア、ECOG-PS、BMI、Alb、CRP、罹患区域数が有意であった。多変量解析ではPSIスコア、Albが有意であった。(考察) 誤嚥性肺炎の予後予測因子としてAlbが有用であった。Albは簡単に得られる指標であり予後因子としての栄養状態の意義を再認識する必要がある。

## 030

## 10年ぶりの気胸を契機に両側腎腫瘍が見つかりBirt-Hogg-Dubé症候群が疑われた1例

- 久永 純平、川村 宏大、保田 祐子、江口 善友、坂田 能彦、神宮 直樹、阿南 圭祐、仁田 脇 辰哉、中村 和憲、一門 和哉  
済生会熊本病院 呼吸器内科

【症例】40歳代の女性。喫煙歴や婦人科疾患既往は無い。10前に胸部レントゲンで軽度の気胸を指摘され、安静・経過観察で自然軽快した事がある。10日前からの胸痛を主訴に近医を受診したところ左気胸を指摘されて当科外来へ紹介となった。月経の時期とは重なっていなかった。胸部レントゲンにおける気胸の程度は中等度で、胸部単純CTでは、両側肺に嚢胞が多発しており、撮像範囲に入っていた腎臓の一部に腫瘍性病変の存在が疑われた。左気胸に対してはブラ切除術およびカバーリングが行われたが、術後すぐに右気胸も発症し、こちらに対しても同様の手術が行われた。その後、泌尿器科で両側腎細胞癌として手術が行われた。父親にも気胸の既往があり、顔面には小丘疹があるとの事でBirt-Hogg-Dubé (BHD)症候群が疑われたため遺伝カウンセリングも検討中である。

【臨床的意義】気胸においてはBHD症候群も念頭に置き、初回・軽症であっても家族歴や皮膚所見、胸部CTまで評価し、疑わしければ腎臓まで精査することが必要である。

## 031

## 急性間質性肺炎と鑑別を要し、気管支肺胞洗浄で診断し得た肺原発の成人T細胞白血病の一例

- 井上 知晃<sup>1)</sup>、森尾 瞭介<sup>1)</sup>、水田 玲美<sup>1)</sup>、北崎 健<sup>1)</sup>、橋口 浩二<sup>1)</sup>、迎 寛<sup>2)</sup>  
1)日本赤十字社 長崎原爆病院 呼吸器内科  
2)長崎大学病院 呼吸器内科

症例は81歳女性。基礎疾患に脂質異常症、骨粗鬆症、HTLV-1キャリアがあり、3日間持続する発熱、倦怠感のため近医を受診し、胸部単純X線写真で両肺のすりガラス影を指摘されたため当科を紹介受診した。胸部単純CT検査では両肺びまん性のすりガラス影を認め、急性間質性肺炎を疑った。気管支鏡検査を実施し、経気管支肺生検(TBLB)の組織診では異常は指摘できなかったものの、気管支肺胞洗浄液(BALF)検体の細胞分画では34.9%もの異常リンパ球を認め、CD4/CD8比は10.5と高値であった。フローサイトメトリー検査ではCD4、CD25ともに陽性の細胞が30.9%と増多を認めた。上記検査結果より、HTLV-1抗体陽性であることも併せて肺原発の急性型成人T細胞白血病・リンパ腫(ATLL)と診断した。病変は肺野に限局し、高齢であることよりプレドニゾンによる加療を開始し、肺野の陰影はほぼ消失し、治療経過は良好である。ATLLは多臓器への浸潤が報告されるが、本症例のように肺原発の報告は少なく、貴重な症例であると考えられる。BALによるATLLの肺病変の診断においても文献的考察を踏まえて報告する。

## 032

## CTで粒状影の集簇を伴う浸潤影を呈した大腸癌肺転移の1例

○小池 愛、増本 駿、藤田 明孝、鈴木 邦裕  
製鉄記念八幡病院 呼吸器内科

症例は72才男性。当院外科で上行結腸癌の診断された際のCTで両肺上葉優位に多発粒状影を認め、当科紹介。気管支洗浄液で悪性所見はなく、原疾患の治療を優先する方針とし、X年6月に腹腔鏡下右半結腸切除術が行われた。しかし腹膜播種のため mucinous adenocarcinoma pT4aN3M1c Stage IV MSI-Hと診断された。8月より Pembrolizumab が開始され、腫瘍マーカー低下、多発リンパ節転移縮小したが、肺野の粒状影は増悪し、集簇して浸潤影を呈したため11月に気管支鏡検査を施行した。経気管支肺生検で肺胞内の粘液細胞中にCDX2陽性細胞を認め、大腸癌肺転移の診断となった。転移性肺腫瘍は下葉優位、多発結節影が典型的な画像所見である。一方で、今症例では粒状影や浸潤影を中心とする浸潤性粘液腺癌に類似したCT所見であり、原発巣が mucinous タイプであったことから肺胞上皮置換型の転移形態であったと考えた。肺胞上皮置換型の肺腫瘍の場合には限局性のすりガラス影や粒状影を呈し、細菌性肺炎や抗酸菌症、サルコイドーシスなどの鑑別が必要となる。画像のみでは鑑別が困難である場合も多く、気管支鏡での組織検査を検討する必要がある。

## 033

## 局所麻酔下胸腔鏡検査におけるクライオ生検でIgG4関連疾患と診断した一例

○阿南 圭祐、川村 宏大、保田 祐子、江口 善友、坂田 能彦、神宮 直樹、久永 純平、仁田脇 辰哉、中村 和憲、一門 和哉  
済生会熊本病院 呼吸器内科

【症例】80才男性。咳嗽の精査のために近医で施行した胸部CTで右胸水の貯留を指摘され、精査目的に当科紹介となった。胸水穿刺を行ったところ、リンパ球優位の滲出性胸水であったが、各種検査で確定診断は得られなかった。PET-CTを施行したところ、右壁側胸膜、右肺門リンパ節、縦隔リンパ節に軽度異常集積を認めた。確定診断に至らなかったため、局所麻酔下胸腔鏡検査を行った。胸腔内を観察すると褐色の胸水を認めたが、明らかな腫瘍性病変などは認めなかった。一部、白色調の部位が認められ、そこからクライオ生検を2回行った。病理検査では、間質に軽度のリンパ球・形質細胞浸潤がみられ、IgG4の免疫染色では一部で10個以上のIgG4陽性形質細胞を認め、血液検査でもIgG4の上昇があり、IgG4関連疾患と診断した。ステロイド治療を開始したところ反応は良好であり、胸水の減少が見られた。

【考察】局所麻酔下胸腔鏡検査においてクライオ生検を行い、IgG4関連疾患と診断できた症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

### 034

## 九州大学病院におけるシングルユースプローブを用いたクライオ生検の安全性と有用性についての検討

○中村 聡<sup>1)</sup>、高野 智嗣<sup>1)</sup>、坪内 和哉<sup>1)</sup>、橋迫 美貴子<sup>2)</sup>、日野 卓也<sup>3)</sup>、藪内 英剛<sup>4)</sup>、岡本 勇<sup>1)</sup>

1)九州大学病院 呼吸器科

2)九州大学病院 病理診断科・病理部

3)九州大学大学院医学研究院 臨床放射線科学分野

4)九州大学大学院医学研究院 保健学部門 医用量子線科学分野

【背景】クライオ生検で使用されるプローブには、従来はリユースタイプが使用されていたが、2022年1月からはシングルユースタイプのみ販売となった。リユースタイプを使用している施設もまだ多く、シングルユースプローブを用いたクライオ生検における安全性や有用性についての検討は十分ではない。

【方法】九州大学病院では2023年8月よりシングルユースプローブを用いたクライオ生検を導入しており、今回安全性や有用性について解析検討した。

【結果】2023年8月～11月で14例がクライオ生検され、対象疾患は全例がびまん性肺疾患であった。生検回数は10例で2回生検を行い(71.4%)、4例は1回生検であった。有害事象は止血手技を要した出血が1例(7.1%)、気胸1例(7.1%)、バルーン逸脱2例(14.3%)であった。気胸症例は保存的加療で軽快した。クライオ生検の病理診断結果を含めた診断名で最も多かったのはIPF(4例)であった。【結語】シングルユースプローブを用いたクライオ生検でも、十分量の組織切片の採取は可能であった。また重篤な有害事象は発生していない。

## 035

当院におけるKRAS G12Cに対する  
Sotorasibの使用経験

○坂田 能彦、川村 宏大、保田 祐子、江口 善友、  
神宮 直樹、久永 純平、阿南 圭祐、  
仁田 勝 辰哉、中村 和憲、一門 和哉  
済生会熊本病院 呼吸器内科

【背景】 SotorasibはKRAS G12C変異陽性既治療NSCLC 126例に対する第Ⅱ相試験(CodeBreak100)にて、主要評価項目の奏効率37.1%の結果から、2022年4月本邦で発売されたが、日本人10例中奏効は1例とあり、実臨床の検証が求められる

【方法】 2022年4月~2023年11月に当院でSotorasibを開始した9例に対し後方視研究を行った

【結果】 年齢中央値72歳(61歳-79歳)、男/女=7/2、PS:0/1/2/3=2/6/0/1、非喫煙者1例、Ⅳ期/再発=3/6、脳転移:有/無=2/7、PD-L1:<1%/1-49%/≥50%=3/4/2、前治療レジメン数:1/2/3=5/3/1、IO投与歴:有/無=7/2、IO投与~Sotorasibまでの中央値49日(14-488)。奏効率33.3%、有害事象は肝障害4例、下痢3例、倦怠感2例、嘔気2例、Grade3以上は肝障害3例、下痢2例であった。

【結論】 当院におけるSotorasibの有効性・安全性は、CodeBreak100全体の結果と概ね同等であった。当院の長期投与例と早期中止例とは、臨床背景に差異があり、発表時は画像や経過を報告する

## 036

EGFR遺伝子変異陽性・80歳以上高齢進行  
肺腺癌患者へのosimertinib(OSM)治療

○柏原 光介、藤井 慎嗣、津村 真介、徳永 龍輝  
熊本地域医療センター 呼吸器内科

【背景】 OSM一次治療は、第一世代EGFR-TKIに比較して無増悪生存期間(PFS)や全生存期間(OS)で勝るが、gefitinib(GEF)のように高齢者に対する治療として確立していない。

【目的・方法】 EGFR遺伝子変異陽性・80歳以上肺腺癌患者(85歳以上は63%)を対象として、OSM一次治療群(n=16)とGEF一次治療群(n=25)の忍容性と効果を後方的に比較検討した。

【結果】 年齢中央値、女性、PS 3-4、転移性脳腫瘍の患者割合は、OSM群で85歳、87%、13%、19%、GEF群で87歳、92%、12%、16%であった。治療期間中央値、奏効率、病勢制御率、G3以上有害事象による中止率は、OSM群で2.8ヶ月、32%、82%、56%、GEF群で9.8ヶ月、32%、84%、20%とOSMで有害事象が多かった。OSM群のPFS(9.8ヶ月 vs. 8.2ヶ月、p=0.565)およびOS(13.6ヶ月 vs. 29.3ヶ月、p=0.995)はGEF群に比較して勝らなかった。

【結論】 高齢者へのOSM一次治療は有害事象による中止が多い可能性が示唆された。

## 037

## アファチニブが奏功したEGFR L858R / E709X変異陽性肺腺癌の1例

○狭間 大貴、青木 亮太、竹内 哲郎、山本 高之、中野 浩文、杉本 幸弘、高山 昌紀  
福岡青洲会病院

症例は79歳女性。X年2月中旬より呼吸困難が出現し近医を受診した。胸部X線で右肺門部腫瘤影及び右CP angle dullを指摘されたため、当院紹介となった。血液検査でCEA、CA19-9の上昇があり、胸部CTでは右肺門部に造影不良を伴う腫瘍性病変、右胸水貯留、右胸膜肥厚を認めた。胸腔鏡検査の結果、右下葉肺腺癌cT4N1M1a(PL)stageIVA(EGFR L858R・E709X変異陽性、TPS 50-74%)の診断となり、アファチニブ40mg/日を導入した。認知機能障害のため、導入後は副作用コントロールへの懸念から減量を要したが、アファチニブ20mg/日の隔日投与にて胸部異常陰影の著明な改善を認めた。E709Xを含むUncommon mutationに対してはEGFR-TKIの効果は報告されているが、各EGFR-TKIの優劣については議論がある。中でもE709Xは稀な遺伝子変異であり、EGFR-TKIの効果を検証した報告は少ない。今回、EGFR L858RとE709Xの複合変異を認めた肺腺癌に対してアファチニブが奏功した1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 038

## 免疫チェックポイント阻害薬を1次がん薬物療法にて投与回避するも2次治療以降で投与した症例の検討

○森山 英士  
国立病院機構宮崎東病院 腫瘍内科

【目的】 ドライバー遺伝子変異/転座陰性の進行期非小細胞肺癌(ドライバー陰性NSCLC)におけるがん薬物療法の中心は、免疫チェックポイント阻害薬(ICI)と考える。間質性肺疾患(ILD)合併等何らかの理由で、1次治療での投与を回避するも2次治療以降でICIを投与することも経験するが、その効果・安全性は明らかではないと考え、検討を行う。【方法】 ペムプロリズマブが1次治療で使用可能となった2017年2月~2023年4月までに、1次治療での投与を回避し2次治療以降でICIを投与したドライバー陰性NSCLC症例を後方視的に検討した。【結果】 対象症例は6例。年齢中央値：65歳(56~84)、性別：男/女=5/1例、組織型：扁平上皮癌/NSCLC/腺癌=3/2/1例、PD-L1発現(TPS%)：1-49/50≤/未検査=4/1/1例。投与回避理由は、5例でILD合併・低肺機能であった。治療効果：PR/SD/PD=3/1/2例であり、無増悪生存期間中央値：13.5ヶ月であった。irAEを4例に認めた。【考察】 投与を回避すべきか検討を要する症例に対してのICI治療は、効果は期待できるが、irAEを多く認め、より注意が必要と考えた。

### 039

#### 経気管支的治療(TBI)が施行された中枢性癌性気道狭窄(MCAO)のある高齢患者の予後

○柏原 光介、藤井 慎嗣、津村 真介、徳永 龍輝  
熊本地域医療センター 呼吸器内科

【背景】 MCAOに対するTBIに関する報告の年齢中央値は61-72歳程であり、高齢者における有用性は不明である。

【目的・方法】 症状のあるMCAO患者において、高齢者群(≥75歳, n=27)と非高齢者群(<75歳, n=50)の全生存期間(OS)の違いを後方視検討した。

【結果】 年齢平均値, 男性, PS 3-4, 転移性肺腫瘍の患者割合は, 高齢者群で81歳, 56%, 37%, 41%, 非高齢者群で61歳, 84%, 32%, 42%であった。マイクロウェーブ焼灼術は高齢者群の89%, 非高齢者群の66%に施行され, ステント留置術は高齢者群の26%, 非高齢者群の50%に施行されてした。高齢者群では甲状腺癌, 非高齢者群では食道癌患者が多いことがTBI治療の違いの理由であった。TBI後に抗癌治療が施行できた患者(9.1ヶ月 vs. 15.0ヶ月, p=0.907)のみならず, 緩和治療となった患者(5.0ヶ月 vs. 4.1ヶ月, p=0.704)においても, 両群間のOSに有意差は観察されなかった。

【結論】 MCAOに対するTBIは窒息の緊急的回避処置であり年齢に関係なく有用な手技であった。

## 040

## 抗MDA5抗体と抗Ro52抗体共陽性急速進行性間質性肺炎に血液浄化療法を含む集学的治療が奏功した1例

○野口 実奈、猪山 慎治、村本 啓、城臺 安見子、濱田 昌平、富田 雄介、増永 愛子、一安 秀範、坂上 拓郎

熊本大学病院 呼吸器内科

症例は35歳男性。3週間前から咽頭痛、両手浮腫、発熱に続き、労作時呼吸困難を認め、前医にて間質性肺炎疑いでステロイドパルスを開始されるも呼吸不全が進行し、当院転院となった。SpO<sub>2</sub> 92%(リザーバマスク12L)、ヘリオトロープ疹や軽度メカニックハンドを認め、CK 413IU/L、LDH 688U/L、KL-6 1420IU/L、フェリチン 921ng/ml、胸部CTで気管支血管束周囲にすりガラス浸潤影、肺底部に浸潤影を認めた。皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎(RP-ILD)を疑い、人工呼吸器管理下にシクロフォスファミドパルス、タクロリムスを併用した。第6病日に抗MDA5抗体、抗Ro52抗体共陽性が判明し、皮膚生検で皮膚筋炎と診断した。第12病日に抜管、高流量鼻カニューラ酸素療法に移行したが、再増悪を認め、第16病日ステロイドパルスを再開し、血液浄化療法(血漿交換療法6回、エンドトキシン吸着療法2回)を併用した。以降は改善傾向となり、第100病日独歩退院となった。抗MDA5抗体と抗Ro52抗体共陽性のRP-ILDは予後不良であり、血液浄化療法を含む集学的治療の有効性が示唆された。

## 041

## 早期のV-V ECMO導入により良好な治療経過が得られた急速進行性の抗ARS抗体陽性間質性肺炎の一例

○永田 雄大、眞田 宏樹、政田 豊、黒岩 大俊、里藺 弥々、鷗木 泰自、新村 昌弘、内田 章文、久保田 真吾、井上 博雅

鹿児島大学 呼吸器内科

【症例】66歳、男性【現病歴】初期症状として乾性咳嗽と発熱が出現した。2週間の経過で改善なく両下肢の膝関節痛も出現した。対症療法では改善に乏しく、胸部CTで両下葉にすりガラス影を認め、呼吸不全も発症した。細菌性肺炎として抗菌薬で加療するも効果なく、呼吸不全は悪化した。当院転院となり、胸部CTで両下葉胸膜直下優位の収縮傾向を伴う浸潤影とすりガラス影、身体所見でヘリオトロープ疹と顔面紅斑、両膝部の角化性紅斑を認め、皮膚筋炎関連間質性肺炎が疑われた。入院day1からステロイドパルス療法を開始するも呼吸不全は急激に進行し、シクロフォスファミド大量静注療法、人工呼吸器管理を行った。その後も病勢は増悪したが抗ARS抗体陽性が判明したため、day5にタクロリムスを開始しV-V ECMOを導入した。腹臥位療法も併用し、徐々に治療効果を認め、day14にV-V ECMOから離脱し、抜管後day34に転院となった。【考察】抗ARS抗体陽性間質性肺炎は治療反応が期待できるため、多剤併用治療と併せて、人工呼吸器管理や体外循環治療の導入を含めた積極的な治療戦略を考慮する。

## 042

## い草染土塵肺症に過敏性肺炎を合併した一例

○首藤 美佐、佐々木 潤、財前 圭晃、住田 咲子、山田 啓義、徳永 佳尚、真玉 豪士、富永 正樹、星野 友昭

久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門

【症例】57歳男性。畳表製造業に従事している。健診で胸部X線検査異常を指摘され受診した。胸部HRCTでは両側びまん性で小葉中心部に淡い粒状影と縦隔リンパ節のCT値上昇(約55HU)を伴う腫大を認め、塵肺症と判断した。軽微な咳嗽の他症状なく経過観察したが、半年後に実施した胸部HRCTで粒状影が増加傾向にあり気管支肺胞洗浄液(BALF)検査、経気管支クライオ肺生検を実施した。病理では針状の粒子と無機粉塵を含む粉塵斑を認め塵肺症として矛盾しなかったが、それに加えて小葉中心部の呼吸細気管支に沿って多核巨細胞と肉芽種の形成を認め過敏性肺炎を示唆する所見も見られた。BALFでは総細胞数が $5.25 \times 10^5/\text{mL}$ と増加し、リンパ球比率も29%と上昇していた。畳表生産者の塵肺症は泥染めの“染土”が原因となる。農林水産省の報告では年々畳表生産量は減少傾向で、その製造業者の塵肺症を診る機会は近年まれである。さらに本例のような過敏性肺炎を伴う症例は既報には無く貴重な症例であり報告する。

## 043

## 市中肺炎発症を契機に診断に至った自己免疫性肺胞蛋白症の1例

○小島 和朗<sup>1)</sup>、斎藤 千愛<sup>2)</sup>、岸川 泰之<sup>1)</sup>、上野 剛史<sup>1)</sup>、中西 喬之<sup>1)</sup>、上野 正克<sup>1)</sup>、水田 佑一<sup>1)</sup>

1)雪の聖母会 聖マリア病院 呼吸器内科

2)雪の聖母会 聖マリア病院 教育・研修センター

【症例】38歳男性。X年8月14日頃から発熱と呼吸困難を認め、18日に間質性肺炎と細菌性肺炎の合併疑いで当院に搬送された。画像所見では両側びまん性に末梢がスピアされたcrazy paving patternを認め、右中葉に強いコンソリデーションがみられた。CRP 34.5 mg/dLと上昇を認めたことから細菌性肺炎に急性呼吸窮迫症候群や肺胞出血を合併した病態と考え、タゾバクタム/ピペラシリンとレボフロキサシン、メチルプレドニゾン 40 mg/日の併用で加療を開始した。Day4にKL-6 5741 U/mLと非常に高値が判明し肺胞蛋白症に肺炎を合併した可能性を強く疑いステロイドは中止した。後日抗GM-CSF抗体陽性が判明した。気管支肺胞洗浄液は白濁の外観を呈し、PAS染色陽性の無構造物質や泡沫状マクロファージを認め自己免疫性肺胞蛋白症の確定診断となった。【考察】肺胞蛋白症は易感染性を示し、本症例も細菌性肺炎を併発していたが、初診時に高度の炎症を伴っており一元的に説明できる病態を考えた際に鑑別から漏れた。KL-6の著明高値が肺胞蛋白症を強く疑うきっかけとなった。

## 044

RA-ILD患者における肺機能検査所見と死亡  
リスクの検討

○村上 陽亮、飛野 和則

飯塚病院

【背景】 RA-ILDは気道病変や肺気腫を合併することが多く閉塞性換気障害を生じるリスクがあるが、その有無と予後の関連についての検討は少ない。【目的】 当院でフォローしているRA-ILD患者において閉塞性換気障害の有無を調査し、予後との関連性を調べる。【対象と方法】 当院で2年以上フォローしているRA-ILD患者121例を対象とし臨床情報、呼吸機能検査、臨床経過を電子カルテより抽出し閉塞性換気障害の頻度の調査と予後との関連を検討した。【結果】 以下連続データは中央値で示す。年齢66歳、男性51例、フォロー期間103カ月、%FVC 99.1%、%DLco 85.2%、%FEV1 92%、FEV1/FVC 0.76、死亡6例であった。診断時に閉塞性換気障害(FEV1/FVC<0.7)を示した症例は42例で、他の症例と比較し生存期間に有意差は認めなかった(p=0.89)。%FVCの10%以上の相対的低下+死亡の複合エンドポイントについては、統計学的に有意ではないが閉塞性換気障害群の方がイベントまでの期間が短い傾向にあった(p=0.17)。【結語】 RA-ILDにおいて閉塞性換気障害の頻度は比較的高く、%FVC低下+死亡との関連が示唆された。

## 045

## 肺癌との鑑別を要した限局性すりガラス陰影の1例

○古山 和人、秋山 元太、小川 知洋、平井 文彦、加藤 誠也  
福岡県済生会福岡総合病院

症例は79歳の女性。2019年に胸部CTにて左下葉に限局性のすりガラス陰影を指摘された。左下葉胸膜直下の小嚢胞の周囲に約2cmのGGNとして認められ、定期的な経過観察が行われた。その後経時的に増大傾向を認め、4年の経過で約3.5cmにまで増大し、肺癌を疑われて2023年に当院紹介となった。CTでは内部に充実成分を伴ったpart-solid noduleとして認められ、気管支鏡検査を行ったが確定診断には至らなかった。FDG-PETではSUVmax 2.1と軽度の異常集積を認めていた。確定診断および治療目的に同年6月に左下葉切除術を行った。病理所見としては、高度の線維化と肺胞腔の虚脱、fibroblastic fociの混在、顕微鏡的な蜂巢肺の形成を認め、UIP patternの限局性線維化巣と診断された。CTでは、対側肺の肺底部に胸膜に平行した線状影を認めていたが、患側肺には認めなかった。いわゆる高分化腺癌と類似の画像所見を呈した線維化巣であり、文献的考察を加えて報告する。

## 046

## トラスツズマブ デルクステカンによる薬剤性肺炎の一例

○篠原 亮<sup>1)</sup>、川上 さき<sup>1)</sup>、塩見 太郎<sup>1)</sup>、小佐井 幸代<sup>1)</sup>、岸 裕人<sup>1)</sup>、岩越 一<sup>2)</sup>、藤井 一彦<sup>1)</sup>  
1) 熊本市立 熊本市市民病院 呼吸器内科  
2) 熊本市立 熊本市市民病院 感染症内科

【緒言】トラスツズマブ デルクステカン(T-DXd)はHER2遺伝子変異を有する乳癌、胃癌に続き新たに非小細胞肺癌を対象として承認された。今回、肺癌に対する同剤による薬剤性肺炎を経験したので報告する。

【症例】82歳男性。肺腺癌に対してX-1年8月、開胸左上葉切除+心膜合併切除+ND2a-2施行され、pT3N0M0 stage IIBと診断された。高齢のため術後化学療法は施行せず経過観察となっていた。X年7月の胸部CTで左下葉に腫瘤影を認め、再発と診断した。1次治療としてCBDCA + PEMを2コース施行したが、PDであった。オンコマイン検査の結果ERBB2 Exon20 insertion陽性であったため、T-DXdを1コース施行した。CTを施行したところ腫瘍は縮小していたが、両肺にHP類似型のすりガラス影が軽度出現していた。経過観察していたが、労作時息切れが出現し、T-DXdによる薬剤性肺炎を疑い入院となった。BALFのLymphocyte 57.0%であったため、PSL1mg/kg/日で治療開始し、症状、画像所見とも改善傾向となり、ステロイド漸減中である。

## 047

## メサラジン製剤による潰瘍性大腸炎治療中に発症したPR-3 ANCA陽性間質性肺炎の1例

○友清 慧太、中野 貴子、木村 知代、萩原 拓貴、今田 悠介、中富 啓太、山下 崇史、吉見 通洋、高田 昇平

独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター呼吸器内科

症例は65歳の男性。X年7月に潰瘍性大腸炎の診断を受け、プレドニゾロン、メサラジンで加療されていた。X年11月、労作時呼吸困難を自覚し、近医受診した際に酸素化低下とCTにて両肺びまん性のすりガラス影・浸潤影を指摘され、当科紹介となった。間質性肺炎疑いで同薬剤の中止と全身ステロイド投与を行い軽快した。精査を行ったところ、血液検査でPR-3 ANCA陽性であったが、その他に血管炎を示唆する所見は認めなかった。メサラジン製剤内服中の潰瘍性大腸炎患者に間質性肺炎を生じた場合、薬剤誘発性間質性肺炎や、潰瘍性大腸炎の腸管外合併症等を鑑別として想起する必要がある。また、PR-3 ANCAは潰瘍性大腸炎で陽性となる他、その治療薬であるメサラジンによる薬剤誘発性血管炎でも陽性になるとの報告がある。本症例の間質性肺炎の原因について考察し、報告する。

## 048

## 放射線治療後のICI投与中にradiation recall pneumonitisを来した一例

○黒田 凌、知光 祐希、宮城 裕人、吉嶺 厚生  
沖縄県立八重山病院

【症例】56歳、男性

【臨床経過】肺腺癌cT1bN1M1c(OSS)stage IV Bの頸椎、胸椎転移病変に対してX年10月に緩和的放射線照射を行った。1次治療としてCBDCA+Pemetrexed+ Pembrolizumabを行い、その後Pemetrexed+ Pembrolizumabの維持治療を行っていた。X+1年9月下旬頃から乾性咳嗽が出現し、その後微熱も伴うため、定期外受診された。CRP10mg/dlと胸部CTでは以前の頸椎、胸椎の照射野に沿う形でconsolidationがみられた。放射線照射の既往と化学療法開始後に出現した照射野に限局する間質性肺炎と判断し、radiation recall pneumonitisと診断した。ステロイドの内服加療にて症状は軽快し、consolidationは消退傾向となった。

【考察】放射線照射から約1年経過はしていたが、放射線肺臓炎様の病態を呈した。肺癌の治療経過中に放射線照射を行い、免疫チェックポイント阻害薬を投与した症例では照射から時間を経てもradiation recall pneumonitisの発症には注意を要すると考えた。

## 049

## SMARCA4欠損胸膜癌の一例

○遠藤 美有<sup>1)</sup>、橋本 康平<sup>1)</sup>、千葉 要祐<sup>1)</sup>、立和田 隆<sup>1)</sup>、山崎 啓<sup>1)</sup>、矢寺 和博<sup>1)</sup>、早川 雄輝<sup>2)</sup>、金山 雅俊<sup>3)</sup>、定直 日菜<sup>3)</sup>、田中 文啓<sup>3)</sup>

1)産業医科大学 医学部 呼吸器内科学

2)神戸労災病院 呼吸器内科

3)産業医科大学 医学部 第2外科学

【症例】50歳代女性。X年3月からの乾性咳嗽、7月からの食欲不振を主訴に前医を受診し、胸部単純X線写真で左下肺野の腫瘍影を指摘され、8月に当科紹介受診した。全身造影CTで左肺下葉の巨大腫瘍影及び左胸水貯留、縦隔リンパ節腫大、転移性脳腫瘍を疑う所見を認め、原発性肺癌が疑われた。胸腔穿刺で滲出性胸水であったが明らかな異型細胞はなく、気管支鏡検査で経気管支肺生検及び縦隔リンパ節生検を行ったがいずれも悪性所見は認めなかった。左肺腫瘍が肺外病変である可能性も考慮し、当院呼吸器・胸部外科で左下葉切除術を施行した。病理所見で、腫瘍被膜は臓側胸膜で肺組織と境されており、ラプドイド様の形態で、免疫染色でSMARCA4陰性であったことからSMARCA4欠損胸膜癌と診断した。

【考察】胸部のSMARCA4欠損未分化腫瘍は未分化ないしラプドイド表現型とSMARCA4遺伝子の欠損を特徴とする予後不良の稀な腫瘍である。主に重喫煙歴のある中年男性に好発し、圧排性の腫瘍病変を認めることが多い。進行の早い胸郭内腫瘍を認めた際には同疾患も鑑別に挙げるのが重要である。

## 050

## 食道癌術後に胸腔間交通が示唆された両側癌性胸膜炎の1例

○安藤 裕之、櫻井 裕子、鷲尾 康圭、木村 信一、中垣 憲明

福岡赤十字病院

【症例】73歳、男性

【経過】X-5年に食道癌に対して食道亜全摘、胃管再建術(胸骨後経路)が行われた。X年5月に当院で腹部大動脈瘤に対してEVAR(ステントグラフト内挿術)が施行された。退院後数日で、呼吸困難を認めるようになり胸部CTで両側胸水が増加したため利尿薬で経過観察となっていた。その後も症状改善しないため当科紹介となった。胸水は両側ともにClass Vのadenocarcinoma、TTF1+であった。肺腺癌、両側癌性胸膜炎の診断となり胸膜癒着術目的に左胸腔にドレーンを挿入したところ、左胸水に加えて右胸水も明らかに減少しており胸腔間交通が疑われた。その後左胸水に対してタルクで癒着を〇行ったが、次第にPerformance Statusが低下し、Best Supportive Careの方針となり転院となった。

【考察】

食道癌手術では縦隔操作の際に縦隔胸膜の穿破によりしばしば両側胸腔交通がおり、両側同時気胸の発症を契機に胸腔間交通が明らかとなる症例は散見される。しかし、胸水の増減により胸腔間交通が示唆された症例報告は少ない。本症例のように縦隔操作を伴う手術後の患者では胸腔間交通が存在する可能性を念頭におく必要がある。

## 051

## アスベスト曝露歴がない若年者に発症した悪性胸膜中皮腫の一例

○本庄 花織、穴井 盛靖、猿渡 功一、木村 俊貴、今村 光佑、岡林 比呂子、坂田 晋也、増永 愛子、富田 雄介、坂上 拓郎

熊本大学病院

症例は34歳男性。職業は保険業で、周囲環境からのアスベスト曝露歴もなかった。1ヶ月前より咳嗽と労作時呼吸困難感が出現し改善がなかったため近医を受診したところ、胸部X線検査で左胸水貯留を認め前医へ紹介された。前医で施行された胸部CT検査では左大量胸水貯留と左胸壁腫瘤影を認め、左胸腔穿刺が行われたところ胸水細胞診から悪性胸膜中皮腫が疑われたため精査、加療目的に当科へ紹介された。当科での入院後に左胸壁腫瘤に対してCTガイド下生検が行われたところ上皮型悪性胸膜中皮腫の診断となり、呼吸器外科と協議の結果、外科的切除は困難と判断されたため化学療法を行う方針となった。1次治療としてニボルマブ+イピリムマブを開始したが1コース終了後の胸部CT検査で胸壁腫瘤影の増大を認め、2次治療としてシスプラチン+ペメトレキセドを導入し自宅退院となった。悪性胸膜中皮腫の発生にはアスベスト曝露の影響が大きく、曝露から20~40年後の60~70代に好発することが知られているが、本症例はアスベスト曝露歴のない若年者に悪性胸膜中皮腫が発症した稀な症例であり報告する。

## 052

## 術後10年以上経過して認めた甲状腺濾胞癌の多血性肺転移の一例。

○増田 優衣子<sup>1)</sup>、田代 貴大<sup>1)</sup>、堀江 英顯<sup>1)</sup>、児嶋 健吾<sup>1)</sup>、泉 拓希<sup>1)</sup>、坂上 亜希子<sup>1)</sup>、佐伯 祥<sup>2)</sup>、稲葉 恵<sup>1)</sup>、平田 奈穂美<sup>1)</sup>

1)熊本中央病院 呼吸器内科

2)熊本中央病院 腫瘍内科

症例は74歳、女性。X-14年に甲状腺腫瘍に対して右葉切除術が行われ、濾胞腺腫の診断となった。X年10月に血痰を主訴に前医を受診され、胸部X線写真にて左肺門部に腫瘤影を認め、精査・加療目的に当科紹介となった。胸部CTでは左肺上葉に径38mm大の周囲にすりガラス陰影を伴う腫瘤、右肺に複数の境界明瞭で分葉状の結節を認め、いずれも内部は造影剤による強い増強効果を認めた。診断目的に胸腔鏡下左上葉切除術を行ったところ、術後病理組織と免疫染色の結果から甲状腺濾胞癌の肺転移の診断となった。

甲状腺腫瘍術後から10年以上経過して認めた甲状腺濾胞癌の肺転移の一例であった。血流豊富な多発腫瘍であり、原発性肺癌より多血性肺転移を疑う所見であった。甲状腺腫瘍で術後長期経過していても転移性肺腫瘍の可能性を考える必要があり、文献的考察を加え報告する。

## 053

### 9年の経過で緩徐増大したALK陽性肺腺癌の一例

○古川 嗣大<sup>1)</sup>、大保 美優<sup>1)</sup>、玉野井 大介<sup>1)</sup>、  
本岡 大和<sup>2)</sup>、榮田 浩文<sup>1)</sup>、森 毅<sup>2)</sup>、  
彌永 和宏<sup>1)</sup>

1)熊本赤十字病院 呼吸器内科

2)熊本赤十字病院 呼吸器外科

【症例】40歳台女性【症例】特に既往はない非喫煙者。X-9年に健診胸部単純X線写真の胸部異常陰影を契機に当科外来を紹介受診した。胸部CTで左肺下葉の結節影と左葉間胸膜の粒状影を認めた。生検は困難であったため経過観察を行い、3年程度はいずれの病変も増大はなく経過した。しかしX-3年頃から緩徐に増大傾向であり、X年に定期受診した際の胸部CTでは肺野病変と胸膜病変はいずれも更に増大し新規に胸水も出現した。気管支鏡検査を施行したが診断に至らず、胸腔鏡下胸膜生検、左肺下葉部分切除により肺腺癌の診断に至った。遺伝子検査ではALK融合遺伝子が検出された。【考察】ALK陽性肺癌の臨床的特徴として若年非喫煙者女性に多いことが知られる。またCT所見では原発巣は3cm以下で、下葉に位置し、胸膜や心膜播種の頻度が高く、癌性リンパ管症の頻度が高いなどの特徴が報告されている。緩徐増大の非典型的経過であっても患者背景やCT所見からALK陽性肺癌を鑑別に、増大傾向であれば早期の組織診断が望ましい。

## 054

## 癌性髄膜炎との鑑別に苦慮したデュルバルマブによる自己免疫性脳炎を発症した小細胞肺癌の1例

○大庭 優士<sup>1)</sup>、美園 俊祐<sup>1)</sup>、米 未紀子<sup>2)</sup>、森田 薫<sup>1)</sup>、大脇 一人<sup>1)</sup>、里村 緑<sup>1)</sup>、榎 博晃<sup>1)</sup>、井上 博雅<sup>3)</sup>

1) 鹿児島市立病院

2) 川内市医師会立市民病院

3) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 呼吸器内科学

症例は72歳男性。X年4月7日より進展型小細胞肺癌cT2aN3M1b(LYM)stage IVAに対して1次治療カルボプラチン+エトポシド+デュルバルマブの1コース目を開始した。5月6日より運動性失語、構音障害、左上下肢麻痺が出現し、5月8日に当科入院となり、精査を行った。頭部単純MRIで新規脳血管障害は認めなかったが、FLAIR画像で左側頭葉のシルビウス裂周囲に新規の高信号域を認めた。髄液検査ではリンパ球優位の細胞数増加を認めたが、蛋白、IgG indexの上昇、糖低下は認めなかった。入院翌日より意識障害や左上下肢麻痺は進行し、自己免疫性脳炎として5月12日よりステロイドパルス療法を開始した。後日、髄液細胞診陰性、髄液中の抗Hu抗体陽性が判明し、最終的にデュルバルマブによる自己免疫性脳炎と診断した。ステロイドパルス療法後に神経症状の改善を認めたが、PSは3まで低下し、化学療法は中止となり、現在はリハビリテーション中である。幸い、肺癌の進行はなく、PSの改善を認めた場合は化学療法の再開を検討している。

## 055

## 化学放射線療法後に腺癌成分の肺転移で再発したEGFR遺伝子変異陽性混合型小細胞肺癌の一例

○今村 光佑、猿渡 功一、御任 玲美、木村 俊貴、福嶋 一晃、城臺 孝之、猪山 慎治、坂田 晋也、富田 雄介、坂上 拓郎

熊本大学病院 呼吸器内科

症例は49歳の男性。202X年5月に限局型小細胞肺癌cT2aN2M0 stage IIIAと診断し、化学放射線療法(シスプラチン+エトポシド療法4サイクルと同時加速過分割照射)を行った。最良効果はgood PRで、予防的全脳照射を追加した。化学放射線療法8ヶ月後に多発肺結節影を指摘された。同病変に対してCTガイド下肺生検による再生検を行い、管腔構造を形成する肺腺癌が検出され、マルチプレックス遺伝子検査ではEGFR遺伝子変異(エクソン19欠失変異)が陽性であった。診断時の組織を再評価すると、小細胞癌を主体とする中に、微小な腺癌構築を少数に認めた。診断時の組織検体を用いてコバス®EGFR検査を実施し、再生検検体と同様に、エクソン19欠失変異が検出された。以上から、EGFR遺伝子変異陽性混合型小細胞肺癌の化学放射線療法後の肺転移再発と診断した。診断後、オシメルチニブ治療を行い、腫瘍の縮小を認めた。本症例は、化学放射線療法後に、腺癌成分の肺転移再発から、EGFR遺伝子変異陽性混合型小細胞肺癌と診断された貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

## 056

## 胸腺腫術後に前縦隔に小細胞癌が発生した一例

- 城臺 安見子、猿渡 功一、村本 啓、本庄 花織、城臺 孝之、坂田 晋也、猪山 慎治、富田 雄介、一安 秀範、坂上 拓郎  
熊本大学病院 呼吸器内科

症例は65歳女性。既往歴・喫煙歴なし。他院にて、202X年5月前縦隔腫瘍に対して拡大胸腺全摘出術が行われ、Type B2胸腺腫、正岡分類III期と診断された。術後6か月後のCTで、前縦隔に腫瘤性病変、縦隔リンパ節腫大を認め、当科を受診した。前縦隔腫瘍に対してCTガイド下生検が実施され、小細胞癌を検出した。FDG-PET/CT検査では、前縦隔腫瘍、縦隔リンパ節腫大に異常集積を認めるも、その他に明らかな原発巣となるような病変は認めなかった。切除標本を再評価したが、神経内分泌分化を伴う腫瘍成分は認めなかった。胸腺腫の発生部位と同部位に発生し、他に原発巣を認めないこと、正岡分類III期の浸潤性胸腺腫であったことから、胸腺原発の小細胞癌と診断した。診断後、カルボプラチン+パクリタキセル治療を4コース実施し、完全寛解を得た。本症例は、胸腺腫術後早期に、前縦隔に小細胞癌を発症し、化学療法が著効した症例であり、文献的な考察を加えて報告する。

## 057

## 軟骨肉腫及び腺癌成分を含んだ混合型小細胞肺癌の一例

- 堂阪 啓起<sup>1)</sup>、茂見 紗喜<sup>1)</sup>、磯嶋 佑<sup>1)</sup>、岩永 優人<sup>1)</sup>、川口 貴子<sup>1)</sup>、先成 このみ<sup>1)</sup>、立和田 隆<sup>1)</sup>、山崎 啓<sup>1)</sup>、島尻 正平<sup>2)</sup>、矢寺 和博<sup>1)</sup>

1) 産業医科大学医学部 呼吸器内科学

2) 産業医科大学医学部 第2病理学

【症例】70歳代男性。X-1年7月に左肺門部及び左上葉に腫瘤影を認め精査目的に当科受診した。左肺門部腫瘤の経気管支肺生検にて、左肺門部進展型小細胞肺癌と診断し、カルボプラチン+エトポシド+アテゾリズマブによる1次化学療法とその後アテゾリズマブによる維持療法を施行した。維持療法6コース施行後のX年5月の胸部CTで、左肺門部腫瘤は消退したが、左上葉腫瘤影は増大を認め、ノギテカンやカルボプラチン+エトポシドによる化学療法を施行した。しかしながら、左上葉腫瘤影はさらに増大し、X年9月に診断及び治療目的に左上葉切除術を施行した。病理組織学所見で軟骨肉腫及び腺癌の混在を認め、治療経過も併せて左上葉混合型小細胞肺癌と診断した。術後半年が経過した現在も、再発は認めていない。

【考察】混合型小細胞肺癌は、大細胞癌や腺癌などの非小細胞癌成分を含む特殊型の小細胞肺癌であるが、本症例のような肉腫成分の合併は非常に稀である。また混合型小細胞肺癌は、本症例のように単一成分のみの転移を来し治療や診断に苦慮することがあり、小細胞肺癌に対する治療効果が不十分な場合は、組織学的再検を積極的に考慮することが重要である。

## 058

## 化学療法単独で治療を行い再発無く経過している間質性肺炎合併限局型小細胞肺癌の1例

- 平川 太星、菅 貴将、永瀬 保乃佳、柴田 稔文、  
表 絵里香、安東 優  
大分県立病院 呼吸器内科

症例は74歳男性。喫煙歴20本/47年。X年に右下葉に29mm大の結節影と縦隔リンパ節腫大を認め、気管支鏡とPET-CTで限局型小細胞肺癌(cT1cN2MO,stage III A)の診断となった。間質性肺炎合併と考えられ、放射線治療は不適として化学療法単独で治療を開始する方針とした。カルボプラチン(AUC5)とエトポシド(80mg/m<sup>2</sup>)での化学療法を開始し、4コース施行した。その後2年間CTフォローを継続しているがCRを維持している。これまで根治治療不能な限局型小細胞肺癌に対する治療のエビデンスは、第2相臨床試験のTORIG1835/NEXT-SHIP試験でIPF合併の小細胞肺癌に対するカルボプラチン+エトポシド+ニンテダニブでのデータがあるが、未だ症例が少ないのが実情である。この度、間質性肺炎合併の限局型小細胞肺癌に対して化学療法単独でCRを維持している症例を経験したため、文献的考察とともに報告する。

## 059

## MRIとクライオ肺生検が有用であった硬化性肺胞上皮腫の一例

○児嶋 健吾、平田 奈穂美、稲葉 恵、坂上 亜希子、佐伯 祥、田代 貴大、増田 優衣子、泉 拓希、堀江 英顕  
国家公務員共済組合連合会熊本中央病院

76歳女性。かかりつけの病院で右中肺野の結節影を経過観察されていた。X年11月の胸部レントゲンにて昨年と比較して結節影が増大していたため胸部CTを施行すると右下葉に境界明瞭な腫瘤を認めた。良性腫瘍が疑われたため胸部MRIを施行したところ内部不均質なT2WIで著名な高信号を認め鑑別として硬化性肺胞上皮腫やカルチノイドが挙げられた。クライオ肺生検をしたところ硬化性肺胞上皮腫の診断となった。硬化性肺胞上皮腫は稀な良性腫瘍で肺癌やその他肺腫瘍との鑑別が難しい疾患であるが、MRIとクライオ肺生検により診断することが出来た一例を経験したので報告する。

## 060

## 肺炎に類似する症状や胸部画像所見を呈した悪性リンパ腫の一例

○増田 樹<sup>3)</sup>、山本 哲平<sup>1)</sup>、小田 康晴<sup>1)</sup>、唐澤 賢祥<sup>2)</sup>、上運天 綾子<sup>2)</sup>、北村 彩<sup>1)</sup>、北村 瑛子<sup>1)</sup>、住吉 誠<sup>1)</sup>、坪内 拓伸<sup>1)</sup>、柳 重久<sup>1)</sup>、宮崎 泰可<sup>1)</sup>

1)宮崎大学医学部内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

2)宮崎大学医学部内科学講座 血液・糖尿病・内分泌内科学分野

3)宮崎大学医学部 卒後臨床研修センター

症例は70歳男性。喫煙歴は60本/日×37年(18-55歳)。併存症にCOPDあり。14年前にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)の治療歴があり、寛解が得られていた。3ヶ月前に全身倦怠感、体重減少が生じ、前医で撮像された胸部CTで左肺下葉に結節影を認めた。身体所見上は特記所見を認めなかった。3日前より労作時呼吸困難が生じ、増悪したため当院を救急受診した。低酸素血症や炎症反応上昇、胸部CTで左下葉の新規浸潤影を認めたことから細菌性肺炎、COPD増悪として抗菌薬、PSL治療を開始した。治療効果に乏しく第9病日には低酸素血症の著しい増悪を認めた。可溶性IL-2受容体の上昇より悪性リンパ腫の再発を疑い骨髓検査、ランダム皮膚生検にてDLBCLの診断となった。血液内科へ転科し化学療法開始後は呼吸状態、画像所見共に改善した。悪性リンパ腫の肺病変は多彩で、肺炎と鑑別を要する場合がある。また、DLBCLは治療後10年以上以降の再発は非常に稀とされている。今回、肺炎と鑑別を要したものの悪性リンパ腫と診断し、救命し得た一例を経験したため報告する。

## 061

## 術後に気管内再発した肺定型カルチノイドの1例

○仁田脇 辰哉<sup>1)</sup>、川村 宏大<sup>1)</sup>、保田 祐子<sup>1)</sup>、江口 善友<sup>1)</sup>、坂田 能彦<sup>1)</sup>、神宮 直樹<sup>1)</sup>、久永 純平<sup>1)</sup>、阿南 圭祐<sup>1)</sup>、中村 和憲<sup>1)</sup>、一門 和哉<sup>1)</sup>、吉岡 正一<sup>2)</sup>

1) 済生会熊本病院 呼吸器内科

2) 済生会熊本病院 呼吸器外科

【背景】肺カルチノイドは神経内分泌腫瘍の一種であり、希少な腫瘍である。今回我々は術後に気管内再発した稀な症例を経験したため報告する。【症例】再発診断時75歳男性。X-5年前立腺癌の精査過程で偶発的に右上葉に境界明瞭、辺縁整な15mmの結節性病変を指摘された。当科にて気管支鏡生検を行ったところ、肺定型カルチノイドの診断となった。X-4年2月に胸腔鏡補助下右肺上葉切除+リンパ節郭清術を実施し、術後病理でも定型カルチノイド pT1bN0M0 pStage I A2の病理診断となった。術後経過観察を行っていたが、X-3年9月頃から血痰が間欠的に出ていた。X年9月フォローCTにて気管内の結節状隆起性病変の集簇に気づかれ、気管支鏡検査を実施した。気管-気管分岐部、右主気管支にかけて隆起性病変の集簇を認め、生検にてカルチノイドの病理診断となり、肺定型カルチノイドの術後気管内再発と診断した。【結語】定型カルチノイドは一般に比較的予後良好であるが術後再発の可能性を念頭に置き、また時に気管・気管支内に再発することもあるため、注意が必要である。

## 062

## 肺類基底細胞型扁平上皮癌との混合型肺大細胞神経内分泌癌に対してCBDCA+ETPを投与した1例

○稲富 雄大<sup>1)</sup>、福島 有星<sup>1)</sup>、金子 誠也<sup>1)</sup>、乗富 大地<sup>1)</sup>、吉岡 寿麻子<sup>1)</sup>、澤井 豊光<sup>1)</sup>、松尾 信子<sup>1)</sup>、入江 準二<sup>2)</sup>、門田 淳一<sup>1)</sup>、迎 寛<sup>3)</sup>

1) 長崎みなとメディカルセンター 呼吸器内科

2) 長崎みなとメディカルセンター 病理診断科

3) 長崎大学病院 呼吸器内科(第二内科)

【症例】85歳、男性【主訴】胸部異常陰影【現病歴】FDG-PET検診で右上葉に14mmの辺縁不整の結節影を指摘された。同部位にFDGの高集積を認めたため、当科に紹介された。血液検査で有意な所見を認めなかったが、画像検査で原発性肺癌を強く疑い、気管支鏡検査を実施し、病理組織検査で小細胞肺癌と診断した。全身検索の結果、小細胞肺癌(cT1bN0M0、cStage I A2)と考え、当院呼吸器外科に相談し、胸腔鏡下右上葉切除術を施行した。摘出標本の病理組織検査で肺類基底細胞型扁平上皮癌との混合型肺大細胞神経内分泌癌と診断した。高齢であり術後にPSが低下したため、経過観察した。術後3ヶ月の胸腹部CT検査で右肺内転移および転移性肝腫瘍を認めたため、術後再発に対してCBDCA+ETPを投与し、抗腫瘍効果を認めた。【考察】肺大細胞神経内分泌癌は術後の遠隔転移での再発が多いため、術後補助化学療法を施行することが多い。混合型肺大細胞神経内分泌癌に対する化学療法は確立されていないが、小細胞肺癌に準じた化学療法レジメンを選択することが多く、本症例ではCBDCA+ETPを投与し、転移巣の縮小を認めた。

## 063

小腸転移によりSMARCA4欠損胸部腫瘍の  
診断に至った一例

○大熊 怜、池田 貴登、春藤 裕樹、海老 規之、  
濱田 直樹、井上 博之、藤田 昌樹  
福岡大学病院 呼吸器内科

【背景】SMARCA4欠損胸部腫瘍は非小細胞肺癌の5~10%に見られ、肺門や縦隔に頻度に出現すると言われている。【症例】73歳男性。X-1年10月に左上肢脱力感を自覚したことから近医を受診し、CTで左上葉に腫瘤影と右前頭葉の脳腫瘍を認めた。左上葉肺癌、脳転移を疑い開頭腫瘍摘出術を施行した。組織型は特定できなかったため気管支鏡検査を行い腺癌の診断とした。X年1月から1st line CBDCA + PTX + Nivo + Ipiを4コース施行後に、Nivo + Ipiの維持療法を開始したが、薬疹や腸炎が疑われ3コースで中止した。化学療法中止後の造影CTで回腸末端部に腫瘤影を認め、PET-CTでも同部位にFDGの異常集積認めた。下部消化管内視鏡検査を行ったところ小腸腫瘍を認め、同年7月に腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。小腸腫瘍の病理結果よりSMARCA4の欠失を認め、脳腫瘍もSMARCA4欠損であった。肺は未検査であるが、HE形態や免疫形質が同様であることから小腸腫瘍と同様の病理診断と考えられた。小腸転移により胸部SMARCA4欠損未分化腫瘍の診断に至った症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## 064

## TIM-3の発現が抗PD-1抗体に対する耐性を誘導する可能性が示唆された肺紡錘細胞癌の1例

○林 史子<sup>1)</sup>、谷口 寛和<sup>1)2)</sup>、赤城 和優<sup>1)2)</sup>、松竹 豊司<sup>3)</sup>、関根 一郎<sup>3)</sup>、行徳 宏<sup>1)</sup>、竹本 真之輔<sup>1)</sup>、早田 宏<sup>4)</sup>、芦澤 和人<sup>2)</sup>、迎 寛<sup>1)</sup>

1)長崎大学病院 呼吸器内科

2)長崎大学病院 がん診療センター

3)光晴会病院

4)佐世保市総合医療センター 呼吸器内科

肺紡錘細胞癌は、殺細胞性抗癌剤抵抗性であり、予後不良な肺肉腫様癌の亜型である。免疫チェックポイント阻害薬(ICI: Immune checkpoint inhibitor)は肺紡錘細胞癌に対して有効であるという報告はあるが、そのICIに対する耐性のメカニズムはまだ十分に解明されていない。今回、抗PD-1抗体が著効した後、早期に耐性を来したG-CSF産生肺紡錘細胞癌の1例を経験した。症例は88歳男性で、背部痛を契機にcT4N0M1a stage IVAの肺紡錘細胞癌と診断された。PD-L1 TPS 100%であったためPembrolizumabでの治療を開始したところ、著効したものの、約8か月後に再燃した。2次治療へ移行したが、小腸転移に伴う腸閉塞や敗血症をきたし2次治療開始から50日後に多臓器不全で死亡した。剖検標本では、腫瘍内へのCD8陽性T細胞の浸潤は少数で、M2マクロファージとTIM-3陽性のマクロファージが多くみられたことから、抗腫瘍免疫が抑制されていることが示唆された。G-CSF産生肺紡錘細胞癌におけるICIに対する新しい耐性メカニズムについて考察を踏まえて報告する。

## 065

## 免疫チェックポイント阻害薬(Pembrolizumab)が奏功した肺癌肉腫の1例

○田里 大輔<sup>1)</sup>、長谷川 知彦<sup>1)2)</sup>、國吉 健太<sup>1)2)</sup>、知花 凜<sup>1)2)</sup>、谷口 春樹<sup>3)</sup>、梶浦 耕一郎<sup>3)</sup>、福本 泰三<sup>3)</sup>、古堅 誠<sup>2)</sup>、宮城 一也<sup>2)</sup>、山本 和子<sup>2)</sup>

1)北部地区医師会病院 呼吸器・感染症科

2)琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学講座(第一内科)

3)浦添総合病院 呼吸器外科

【緒言】肺癌肉腫は上皮および非上皮性成分を含む腫瘍で、肺原発の悪性腫瘍の約0.3%を占めるにすぎない希少癌である。有効な化学療法は確立されておらず予後は不良である。今回、免疫チェックポイント阻害薬であるPembrolizumab(PL)が奏功した症例を経験したため報告する。

【症例】重喫煙歴のある68歳・男性。201X年2月に血痰の精査依頼で近医より紹介された。右下葉に腫瘤を認め気管支鏡検査を行ったが診断得られず、同年4月に開胸右肺下葉切除+横隔膜切除再建術を行った。肺病理組織では扁平上皮癌や軟骨への分化がみられる紡錘形腫瘍細胞を認め肺癌肉腫と診断した。

【経過】pT4N2M1a,stage IV aで当初は緩和治療の方針となったが、PD-L1高発現(TPS 90%)が判明し同年7月よりPLを開始したところ、FDG-PETでの異常集積は消失した。201X+4年10月にirAEを否定できない肺炎を発症したため、PLは計53回投与で終了とした。以降も臨床的寛解を維持していたが、201X+5年3月に細菌性肺炎で死亡した。

【結語】希少かつ予後不良な肺癌肉腫にPLが奏功した貴重な症例と考えられたため、文献的考察を含めて報告する。

## 066

## 子宮筋腫核出手術から14年後に診断された肺良性転移性平滑筋腫の1例

○仲山 由李<sup>1)2)</sup>、佐藤 陽子<sup>1)</sup>、我喜屋 亮<sup>1)</sup>、喜友名 正也<sup>1)</sup>、松本 強<sup>1)</sup>

1) 社会医療法人友愛会 友愛医療センター

2) 琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学講座

緒言)肺良性転移性平滑筋腫(pulmonary benign metastasizing leiomyoma : BML)は、病理学的に良性である子宮筋腫が遠隔転移を来す稀な疾患である。子宮筋腫核出手術から14年後に肺転移を来した症例を経験したため報告する。症例)52歳の女性、32歳で子宮筋腫核出手術の既往がある方。46歳時の検診で両側に多発する肺結節を指摘され当科へ紹介となった。胸部CTで両側肺野に多発する周囲が整った結節影を認め、転移性肺腫瘍を疑い全身精査を行うも明らかな原発巣は指摘できず診断目的に胸腔鏡下肺切除術を行った。病理検査でBMLの診断となるも年齢を考慮し閉経療法は行わない方針とした。現在52歳まで閉経はないも、腫瘍は増大なく経過している。考察)BMLは手術から平均8年(1.5年~23年)と長期間を経て肺転移を指摘されるとの報告があり、本症例も14年後の検診で指摘された。平滑筋肉腫との鑑別が困難な場合もあり慎重な経過フォローが必要となる疾患である。結語)検診で指摘された多発結節影から良性平滑筋腫の診断となった貴重な症例を経験した。本疾患は無症状かつ術後長期間を経て病変が出現するため長期での慎重なフォローが必要といえる。

## 067

## 多形横紋筋肉腫の急速な多発肺転移による呼吸不全で死亡した1例

○知念 重希<sup>1)</sup>、仲山 由李<sup>1)</sup>、伊佐 康平<sup>1)</sup>、上野 志穂<sup>1)</sup>、穴井 諭<sup>1)</sup>、佐藤 陽子<sup>1)</sup>、松本 強<sup>1)</sup>、喜友名 正也<sup>2)</sup>

1) 友愛医療センター 呼吸器内科

2) 友愛医療センター 病理部

【背景】横紋筋肉腫は小児の一般的な軟部組織腫瘍であるが、成人では悪性腫瘍の1%程度と稀な疾患であり、胸壁での発生率は更に稀とされている。【症例】80歳、男性。X-5年に右肺腺癌と診断され術前化学療法後に右上葉切除術を実施された。術後に慢性膿胸となり右胸壁開窓術を受け、定期通院していた。X年8月に右側胸部痛を自覚し、定期画像検査で第9/10肋間に腫瘍性病変が出現していた。外科生検を実施し、免疫組織学的検討でDesmin, Myogeninが陽性となり多形横紋筋肉腫と診断された。X年10月には原発巣増大と多発肺転移が出現し症状緩和目的に入院したが、1週間程度で急速な肺転移増大に伴う呼吸不全で死亡した。【考察】成人の横紋筋肉腫の予後は不良とされており、中でも特に多形型は予後不良と考えられている。今回、胸壁原発の多形横紋筋肉腫の急速な肺転移により、呼吸不全の進行があり死亡に至った症例を経験したので報告する。

## 068

## 脳死肺移植後の患者に発症した尿崩症

- 加藤 遼<sup>1)</sup>、山末 まり<sup>1)</sup>、松本 紘幸<sup>1)</sup>、  
小宮 幸作<sup>1)</sup>、春藤 裕樹<sup>2)</sup>、白石 武史<sup>2)</sup>、  
平松 和史<sup>1)</sup>

1) 大分大学 医学部 呼吸器・感染症内科学講座  
2) 福岡大学病院 臓器移植医療センター

40代の女性に肺リンパ脈管筋腫症による進行性の呼吸不全に対し、X-1年1月に脳死右肺移植が施行された。移植後の経過は順調であったが、X年6月頃から腎機能の軽微な悪化を呈するようになった。当初は夏日が続く中、肺移植により呼吸不全が解消されたおかげで屋外活動が増えて職場復帰もされたため、運動量の増加に対する補水不足の影響や、移植後の管理薬による薬剤性の腎障害を理由として考えた。しかし生活指導や薬剤調整を行っても腎機能の悪化が続き、改めて飲水量と尿量を確認すると、実際は多飲と多尿を来していた。尿崩症の発症を疑って精査したところ、中枢性尿崩症と診断され、ADH投与にて改善を認めた。本例では肺移植と尿崩症発症との関連は不明であったが、既報では下垂体に発生した移植関連リンパ増殖性疾患や免疫抑制下の感染症に続発した例が報告される。肺移植後に生じた腎障害には様々な理由が想定されるが、稀ではあるが尿崩症のような特殊な病態が紛れ込む可能性もあり、腎障害発生時に水出納に関する丁寧な問診を行うことの必要性を改めて認識した。

## 069

## 特徴的な画像所見を契機に診断に至った Birt-Hogg-Dubé 症候群の1例

- 吉田 祐士、竹中 翔太、高田 研吾、小出 容平、  
宇都宮 琢秀、和田 健司、中島 章太、  
木下 義晃、串間 尚子、石井 寛  
福岡大学筑紫病院 呼吸器内科

症例は40歳代、男性。健康診断を契機に多発肺嚢胞を指摘され、精査目的に当院へ紹介となった。20歳代に左気胸に対してプラ切除術を受け、病理学的に単純性嚢胞と診断されていた。胸部CTでは肺底部を主体とした多発嚢胞を認め、Birt-Hogg-Dubé 症候群(以下BHDS)の可能性が示唆された。家族歴を聴取したところ、濃厚な気胸の家族内集積が判明した。遺伝学的検査においてFLCN遺伝子変異を認め、BHDSと診断した。BHDS患者の肺嚢胞は、肺底部や縦隔側の胸膜下、および気管支血管束の周囲に発生しやすい。このような肺嚢胞の分布は、BHDSの家族歴が無いまたは不明な患者における貴重な診断の手がかりとなる可能性があり、BHDSを疑う際に重要と考えられた。

## 070

## 婦人科手術を契機に発症し、シロリムス内服のみで乳糜胸水を制御しえたリンパ脈管筋腫症の1例

○濱廣 友華<sup>1)</sup>、能勢 直弘<sup>1)</sup>、古閑 将史<sup>2)</sup>、  
味志 裕介<sup>2)</sup>、天神 佑紀<sup>2)</sup>、山口 哲朗<sup>2)</sup>

1)宮崎県立延岡病院 呼吸器外科

2)宮崎県立延岡病院 内科

症例は61歳女性。胸痛・胃痛を主訴に他院を受診、造影CT検査にて右卵巣腫瘍と大動脈周囲リンパ節腫大を認め産婦人科に紹介となった。右卵巣悪性腫瘍、後腹膜リンパ節転移の疑いで両側付属器切除、単純子宮全摘術、右骨盤内リンパ節郭清を受けた。術後5日目より呼吸困難感があり、SpO<sub>2</sub>低下を認めていたが全身状態が安定していたため自宅退院となった。徐々に呼吸困難感が増悪し、術後16日目に体動困難となり救急搬送され当科入院となった。CTにて右胸水、腹水の貯留を認め穿刺にて乳糜胸であった。また、非喫煙者であるが、両肺びまん性に多発する薄壁嚢胞を認めた。切除された卵巣腫瘍は病理学的に成熟嚢胞奇形腫、骨盤内リンパ節はLAM細胞であり、リンパ脈管筋腫症と確定診断した。絶食と胸腔ドレナージのみでは改善を得ず、入院9日目よりシロリムス1mg/日の内服を開始した。入院12日目にドレナージ不全のためドレーンを抜去したが、その後ドレナージが必要なほどの胸水貯留は認めず、シロリムス内服のみで乳糜胸水は改善し入院40日目に自宅退院した。現在シロリムスによる大きな有害事象も認めず、胸水の再貯留なく外来通院中である。

## 071

## 当科で経験したリンパ脈管筋腫症のまとめ

○郡 日菜子

飯塚病院 呼吸器内科

【背景】リンパ脈管筋腫症(LAM)は妊娠可能年齢の女性に発症する稀な疾患で、多様な徴候を呈することから、経験が少ない施設では対応に難渋することが多い。

【目的】当科で経験したLAM症例について、その特徴をまとめ報告する。

【方法】2014年11月~2023年11月までに当科を受診したLAM症例について、カルテより臨床情報を収集した。

【結果】症例は10例で全て女性、診断時年齢は36-72歳。初発症状は労作時呼吸困難4例/血痰1例/腹部膨満2例/無症状3例、診断方法は胸腔鏡下肺生検4例/後腹膜腫瘍切除検体1例/腹水細胞診2例/臨床診断3例で、症状出現時から診断確定までの期間は8日~7年4ヶ月であった。7例にシロリムス治療が行われ、うち2例にGnRHの併用がなされた。残り3例は無治療で経過観察された。治療介入された症例については奏効が得られていた。無治療の1例ではFEV1低下傾向にありシロリムス開始を検討している。

【結論】LAMに生じうる多様な徴候と、シロリムスの効果や有害事象対策について、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

## 072

## 当院で経験した免疫チェックポイント阻害薬使用中に発症した自己免疫性血小板減少症5例の臨床的検討

○南野 高志<sup>1)</sup>、西井 裕哉<sup>1)</sup>、児嶋 隆<sup>1)</sup>、西田 佳子<sup>1)</sup>、松尾 規和<sup>1)</sup>、武岡 宏明<sup>1)</sup>、高嶋 秀一郎<sup>2)</sup>、高瀬 謙<sup>2)</sup>、岡元 昌樹<sup>1)</sup>

1) 国立病院機構九州医療センター 呼吸器内科

2) 国立病院機構九州医療センター 血液内科

【背景・目的】血液学的irAEは全irAEにおいて稀であるが、無症候性の症例や細胞障害性抗癌剤の有害事象として診られる血球減少と混在することもあり、診断に苦慮することが多い。今回2023年2月までに当院で経験した5例に関して、後方視的に検討を行った。【結果】年齢中央値は68歳、扁平上皮癌が3例、腺癌が2例、PD-L1高発現は1例、低発現は3例、1例は未実施であった。投与されたICIはペンブロリズマブ3例、アテゾリズマブ1例、ニボルマブ1例であり、治療効果はPR 3例、SD 2例であった。ICIによる治療からITP発症までの期間は14日から556日であった。ICI投与開始後556日目に発症した1例は次治療のドセタキセル+ラムシルマブ投与中に発症した。全例でステロイドにより治療が実施され、改善を認めている。【考察】ICIを使用した化学療法において、血小板減少を認めた場合にはirAEによるITPも鑑別として考える必要がある。

## 073

## ステロイド治療を要したS-1による重症薬剤性腸炎の一例

○中野 佑亮<sup>2)</sup>、田中 智大<sup>1)</sup>、矢野 稜<sup>1)</sup>、堀井 貴之<sup>1)</sup>、石井 秀宣<sup>1)</sup>、星野 友昭<sup>1)</sup>

1) 久留米大学病院 呼吸器内科

2) 久留米大学病院 臨床研修センター

症例は72歳男性。胸部X線で右下肺野に腫瘤影を認め、精査の結果右下葉扁平上皮癌 cT4N3M1aStage IV Aと診断された。間質性肺炎を合併していることから、X年4月より1次治療としてCBDCA + PTX療法を行った。4コース後の造影CT検査で病勢進行を認め、X年10月より2次治療としてS-1による化学療法を開始した。投与開始17日後よりGrade 3の下痢が出現し、整腸剤、止痢薬投与するも改善なく、入院加療を行う方針とした。腹部所見は平坦、軟、腸蠕動音はやや減弱、左下腹部の圧痛を認めた。便培養では有意な病原菌を検出しなかった。腸管安静のため絶食で経過をみたが症状の改善なく、入院第5病日に下部消化管内視鏡検査を行ったところ、大腸にびらん、白苔付着、浮腫性変化が認め、病理検査では中等度の炎症細胞浸潤、好酸球浸潤を認めた。経過及び内視鏡所見から薬剤性腸炎と診断し、ステロイド投与を開始した。ステロイド治療開始5日後には下痢は消失し、入院第22病日の下部消化管内視鏡検査では炎症所見の改善を認めた。S-1は副作用として消化器毒性が知られているが本症例のように重症例は少なく文献的考察を含めて報告する。

## 074

## 問診の重要性を再認識した乙字湯による薬剤性肺障害の一例

○片桐 徳貴、今枝 陽、高江洲 壮、喜舎場 朝雄  
沖縄県立中部病院

症例は71歳男性。X-4年に急性呼吸不全の精査目的で当院に入院し、気管支鏡検査で肺胞出血の診断となり、全身ステロイド投与を行った。肺胞出血の原因として来院2週間前から内服を開始した乙字湯による薬剤性肺障害の可能性はあったが確定診断には至らなかった。X年、入院1週間前からの呼吸困難を主訴に当院を受診し、急性呼吸不全、画像検査で両側びまん性すりガラス影があり、同日気管内挿管・人工呼吸器管理となった。気管支鏡検査を含む精査で有意な所見はなく、急性間質性肺炎として全身ステロイド投与を行った。呼吸状態は改善し、入院16日目に人工呼吸器を離脱した。その後本人への問診で今回の来院2週間前から乙字湯を内服していたことがわかり、乙字湯による薬剤性肺障害の診断となった。ステロイドは漸減・中止とし、入院54日目に自宅退院とした。急性呼吸不全による挿管例では本人への問診が困難で、診断に必要な情報をしばしば本人以外からの病歴聴取や検査所見に頼らざるを得ない。本症例では人工呼吸器離脱後に再度本人への問診を行い確定診断に至った。原因不明の肺炎では薬剤性肺障害を鑑別にあげ、繰り返し問診を行うことが重要である。

## 075

## 免疫関連重症筋無力症の2症例のリハビリ経験

○森下 一樹<sup>1)</sup>、保田 祐子<sup>2)</sup>、三井 士和<sup>3)</sup>、  
一門 和哉<sup>2)</sup>

1) 済生会熊本病院 リハビリテーション部

2) 済生会熊本病院 呼吸器科

3) 済生会熊本病院 総合腫瘍科

はじめに：

免疫関連重症筋無力症(以下irMG)は、免疫チェックポイント阻害薬(ICI)投与後の0.12%で生じると報告がある。今回、我々はirMG発症早期からリハビリを行い、転院後歩行再獲得し自宅復帰に至った2例を経験したので報告する。

症例1:

70代、男性、肺癌。オプジーボ+ヤーボイ初回投与。投与後2wで眼瞼下垂・下肢痛自覚。3wに重症筋無力症、筋炎にて入院。irMGに対しては、ステロイドパルス療法・免疫グロブリン療法・血漿交換療法が施行。入院2日目よりリハビリ、22日目に挿管人工呼吸管理、98日目より歩行練習、101日目に転院、150日目に歩行獲得し自宅退院。

症例2:

70代、男性、肺腺癌。ニボルマブ+イピリムマブ初回投与。投与後2wより倦怠感・筋力低下ありステロイド加療。3wで呼吸困難・体動困難となり入院、ステロイドパルス療法施行、NPPV管理。入院2日目よりリハビリ、14日目より歩行練習。26日目に転院、70日目に歩行獲得し自宅退院。

まとめ:

irMGは死亡率が高いことが知られている。今回、irMGの徴候を把握し早期治療介入及び症状に応じたリハビリを行うことで歩行再獲得し自宅復帰に至った。

## 076

## COPD患者における座位行動の身体活動に関する多施設共同研究

○栗原 有紀<sup>1)</sup>、高橋 浩一郎<sup>1)</sup>、田代 宏樹<sup>1)</sup>、浅井 一久<sup>2)</sup>、佐々木 誠悟<sup>3)</sup>、中西 正典<sup>4)</sup>、平野 綱彦<sup>5)</sup>、松永 和人<sup>5)</sup>、南方 良章<sup>3)</sup>

- 1) 佐賀大学医学部附属病院
- 2) 大阪公立大学
- 3) 国立病院機構和歌山病院
- 4) 和歌山県立医科大学
- 5) 山口大学

【目的】身体活動性が低下した(特に座位時間が長い)患者の特性を明らかにする。

【方法】環境再生保全機構「COPD患者に対する個別歩数目標提供の有用性検証と自己管理法の確立」の横断データを用い、特に座位時間に着目して解析した。(1)座位時間と患者背景、呼吸機能、CAT、息切れ、筋肉量などの相関解析、(2)座位時間が長い集団と短い集団の層別解析、を実施した。

【結果】解析対象は78名(男性74、平均年齢74.4歳、BMI=22.5 kg/m<sup>2</sup>、%FEV<sub>1</sub>=66.4%、1日歩数4,213.0 ± 2,589.5歩、身体活動量：1.0-1.5METs 396.5 ± 121.9分)であった。座位時間は、FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>%、位相角、脊柱起立筋断面積と逆相関が認められた。層別解析で座位時間が長い集団は、低体重、低BMI、低呼吸機能、CAT高値、PROMS-D高値、脊柱起立筋断面積低値、多裂筋面積低値が抽出された。

【結論】座位時間の長いCOPD患者の特性として、BMI低値、呼吸機能低下、QOL低下、PROMS-D高値があり、四肢筋肉量よりも体幹筋肉量(脊柱起立筋、多裂筋)と関連する可能性が示唆された。

## 077

## Haemophilus influenzaeによる鑄型気管支炎の一例

○鶴田 瑛大、森本 俊規、山崎 啓、橋本 康平、岩永 優人、千葉 要祐、根本 一樹、川口 貴子、先成 このみ、立和田 隆、矢寺 和博

産業医科大学 呼吸器内科学

症例は9歳、女児。気管支喘息の既往があるが、吸入ステロイド等の長期管理薬は使用していなかった。X-7日より湿性咳嗽を自覚し、X日に近医を受診、低酸素血症を指摘され、精査目的に当院へ救急搬送された。胸部CTで左閉塞性無気肺を認め、全身麻酔下の気管支鏡検査で、左主気管支内腔の気道分泌物による閉塞を確認した。気管支鏡による吸引では効果が乏しかったため、吸引カテーテルと気管支鏡を組み合わせることにより、可及的に痰を吸引することができ、閉塞部を解除することに成功した。気道内分泌物からは*Haemophilus influenzae*が培養され、抗菌薬治療と頻回の吸引により、入院5日目には胸部X線写真で左無気肺の解除を認めた。鑄型気管支の原因は、外科的手術、医原性、感染性など多岐にわたるが、*H. influenzae*によるものは稀である。さらに、鑄型気管支炎の粘液栓の中には、好酸球が過剰に活性化することによりETosisを引き起こし、粘性の強い粘液栓を形成することが知られている。コントロール不良の喘息患者によって誘発されたETosisと、感染による気道分泌物の増加により、本症例の病態が引き起こされたと考えられた。

## 078

## 成人女性に発症したピーナッツ誤嚥による器質化肺炎の一例

○廣澤 利帆、森 雄亮、前田 幸則、星野 鉄兵  
北九州市立八幡病院

【症例】70歳女性。入院3週間前より咳嗽が出現、その後発熱を認めたため、当院を受診した。受診時の胸部CTでは、右下葉に広範囲なconsolidationを認め、細菌性肺炎を疑いMEPMによる治療を開始した。第10病日に再検した胸部CTでは陰影改善が乏しく、右底幹支に占拠性病変を認めた。問診にてピーナッツ咀嚼中に激しく咽せたエピソードを聴取したことから、ピーナッツ誤嚥を疑い気管支鏡検査を施行した。内腔所見としては、右B8入口部にピーナッツが嵌頓しており除去を行った。除去後も陰影改善が乏しいため、第20病日に気管支鏡検査を再検した。気管支肺胞洗浄液はリンパ球優位であり、器質化肺炎を考慮し、PSL60mgによる治療を開始した。胸部陰影は速やかに改善を認め、第41病日に自宅退院となった。【考察】ピーナッツ誤嚥の多くは小児例であり、本症例は誤嚥の兆候もないため、異物誤嚥を疑えず、診断まで時間を要した。さらに、閉塞性肺炎は異物除去により改善するが、本症例は除去までに時間を要した事で、器質化肺炎に移行したと思われる。年齢に関係なく、難治性肺炎の場合には、気道異物を念頭に置き、診療を行う必要がある。

## 079

## びまん性汎細気管支炎に伴った気管支結石症の一例

○小柳 杏梨、神宮司 祐治郎、前原 ひとみ、平山 藍子、中島 真亜子、池松 祐樹、前山 隆茂  
国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 呼吸器内科

症例は69歳、女性。びまん性汎細気管支炎(DPB)に対して55歳から当院で少量マクロライド療法を開始、次第に慢性呼吸不全が進行し、58歳から在宅酸素療法を導入している。胸部CTでは両肺の気管支拡張変化、細気管支炎変化に加えて小石灰化陰影を以前から認めていたが、今回、軽石様の小物質を喀出したため、気管支結石症を疑って気管支鏡検査を行なった。気管支内腔には白色粘稠痰を著明に認め、さらに右中葉気管支入口部、右B8、右B9内腔に白色の構造物を認めた。喀出された小物質および気管支内腔構造物は、病理学的には粘液性物質、炎症細胞、結節状石灰化物から成り立っており、気管支結石症と診断した。気管支結石症は気管支内腔に石灰化あるいは骨化した物質を認める比較的稀な疾患であり、その成因として慢性炎症に伴って1)気道に迷入した石灰化したリンパ節説、2)気道内分泌物が石灰化する説が考えられている。炎症の原因として抗酸菌、真菌、放線菌による感染が報告されているが、本例ではこれらの病原体は陰性で、検出されたのは緑膿菌のみであり、DPBが気管支結石症の誘因となった可能性が示唆された。

## 080

### 閉塞性睡眠時無呼吸とpreserved ratio impaired spirometryの関連

○緒方 大聡、森内 祐樹、小川 愛実、柳原 豊史、石松 明子、大塚 淳司、田口 和仁、森脇 篤史、吉田 誠

国立病院機構福岡病院 呼吸器内科

【背景】閉塞性睡眠時無呼吸(OSA)は肥満者に多く、循環器的予後不良であることが知られている。近年脚光を浴びているpreserved ratio impaired spirometry (PRISm)は、1秒率70%以上かつ対標準1秒量80%未満と定義され、同様の特徴を呈することが明らかになりつつある。しかし、両者の関連を実際に検討した報告は些少である。

【方法】対象は当院で終夜睡眠ポリグラフおよび呼吸機能検査を施行した40歳以上の成人OSA連続症例(計372例)とした。OSAの重症度とPRISm有病率の関連を、カイ2乗検定およびロジスティック回帰分析を用いて推定した。

【結果】35例(9.4%)がPRISmに該当した。軽症・中等症OSA群に比して、重症OSA群ではPRISm有病率が有意に高かった(6.2% vs 12.9%、 $P$ 値0.04)。軽症群、中等症群、重症群の3群比較では、重症度が上がるにつれ有病率が上昇した(傾向性 $P$ 値0.03)。これらの関連は多変量調整後も同様であった。

【結語】OSAにおいて、重症であることはPRISmの独立した危険因子であった。

## 081

## 産後に診断された活動性肺結核の4例

○比嘉 真理子<sup>1)</sup>、大湾 勤子<sup>1)</sup>、兼久 梢<sup>1)2)</sup>、  
久田 友哉<sup>1)</sup>、名嘉山 裕子<sup>1)</sup>、知花 賢治<sup>1)</sup>、  
藤田 香織<sup>1)</sup>、仲本 敦<sup>1)</sup>、比嘉 太<sup>1)</sup>、  
山本 和子<sup>2)</sup>

1) 国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科

2) 琉球大学病院 第一内科

【背景】周産期は活動性結核の発病リスクが上昇するとされ、妊娠中の結核診断の遅れにより産後に顕在化した報告も散見される。【方法】2008年~2023年の15年間に当院で産後6ヶ月までに診断された活動性肺結核4例について後方視的に検討した。【結果】全例日本人で年齢中央値31.5歳(26-38)、既往なし3例、看護師1例、主婦1例、産後3ヶ月までの発症3例、妊娠26週の発症1例、全例で咳嗽あり、発症から診断までの期間(診断の遅れ)中央値40.5日(5-101)、病型は1例でⅡ3(他はⅢ1-2)、排菌3+/2+/1+:1/2/1例、IGRA陽性2例(他は未検)、合併は胸膜炎1例、気管支結核1例、全例で4剤治療(HREZ)開始、1例は肝障害でPZA中止、全例で軽快退院(1例は治療完遂、3例は転医)、児の予防内服3例(1例は不明)。【考察】産後結核は肺外結核の合併が多く予後不良との報告もあるが、本報告では胸膜炎1例のみであり、転帰も比較的良好であった。全例で咳嗽があり妊娠中より認めていた症例もあることから、周産期に咳嗽のある女性は結核も念頭に胸部X線、喀痰検査、IGRA等の実施を考慮すべきである。

## 082

## 肺外結核と診断された同施設内ネパール人の2例

○南里 水晶<sup>1)</sup>、田代 宏樹<sup>1)</sup>、梶原 心<sup>1)</sup>、  
桑原 雄紀<sup>1)</sup>、栗原 有紀<sup>1)</sup>、小宮 奈津子<sup>1)</sup>、  
小楠 真典<sup>1)</sup>、中島 千穂<sup>1)</sup>、原野 由美<sup>2)</sup>、  
高橋 浩一郎<sup>1)</sup>、荒金 尚子<sup>1)</sup>

1) 佐賀大学医学部附属病院 呼吸器内科

2) 佐賀県医療センター好生館 総合内科

【症例1】20歳女性。20xx年5月、頸部リンパ節および胸鎖関節の腫脹・疼痛を認め受診。胸部CTにて胸骨縁に溶骨性腫瘍、右鎖骨上窩リンパ節腫大を認めたが、明らかな肺内病変を認めなかった。喀痰抗酸菌塗抹・培養陰性、T-SPOT陰性であり、胸骨生検により結核PCR陽性・リンパ節穿刺液で結核培養陽性となり、結核性リンパ節炎、胸骨結核と診断した。薬剤感受性は良好であり4剤治療を導入した。

【症例2】22歳女性。20xx年9月、胸部X線で縦郭陰影拡大を指摘。同時期より右頸部リンパ節腫大、疼痛を認め受診。胸部CTにて頸部、縦郭・肺門リンパ節腫大を認めたが、肺内病変を認めなかった。喀痰抗酸菌塗抹・培養陰性、T-SPOT陰性であり、EBUS-TBNAによるリンパ節生検にて結核培養陽性、病理所見にて肉芽腫形成を認め結核性リンパ節炎と診断し、4剤治療を導入した。

【考察】2症例は同時期に来日し、同じ語学学校に通学していたが来日目の面識はなく、来日後も生活やクラスは別で接点はなかった。ネパールは結核の高蔓延国であるため、結核をより疑う必要がある。

【結論】肺外結核は診断に苦慮することが多いため、T-SPOT陰性であっても積極的な生検が必要である。

## 083

## 当院で診断した外国生まれ肺結核8症例の検討

○井村 昭彦

熊本労災病院 呼吸器内科

【背景】新登録結核患者における外国生まれの割合は増加傾向であり、当院でも結核高負荷国からの在留外国人の増加に伴い注意が必要となっている。【目的・対象】2013年1月～2023年12月に当院で診断した外国生まれ肺結核8症例の臨床的検討を行った。【結果】年齢は21～35歳、男性1例、女性7例で全例就業者、出身国はフィリピン4例、インドネシア2例、ベトナム1例、タイ1例と全例東南アジアであった。受診動機は有症状5例、健診2例、結核の管理検診1例であった。診断時期は2016年が3例、2019年が2例、2021年以降は毎年1例であったが、3例は前医で診断に至らず9か月～1年2か月後に診断された。診断は、1例は細菌学的検査は陰性で臨床診断された。4例は喀痰で、3例は気管支鏡検査で診断されたが、このうち2例は初回の気管支鏡検査で診断に至らなかった。培養陽性6例中1例が耐性菌であったが、4例は当院では培養陰性であった。【結論】診断に至らない場合、再検査や慎重な経過観察が必要と思われる。薬剤感受性の確認は重要であるが、喀痰、気管支鏡共に培養陰性例が多かったため、喀痰採取法の改善を検討する必要がある。

## 084

## 粟粒結核と結核性リンパ節炎に免疫性血小板減少症を合併した症例

○甲斐 聖太郎<sup>1)</sup>、里永 賢郎<sup>2)</sup>、藤島 宣大<sup>2)</sup>、大森 翔太<sup>2)</sup>、小宮 幸作<sup>2)</sup>、安東 優<sup>3)</sup>、平松 和史<sup>2)</sup>

1)大分大学医学部

2)大分大学医学部 呼吸器・感染症内科学講座

3)大分県立病院 呼吸器内科

症例は62歳男性。食欲不振、鼻出血を認めX年10月3日に当院を受診した。頸部のリンパ節腫大、血小板  $7000/\mu\text{L}$ 、胸部X線写真で両肺に粒状影があり精査加療目的に当科入院となった。胸部CTで両肺びまん性に粒状影と全身のリンパ節腫大があり、尿中抗酸菌PCRでTB陽性、喀痰抗酸菌培養から *Mycobacterium tuberculosis* を検出し、粟粒結核と結核性リンパ節炎の診断となり、4日からINH+RFP+EM+PZAの内服を開始した。血小板輸血を行うも血小板増加を認めず、血小板以外の血球異常を認めず、PAIgG  $1360\text{ ng}/100\text{万 cells}$ 、トロンボポエチン  $8.63\text{ fmol}/\text{mL}$ 、2度の骨髓生検で骨髓は正形成で巨核球が増加し、顆粒球/赤芽球比正常であり、免疫性血小板減少症(ITP)と診断した。プレドニゾロン  $60\text{ mg}/\text{日}$ とエルトロンボパグ  $37.5\text{ mg}/\text{日}$ を投与するも血小板数が横ばいであり、RFPをLVFXに変更したところ徐々に血小板数が増加した。血小板  $2.4\text{ 万}/\mu\text{L}$ まで増加したため11月3日に自宅退院となった。結核とITPの病態生理学的メカニズムは未だ不明であるが、稀に合併する。文献的考察を含めて報告する。

## 085

## 抗MAC抗体の測定が肺非結核性抗酸菌症 (NTM症) 診療に与える影響についての検討

○知花 凜<sup>1)2)</sup>、田里 大輔<sup>1)</sup>、長谷川 知彦<sup>1)2)</sup>、  
國吉 健太<sup>1)2)</sup>、金城 武士<sup>2)</sup>、宮城 一也<sup>2)</sup>、  
山本 和子<sup>2)</sup>

1) 北部地区医師会病院 呼吸器・感染症科

2) 琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器  
内科学講座 (第一内科)

【緒言】肺NTM症の診断には2回以上の異なる喀痰もしくは気管支鏡(BF)検体で1回以上の培養陽性の確認が必要だが、抗GPL core IgA抗体(以下MACAb)測定により診断基準を満たさない疑い例も増えていると推察される。今回当院でMACAb測定結果がもたらす影響を検討した。

【方法】2016年4月1日~2023年3月31日の7年間にMACAbを測定した患者を抽出し、患者背景、測定経緯、陽性率、抗酸菌検出の有無、BFの有無、主治医の判断を調査した。

【結果】390例が該当し、女性が57.4%、有症状者は38.0%であった。経緯は2次検診が35.4%で最多であった。MACAb陽性率は20.3%で、抗酸菌検出は9.2%、BF実施は26.7%であった。MACAb陽性例ではBF実施は少なく(20.3%vs28.3%)、外来フォローアップが多かった(66.4%vs46.9%)。菌の証明がなくともMACAb陽性により主治医がNTM症と臨床診断していることが多かった(62.0%vs14.5%)。

【結語】MACAb陽性は主治医の判断(BF実施、外来フォロー、臨床診断)に影響していたが、原則診断基準に沿った診療が重要である点は強調したい。

## 086

## 肺MAC症に対してアリケイスを導入した一例

○福山 野乃華、梅口 仁美、光井 遥佑、  
村田 大樹、貞松 宏典、久保田 未央、  
岩永 健太郎

佐賀県医療センター好生館 呼吸器内科

【背景】アリケイスは2021年に肺MAC症に対して承認されたりボソーム化アミカシン吸入液である。吸入法や吸入器具の洗浄について患者の理解と協力が必須である。【症例】66歳女性【現病歴】15年前から肺MAC症(M.avium)に対して薬物療法を継続。CAM耐性や、EBの有害事象により、X-7年からRFP、STFXによる治療を継続していた。排菌は持続しており、X-1年頃より発熱の頻度が増え、画像でも悪化を認めたためX年アリケイスを導入する方針とした。【経過】AMKのMICは4 $\mu$ g/mlであった。吸入方法、器具の洗浄については教育入院を行った。導入後も症状は悪化し、発熱と倦怠感のため器具の洗浄もできず、1か月後に再入院とした。アリケイスを中止し、AMKの点滴静注に変更し、AZMを追加した。AMKはTDMを行い500mgを連日点滴静注した。約2か月間AMK点滴を行い、解熱と排菌量の減少を確認し、全身状態が改善していたためアリケイス吸入に変更した。その後は、症状軽快しており外来治療を継続している。【結語】AMKはMAC症のキードラッグの一つであり状況に合わせて吸入と点滴の投与方法が選択できる。

## 087

肺NTM症治療中に多発骨病変を呈し、抗IFN- $\gamma$ 自己抗体陽性播種性NTM症と診断した1例

○木村 俊貴<sup>1)</sup>、吉田 知栄子<sup>1)</sup>、宮川 英子<sup>2)</sup>、平田 真哉<sup>2)</sup>、坂上 拓郎<sup>1)</sup>

- 1) 熊本大学病院 呼吸器内科  
2) 熊本大学病院 膠原病内科

【症例】42歳 女性【経過】X-7年にシェーグレン症候群の診断となったが、無治療で経過をみられていた。X-6年に倦怠感と左胸痛を主訴に左上葉の浸潤影を指摘され、気管支肺胞洗浄にて*M. avium*の検出、CTガイド下肺生検にて器質化肺炎の所見を認めた。肺NTM症に対してクラリスロマイシン、リファンピシン、エタンプトールを開始し、器質化肺炎に対しては全身ステロイド投与を開始した。X-5年に椎体や骨盤骨に骨硬化像を認め、骨髄穿刺を行ったところ同菌を検出した。その後も3剤治療を継続したが、病変の残存を認めた。X年に血清中抗IFN- $\gamma$ 自己抗体を測定したところ、陽性の結果であったため、抗IFN- $\gamma$ 自己抗体陽性播種性NTM症と診断した。【考察】既知の免疫不全がない播種性NTM症の背景因子として抗IFN- $\gamma$ 自己抗体が近年注目されている。骨・関節病変は抗IFN- $\gamma$ 自己抗体陽性播種性NTM症の58%に認められ、AIDS合併播種性NTM症との臨床上の相違点とされる。多発骨病変を認める播種性NTM症では、抗IFN- $\gamma$ 自己抗体の存在を疑い、確定した場合には長期の抗菌薬治療の継続が必要となることを認識すべきである。

## 088

肺結節影に対して外科的切除を行い*M. heckeshornense*症と診断した一例

○萩原 拓貴<sup>2)</sup>、中野 貴子<sup>2)</sup>、木村 知代<sup>2)</sup>、今田 悠介<sup>2)</sup>、中富 啓太<sup>2)</sup>、山下 崇史<sup>2)</sup>、吉見 通洋<sup>2)</sup>、高田 昇平<sup>2)</sup>、濱武 大輔<sup>1)</sup>、阿部 千恵<sup>3)</sup>

- 1) 独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター 呼吸器外科  
2) 独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター 呼吸器内科  
3) 独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター 病理診断科

症例は70代女性。X-1年12月から乾性咳嗽が出現し、近医で気管支喘息として治療された。しかし咳嗽は改善せず、X年3月に難治性咳嗽として当院を受診した。初診時のCTで右肺上葉に浸潤影、中葉・舌区に結節影、粒状影を認めた。細菌性肺炎として抗菌薬を投与したが、右肺上葉の浸潤影の増大を認めた。検体採取のために気管支鏡検査を行ったが、悪性細胞や起因菌の検出は得られなかった。診断目的に胸腔鏡下右上葉部分切除術を施行したところ、術後検体で抗酸菌塗抹ガフキー2号、培養で*M. heckeshornense*を認めた。*M. heckeshornense*は基礎疾患のない成人に感染することは稀である。*M. xenopi*に類似しており、同菌との鑑別が臨床的には重要である。治療法については様々な報告がある。非常に稀な菌種を同定したため、同菌の診断方法、治療について文献的考察を踏まえて報告する。

## 089

## 原発性肺癌に起因する大量咯血に気管支動脈塞栓術を施行し救命に至った1例

○島崎 雅士<sup>1)</sup>、江口 善友<sup>2)</sup>、一門 和哉<sup>2)</sup>

1) 済生会熊本病院 医師研修室

2) 済生会熊本病院 呼吸器内科

症例は60歳代男性。X年8月・日に呼吸困難感と大量咯血を主訴に当院救急搬送され、緊急での気管挿管、人工呼吸管理を施行した。胸部造影CT検査では左上葉に肺癌疑う造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた。気管支鏡検査では左主気管支に多量の血餅があり、内腔病変は目視できなかったが、血餅の分布から同病変が出血源の可能性が高いと判断した。ICU管理でも酸素化維持が困難な状態であったため、止血目的で血管造影を施行し、腫瘍濃染を認めた左気管支動脈に塞栓術を施行した。また気管支鏡検査を再度施行し、左上葉枝入口部に腫瘍病変を認め、同部位の生検で肺腺癌と診断した。その後、酸素化の改善を認め、再出血も無く抜管に至った。原発性肺癌に起因する咯血に対する気管支動脈塞栓術の有効性を示した報告は少ないが、近年では有効であるという報告が散見される。今回その有効性を支持できるような症例を経験したため文献的な考察を交えて報告する。

## 090

## 血小板減少によりTKI投与を継続できず急速な転機を辿った癌性髄膜炎の1死亡例

○陳 邁也、青木 亮太、夫津木 遼、藤本 優汰、狭間 大貴、竹内 哲郎、山本 高之、中野 浩文、杉本 幸弘、高山 昌紀  
福岡青州会病院 呼吸器内科

症例は77歳女性。X年5月に右大腿骨転子部骨折で搬送された際の画像検査で肺癌を疑われ、精査にて多発骨転移、肝転移が認められ、肺腺癌cT1cN3M1c Stage IVB、EGFR L858R陽性の診断となった。骨折に対する手術療法後のX年7月よりオシメルチニブ80mg/dayで治療を開始されたところ、Grade3の血小板減少が出現したため、最終的にオシメルチニブ40mg/day隔日投与とされていた。以後は原発巣の縮小傾向を認めていたが、X年10月に眩暈・頭痛のため自宅生活が困難となり、再入院となった。髄液所見から癌性髄膜炎の診断に至りエルロチニブ150mg/dayで2次治療を開始されたところ、症状は速やかに消失したが、5日目にGrade3の血小板減少をきたし休薬となった。休薬2日目には頭痛が再燃、増悪傾向となり、休薬5日目に意識障害をきたし、同日死亡退院となった。本症例は癌性髄膜炎に対しEGFR-TKIが著効するも血小板減少により充分量の投与が出来ず死亡に至ったと考えられる1例であり、癌性髄膜炎の治療に際し示唆に富む症例であった。

## 091

## 限局型小細胞肺癌に合併した皮膚筋炎の1例

○大後 徳彦<sup>1)</sup>、柴原 大典<sup>1)</sup>、藤本 翔<sup>2)</sup>、  
大坪 孝平<sup>1)</sup>、白石 祥理<sup>1)</sup>、米嶋 康臣<sup>1)</sup>、  
岩間 映二<sup>1)</sup>、有信 洋二郎<sup>2)</sup>、田中 謙太郎<sup>1)</sup>、  
岡本 勇<sup>1)</sup>

1)九州大学病院 呼吸器科

2)九州大学病院 免疫・膠原病・感染症内科

**【症例】**60歳男性。健診異常を契機に発見された左肺舌区の結節影に対して、気管支鏡検査を行い限局型小細胞肺癌(cT1N2M0, Stage III A)の診断となった。診断と同時期にGottron丘疹、近位筋の筋力低下を認め、CK高値、抗TIF-1 $\gamma$ 抗体陽性より腫瘍随伴症候群による皮膚筋炎と診断した。限局型小細胞肺癌への治療として加速過分割照射による化学放射線同時併用療法を開始した。腫瘍縮小に伴い、皮膚筋炎症状は次第に改善し病勢も安定している。

**【結語】**限局型小細胞肺癌に合併した皮膚筋炎の一例を経験した。腫瘍随伴症候群による皮膚筋炎の病勢は、約40%で腫瘍の病勢と比例すると言われている。また、皮膚筋炎の16%に肺癌が合併するとの報告もあるが、そのほとんどは皮膚筋炎の診断後に肺癌を発症している。皮膚筋炎に肺癌が先行する例はまれであり、文献的考察を加えて報告する。

## 092

## 気胸に対する胸腔ドレナージ中に転院搬送のため民間機に搭乗した一例

○知光 祐希<sup>1)</sup>、黒田 凌<sup>1)</sup>、宮城 裕人<sup>2)</sup>、  
吉嶺 厚生<sup>2)</sup>

1)沖縄県立八重山病院 総合診療科

2)沖縄県立八重山病院 内科

**【症例】**先天的に完全内臓逆位がある70代男性が労作時呼吸困難で当院を受診した。肺癌術後、COPDに加えて左右一度ずつ気胸の既往があったがここ数年は安定して経過していた。救急外来での胸部X線検査で左II度気胸を認めたため、胸腔ドレーンを留置し同日入院した。入院時から手術を検討したが、当院には常勤の呼吸器外科医がいないこと、肺癌術後やCOPD完全内臓逆位などの既往があり周術期リスクがあることなどから保存的治療を選択した。入院後、癒着療法などの治療を行ったが気胸の改善の見込みが乏しく、民間機を用いて手術目的に医師が同乗し転院搬送を行った。機内では高度上昇中にリークの悪化を認め、気圧の低下による気体の膨張を反映していると考えられた。気胸発症後少なくとも数週間は飛行機への搭乗を行うべきでないに記載しているガイドラインは存在するものの、胸腔ドレナージ中に飛行機搭乗を行っても良いかどうかについては不明であり、いままでに報告例もほとんど存在しない。本症例は、飛行機内における高度上昇中の胸腔ドレーンからのリークの変化について捉えた貴重な報告である。

## 093

## 若年発症の難治性自己免疫性肺胞蛋白症の一例

○石丸 裕子、吉田 知栄子、堀尾 雄甲、  
本庄 花織、今井 美友、今村 光佑、  
城臺 安見子、増永 愛子、一安 秀範、  
坂上 拓郎

熊本大学病院 呼吸器内科

症例は22歳女性。20XX年4月に健康診断で胸部異常陰影を指摘され、前医を受診した。胸部CTでcrazy paving appearanceを認め、白濁した気管支肺胞洗浄液、抗GM-CSF抗体陽性の結果から、自己免疫性肺胞蛋白症の診断となった。7月に呼吸困難感が出現し、呼吸不全を呈したため全肺洗浄目的に当院を紹介され受診した。初回の全肺洗浄後に一時的に低酸素血症や検査所見は軽快し退院可能となったが、9月には再増悪を認めた。全肺洗浄に加え、20XX+1年8月からGM-CSF吸入療法を併用したが、短期間で増悪を繰り返し、発症から3.5年間で計36回の全肺洗浄を要している。内科的治療に抵抗性で、夜間人工呼吸器からの離脱が困難となり呼吸不全が進行したことから、20XX+3年10月に脳死肺移植登録を行った。自己免疫性肺胞蛋白症は自然軽快もみられる基本的には予後のよい疾患である。一方で、特に若年発症例で難治化する症例が存在する。希少疾患である自己免疫性肺胞蛋白症の難治化の背景は不詳で治療法は確立されておらず、本症例のような難治例をレジストリ化できる体制の構築が望まれる。

## 094

## 多発リンパ腫大と多彩な胸部異常陰影を呈した全身性ALアミロイドーシスの一例

○梶原 心<sup>1)</sup>、田代 宏樹<sup>1)</sup>、桑原 雄紀<sup>1)</sup>、  
栗原 有紀<sup>1)</sup>、藤田 真衣<sup>2)</sup>、草場 香那<sup>2)</sup>、  
佐野 晴彦<sup>2)</sup>、小宮 奈津子<sup>1)</sup>、小楠 真典<sup>1)</sup>、  
中島 千穂<sup>1)</sup>、高橋 浩一郎<sup>1)</sup>、荒金 尚子<sup>1)</sup>

1)佐賀大学医学部附属病院 呼吸器内科

2)佐賀大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科

## 【症例】

73歳女性。20xx-2年、健診にて胸部異常陰影を指摘、CTで両側肺門・縦隔リンパ節腫大と両肺野網状陰影を認めたが、症状なく経過観察。20xx-1年より食欲不振、20xx年8月から労作時息切れが出現、当院へ紹介受診。呼吸不全を呈しており、CTで頸部から鼠径部にかけて石灰化を伴う多発リンパ節腫大と両肺に網状陰影・多発浸潤影・結節影・右胸水貯留を認めた。左鼠径リンパ節生検、消化管内視鏡での粘膜生検で、Congo red染色陽性のアミロイド沈着、免疫染色より全身性AL型アミロイドーシスと診断。10月より化学療法を開始し陰影は軽減している。

## 【考察】

アミロイドーシスは、アミロイド蛋白の臓器沈着で機能不全を来す疾患。肺アミロイドーシスは心臓や腎臓に比べ頻度が低い。本症例はCTにて多発リンパ節腫大に加え、小葉間隔壁肥厚や血管周囲側の肥厚などリンパ増殖性疾患やサルコイドーシス、癌性リンパ管症が鑑別疾患が挙げられた。肺アミロイドーシスは、気管気管支型・結節型・びまん性肺胞隔壁型に大別され、本症例は、びまん性肺胞隔壁型の画像所見であった。

## 【結語】

多発リンパ腫大と多彩な胸部異常陰影を呈した全身性ALアミロイドーシスの一例を経験した。

## 095

## てんかん発作に伴い発症した神経原性肺水腫の一例

○石野 太雅、中野 貴子、木村 知代、萩原 拓貴、  
今田 悠介、中富 啓太、山下 崇史、吉見 通洋、  
高田 昇平

独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター呼吸器  
内科

症例は40歳の女性。心因性非てんかん発作(PNES)、てんかんの既往があり、これまでてんかん発作を何度も繰り返しコントロール不良であった。X年10月、立ち上がった際に急に倒れこみ痙攣が出現したため救急搬送された。痙攣は約3分間であった。来院時、意識レベルは改善したが酸素化低下を認めた。胸部X線では両側肺野の透過性低下を認め、CTでは両側肺門側優位のすりガラス影、浸潤影を認めた。高流量鼻カニューラ酸素療法開始したところ、入院16時間後の胸部X線では陰影の著明な改善を認めた。鑑別としては誤嚥性肺炎や心原性肺水腫、神経原性肺水腫が考えられたが、短期間での著明な改善、炎症反応陰性、心機能正常、淡血性の気管支肺胞洗浄液などにより、てんかん発作に伴い発症した神経原性肺水腫と診断した。

てんかん発作に伴った神経原性肺水腫は報告が少なく比較的稀であるが、てんかん発作時には神経原性肺水腫発症の可能性を認識しておく必要があると考える。発症機序や診断基準などを含めて文献的考察と共に報告する。

## 096

## ピーナッツ誤嚥によって右中葉無気肺と閉塞性肺炎をきたした成人の一例

○西山 紗貴子、田嶋 祐香、垣内 洋祐  
JCHO人吉医療センター

症例は62歳男性、1ヶ月前の健診で胸部X線異常を指摘されなかった。微熱と咳嗽のためかかりつけを受診し、胸部X線で右肺野透過性低下を認め、精査加療目的に当科を受診した。右呼吸音は減弱、胸部造影CTで右中葉無気肺と右中葉気管支内腔の軟部影を認めた。3週間前にピーナッツをムセ混んだエピソードを聴取し、入院で気管支鏡による内腔観察を行った。右中葉気管枝入口部を閉塞する黄白色塊を認め、一部除去し、病理検査に提出した。中葉から漏出する喀痰を吸引し培養からStreptococcus dysgalactiaeを認めた。病理組織では細胞壁構造を認め、ピーナッツ誤嚥による右中葉無気肺と閉塞性肺炎と診断した。抗菌薬、去痰剤、吸入療法で多量に排痰あり、無気肺は改善傾向を認めた。12日目に1cm大の異物が自然咯出され、自覚症状と無気肺は改善した。ピーナッツ誤嚥は小児の下気道異物として頻度が高く、油脂に含まれるアラキドン酸による化学性炎症や細菌性炎症を伴うため、気管支炎や喘息との鑑別が重要である。成人でも異物誤嚥は下気道閉塞の重要な鑑別で、特に誤嚥エピソードの確認は診断に有用である。

### 097

## 誤嚥性肺炎とCOVID-19の入院経過中に M.abscessusが顕在化した1例

○白石 静香<sup>1)</sup>、高木 怜子<sup>2)</sup>、恒吉 信吾<sup>2)</sup>、  
岡山 雄亮<sup>2)</sup>、西山 守<sup>2)</sup>、末安 禎子<sup>2)</sup>、  
時任 高章<sup>3)</sup>、星野 友昭<sup>3)</sup>

1)福岡済生会二日市病院

2)福岡済生会二日市病院 呼吸器内科

3)久留米大学 呼吸器・神経・膠原病内科

症例は77歳男性。X年8月、発熱、体動困難のため当院へ救急搬送された。SARS-CoV2 -抗原検査で陽性であった。胸部CT検査で両肺下葉を主として背側優位に浸潤影と周囲のすりガラス影を認め、誤嚥性肺炎と診断した。陰影より誤嚥性肺炎が主体でCOVID-19は軽症と判断し抗菌薬、レムデシビルを開始した。治療経過良好であり、第3病日でレムデシビル投与を終了とし、抗菌薬は第14病日で投与終了とした。第20病日頃より再度発熱を認め血液検査で炎症反応上昇、胸部X線検査で左肺野に斑状影を認めた。発熱以外の自覚症状は乏しく、感染後の器質化肺炎の可能性を疑い経過観察とした。しかし、その後の血液検査で炎症反応の上昇、胸部X線検査で陰影明瞭化、胸部CT検査で多発結節影を認めた。抗酸菌症や真菌症を考え精査を行い、抗MAC抗体陽性を認め、喀痰検査よりMycobacterium abscessus (subsp. abscessus)を確認しNTM症と判断した。今回誤嚥性肺炎とCOVID-19肺炎の治療後に顕在化したM.abscessusを経験した。教訓的症例と考え報告する。

## 098

## 特発性血気胸5例の検討

○廣松 昌平<sup>1)</sup>、濱廣 友華<sup>1)</sup>、能勢 直弘<sup>1)</sup>、  
古閑 将史<sup>2)</sup>、味志 裕介<sup>2)</sup>、天神 佑紀<sup>2)</sup>、  
山口 哲朗<sup>2)</sup>

1)宮崎県立延岡病院 呼吸器外科

2)宮崎県立延岡病院 呼吸器内科

背景：特発性血気胸は比較的稀な疾患であるが、出血性ショックを来すことがあり、確実な診断と的確な手術判断が求められる。

結果：過去6年間で手術を行った症例は5例であり、男性3例、女性2例、年齢31.6歳(22~44歳)だった。左側1例、右側4例だった。全例にドレーン留置が行われ、搬入時からドレーン留置までの時間は平均61分(38~116分)、ドレーン排液は平均454.8ml(29~980ml)だった。4例は緊急で胸腔鏡下止血術、肺部分切除術を行い、1例は待機的に手術を行った。緊急で手術を行った4例は出血点である索状物を同定し、クリッピングにて止血を行った。手術中の出血量は血腫を含め平均478ml(少量~1340ml)、手術時間は平均62.8分(53~73分)だった。輸血を行ったのは2例であり、内1例は前医でドレーン留置され、経過をみられたが持続出血があり当院搬送となった症例であった。

まとめ：ショックに至った症例や、保存的治療が試みられたが輸血が必要となった症例がある一方、手術は短時間で比較的容易であることを考慮すると、自然血気胸を疑った時点で緊急手術を検討すべきであると考えられた。

## 099

## 終末期の呼吸困難患者におけるネーザルハイフロー使用経験

○福島 一雄、室原 良治  
医療法人室原会 菊南病院

ネーザルハイフローセラピーは侵襲性の低い高流量酸素療法として、呼吸不全治療にて広く普及しつつある。今回は、呼吸困難軽減を目的に、終末期患者での使用を経験したので報告する。

症例1 80歳代男性 基礎疾患：肺癌、認知症、脳梗塞後遺症

現病歴)X年7月中旬A市中病院にてstage IV進行肺癌の診断で、放射線治療実施。7月末当院へ転院。食思不振が続き、ステロイド剤や補液を継続。9月29日急激な酸素化低下を認め、肺炎合併と診断し、ネーザルハイフロー(HFNC)を開始。呼吸状態は改善したが、全身の衰弱は進行し、10月22日永眠。

症例2)80歳代男性 基礎疾患：COPD/間質性肺炎、認知症

現病歴)X年5月当院入院中に右気胸を発症し、B市中病院にて治療後、同月下旬当院に再転院。ステロイド剤/抗菌剤や補液を投与中であつたが、7月24日両側気胸を発症し、呼吸困難と意識レベル低下をきたした。家族は侵襲的治療は希望されず、翌日25日HFNCを開始し、呼吸困難は一時回復したが、7月26日永眠。

終末緩和期におけるHFNCの有効性は定まっていないが、呼吸困難を呈した患者の治療選択肢の一つとなる治療法と考えられた。

## 100

## 胸郭ジストロフィーによるII型呼吸不全に対し夜間NPPV、40%濃縮器による在宅酸素を導入した一例

○川上 さき、藤井 一彦、塩見 太郎、  
小佐井 幸代、岸 裕人、岩越 一、福田 浩一郎、  
八浪 浩一  
熊本市立 熊本市市民病院

【症例】22歳女性【主訴】低酸素血症【経過】Jeune症候群(先天性胸郭ジストロフィー)による側弯、高度の漏斗胸があり、数ヶ月間で低酸素血症が進行したため、病態評価およびNPPV導入目的で当科入院となった。来院時、自覚症状は乏しいもののSpO<sub>2</sub> 80%(室内気)、心拍数 130回/分、動脈血ガス分析でpH 7.37、PaCO<sub>2</sub> 80 Torr、PaO<sub>2</sub> 54 Torrと代償されたII型呼吸不全を認めた。就寝中はSpO<sub>2</sub> 60-80%台、心拍数 100回台/分、EtCO<sub>2</sub> 70 mmHg台で推移した。第2病日より呼吸リハビリテーションと日中の酸素吸入、夜間はiVAPS mode NPPVを室内気で開始した。治療開始後より心拍数、SpO<sub>2</sub>の改善を認め、安静時はNC 0.1L/分、労作時はNC 0.5L/分(同調器付き)で適正なSpO<sub>2</sub>コントロールとなった。自宅退院に向けて、FiO<sub>2</sub> 90%以上の酸素濃縮器での流量設定が困難なため、40%濃縮器を使用する方針とし、0.25L/分投与で良好なコントロールが得られた。第16病日には、室内気でpH 7.40、PaCO<sub>2</sub> 66 Torr、PaO<sub>2</sub> 79 Torrと呼吸不全の改善を認めた。

## 101

## コントラスト心エコー検査が有用であった非B非C型肝硬変に合併した肝肺症候群の一例

○石黒 豊<sup>1)</sup>、生越 貴明<sup>1)</sup>、三角 将輝<sup>1)</sup>、  
川波 敏則<sup>1)</sup>、田浦 裕輔<sup>2)</sup>、矢寺 和博<sup>3)</sup>  
1)小倉記念病院 呼吸器内科  
2)小倉記念病院 総合内科  
3)産業医科大学 呼吸器内科学

76歳男性。約35年前に脂肪肝を指摘されたが、詳細な検査は行われなかった。20XX年頃から運動時の呼吸困難を自覚。20XX年Y月Z日朝食後に吐血を認め、当院へ救急搬送された。精査の結果、非B非C型肝硬変(Child-Pugh score 8, Grade B)および胃静脈瘤破裂が確認された。同時に重度I型呼吸不全を認め、胸部CTでは両側すりガラス陰影と末梢の肺動静脈のびまん性拡張が見られた。血液検査では、KL-6は1410 U/mLと高値を示すも、呼吸機能検査では%VC 102.5%、FEV<sub>0</sub>% 76.29%と正常範囲であった。動脈血ガス分析で室内気中のPaO<sub>2</sub>は51 Torrであり、リザーバマスク10 L/min投与下でのPaO<sub>2</sub>は98 Torrまでの上昇に留まり、肝硬変の背景と画像所見、A-aDO<sub>2</sub>の増加を踏まえ、シャント性疾患である肝肺症候群を鑑別診断に挙げた。そこでコントラスト心エコー検査を施行したところ、左房-左室内に気泡が確認され、肺血管拡張によるシャントの存在を証明し、確定診断に至った。慢性肝疾患患者における呼吸不全の原因として、肝肺症候群を考慮する必要がある。

## 102

## COVID-19ワクチン接種後に致死的な急性呼吸不全を呈した一例

○岡村 真子、櫛間 菜津美、高野 晃久、  
椎葉 律哉、田中 弦一、姫路 大輔  
宮崎県立宮崎病院

81歳、男性。X-1日に7回目のCOVID-19ワクチンを接種した。X日、悪寒と全身の疼痛のため前医を受診した。体温38℃、SpO<sub>2</sub> 90% (室内気)、インフルエンザ・コロナウイルス抗原検査陰性、炎症反応高値、胸部CTで両肺広範にすりガラス影を認めた。LVFXとCTRXを投与されたが酸素化が悪化、CTでも肺炎像増悪ありX+10日に当院に転院した。来院時、SpO<sub>2</sub> 95% (HFNC: FiO<sub>2</sub> 100%)、発熱と炎症所見を伴い、造影CTで両肺に広範なすりガラス影と浸潤影、右肺動脈末梢・左下腿静脈に造影欠損域を認めた。膠原病関連自己抗体は陰性であった。病歴からCOVID-19ワクチン関連の薬剤性肺障害を疑い、ステロイドパルス療法とその後mPSL125mg点滴を行った。血栓症に対しヘパリン持続静注を行った。しかし病状は進行、1週間後に2度目のステロイドパルス療法を行うも改善なく、X+23日に死亡した。今回、COVID-19ワクチン接種後に致死的な急性呼吸不全を呈した一例を経験した。ワクチン関連の有害事象のリスクは正しく認識されるべきであり、本例の経過を周知することはその一助となりうると考える。

## 103

## 福岡大学の肺移植プログラムの現状と課題

○宮原 聡<sup>1)2)</sup>、若原 純一<sup>2)</sup>、早稲田 龍一<sup>1)2)</sup>、  
佐藤 寿彦<sup>2)</sup>、白石 武史<sup>1)2)</sup>  
1)福岡大学 臓器移植医療センター  
2)福岡大学 呼吸器乳腺内分泌小児外科

1997年に臓器移植法が施行され、2010年7月の改正臓器移植法施行から脳死下臓器提供は順調に増え2017年には76例、2022年は93例、2023年10月までにすでに100例に達し、今後さらに提供者は増えることが予想される。福岡大学では2006年10月に第1例目の脳死肺移植を行い、年間数例であった肺移植実施数は2022年に初めて年間10例を超え、2023年は12月現在で15例の肺移植を実施し、累積79例に到達した。登録から移植までの日数は10例(12.6%)が登録後1年以内、20例(25.3%)が1年~2年、21例(26.5%)が2年~3年、28例(35.4%)は3年以上経過し肺移植を実施、平均待機期間は838.1日(39-2777)であった。一方で、肺移植登録した177例のうち65例(36.7%)は待機中に死亡しており、40例(61.5%)が登録後1年以内であり、プログラム開始初期と変わらぬ数値である。臓器提供数と肺移植実施数が増加している中で、登録者数も増加しており、依然高い待機中死亡が懸念される。これまで以上に紹介元との連携を強め、病状を見極めていく必要がある。

# 共催セミナー・展示・広告・寄附金 協賛企業一覧

第92回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会  
九州支部 春季学術講演会を開催するにあたり、多くの企業、団体の方々にご支援をいただきました。  
心より深謝申し上げます。

第92回日本呼吸器学会・  
日本結核 非結核性抗酸菌症学会  
九州支部 春季学術講演会  
会長 一門 和哉

## 共催セミナー企業

---

アストラゼネカ株式会社  
インスメッド合同会社  
MSD 株式会社  
サノフィ株式会社  
中外製薬株式会社  
日本イーライリリー株式会社  
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社  
ブリistol・マイヤーズ スクイブ株式会社  
リジェネロン ジャパン株式会社

## 広告

---

旭化成ファーマ株式会社  
エーザイ株式会社  
小野薬品工業株式会社  
杏林製薬株式会社  
済生会熊本病院  
第一三共株式会社  
大鵬薬品工業株式会社  
武田薬品工業株式会社  
帝人ヘルスケア株式会社

## 展示企業

---

チェスト株式会社

(敬称略、五十音順、2024年2月16日現在)

第92回日本呼吸器学会・  
日本結核 非結核性抗酸菌症学会  
九州支部 春季学術講演会  
プログラム・講演抄録

---

会 長：一門 和哉

大会事務局：済生会熊本病院 呼吸器センター 呼吸器内科  
〒861-4193 熊本市南区近見5丁目3番1号

制 作：第92回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会  
九州支部 春季学術講演会  
運営事務局：株式会社コンベンションリンクージ  
〒860-0805 熊本市中央区桜町2番17号 第2甲斐田ビル5階  
Tel.096-288-0882 / Fax.096-288-0883  
Email: jrsk92@c-linkage.co.jp

オノ オンコロジー

# ONCOLOGY

for Professional

がんと向き合う患者さん、  
医療関係者の皆様を支えるために。  
小野薬品は本気で取り組みます。

<https://www.ono-oncology.jp/>

オンコロジーに関する最新ニュース、文献情報、学会情報をお届けいたします。

**ONO** 小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪府大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号



## Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社  
[www.takeda.com/jp](http://www.takeda.com/jp)



Kyorin 



薬価基準収載

選択的P2X3受容体拮抗薬/咳嗽治療薬

**リフヌア錠45mg**

LYFNUA® Tablets 45mg

ゲーファピキサントクエン酸塩錠

処方箋医薬品（注意－医師等の処方箋により使用すること）

投薬期間  
制限解除

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等  
情報等については電子添文をご参照ください。

発売元

杏林製薬株式会社

東京都千代田区神田駿河台四丁目6番地  
（文献請求先及び問い合わせ先：くすり情報センター）

製造販売元

MSD株式会社

東京都千代田区九段北1-13-12

作成年月:2023.5



世界中の人々の  
健康で豊かな生活に貢献する

イノベーションに情熱を。ひとに思いやりを。



第一三共株式会社

**TEIJIN**

Human Chemistry, Human Solutions

# 患者さんの Quality of Lifeの向上が 私たちの理念です。



帝人ファーマ株式会社 帝人ヘルスケア株式会社 〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

PAD003-TB-2103-1

いつもを、いつまでも。

あたり前のようにつづく毎日ほど、

かけがえのないものはない。

私たちは、“いつも”を支える力になりたい。

大切な“いつも”が失われた時、

強く取り戻す力を届けたい。

いつもを、いつまでも。

私たち大鵬薬品ひとりひとりの願いです。

 **大鵬薬品**



いのちの数だけ、  
アンサーを。



旭化成ファーマ株式会社

旭化成ファーマの医療関係者向けサイト  
<https://akp-pharma-digital.com>

Pharma DIGITAL



hvc  
human health care

患者様の想いを見つめて、  
薬は生まれる。

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

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

