

第117回日本呼吸器学会東北地方会 第147回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会

講演プログラム・抄録集

会 長

日本呼吸器学会東北地方会 宇部 健治
(岩手県立中央病院 呼吸器内科長 呼吸器センター長)

日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 木村 啓二
(独立行政法人 国立病院機構 盛岡医療センター 院長)

■一般演題

〈第1会場〉 セッション1	9:00~10:03
セッション4	12:25~13:21
〈第2会場〉 セッション2	9:00~ 9:56
セッション3	9:56~10:36
セッション5	12:25~13:13

■表彰式 〈第1会場〉 11:05~11:15

■スポンサードセミナー 〈第1会場〉 10:10~11:00

■ランチョンセミナー 〈第1・第2会場〉 11:25~12:15

日 時：2023年9月2日（土）受付8:30より

会 場：いわて県民情報交流センター アイーナ

〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通 1-7-1

参加費：1,000円（当日受付にてお支払いください）

※医学部生（大学院は除く）・初期研修医は無料

【合同地方会事務局】

岩手医科大学医学部内科学講座呼吸器内科分野

〒028-3695 岩手県紫波郡矢巾町医大通 2-1-1

TEL：019-613-7111（内線6251）

座長・演者へのご案内

◇座長の方へ

1. ご担当されるセッション開始の10分前までに会場内右側前方の次座長席にお着きください。
2. プログラムの円滑な進行のため、発表時間に厳守にご協力ください。

◇演者の方へ

1. 口演時間は6分、口演後の討論時間は2分です。（※セッション1「医学生・初期研修医セッション」のみ口演時間6分、講演後の討論時間3分といたします。）口演中は緑色ランプが点灯し、1分前に黄色ランプ、終了時に赤色ランプが点灯しますので時間を厳守してください。

発表時は演者の手元にある機器で、演者自身でPCを操作してください。

2. 発表時は演者の手元にある機器で、演者自身でPCを操作してください。
 - ・当日発表に使用するPCはWindows10、プレゼンテーションソフトはPowerPointです。Macintoshについては、各自PCの持ち込みと致します。
 - ・Windowsでは、文字化け防止のためWindows標準フォントをご使用ください。
 - ・スライドサイズは16:9、4:3の双方対応可能です。
 - ・発表用ファイルはUSBメモリにて発表の30分前までにPC受付にお持ちください。
 - ・動画・アニメーション・音声の使用はお断り致します。
 - ・円滑な進行のため、発表者ツールの使用はご遠慮ください。
 - ・ご自身のPCをお持込の場合は、事前に動作確認をお願いします。電源アダプターおよびHDMIの変換ケーブルも忘れずにお持ちください。なお、動作不良の場合に備え、バックアップデータをご持参ください。
 - ・ウイルスチェックは事前に十分に行ってください。
 - ・スクリーンセーバーならびに省電力設定は予め解除してください。
 - ・発表データの中にCOI（利益相反）のスライドを必ず入れ込んでください。
詳しくは以下のサイトから開示スライド例をダウンロードして、ご作成ください。
◎日本呼吸器学会 HP（HOME >学会について>利益相反）
◎日本結核・非結核性抗酸菌症学会 HP（HOME >支部学会>東北支部>地方会 HP）

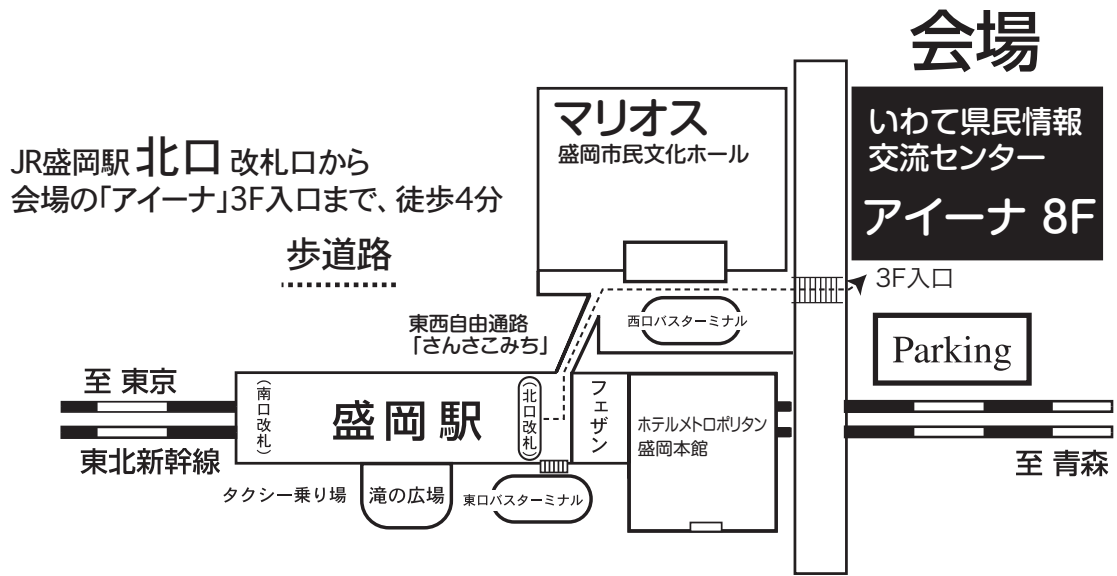
参加者へのご案内

1. 参加受付は8:30より、会場（いわて県民情報交流センター アイーナ）の8階にて行います。
2. 参加費 1,000 円を受付にていただきます。
その際、ネームカード、参加証明書をお渡ししますので、氏名をご記入の上、会場内では常時着用してください。
3. 昼食はランチョンセミナーをご利用ください。
お弁当の数には限りがございますのでご了承ください。
4. クロークはございませんのでお荷物はご自身で管理してください。
5. 会場では携帯電話をマナーモードに設定してください。
6. 無許可の録音・録画および写真撮影は固く禁止いたします。

ご参加の皆様へ

1. 会場内での発言はすべて座長の指示に従い、必ず所属・氏名を述べてから簡潔に発言してください。
2. 学会中の呼び出しは緊急でやむを得ない場合以外はいたしません。
3. プログラム・抄録集の当日配布はいたしませんので、各自ダウンロード・印刷の上ご持参ください。
4. 参加で取得できる単位は以下のとおりです。
 - ・日本呼吸器学会専門医 出席は5単位、筆頭演者は3単位加算
 - ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 出席は7単位、筆頭演者は7単位加算
 - ・3学会合同呼吸器療法認定士 20単位
 - ・ICD制度協議会 5単位（筆頭演者 2単位）
 - ・日本結核病学会 結核・抗酸菌症認定医/指導医、抗酸菌症エキスパート資格 出席は5単位、筆頭演者は5単位追加
5. 日本呼吸器学会会員の当日、単位登録を行います。受付の際に、会員カードのバーコードを読み取らせていただきますので、必ず会員カードをご持参ください。
会員カードをお忘れになった場合は、ご自身で参加証明書を保管の上、専門医更新時に参加証明書のコピーを添えてご提出ください。

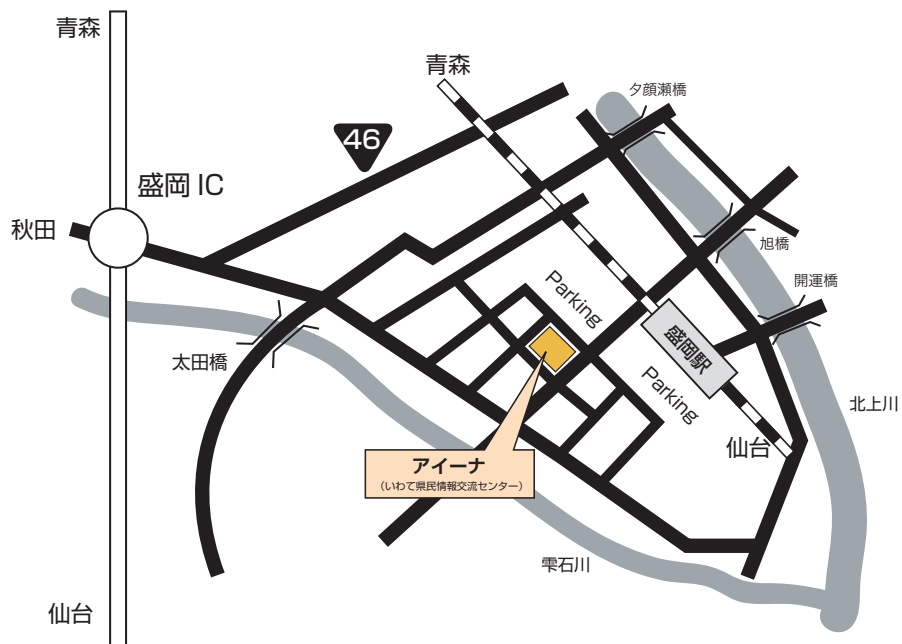
会場案内図



アイーナ(いわて県民情報交流センター)
〒020-0045
岩手県盛岡市盛岡駅西通1丁目7番1号
TEL 019-606-1717



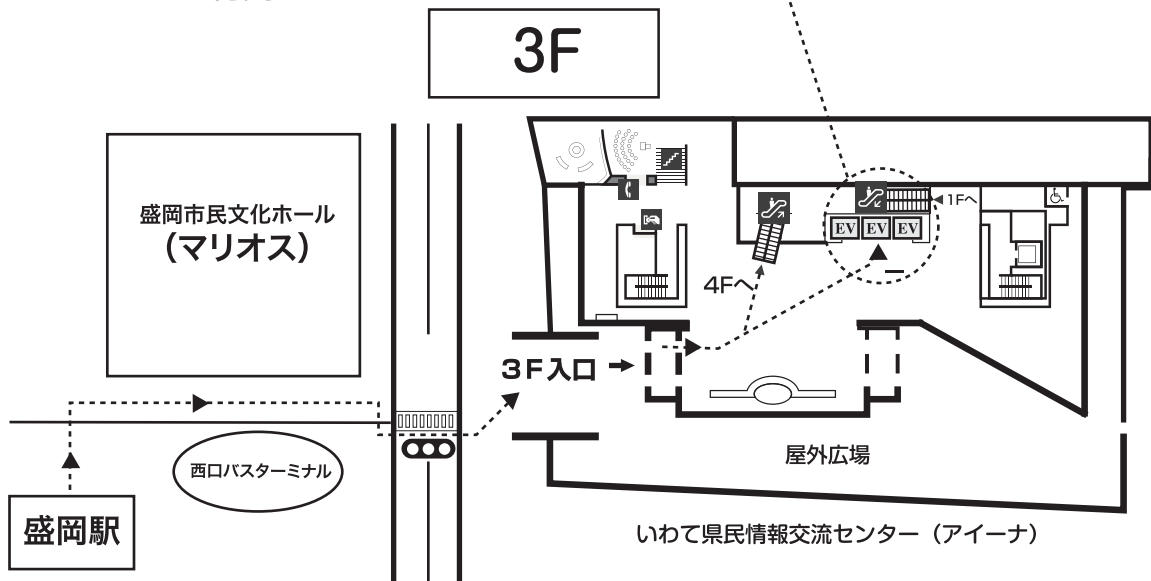
- ・東北自動車道盛岡ICから車で8分
- ・JR盛岡駅から徒歩4分



施設案内図



総合受付は **8F** です。
エレベーター、
エスカレーターを
ご利用ください。



第 117 回日本呼吸器学会東北地方会
 第 147 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会
 日 程 表

第 1 会場 (会議室 803)		第 2 会場 (研修室 812)	
8:30~ 受付 8F 県民プラザ D			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 日本呼吸器学会東北地方会 会長 宇部健治 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 会長 木村 啓二 </div>	
開会の辞 8:55~9:00		開会の辞 8:55~9:00	
セッション 1 1-7 (医学生・初期研修医セッション) 座長：福井 伸、菊池 崇史		セッション 2 8-14 (結核) 座長：千葉 茂樹、糸賀 正道	
スポンサードセミナー 「ALK 陽性肺癌の治療戦略」 座長：宇部 健治 演者：田中 寿志 共催：武田薬品工業株式会社		セッション 3 15-19 (びまん・アレルギー) 座長：五十嵐 朗、二階堂雄文	
医学生・初期研修医セッション優秀演題表彰式			
ランチョンセミナー 1 「ニボルマブ＋イピリムマブ±化学療法 ～押さえておきたいポイント～」 座長：宮内 栄作 演者：角 俊行 共催：小野薬品工業株式会社 / プリストル・マイヤーズスクイブ株式会社		ランチョンセミナー 2 「TSLP 抑制が切り開く 重症喘息治療への新たなアプローチ」 座長：内海 裕 演者：玉田 勉 共催：アストラゼネカ株式会社	
セッション 4 20-26 (癌) 座長：峯村 浩之、秋山 真親		セッション 5 27-32 (その他) 座長：奥田 佑道、藤村 至	
閉会の辞 13:21~			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 日本呼吸器学会東北地方会 会長 宇部健治 </div>			

<プログラム>

一般演題

第1会場（会議室 803）

開会の辞 8:55～

日本呼吸器学会東北地方会 宇部 健治
（岩手県立中央病院 呼吸器内科長 呼吸器センター長）

セッション 1（医学生・初期研修医セッション） 9:00～10:03

座長：秋田厚生医療センター 呼吸器内科 福井 伸
岩手県立胆沢病院 呼吸器内科 菊池 崇史

1. クライオ生検検体での IgH 遺伝子再構成が診断の契機となった肺 MALT リンパ腫の 1 例

山形県立中央病院 初期研修医¹、山形県立中央病院 呼吸器内科²
◎渡辺 友理¹、野川ひとみ²、菅野 悠太²、久米 壮亮²、桃崎さゆり²、
太田 啓貴²、麻生 マリ²、日野 俊彦²、鈴木 博貴²

2. 好酸球数増加を伴った IgG4 関連呼吸器疾患の一例

仙台市立病院 初期臨床研修医¹、呼吸器内科²
◎山岸 健人¹、田中 里江²、佐々木優作²、白土 陽一²、芦野 有悟²、
小荒井 晃²

3. ペムブロリズマブ単剤療法が著効した多発骨転移を伴う肺多形癌の一例

東北大学病院卒後研修センター¹、
東北大学大学院医学系研究科内科病態学講座呼吸器内科学分野²、
東北大学大学院医学系研究科病理病態学講座病理診断学分野³
◎難波諒太郎¹、突田 容子²、今野 周一²、大江 崇²、佐野 寛仁²、
村上 康司²、藤野 直也²、井上 千裕³、玉田 勉²、杉浦 久敏²

4. 日本酒醸造の作業者に生じた麹菌による喘息の 1 例の経過 一味噌・醤油醸造関連喘息との比較

福島県立医科大学会津医療センター 初期研修医¹、
福島県立医科大学会津医療センター 感染症・呼吸器内科²
◎豊福 智美¹、渡邊 菜摘²、鈴木 康仁²、久米 裕昭²

5. 吸入誘発試験が診断に有用であった ICI 治療歴のある加湿器肺の一例

東北大学病院 卒後研修センター¹、

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野²

◎遠藤 悠生¹、渋谷 里紗²、村上 康司²、齋藤 拓矢²、大江 崇²、
有竹 秀美²、市川 朋宏²、玉田 勉²、杉浦 久敏²

6. 肺膿瘍の画像所見を示した、MET 遺伝子変異陽性 G-CSF 産生肺腺癌の1例

秋田赤十字病院臨床研修センター¹、同 呼吸器内科²

◎菊地 徹¹、泉谷 有可²、滝田 友里²、小高 英達²

7. 12年間に3回繰り返された同一薬剤による薬剤性肺障害の1例

盛岡市立病院 研修医¹、呼吸器内科²

◎津島 太陽¹、千葉 祐胤¹、守 義明²

セッション4 (癌) 12:25~13:21

座長：福島県立医科大学医学部 呼吸器内科学講座 峯村 浩之
岩手医科大学 内科学講座 呼吸器内科分野 秋山 真親

20. 胸水貯留を契機に診断された MALT リンパ腫の一例

福島県立医科大学 呼吸器内科¹、福島県立医科大学 血液内科²

◎風間健太郎¹、二階堂雄文¹、佐野 隆浩²、高橋 裕志²、池添 隆之²、
齋藤 弘志¹、針金 莉奈¹、山田 龍輝¹、王 新涛¹、富田ひかる¹、
河俣 貴也¹、力丸 真美¹、森本樹里亜¹、東川 隆一¹、佐藤 佑樹¹、
峯村 浩之¹、齋藤 純平¹、金沢 賢也¹、谷野 功典¹、柴田 陽光¹

21. 若年 ALK 融合遺伝子陽性肺癌に対してアレクチニブ投与後に 脳転移を認め、2次治療でロルラチニブが著効した一例

仙台厚生病院

◎村上 陽亮、川嶋 庸介、小笠原嵩天、木村雄一郎、菅原 俊一

22. 肺腺癌による骨髄癌腫症で著明な血球減少を生じた一例

東北労災病院

◎大友 梓、池田 大輝、鳴海 茜、阿部 武士、谷津 年保、大塚 竜也、
中村 優、田代 祐介、榊原 智博、三浦 元彦、小野寺晃一、品川 清嗣、
岩間 憲之

23. 非典型的な肺転移様式を呈した膵癌の一例

国立病院機構仙台医療センター 呼吸器内科

◎齋藤 悠、飛田 将宏、森 一也、三橋 善哉、宍倉 裕、西巻 雄司、
菊地 正、三木 祐

24. 左片側胸水貯留を呈し、局所麻酔下胸腔鏡検査が診断の一助となった濾胞性リンパ腫の一例

石巻赤十字病院 呼吸器内科¹、石巻赤十字病院 血液内科²

◎浅原 健人¹、小野 学¹、山邊 千尋¹、白井 祐介¹、高橋 幸大¹、
奥友 洸二¹、佐藤ひかり¹、石田 雅嗣¹、花釜 正和¹、小林 誠一¹、
矢内 勝¹、中嶋 真治²

25. 気管支喘息として治療されていた気管支腫瘍の1例

独立行政法人国立病院機構盛岡医療センター 呼吸器内科¹、平野医院 院長²、
独立行政法人国立病院機構盛岡医療センター 内科³

◎高原 政利¹、平野 邦夫²、只左 一也³、木村 啓二¹

26. 経気管支肺生検により診断に至った子宮頸癌再発による肺動脈腫瘍塞栓症の1例

秋田大学大学院呼吸器内科学講座¹、秋田大学医学部附属病院病理診断科 / 病理部²、
市立秋田総合病院³

◎五島 哲¹、浅野真理子¹、竹田 正秀¹、高橋 大地¹、島田 健吾¹、
小笠原ルリ子¹、泉谷 有可¹、佐々木奈保¹、坂本 祥¹、奥田 佑道¹、
南條 博²、佐藤 一洋¹、本間 光信³、中山 勝敏¹

一 般 演 題

第 2 会場 (研修室 812)

開会の辞 8:55~

日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 木村 啓二
(独立行政法人 国立病院機構 盛岡医療センター 院長)

セッション 2 (結核) 9:00~9:56

座長：仙台赤十字病院 呼吸器内科 千葉 茂樹
弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科 / 臨床検査医学講座 糸賀 正道

8. 質量分析法で同定し、多剤併用療法が奏効している 肺 *Mycobacterium abscessus* 症の一例

仙台赤十字病院 呼吸器内科
◎塩谷梨沙子、徐 東傑、川口 陽史、千葉 茂樹、清水川 稔、三木 誠

9. 外国出生結核患者から日本人を含む結核集団感染に至った 1 事例

国立病院機構盛岡医療センター 内科¹、呼吸器内科²
◎只左 一也¹、菅野 智彦²、高原 政利²、木村 啓二²

10. 結核性腹膜炎の 2 例

大崎市民病院 呼吸器内科
◎井上 直紀、尾形 優、小室 英恵、板倉 康司、佐藤 慶、井草龍太郎、
一ノ瀬正和

11. 腸管穿孔をきたした結核 (腸, 肺, リンパ節炎) の一例

岩手医科大学内科学講座 呼吸器内科分野¹、岩手県立宮古病院 外科²
◎佐々木太雅¹、大浦慎之介¹、鹿内 俊介¹、八鍬 一博¹、大和田幸悠¹、
片桐 紘¹、藤村 至¹、堀井 洋祐¹、中村 侑哉²、宮本 将秀²、
細井 信之²、藤社 勉²、川村 英伸²、長島 広相¹

12. アミカシンリポソーム吸入用懸濁液（ALIS）による 薬剤性肺障害をきたした肺 MAC 症の一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科¹、
弘前大学医学部附属病院 感染制御センター²

◎當麻 景章¹、田中 寿志¹、牧口 友紀¹、糸賀 正道²、石岡 佳子¹、
坂本 博昭¹、白鳥 俊博¹、高畑友莉菜¹、中村 侑愛¹、田坂 定智¹

13. 悪性腫瘍との鑑別を要し播種性非結核性抗酸菌症（nontuberculous mycobacteriosis:NTM 症）と臨床診断し治療が奏功した 1 例

山形大学医学部附属病院第一内科

◎根本 貴子、五十嵐 朗、佐藤 正道、名和 祥江、宮崎 収、古山 広大、
峯岸 幸博、小林 真紀、佐藤 建人、中野 寛之、西脇 道子、井上 純人、
渡辺 昌文

14. 院内のシャワー水から検出された Mycobacterium abscessus への対応

岩手医科大学附属病院 感染制御部¹、岩手医科大学内科学講座 呼吸器内科分野²

◎長島 広相^{1,2}、大森 紀和¹、及川みどり¹、嶋守 一恵¹、近藤 啓子¹、
小野寺直人¹

セッション 3（びまん・アレルギー） 9:56～10:36

座長：山形大学医学部附属病院 第一内科 五十嵐 朗
福島県立医科大学医学部 呼吸器内科学講座 二階堂雄文

15. 肺区域洗浄が奏功した高齢の自己免疫性肺胞蛋白症の 1 例

石巻赤十字病院 呼吸器内科

◎高橋 幸大、小野 学、浅原 健人、山邊 千尋、白井 祐介、奥友 洸二、
佐藤ひかり、石田 雅嗣、花釜 正和、小林 誠一、矢内 勝

16. 抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎の治療中に自己免疫性肺胞蛋白症を 合併した 1 例

山形県立中央病院呼吸器内科

◎菅野 悠太、鈴木 博貴、太田 啓貴、久米 壮亮、吾妻 祐介、勝野 教夫、
桃崎さゆり、麻生 マリ、野川ひとみ、日野 俊彦

17. *Fusarium* spp. による加湿器肺炎が否定できなかった一例

岩手県立中央病院 呼吸器内科¹、岩手県立釜石病院 臨床検査技術科²、
岩手県立大船渡病院 臨床検査技術科³

◎長谷川 祥¹、菖蒲澤大樹¹、千葉 真士¹、宇部 健治¹、花輪 恵²、
中村理紗子³

18. ホジキン病に対する放射線療法後約 20 年の経過で遅発性胸水を生じた放射線胸膜炎の一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科¹、
弘前大学医学部附属病院 感染制御センター²

◎高畑友莉菜¹、中村 侑愛¹、石戸谷美奈¹、田中 佑典¹、中鉢 敬¹、
坂本 博昭¹、白鳥 俊博¹、石岡 佳子¹、糸賀 正道²、牧口 友紀¹、
田中 寿志¹、當麻 景章¹、田坂 定智¹

19. ニボルマブ投与中に発症した気管支喘息の一例

秋田大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学講座¹、
能代厚生医療センター 呼吸器内科²、敬徳会 藤原記念病院 呼吸器内科³

◎高橋 大地¹、佐藤 一洋¹、島田 健吾¹、五島 哲¹、小笠原ルリ子¹、
熊谷 奈保²、坂本 祥¹、奥田 佑道¹、浅野真理子¹、竹田 正秀¹、
三浦 一樹³、中山 勝敏¹

セッション 5 (その他) 12:25~13:13

座長：秋田大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学講座 奥田 佑道
岩手医科大学 内科学講座 呼吸器内科分野 藤村 至

27. 胸腔内造影を併用した EWS による気管支充填術が有効だった高度肺気腫に伴う難治性気胸の 1 例

宮城厚生協会 坂総合病院呼吸器内科

◎生方 智、神宮 大輔、大衡 竜太、佐藤 幸佑、矢島 剛洋、渡辺 洋、
高橋 洋

28. 肺動脈高血圧に伴う側副血行路として拡張した気管支動脈が喀血の原因と考えられた 1 例

石巻赤十字病院 呼吸器内科¹、石巻赤十字病院 呼吸器外科²、
石巻赤十字病院 放射線診断科³、石巻赤十字病院 病理部⁴

◎小野 学¹、浅原 健人¹、山邊 千尋¹、高橋 幸大¹、白井 祐介¹、
奥友 洸二¹、佐藤ひかり¹、石田 雅嗣¹、花釜 正和¹、小林 誠一¹、
佐渡 哲²、袴塚 崇³、板倉 裕子⁴、矢内 勝¹

29. 当科入院例におけるブロナンセリン貼付剤の使用例の検討

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科¹、メンタルヘルス科²

◎神宮 大輔¹、大衡 竜太¹、木葉 大地¹、佐藤 幸佑¹、生方 智¹、
矢島 剛洋¹、高橋 洋¹、渡辺 洋¹、石橋 義彦²

30. 頸部・縦隔膿瘍に先行した縦隔気腫の1例

岩手県立中部病院呼吸器内科¹、岩手医科大学呼吸器外科学講座²

◎千田 大誠¹、長 克哉¹、石亀 里奈¹、松本 あみ¹、朝戸 裕子¹、
橋元 達也¹、出口 博之²

31. Bリンパ球機能回復後に急激に増悪したCOVID-19持続感染の1例

大崎市民病院 呼吸器内科

◎尾形 優、井上 直紀、小室 英恵、板倉 康司、佐藤 慶、岡本 道子、
井草龍太郎、一ノ瀬正和

32. 同一株であることを遺伝子学的に証明しえたカンジダによる敗血症性肺塞栓症の1例

石巻赤十字病院 呼吸器内科¹、石巻赤十字病院 感染症内科²、

石巻赤十字病院 外科³

◎白井 祐介¹、小林 誠一¹、浅原 健人¹、山邊 千尋¹、高橋 幸大¹、
奥友 洸二¹、佐藤ひかり¹、小野 学¹、石田 雅嗣¹、花釜 正和¹、
矢内 勝¹、亀井 克彦²、宮地 智洋³

スポンサードセミナー（10:10～11:00）

第 1 会場（会議室 803）

座長

岩手県立中央病院 呼吸器内科科長・呼吸器センター長
宇部 健治

「ALK 陽性肺癌の治療戦略」

演者

弘前大学大学院医学研究科 呼吸器内科学講座 助教・診療講師
田中 寿志

共催：武田薬品工業株式会社

ランチョンセミナー 1 (11:25~12:15)

第 1 会場 (会議室 803)

座長

東北大学病院 呼吸器内科 病院講師

宮内 栄作

「ニボルマブ + イピリムマブ±化学療法～押さえておきたいポイント～」

演者

函館五稜郭病院 呼吸器内科 医長

角 俊行

共催：小野薬品工業株式会社 / ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

ランチョンセミナー 2 (11:25~12:15)

第 2 会場 (研修室 812)

座長

岩手医科大学 内科学講座 呼吸器内科分野 助教

内海 裕

「TSLP 抑制が切り開く 重症喘息治療への新たなアプローチ」

演者

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野 准教授

玉田 勉

共催：アストラゼネカ株式会社

<抄 録 集>

セッション 1 (医学生・初期研修医セッション)

9:00~10:03 第 1 会場 (会議室 803)

座長：秋田厚生医療センター 呼吸器内科 福井 伸
岩手県立胆沢病院 呼吸器内科 菊池 崇史

1. クライオ生検検体での IgH 遺伝子再構成が診断の契機となった肺 MALT リンパ腫の 1 例

山形県立中央病院 初期研修医¹、山形県立中央病院 呼吸器内科²

◎渡辺 友理¹、野川ひとみ²、菅野 悠太²、久米 壮亮²、桃崎さゆり²、
太田 啓貴²、麻生 マリ²、日野 俊彦²、鈴木 博貴²

症例は 69 歳男性。X 年 5 月の検診で胸部異常陰影を指摘され当院へ紹介となった。胸部 CT では多発する結節状の浸潤影を認めた。器質化肺炎 (OP)、IgG4 関連肺疾患、肺 MALT リンパ腫、肺癌を鑑別診断として、X 年 6 月に右 B2b からクライオ生検 (TBLC) を施行した。OP の組織診断となったが、TBLC 検体での PCR で IgH (免疫グロブリン H 鎖) 遺伝子再構成を認めたため、追加免疫染色による再検討が行われた。その結果、一部に CD20、CD79a で染色される B 細胞の小集簇、AE1/AE3 染色にてリンパ上皮病変 (LEL) を認め肺 MALT リンパ腫の診断が確定した。本症例は OP が大部分を占める病変であり肺 MALT リンパ腫の組織診断は難しかったが、IgH 遺伝子再構成が診断の契機となった。また、TBLC による挫滅の少ない大きなサイズの検体が確定診断のために有効であった。

2. 好酸球数増加を伴った IgG4 関連呼吸器疾患の一例

仙台市立病院 初期臨床研修医¹、呼吸器内科²

◎山岸 健人¹、田中 里江²、佐々木優作²、白土 陽一²、芦野 有悟²、
小荒井 晃²

症例は 70 歳女性。X 年 1 月に咳嗽、呼吸苦、口渇を主訴に他院受診し、末梢血好酸球数の増加と胸部 CT での両肺野すりガラス影所見より好酸球性肺炎が疑われ、プレドニゾロン (PSL) 治療を受けていた。PSL 減量中に呼吸器症状の悪化を認めたため、X 年 4 月に当院紹介受診した。血液検査で IgG4 482mg/dL と高値を示し、胸部 CT で気管支壁肥厚と小葉中心性粒状影を認めた。気管支鏡検査を実施し、生検検体で好酸球、リンパ球および IgG4 陽性形質細胞の浸潤を認め、また、口唇生検においても IgG4 陽性形質細胞の浸潤を認めたことより IgG4 関連疾患と診断した。PSL 増量により、呼吸器症状、画像所見、呼吸機能が改善した。IgG4 関連疾患では末梢血好酸球増多を伴う例もあり、好酸球増加例では他臓器の症状ともあわせ、IgG4 関連呼吸器疾患も考慮する必要がある。

3. ペムブロリズマブ単剤療法が著効した多発骨転移を伴う肺多形癌の一例

東北大学病院卒後研修センター¹、

東北大学大学院医学系研究科内科病態学講座呼吸器内科学分野²、

東北大学大学院医学系研究科病理病態学講座病理診断学分野³

◎難波諒太郎¹、突田 容子²、今野 周一²、大江 崇²、佐野 寛仁²、
村上 康司²、藤野 直也²、井上 千裕³、玉田 勉²、杉浦 久敏²

症例は51歳男性。右肩の疼痛と右上肢挙上困難を主訴に整形外科を受診し、画像検査により原発性肺癌・多発骨転移が疑われ当科へ紹介された。精査にて、右上葉肺多形癌 cT4N2M1c (OSS, BRA) Stage IVB、遺伝子変異陰性、PD-L1 高発現と診断した。X年12月14日から右肩甲骨に緩和照射 (20Gy/5Fr) を施行し、12月21日からペムブロリズマブ単剤療法を開始した。Day14から高熱と炎症反応の亢進 (CRP 27 mg/ml) を認めた。CTでは腫瘍の増大を認めるも感染源や肺臓炎などを疑う所見は認めなかった。免疫療法による pseudoprogression と全身性炎症反応と考え、Day20からデキサメタゾン 4mg 内服を開始した。Day43のCTでは原発巣・骨転移巣ともに縮小し、溶骨性変化が主体の骨転移巣は著明な造骨性変化を伴う改善を認めた。当院では本症例を含めて4例の多形癌に免疫療法を施行しているが、全てPD-L1 高発現かつ長期生存が得られている。肺多形癌は稀な組織型であるが、PD-L1 高発現が多いとの既報もあり、免疫療法が有効である可能性が示唆された。

4. 日本酒醸造の作業者に生じた麹菌による喘息の1例の経過 —味噌・醤油醸造関連喘息との比較

福島県立医科大学会津医療センター 初期研修医¹、

福島県立医科大学会津医療センター 感染症・呼吸器内科²

◎豊福 智美¹、渡邊 菜摘²、鈴木 康仁²、久米 裕昭²

59歳男性。28歳から日本酒の醸造元に勤務し、42歳から麹菌 (*Aspergillus oryzae*) を扱う作業を開始すると呼吸困難感、咳、喘鳴が出現した。作業時以外では症状は無いが、症状は次第に増強し、作業を中断するようになり55歳時に当科を受診した。肺機能検査で可逆性試験は陰性であったが、経過中にFEV1は400 mL、15.9%変動した。麹菌の作業前直後のPEFの測定では20.8%低下した。血清学的検査では、アスペルギルスの特異的IgE抗体は陽性、沈降抗体は陰性であった。以上の結果から日本酒醸造の麹菌による本邦初発の職業性喘息と判断した。Ⅲ型アレルギーの関与は証明されなかった。味噌・醤油醸造の麹菌由来の喘息はこれまでに7例が報告されているが、全例ABPAに陥っている。この症例は、現在ICS/LABAを用いたSMART療法から、ICS単剤にステップダウンし症状は安定しているが、ABPAの発症を警戒し、慎重に長期管理を継続している。

5. 吸入誘発試験が診断に有用であった ICI 治療歴のある加湿器肺の一例

東北大学病院 卒後研修センター¹、

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野²

◎遠藤 悠生¹、渋谷 里紗²、村上 康司²、齋藤 拓矢²、大江 崇²、
有竹 秀美²、市川 朋宏²、玉田 勉²、杉浦 久敏²

症例は70歳男性。X-1年4月に肺扁平上皮癌と診断され化学放射線療法を行い、Durvalumabによる地固め療法を開始した。8月に免疫関連有害事象の肝炎に対してPrednisolone (PSL)を導入し漸減、X年3月に中止した。4月より発熱と息切れが出現し、胸部(単純)X線で両側浸潤影を認めたため、細菌性肺炎の診断でAzithromycin, Tazobactam/Piperacillin (TAZ/PIPC)で入院加療し改善した。自宅退院翌日から発熱と呼吸困難感が再燃し、退院7日後に再入院した。TAZ/PIPC投与により速やかに症状は改善したが、加湿器の使用歴と臨床経過から加湿器肺を鑑別に挙げた。第23病日、自宅で使用中の加湿器で吸入誘発試験を施行し、発熱・呼吸困難感の再燃、炎症反応上昇及びAaDO₂開大と、その後の自然軽快が確認され、加湿器肺と確定診断した。本症例では、Durvalumabの使用歴とPSLの中止が発症に何らかの影響を与えた可能性もある。加湿器肺は細菌性肺炎と症状や検査所見が類似するが、鑑別に誘発試験が有用だった一例として報告する。

6. 肺膿瘍の画像所見を示した、MET 遺伝子変異陽性 G-CSF 産生肺腺癌の1例

秋田赤十字病院臨床研修センター¹、同 呼吸器内科²

◎菊地 徹¹、泉谷 有可²、滝田 友里²、小高 英達²

G-CSF産生肺癌は予後不良である。今回、肺膿瘍の画像所見を示したMET遺伝子変異陽性G-CSF産生肺腺癌例を経験した。61歳の男性が38℃の発熱、湿性咳嗽で受診した。白血球37,400/ μ l(好中球95%)、CRP11.4 mg/dL。胸部造影CTで右肺11cmの腫瘤に辺縁の増強や空洞内液体貯留あり、肺膿瘍が疑われた。診断的治療を行うも白血球高値が持続した。CTガイド下肺生検でMET遺伝子変異陽性G-CSF産生肺腺癌と診断された(cT4N0M1c)。PET/CTはdiffuseな骨髄集積を認めた。Tepotinib500 mg/日を開始し、腫瘍は縮小、白血球数も減少した。G-CSF産生肺癌は、肺膿瘍の画像所見を示しMET遺伝子変異陽性となり得る。PET/CTはG-CSF産生肺癌の診断に有用である。肺膿瘍所見を示すG-CSF産生肺癌を認めた場合、MET遺伝子変異の有無も検査すべきである。

7. 12年間に3回繰り返された同一薬剤による薬剤性肺障害の1例

盛岡市立病院 研修医¹、呼吸器内科²

◎津島 太陽¹、千葉 祐胤¹、守 義明²

今回我々は、偶然の再投与により初回から12年、2回目から10年ぶりに惹起された同一薬による薬剤性肺障害を経験したので報告する。症例：87才男性。主訴：食欲不振。既往歴：75才、77才薬剤性肺障害、77才胃がん全摘、70代大腸癌手術。喫煙歴：20～50才20本/日、飲酒歴：機会飲酒。現病歴：X年4月から外痔核で前医に通院。嵌頓もあり根治手術を受けたが、内視鏡検査で直腸癌が疑われ5/19当院消化器内科に紹介された。食欲不振で入院したが低酸素血症と間質性肺炎疑いで当科に紹介された。SpO₂（鼻カニューラ O₂2L）89%。ばち指を認め、聴診上 fine crackle 聴取。胸部 X 線写真上両側上肺野に浸潤陰影、両肺のスリガラス陰影、CT では両上肺に石灰化陰影を伴う浸潤陰影、両肺に牽引性気管支拡張を伴うスリガラス陰影、両側下肺野胸膜下に石灰化を伴う小粒状陰影を認めた。家族は漢方薬（製剤名は忘却）で2回間質性肺炎に罹患したことを前医に伝えていたが、痔核に対し乙字湯が投与され本人は安全と思い内服していた。病歴から薬剤性肺障害と診断し治療はステロイドパルス療法を施行した。以前の治療施設2カ所に情報収集しいずれも乙字湯による肺障害であった。

セッション2 (結核)

9:00~9:56 第2会場 (研修室 812)

座長：仙台赤十字病院 呼吸器内科

千葉 茂樹

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科 / 臨床検査医学講座 糸賀 正道

8. 質量分析法で同定し、多剤併用療法が奏効している 肺 *Mycobacterium abscessus* 症の一例

仙台赤十字病院 呼吸器内科

◎塩谷梨沙子、徐 東傑、川口 陽史、千葉 茂樹、清水川 稔、三木 誠

症例は80歳女性。胸部異常陰影を指摘され当科紹介となった。CTでは気管支拡張、多発結節影を認めた。喀痰塗抹はガフキー2号で、抗酸菌培養株検体のDNA-DNAハイブリダイゼーション法では菌種を同定できず、質量分析法(MALDI-TOF MS)により *M. abscessus* を2回以上同定した。ブロスミックRGM[®]による薬剤感受性試験で14日目のCAM耐性誘導のある亜種と判定した。入院してIPM/CS+AMK + STFX+CAMで加療を開始した。IPM/CSは副作用のため中止し、LZDを追加した。4週間の入院加療後は外来でAMKを週2回点滴に切り替えて4剤を継続し、喀痰培養陰性化がみられた。今回、菌種同定や薬剤選択に苦慮したが、多剤併用療法が奏効している肺 *M. abscessus* 症の一例を経験したので報告する。

9. 外国出生結核患者から日本人を含む結核集団感染に至った1事例

国立病院機構盛岡医療センター 内科¹、呼吸器内科²

◎只左 一也¹、菅野 智彦²、高原 政利²、木村 啓二²

日本は2021年に初めて結核低まん延国となり、外国出生患者の問題が注目されている。今回、ネパール人の専門学校留学生の結核発病から患者1名、感染者16名の集団感染に至った事例を経験したので報告する。

3年前に来日した22歳ネパール人女子留学生Xに湿性咳嗽の症状が続いた。発症直後と2か月後に近医を受診したがCOVID-19の検査のみ施行された。発症3か月後に撮影された胸部Xpで右上葉に浸潤影が認められ当院紹介となり、喀痰検査でガフキー6号、結核菌PCR陽性であった。接触者検診により15人の感染が判明した。Xの診断から7か月後、Xと明らかな接触歴のない同校の日本人生徒Yの発病と、新たに1名の感染も判明した。XとYのVNTR型は完全に一致した。

初発患者の受診から診断までに3か月を要したことが、感染拡大の原因と考えられた。呼吸器症状を有するアジア出身患者を診察する際は、積極的に結核を疑うことが重要である。

10. 結核性腹膜炎の2例

大崎市民病院 呼吸器内科

◎井上 直紀、尾形 優、小室 英恵、板倉 康司、佐藤 慶、井草龍太郎、
一ノ瀬正和

結核性腹膜炎は全結核患者で0.5%にみられる稀な疾患である。当院で結核性腹膜炎を2例経験したため文献的考察を交えて報告する。

【症例①】63歳男性【主訴】発熱，食思不振，腹部膨満感【現病歴】X-1年11月から腹部膨満感，X年2月から発熱，食思不振があった。CTで腹水貯留，腹腔内脂肪織濃度上昇，腹膜肥厚，腹水ADA高値，T-SPOT陽性を認めたため，X年3月に結核性腹膜炎の診断となった。【経過】腹水は利尿薬で改善した。抗結核薬4剤の標準治療を実施中。

【症例②】56歳女性【主訴】腹部膨満感【現病歴】X-1年8月に腹部膨満感が出現，X年2月に増強を認めた。CA125高値，CTで腹水貯留，腹腔内脂肪織濃度上昇，腹膜肥厚，PET-CTで肝表面～腹膜，卵管様構造のFDG集積，T-SPOT陽性を認め，開腹腹膜生検，大網一部切除，左卵管一部切除実施した。病理で類上皮肉芽腫，卵管での壊死を認め，X年5月に結核性腹膜炎の診断となった。【経過】抗結核薬4剤の標準治療を実施中。

11. 腸管穿孔をきたした結核（腸，肺，リンパ節炎）の一例

岩手医科大学内科学講座 呼吸器内科分野¹、岩手県立宮古病院 外科²

◎佐々木太雅¹、大浦慎之介¹、鹿内 俊介¹、八鍬 一博¹、大和田幸悠¹、
片桐 紘¹、藤村 至¹、堀井 洋祐¹、中村 侑哉²、宮本 将秀²、
細井 信之²、藤社 勉²、川村 英伸²、長島 広相¹

【症例】25歳女性，インドネシア人【主訴】発熱，心窩部痛【病歴】X年1月下旬から発熱と心窩部痛が出現し，増悪したため同年3月中旬に当院を受診した。造影CTにて右上葉に小葉中心性の粒状影，縦隔と腹腔内に多房性のリンパ節腫脹，小腸拡張・内部の液体貯留を認めた。抗菌薬を投与したが，イレウス症状の改善はなく狭窄部位が複数存在することが予想されたため，第12病日に小腸上行結腸バイパス術を施行した。小腸穿孔を起こしており，術後検体から乾酪性類上皮肉芽腫を認めた。血液培養は陰性，便の抗酸菌塗抹検査1+，便の結核PCR陽性，喀痰の抗酸菌塗抹検査±であり，肺結核，結核性リンパ節炎，腸結核の診断でHREZを開始した。副作用の肝障害が出現し薬剤を調整しながら治療を継続した。【考察】東南アジアやアフリカ出身者の原因不明の小腸狭窄，腸閉塞では腸結核を鑑別に挙げ，薬剤耐性の可能性を念頭に多剤で治療を継続することが必要である。

12. アミカシンリポソーム吸入用懸濁液（ALIS）による 薬剤性肺障害をきたした肺 MAC 症の一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科¹、
弘前大学医学部附属病院 感染制御センター²

◎當麻 景章¹、田中 寿志¹、牧口 友紀¹、糸賀 正道²、石岡 佳子¹、
坂本 博昭¹、白鳥 俊博¹、高畑友莉菜¹、中村 侑愛¹、田坂 定智¹

症例は、72歳女性。39歳より気管支拡張症を指摘され、63歳で肺 MAC 症の診断となった。症状、画像所見の悪化を認め、翌年に当科紹介。ガイドラインに基いた薬物療法で一時は菌陰性化が得られていたが、再燃、視神経炎による EB 中止などあり、排菌が続いていた。なお、AMK 注射の投薬歴はなかった。71歳で RBT、CAM、STFX および ALIS を開始し、2カ月目で菌陰性化。5カ月目より呼吸器症状の悪化はないものの、倦怠感、体重減少が出現し、7カ月目の CT で肺野に小葉中心性に分布するスリガラス影を対称性、広範に認めた。気管支鏡検査では、MAC は検出されず、BAL でリンパ球、好中球分画の上昇、TBLB で気道への慢性炎症細胞浸潤を認めたが、特異的炎症所見は確認できなかった。ALIS の薬剤性肺障害として中止し、症状、画像所見の改善が得られた。気管支鏡検査が実施された症例は限られており、報告する。

13. 悪性腫瘍との鑑別を要し播種性非結核性抗酸菌症（nontuberculous mycobacteriosis:NTM 症）と臨床診断し治療が奏功した 1 例

山形大学医学部附属病院第一内科

◎根本 貴子、五十嵐 朗、佐藤 正道、名和 祥江、宮崎 収、古山 広大、
峯岸 幸博、小林 真紀、佐藤 建人、中野 寛之、西脇 道子、井上 純人、
渡辺 昌文

症例は70歳台男性。X年Y月から倦怠感、微熱、体重減少を自覚しY+1月近医にて正球性貧血を指摘され当院血液内科へ紹介された。CTとPET/CTでは原発巣と考えられる病変を認めないが多発骨病変を認めY+4月原発不明癌の精査のため腫瘍内科へ入院した。骨髄穿刺及び骨生検では悪性所見は認めなかった。悪性疾患以外の鑑別診断のため当科に紹介となった。播種性NTM症を疑い検査したところ、抗MAC抗体が強陽性、QFTは判定不可であり、追加で検査した抗IFN- γ 抗体が陽性であった。せん妄のため再度の骨生検は行えなかった。播種性NTM症と臨床診断しCAM、RFP、EBを開始し、全身状態、画像所見の改善を認めた。

抗IFN γ 自己抗体陽性の播種性NTM症は鑑別疾患に挙がりにくく診断まで時間を要することが報告されている。菌検出には至らなかったが播種性NTM症と臨床診断し治療が奏功した1例を経験したため報告する。

14. 院内のシャワー水から検出された *Mycobacterium abscessus* への対応

岩手医科大学附属病院 感染制御部¹、岩手医科大学内科学講座 呼吸器内科分野²

◎長島 広相^{1,2}、大森 紀和¹、及川みどり¹、嶋守 一恵¹、近藤 啓子¹、
小野寺直人¹

202X年9月A病室に入院中の患者の血液培養とCV挿入部の膿汁から *M. abscessus* が検出された。A病室及び、隣接するB病室の環境調査を行ったところ、シャワー水及びシャワーヘッドのぬぐい液から *M. abscessus* が検出されたため、A室・B室のシャワーヘッドの分解清掃を継続的に施行（その後の検査では陰性）していた。202X+1年6月A病室に入院中の患者の血液培養とCVカテ先から *M. abscessus* が検出されたためPOUフィルター付きシャワーヘッドに交換し、その後B病室のシャワーを分解して抗酸菌検査を行ったところ、シャワーホース内と混合栓（給水側）から菌が検出されたため、混合栓とシャワーホースを交換した。202X+2年2月、同シャワー水の検査では菌は検出されず、同年7月より通常シャワーヘッドに交換しているが、現在までのところA及びB病室から新規の患者は発生していない。混合栓は水が滞留し、菌が定着しやすい可能性があり、混合栓の交換により菌の検出が消失したと考えられた。

セッション3 (びまん・アレルギー)

9:56~10:36 第2会場 (研修室 812)

座長：山形大学医学部附属病院 第一内科 五十嵐 朗
福島県立医科大学医学部 呼吸器内科学講座 二階堂雄文

15. 肺区域洗浄が奏功した高齢の自己免疫性肺胞蛋白症の1例

石巻赤十字病院 呼吸器内科

◎高橋 幸大、小野 学、浅原 健人、山邊 千尋、白井 祐介、奥友 洸二、
佐藤ひかり、石田 雅嗣、花釜 正和、小林 誠一、矢内 勝

肺胞蛋白症の標準治療として全肺洗浄が知られているが、全身麻酔下で行う侵襲性の高い治療であり、実施可能な施設も限られているのが現状である。一方、近年では肺区域洗浄にて良好な転帰が得られた報告も散見される。今回、肺区域洗浄により病態の改善をみとめた自己免疫性肺胞蛋白症の症例を経験した。症例は83歳男性で労作時の息切れを主訴に救急搬送された。胸部CTではcrazy-paving appearanceをみとめ、気管支肺胞洗浄にて白濁した洗浄液が回収され、抗GM-CSF抗体が高値であった。動脈血ガス分析ではI型呼吸不全を呈しており、重症度4の自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。全肺洗浄は年齢・合併症の観点から高リスクと判断し、本人希望も踏まえ肺区域洗浄を複数回施行した。その結果、症状・陰影の改善をみとめ酸素需要を低減できた。全肺洗浄が高リスクと考えられる症例や医療設備の観点から実施困難な場合において、肺区域洗浄は検討すべき治療選択の一つと考えられた。

16. 抗ARS抗体陽性間質性肺炎の治療中に自己免疫性肺胞蛋白症を合併した1例

山形県立中央病院呼吸器内科

◎菅野 悠太、鈴木 博貴、太田 啓貴、久米 壮亮、吾妻 祐介、勝野 教夫、
桃崎さゆり、麻生 マリ、野川ひとみ、日野 俊彦

症例は75歳女性。息切れを主訴に近医受診し両下肺野網状影を指摘され、X-2年7月に当科紹介初診。胸部CTで両側肺下葉の気管支血管周囲優位に浸潤影を認め、抗ARS抗体陽性であり、抗ARS抗体関連間質性肺疾患としてX-2年8月よりPSL40 mg/dayを開始した。筋炎を示唆する所見はみられなかった。画像所見と自覚症状の改善傾向ありPSLを漸減していたが、PSL7.5 mg/dayへ減量後からKL-6が上昇傾向となった。X年3月のCTで両側肺下葉主体にcrazy-paving patternを認めたため、クライオ生検と気管支肺胞洗浄を施行した。病理組織で肺胞蛋白症の所見を認め、血清抗GM-CSF抗体27.4 U/mLと高値で、自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。尚、抗EJ抗体陽性であった。

抗ARS抗体関連間質性肺疾患に自己免疫性肺胞蛋白症を合併した症例は稀であり、文献的考察も踏まえて報告する。

17. *Fusarium* spp. による加湿器肺炎が否定できなかった一例

岩手県立中央病院 呼吸器内科¹、岩手県立釜石病院 臨床検査技術科²、
岩手県立大船渡病院 臨床検査技術科³

◎長谷川 祥¹、菖蒲澤大樹¹、千葉 真士¹、宇部 健治¹、花輪 恵²、
中村理紗子³

【症例】71歳女性【既往歴】蕁麻疹、子宮筋腫【生活歴】喫煙歴：30-65歳7本/日。職業歴：家具屋、冷蔵業。トリ飼育や羽毛布団使用なし。【現病歴】2ヶ月間継続する咳嗽を主訴にX年4月前医を受診、改善が乏しいためX年5月に当科紹介された。CTでは両肺スリガラス影、浸潤影、牽引性気管支拡張を認めた。咳嗽が出現する1ヶ月前から自宅の居住スペースで超音波加湿器を使用しており、同居する夫も同様の肺炎で治療中であることが判明した。肺胞洗浄液中のリンパ球比率は49%と上昇していた。これらの所見から加湿器肺炎と判断し抗原回避とステロイドで治療を行った。治療反応は良好であった。その後、加湿器からは*Fusarium* spp. が同定されたが、患者血清との沈降抗体反応は陰性であった。【考察】沈降抗体反応は陰性であったがステロイド治療により免疫反応がマスクされた可能性がある。経過や画像所見からは加湿器肺炎が第一に疑われたため報告する。

18. ホジキン病に対する放射線療法後約20年の経過で遅発性胸水を生じた放射線胸膜炎の一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科¹、
弘前大学医学部附属病院 感染制御センター²

◎高畑友莉菜¹、中村 侑愛¹、石戸谷美奈¹、田中 佑典¹、中鉢 敬¹、
坂本 博昭¹、白鳥 俊博¹、石岡 佳子¹、糸賀 正道²、牧口 友紀¹、
田中 寿志¹、當麻 景章¹、田坂 定智¹

症例は43歳女性。17歳時にホジキン病で化学療法及び胸部照射施行。36歳時に両側胸水を指摘、増加傾向のため37歳時に前医紹介。胸水検査等で診断に至らなかったが、IGRA陽性で結核性胸膜炎として診断的治療を実施するも明らかな効果は得られなかった。今回、胸水増加、息切れ(mMRC 3)、体重減少あり当院紹介。胸水はリンパ球優位の滲出液で、特異的所見は得られなかった。胸腔鏡検査では全体的に白色に肥厚した胸膜をみとめ、同部位からの生検ではリンパ球が浸潤した非特異的な慢性炎症所見を認めた。感染性、腫瘍性などは否定的で、これまでに同様の報告がある遅延性の放射線胸膜炎と診断した。胸膜癒着術を実施し、症状の軽減が得られている。胸部照射後数十年の経過で胸水貯留をきたす放射線胸膜炎の報告が散見される。病態など十分に理解されておらず、診断も除外診断に委ねられており、さらなる症例の集積による解明が望まれる。

19. ニボルマブ投与中に発症した気管支喘息の一例

秋田大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学講座¹、
能代厚生医療センター 呼吸器内科²、敬徳会 藤原記念病院 呼吸器内科³

◎高橋 大地¹、佐藤 一洋¹、島田 健吾¹、五島 哲¹、小笠原ルリ子¹、
熊谷 奈保²、坂本 祥¹、奥田 佑道¹、浅野真理子¹、竹田 正秀¹、
三浦 一樹³、中山 勝敏¹

【症例】73歳、女性。**【既往歴】**ピリン系アレルギーあり、気管支喘息なし**【現病歴】**原発性肺腺癌 c-Stage IVの二次治療としてニボルマブ単剤治療を開始した。16コース終了後から咳嗽症状が出現。その後呼吸困難感も現れた。両肺野で wheeze を聴取し、さらに血液検査では好酸球増多、呼気NO濃度上昇、胸部CTでは気道壁肥厚も認められたため、気管支喘息と診断した。全身ステロイド投与とSABA吸入で治療を開始。その後ICS/LABA+LTRA+抗アレルギー薬を導入して症状は安定していた。症状改善後、ニボルマブ投与を再開したところ2日後から再び呼吸困難と喘息の症状がみられ、呼気NOと末梢血好酸球の再上昇が認められたため、ニボルマブ投与による気管支喘息が疑われた。**【考察】**免疫チェックポイント阻害薬による気管支喘息の発症については報告が少ない。今回ニボルマブ投与中に、気管支喘息を発症した1例を経験したので、文献を交えて考察する。

セッション4 (癌)

12:25~13:21 第1会場 (会議室 803)

座長：福島県立医科大学医学部 呼吸器内科学講座 峯村 浩之
岩手医科大学 内科学講座 呼吸器内科分野 秋山 真親

20. 胸水貯留を契機に診断された MALT リンパ腫の一例

福島県立医科大学 呼吸器内科¹、福島県立医科大学 血液内科²

◎風間健太郎¹、二階堂雄文¹、佐野 隆浩²、高橋 裕志²、池添 隆之²、
齋藤 弘志¹、針金 莉奈¹、山田 龍輝¹、王 新涛¹、冨田ひかる¹、
河俣 貴也¹、力丸 真美¹、森本樹里亜¹、東川 隆一¹、佐藤 佑樹¹、
峯村 浩之¹、齋藤 純平¹、金沢 賢也¹、谷野 功典¹、柴田 陽光¹

症例は73歳、女性。X-12年に肺胞蛋白症の診断の診断となり全肺洗浄を1回施行され、その後は病状安定し経過観察中であった。X年12月に労作性呼吸困難 (mMRC:Grade2) を自覚するようになり胸部CT画像検査にて、右胸水貯留を認めた。胸水精査ではリンパ球優位の滲出性胸水およびADA高値を認めたが、確定診断には至らなかった。血液検査では総蛋白アルブミン解離、M蛋白血症を認め、尿中免疫電気泳動ではベンズ・ジョンズ蛋白 (λ型M蛋白) が認められた。局所麻酔下胸腔鏡検査を施行し、壁側胸膜の一部に隆起性病変を認め、同部位の生検組織にて一部形質細胞への分化を示す異型B細胞の集積を認め、免疫染色の結果MALTリンパ腫と診断された。血液内科転科にてトレアキシン、リツキシマブによる治療が開始された。胸膜原発のMALTリンパ腫は稀であり、局所麻酔下胸腔鏡検査にて診断が確定した症例を経験したため報告する。

21. 若年 ALK 融合遺伝子陽性肺癌に対してアレクチニブ投与後に脳転移を認め、2次治療でロルラチニブが著効した一例

仙台厚生病院

◎村上 陽亮、川嶋 庸介、小笠原嵩天、木村雄一郎、菅原 俊一

【症例】23歳、男性

【現病歴及び経過】2022年3月23日に胸腹部痛を主訴に前医を受診し心嚢液貯留と肝酵素上昇を認めた。精査の結果、肺腺癌 cTXN3M1c Stage IVB 期 (ALK 融合遺伝子陽性) と診断された。同年、4月28日から1次治療としてアレクチニブが開始され、PRを維持していたが2023年1月に悪心症状と頭部造影MRI検査で多発脳転移を認めた。2023年1月20日から2次治療としてロルラチニブを開始したところ多発脳転移は画像上消失し、CRと判定した。2023年4月現在も再発なく経過している。

【考察】ALK融合遺伝子陽性肺癌は比較的若年で発症する傾向だが、20歳台の報告は稀である。また、アレクチニブ治療のALK-TKIに関するデータは少ない。文献学的考察に加え、当院でのALK融合遺伝子陽性肺癌に対する2次治療以降のALK-TKIの使用実績も併せて報告する。

22. 肺腺癌による骨髄癌腫症で著明な血球減少を生じた一例

東北労災病院

◎大友 梓、池田 大輝、鳴海 茜、阿部 武士、谷津 年保、大塚 竜也、
中村 優、田代 祐介、榊原 智博、三浦 元彦、小野寺晃一、品川 清嗣、
岩間 憲之

症例は60歳男性。X年9月から持続する腰痛が出現し、精査のため前医に転院となり、12月6日に骨生検等にて肺腺癌 cT1bN2M1c (OSS) Stage IVB の診断を得た。骨転移病変への緩和照射後、化学療法施行のため当院転院となった。X+1年1月27日より CDDP+PEM+pembrolizumab を2コース施行したが無効と判断され、3月16日からは DOC+RAM を2コース施行したが、病勢コントロールは得られなかった。その間赤血球及び血小板の著明な減少が生じ、5月19日の血液検査では破碎赤血球の新規出現を認めたため、5月30日に骨髄穿刺を施行した。骨髄は著明な dry tap であり、また生検標本からは N/C 比が増加した異型細胞から成る腺腔形成性の胞巣が認められたため、著明な血球減少は肺腺癌の骨髄転移による骨髄癌腫症が原因と考えられた。貧血や血小板減少に対して輸血による対症療法を継続したが、その後も病状は徐々に悪化し、6月14日に死亡された。肺腺癌による骨髄癌腫症で著明な血球減少を生じた一例を経験したため報告する。

23. 非典型的な肺転移様式を呈した腭癌の一例

国立病院機構仙台医療センター 呼吸器内科

◎齋藤 悠、飛田 将宏、森 一也、三橋 善哉、穴倉 裕、西巻 雄司、
菊地 正、三木 祐

83才女性。腭癌精査目的の全身CTで多発肺腫瘍を指摘された。左肺S4, S8, 下葉縦隔側及び右肺S7の4か所に病変を認め、うち3か所は空洞を伴った結節影であり、左肺下葉縦隔側病変は浸潤影を呈した。PET-CTですべての病変に集積を認めた。ガイドシース併用気管支内超音波断層法を用いて描出し得た3病変より生検を施行したが、明らかな悪性所見を認めなかった。そのため再度気管支鏡下に生検を施行したが、悪性所見は得られなかった。経過中に左肺下葉の浸潤影を呈した病変のみ増大したが、その他の病変は著変なく経過したため、腭癌に対して腭頭十二指腸切除術を施行した。術後の胸部CTで空洞性病変の壁肥厚を認めたため、3度目の気管支鏡検査を施行した。右肺S7病変より腭癌手術検体と形態所見及び染色性が類似する腫瘍細胞が検出され、腭癌肺転移と診断した。現在腭癌に対し化学療法施行中である。非典型的な画像所見を呈し、貴重な症例と考えたため報告する。

24. 左片側胸水貯留を呈し、局所麻酔下胸腔鏡検査が診断の一助となった濾胞性リンパ腫の一例

石巻赤十字病院 呼吸器内科¹、石巻赤十字病院 血液内科²

◎浅原 健人¹、小野 学¹、山邊 千尋¹、白井 祐介¹、高橋 幸大¹、
奥友 洸二¹、佐藤ひかり¹、石田 雅嗣¹、花釜 正和¹、小林 誠一¹、
矢内 勝¹、中畠 真治²

症例は63歳男性。月単位の経過で緩徐に増悪する息切れを主訴に近医を受診した。胸部X線で縦隔偏位を伴う左片側胸水貯留を認めたため当院紹介となり、入院精査の方針とした。入院時のCTでは左腋窩リンパ節と傍大動脈リンパ節の腫大、脾腫と脾内多発結節影を認めたが、明らかな肺野結節影や縦隔リンパ節腫大は認めなかった。胸水検体に病理学的悪性所見を認めなかったため、胸膜病変の検索目的に局所麻酔下胸腔鏡検査を施行したところ、背側壁側胸膜に表面平滑な白色隆起性病変を認めたため、生検を行った。フローサイトメトリーではB細胞性リンパ腫が疑われた。その後腋窩リンパ節生検を施行し、濾胞性リンパ腫の診断に至った。胸膜病変はリンパ腫の節外病変と臨床診断した。血液内科へ紹介の上R-CHOP療法を施行し、良好な経過を辿っている。胸水貯留を契機に発見され、胸腔鏡検査が診断の一助となった濾胞性リンパ腫の一例を経験したので報告する。

25. 気管支喘息として治療されていた気管支腫瘍の1例

独立行政法人国立病院機構盛岡医療センター 呼吸器内科¹、平野医院 院長²、
独立行政法人国立病院機構盛岡医療センター 内科³

◎高原 政利¹、平野 邦夫²、只左 一也³、木村 啓二¹

症例は34歳、女性。既往にアレルギー性鼻炎を有していた。X-1年11月に気管支喘息と診断され、抗LT薬とICS/LABAが処方された。X年2月下旬から呼吸困難が増悪し、LAMAが追加されたが症状の改善に至らず、喘息コントロール目的にX年3月当院紹介となった。受診時胸部聴診にて喘鳴を聴取した。胸部X線写真で右縦隔拡大と右横隔膜挙上を認め、胸部CTで右主気管支から上葉気管支内腔に突出する結節を認めた。気管支鏡検査では右主気管支を閉塞するように表面平滑な半球状の腫瘤を認めた。生検を行い、気管支型平滑筋腫と診断した。

気管支腫瘍は稀な疾患ではあるが悪性腫瘍の可能性や合併症の観点から早期の診断が必要である。本症例は良性腫瘍であったが、腫瘍閉塞により肺容積が減少していた。難治性喘息症状の患者では気管支腫瘍も念頭に、積極的に画像検査を行うことが重要であると考えられる。

26. 経気管支肺生検により診断に至った子宮頸癌再発による肺動脈腫瘍塞栓症の1例

秋田大学大学院呼吸器内科学講座¹、秋田大学医学部附属病院病理診断科 / 病理部²、市立秋田総合病院³

◎五島 哲¹、浅野真理子¹、竹田 正秀¹、高橋 大地¹、島田 健吾¹、小笠原ルリ子¹、泉谷 有可¹、佐々木奈保¹、坂本 祥¹、奥田 佑道¹、南條 博²、佐藤 一洋¹、本間 光信³、中山 勝敏¹

47歳の女性。4年前に子宮頸癌ⅣB期に対して準広汎子宮全摘術と化学療法を行なった。1年前に傍大動脈リンパ節再発を認め放射線照射を行い、以後再発なく経過していた。7か月前からの持続する咳嗽のため当科に紹介された。CRP上昇と胸部CTで両側胸膜下に下肺優位の区域性多発粒状影と軽度気管支拡張を認め細気管支炎を疑い、マクロライド内服で治療を行った。治療開始後も症状改善に乏しく胸部CTで粒状影の増加とすりガラス影の出現を認めたため経気管支肺生検を施行した。組織診で肺実質内の中型の動脈内に扁平上皮癌の腫瘍塞栓を認め、子宮頸癌再発による肺動脈腫瘍塞栓症の診断となった。

本症例では画像所見からは積極的に癌の転移を疑わなかったが、病理組織による診断により比較的早期に治療に結びつけることができた。

セッション5 (その他)

12:25~13:13 第2会場 (研修室 812)

座長：秋田大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学講座 奥田 佑道
岩手医科大学 内科学講座 呼吸器内科分野 藤村 至

27. 胸腔内造影を併用した EWS による気管支充填術が有効だった 高度肺気腫に伴う難治性気胸の 1 例

宮城厚生協会 坂総合病院呼吸器内科

◎生方 智、神宮 大輔、大衡 竜太、佐藤 幸佑、矢島 剛洋、渡辺 洋、
高橋 洋

【症例】 高度の両側肺気腫による COPD で他院通院中の 85 歳男性。右上葉肺炎の加療目的に当院へ紹介入院となった。入院 10 日目に低酸素血症の増悪があり、右上葉の虚脱を中心とする気胸が判明した。胸腔ドレーンを留置したが著明なエアリークが持続し、肺の膨張が得られなかった。EWS 充填を施行すべく術前に透視下で胸腔内造影を行ったところ、予想していた気腫の目立つ上葉ではなく中葉気管支領域が瘻孔部位と推定された。右中葉気管支に EWS 充填を行ったところエアリークの減少と肺の膨張が得られた。その後、胸膜癒着術を複数回実施しエアリークの停止とドレーン抜去ができ、在宅酸素療法を導入して独歩で自宅退院した。

【考察】EWS 充填は気胸の治療に有効であるが、実施前に責任気管支の詳細な検討が必要となる。高度の肺気腫例は責任気管支同定が困難なことが多いが、本症例は胸腔内造影による動的なエアリーク評価が有用であった。

28. 肺動脈高血圧に伴う側副血行路として拡張した気管支動脈が 喀血の原因と考えられた 1 例

石巻赤十字病院 呼吸器内科¹、石巻赤十字病院 呼吸器外科²、

石巻赤十字病院 放射線診断科³、石巻赤十字病院 病理部⁴

◎小野 学¹、浅原 健人¹、山邊 千尋¹、高橋 幸大¹、白井 祐介¹、
奥友 洸二¹、佐藤ひかり¹、石田 雅嗣¹、花釜 正和¹、小林 誠一¹、
佐渡 哲²、袴塚 崇³、板倉 裕子⁴、矢内 勝¹

症例は 73 歳女性。原発性胆汁性胆管炎で消化器内科通院中、CT で左肺上葉に GGN、左舌区にすりガラス影を認め当科紹介となった。気管支鏡検査で、CT では認めなかった左 B3 入口部の非拍動性の白色隆起構造物を生検施行後に出血が持続した。気道確保目的で人工呼吸器管理とし、出血原因と推測された左気管支動脈上葉枝の瘤状構造に対し気管支動脈塞栓術を施行し再出血がないのを確認した。左肺上葉の GGN が細胞診で腺癌と診断され、呼吸器外科で胸腔鏡下左肺上葉切除術を施行、切除検体の病理組織で左肺上葉の GGN は腺癌、左舌区の陰影は AIS と診断された。また背景肺では肺実質内の中～小肺動脈の内膜肥厚、内腔の狭窄、閉塞像が広範に認められ、肺動脈高血圧の存在が推察された。さらに拡張した気管支動脈が気管支粘膜下に散見され、肺動脈高血圧に伴う側副血行路と考えられ、このような拡張気管支動脈が出血源である可能性が示唆された。

29. 当科入院例におけるブロナンセリン貼付剤の使用例の検討

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科¹、メンタルヘルス科²

◎神宮 大輔¹、大衛 竜太¹、木葉 大地¹、佐藤 幸佑¹、生方 智¹、
矢島 剛洋¹、高橋 洋¹、渡辺 洋¹、石橋 義彦²

【緒言】ブロナンセリン貼付剤のせん妄に対する有用性は緩和・在宅領域で報告されてきている。しかし、呼吸器疾患例における詳細な臨床情報は乏しい。

【目的】ブロナンセリン貼付剤使用例の実情の把握と今後の臨床的課題を検討する。

【方法】2022年8月1日～2023年1月31日までの当科入院例を対象とし、診療録をもとに後方視的に検討した。

【結果】症例は全35例（男女比20：15）で、平均年齢は86.1歳、要介護認定者は80%（28例）であった。入院主病名の内訳はCOVID-19感染症：46%例（16例）、COVID-19を除いた呼吸器感染症：23%（8例）、悪性腫瘍：9%（3例）であった。ブロナンセリン貼付剤使用例の83%（29例）でせん妄の改善を認め、効果発現までの期間は平均4.9日（中央値3日）であった。貼付例で錐体外路症状・過鎮静を呈した症例は認めなかった。

【結語】ブロナンセリン貼付剤は効果発現までには数日を要するが、急性期せん妄に対する有用性が示唆された。症例数も限られており、引き続き症例集積を続けていく。

30. 頸部・縦隔膿瘍に先行した縦隔気腫の1例

岩手県立中部病院呼吸器内科¹、岩手医科大学呼吸器外科学講座²

◎千田 大誠¹、長 克哉¹、石亀 里奈¹、松本 あみ¹、朝戸 裕子¹、
橋元 達也¹、出口 博之²

症例は50歳男性。X年4月9日より呼吸困難を自覚し4月10日より胸痛が出現したため当院に搬送となった。血液検査で肝障害、腎機能低下、CRP高値を認め、胸部CTで縦隔気腫を認めたため縦隔炎及び敗血症疑いで当科入院となった。TAZ/PIPC点滴投与を開始したがCRP高値は遷延し胸水も出現した。胸腔穿刺を施行したところ、膿性の排液を認めたため胸腔ドレーンを留置した。その後咽頭痛の訴えが強くなってきたため造影CTを施行したところ、頸部～縦隔にかけて膿瘍形成を認めた。他院頭頸部外科へ緊急入院し、気管切開を行いつつ呼吸器外科協力のもと縦隔・頸部膿瘍ドレナージが施行され、5月31日に同院を退院した。【考察】咽後膿瘍及び続発する頸部膿瘍・縦隔膿瘍は抗菌薬治療とドレナージを早期に行わなければ予後不良な疾患である。今回、初診時は縦隔気腫が目立ち徐々に頸部膿瘍・縦隔膿瘍に進展した症例を経験したため報告する。

31. Bリンパ球機能回復後に急激に増悪した COVID-19 持続感染の 1 例

大崎市民病院 呼吸器内科

◎尾形 優、井上 直紀、小室 英恵、板倉 康司、佐藤 慶、岡本 道子、
井草龍太郎、一ノ瀬正和

【症例】 悪性リンパ腫の診断でリツキシマブ投与されていた 61 歳女性。リツキシマブ投与 42 日後に COVID-19 を発症した。B リンパ球機能不全により持続感染状態となりその後肺炎の増悪、軽快を繰り返した。感染 200 日目に肺炎の増悪を認め 4 度目の入院となった。入院時所見で CRP39.67 と高値であり両側胸水、両肺の浸潤影を認めた。ステロイド、抗ウイルス薬、トシリズマブの投与を行なった。ウイルス量は検出感度以下まで低下、抗体価も陽性となり B リンパ球の機能改善を認めた。しかし入院 15 日目に自己免疫性筋炎、汎血球減少、肺炎の増悪を認め入院 28 日で死亡した。【考察】 リツキシマブによる COVID-19 の持続感染から B 細胞機能回復後に急激な全身状態の悪化により死亡に至った症例を経験した。HIV 治療において T リンパ球回復を契機に感染が増悪する免疫再構築現象が知られているが、B リンパ球機能回復による免疫再構築症候群の可能性が考えられた。

32. 同一株であることを遺伝子学的に証明しえたカンジダによる敗血症性肺塞栓症の 1 例

石巻赤十字病院 呼吸器内科¹、石巻赤十字病院 感染症内科²、
石巻赤十字病院 外科³

◎白井 祐介¹、小林 誠一¹、浅原 健人¹、山邊 千尋¹、高橋 幸大¹、
奥友 洸二¹、佐藤ひかり¹、小野 学¹、石田 雅嗣¹、花釜 正和¹、
矢内 勝¹、亀井 克彦²、宮地 智洋³

症例は 51 歳の女性で歩行困難で救急外来を受診。右鼠径部周囲にびらんを認めフルニエ壊疽の診断で外科に入院となった。治療経過中に発熱と意識障害を認め、血液培養 2 セットで酵母様真菌が陽性、カンジダ血症を疑い抗真菌薬で治療を開始した。呼吸状態の悪化があり人工呼吸管理とした。胸部 CT で末梢に多発結節影および胸膜直下の楔状陰影を認め、画像パターンから敗血症性肺塞栓症が疑われた。起炎菌推定のため気管支肺胞洗浄を行い、肺胞洗浄液培養から酵母様真菌が陽性となった。血液培養、肺胞洗浄液培養で得られた真菌は *Candida albicans* と同定され、MLST にて遺伝子学的にも同一株であると判明した。一般にカンジダの敗血症性肺塞栓症は生検での診断が推奨され、気管支肺胞洗浄での診断意義は不明である。本症例では遺伝子学的な解析も追加し気管支肺胞洗浄が診断の一助となると考えられたため報告する。

《協賛企業》

共催

アストラゼネカ株式会社
小野薬品工業株式会社
武田薬品工業株式会社
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

広告

インスメッド合同会社
エーザイ株式会社
杏林製薬株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
大鵬薬品工業株式会社
中外製薬株式会社
日本イーライリリー株式会社
日本化薬株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
丸木医科器械株式会社岩手支店

(五十音順)

insmed®



アミノグリコシド系抗生物質製剤

薬価基準収載



アリケイス®吸入液 590mg

ARIKAYCE®

アミカシン硫酸塩 吸入用製剤

処方箋医薬品[※]

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元

インスメッド合同会社
東京都千代田区永田町二丁目10番3号
東急キャピトルタワー13階

<https://insmed.jp>

【文献請求先及び問い合わせ先】
メディカルインフォメーションセンター
電話：0120-118808

Insmmed®, Insmmed logo, インスメッド®, ARIKAYCE® and アリケイス® are registered trademarks of Insmmed Incorporated.

All other trademarks referenced herein are the property of their respective owners.

2023年7月作成
PP-ARIK-JP-00697
© 2023 Insmmed GK. All Rights Reserved.
© 2023 PARI GmbH. All Rights Reserved.

NUCALA
mepolizumab



ヌーカラ
皮下注 100mg
ペン



ヌーカラ皮下注 100mg シリンジ・ペン

在宅自己注射が可能になりました

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

4. 効能又は効果

- 気管支喘息(既存治療によっても喘息症状をコントロールできない難治の患者に限る)
- 既存治療で効果不十分な好酸球性多発血管炎性肉芽腫症

5. 効能又は効果に関連する注意

(気管支喘息)

5.1 高用量の吸入ステロイド薬その他の長期管理薬を併用しても、全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪をきたす患者に本剤を追加して投与すること。

5.2 投与前の血中好酸球数が多いほど本剤の気管支喘息増悪発現に対する抑制効果大きい傾向が認められている。また、データは限られているが、投与前の血中好酸球数が少ない患者では、十分な気管支喘息増悪抑制効果が得られない可能性がある。本剤の作用機序及び臨床試験で認められた投与前の血中好酸球数と有効性の関係を十分に理解し、患者の血中好酸球数を考慮した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.1 参照]

5.3 本剤は既に起きている気管支喘息の発作や症状を速やかに軽減する薬剤ではないので、急性の発作に対しては使用しないこと。

(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症)

5.4 過去の治療において、全身性ステロイド薬による適切な治療を行っても、効果不十分な場合に、本剤を上乗せして投与を開始すること。

6. 用法及び用量

(気管支喘息)

通常、成人及び12歳以上の小児にはメボリスマブ(遺伝子組換え)として1回100mgを4週間ごとに皮下に注射する。

(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症)

通常、成人にはメボリスマブ(遺伝子組換え)として1回300mgを4週間ごとに皮下に注射する。

7. 用法及び用量に関連する注意

(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症)

本剤とシクロホスファミドを併用投与した場合の安全性は確認されていない。[17.1.2 参照]

8. 重要な基本的注意

- 8.1 本剤の投与は、適応疾患の治療に精通している医師のもとで行うこと。
- 8.2 本剤はヒトインターロイキン-5(IL-5)と結合し、IL-5の機能を阻害することにより血中好酸球数を減少させる。好酸球は一部の寄生虫(蠕虫)感染に対する免疫応答に関与している可能性がある。患者が本剤投与中に蠕虫類に感染し、抗蠕虫薬による治療が無効な場合には、本剤投与の一時中止を考慮すること。[9.1.1 参照]
- 8.3 長期ステロイド療法を受けている患者において、本剤投与開始後にステロイド薬を急に中止しないこと。ステロイド薬の減量が必要な場合には、医師の管理下で徐々に行うこと。
- 8.4 本剤の投与期間中に喘息に関連した事象及び喘息の悪化が現れることがある。本剤の投与開始後に喘息症状がコントロール不良であったり、悪化した場合には、医師の診察を受けるよう患者に指導すること。
- 8.5 本剤の投与開始にあたっては、医療施設において、必ず医師によるか、医師の直接の監督の下で投与を行うこと。自己投与の適用については、医師がその妥当性を慎重に検討し、十分な教育訓練を実施した後、本剤投与による危険性と対処法について患者が理解し、患者自ら確実に投与できることを確認した上で、医師の管理指導の下で実施すること。適用後、本剤による副作用が疑われる場合や自己投与の継続が困難な状況となる可能性がある場合には、直ちに自己投与を中止し医療施設に連絡するよう患者に指導し、医師の管理下で慎重に観察するなど適切な処置を行うこと。また、使用済みの注射器を再使用しないように患者に注意を促し、安全な廃棄方法について指導すること。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.1 合併症・既往歴等のある患者

9.1.1 蠕虫類に感染している患者 本剤投与開始前に蠕虫感染を治療すること。[8.2 参照]

9.5 妊婦 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。サルではメボリスマブが胎盤を通過することが報告されている。

9.6 授乳婦 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。サルではメボリスマブが乳汁中へわずかに移行することが報告されている。

9.7 小児等

(気管支喘息)

9.7.1 12歳未満の小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症)

9.7.2 小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

9.8 高齢者 一般に、生理機能が低下している。

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11.1 重大な副作用 アナフィラキシー(頻度不明)

11.2 その他の副作用

	5%以上	1%以上5%未満	1%未満	頻度不明
過敏症		過敏症反応(尋麻疹、血管浮腫、発疹、気管支痙攣、低血圧)		
感染症			下気道感染症、咽頭炎、尿路感染	
精神神経系	頭痛			
呼吸器		鼻閉		
胃腸障害		上腹部痛		
皮膚		湿疹		
筋骨格系				背部痛
全身障害			発熱	
投与部位	注射部位反応(疼痛、紅斑、腫脹、そ痒、灼熱感)			

注)凍結乾燥注射剤における発現頻度。

14. 適用上の注意

14.1 薬剤交付時の注意 患者には本剤に添付の使用説明書を渡し、使用方法を指導すること。

21. 承認条件

21.1 医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症)

21.2 既存治療で効果不十分な好酸球性多発血管炎性肉芽腫症について、国内での治験症例が極めて限られていることから、製造販売後、一定数の症例に係るデータが集積されるまでの間は、全症例を対象に使用成績調査を実施することにより、本剤使用患者の背景情報を把握するとともに、本剤の安全性及び有効性に関するデータを早期に収集し、本剤の適正使用に必要な措置を講じること。

2021年4月作成(第2版)

その他の使用上の注意については添付文書をご参照ください。

ヒト化抗IL-5モノクローナル抗体

薬価基準収載

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

ヌーカラ皮下注100mgシリンジ
ヌーカラ皮下注100mgペン

NUCALA solution for s.c. injection メボリスマブ(遺伝子組換え)製剤

製造販売元

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先
TEL: 0120-561-007(9:00-17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)
FAX: 0120-561-047(24時間受付)

PM-JP-MPL-ADVT-200001 2021.10



RetevmoTM selpercatinib

抗悪性腫瘍剤／RET^注 受容体型チロシンキナーゼ阻害剤
劇薬、処方箋医薬品*

薬価基準収載

レットガモ[®] カプセル40mg
カプセル80mg

セルペルカチニブカプセル

注) RET : rearranged during transfection *注意-医師等の処方箋により使用すること



CYRAMZA[®] (ramucirumab)

抗悪性腫瘍剤 ヒト型抗VEGFR-2^注 モノクローナル抗体
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品*

サイラムザ[®] 点滴静注液 100mg
点滴静注液 500mg

CYRAMZA[®] Intravenous Injection ラムシルマブ(遺伝子組換え)注射液

注) VEGFR-2: Vascular Endothelial Growth Factor Receptor-2(血管内皮増殖因子受容体2)

*注意-医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

効能又は効果、用法及び用量、警告・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。

PP-SE-JP-0532
2022年6月作成

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)
日本イーライリリー株式会社
〒651-0086 神戸市中央区磯上通5丁目1番28号

Lilly Answers リリーアンサーズ (医療関係者向け)
日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口
www.lillymedical.jp

0120-360-605^{※1}

受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:30^{※2}

※1 通話料は無料です。携帯電話からでもご利用いただけます。
※2 祝祭日および当社休日を除きます。

Lilly



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。



喘息治療配合剤

処方箋医薬品[※]

フルチカゾンプロピオン酸エステル/ホルモテロールフマル酸塩水和物吸入剤

フルティフォーム[®]

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

Flutiform[®] Aerosol

注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

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



フルティフォーム[®]の情報は、医療従事者向けWebサイト、
キョーリンメディカルブリッジよりご覧いただけます。
<https://www.kyorin-medicalbridge.jp>

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: 杏林製薬株式会社 情報センター)
作成年月: 2022.2



選択的NK₁受容体拮抗型制吐剤
 ホスネツピタント塩化物塩酸塩注射剤
 劇薬、処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

薬価基準収載

アロカリス® 点滴静注 235mg
Arokaris® I.V. infusion

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報は電子添文をご確認ください。

製造販売元 **TAIHO**
 文献請求先及び問い合わせ先
大鵬薬品工業株式会社
 〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
 TEL.0120-20-4527 <https://www.taiho.co.jp/>

提携先 **HELSINN** スイス

2023年4月作成



抗悪性腫瘍剤 / 抗PD-L1^{注1)} ヒト化モノクローナル抗体
 生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注※)}

テセントリク® 点滴静注 1200mg
TECENTRIQ® atezolizumab
 アテゾリズマブ（遺伝子組換え）注
 ㊞F、ホフマン-ラ・ロシュ社（スイス）登録商標

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF^{注2)} ヒト化モノクローナル抗体
 生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注※)}

アバステン® 点滴静注用 100mg/4mL 400mg/16mL
AVASTIN® bevacizumab
 ベバシズマブ（遺伝子組換え）注

抗悪性腫瘍剤 / チロシンキナーゼ阻害剤
 劇薬、処方箋医薬品^{注※)}

ロスリートレクカプセル 100mg、200mg
ROZLYTREK® entrectinib
 エントレクチニブカプセル
 ㊞F、ホフマン-ラ・ロシュ社（スイス）登録商標

抗悪性腫瘍剤 / ALK^{注3)} 阻害剤
 劇薬、処方箋医薬品^{注※)}

アレセンサ® カプセル 150mg
ALECENSA® アレクチニブ塩酸塩カプセル

「効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については、電子化された添付文書をご参照ください。

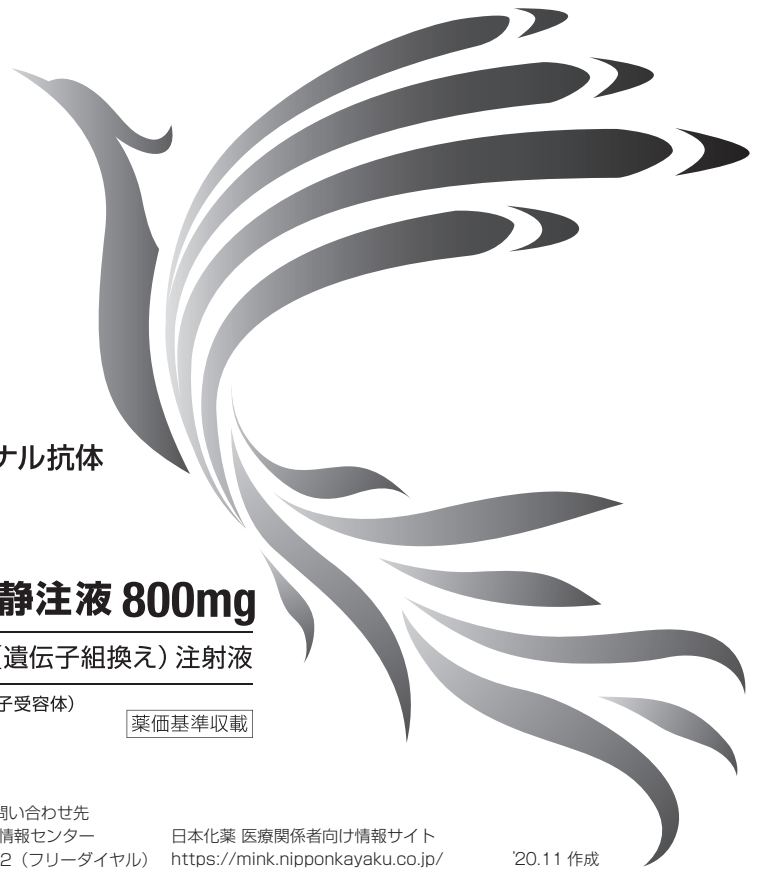
注1) PD-L1: Programmed Death-Ligand 1 注2) VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor (血管内皮増殖因子)
 注3) ALK: Anaplastic Lymphoma Kinase (未分化リンパ腫キナーゼ) 注※) 注意—医師等の処方箋により使用すること

製造販売元 **CHUGAI**
中外製薬株式会社
 〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1
 (Roche) ロシュグループ

〔文献請求先及び問い合わせ先〕 メディカルインフォメーション部
 TEL.0120-189-706 FAX.0120-189-705

〔販売情報提供活動に関する問い合わせ先〕
<https://www.chugai-pharm.co.jp/guideline/>

2022年8月



抗悪性腫瘍剤 ヒト型抗EGFR^注モノクローナル抗体
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品*

ポトラザ[®] 点滴静注液 800mg

Portrazza[®] Injection ネシツムマブ (遺伝子組換え) 注射液

注) EGFR: Epidermal Growth Factor Receptor (上皮細胞増殖因子受容体)
*注意-医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

製造販売元  **日本化薬株式会社**
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

文献請求先及び問い合わせ先
日本化薬 医薬品情報センター
0120-505-282 (フリーダイヤル)

日本化薬 医療関係者向け情報サイト
<https://mink.nipponkayaku.co.jp/>

'20.11 作成

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



 **Boehringer
Ingelheim**



チロシンキナーゼ阻害剤 / 抗線維化剤
【劇薬】 【処方箋医薬品】 注意-医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

オフエブ[®] 100mg カプセル150mg

ミンテダニブエタンスルホン 酸塩製剤 OFEV[®] Capsules 100mg・150mg

製造販売元 (文献請求先及び問い合わせ先)


日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
DIセンター

〒141-6017 東京都品川区大崎2丁目1番1号
ThinkPark Tower
TEL: 0120-189-779

<受付時間> 9:00~18:00 (土・日・祝日・弊社休業日を除く)

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等
情報等につきましては製品電子添文をご参照ください。

2023年3月作成 



MARUKIは、
最新の情報と質の高いサービスの提供を通して
地域医療の発展に貢献して参ります



丸木医科器械株式会社
Maruki Medical Systems Inc.

■ 仙台支店

〒981-1105 宮城県仙台市太白区西中田3-20-7
TEL 022-242-6001 (代)

■ 山形支店

〒990-2338 山形県山形市蔵王松ヶ丘2-2-22
TEL 023-695-3000 (代)

■ 岩手支店

〒028-3621 岩手県紫波郡矢巾町大字広宮沢第五地割313番
TEL 019-698-1567 (代)

■ 八戸営業所

〒039-1165 青森県八戸市石堂2-29-6-102
TEL 0178-21-8009 (代)

■ 仙台SPDセンター

〒984-0015 宮城県仙台市若林区卸町4-5-14
TEL 022-253-6895 (代)

■ 庄内営業所

〒998-0875 山形県酒田市東町1-26-8
TEL 0234-23-7566 (代)

■ 水沢営業所・水沢SPDセンター

〒023-0003 岩手県奥州市水沢佐倉河字竈神2-7
TEL 0197-25-7703 (代)

■ 気仙沼出張所

〒988-0053 宮城県気仙沼市田中前3丁目6-8 メイプルハイツB号
FAX 0226-22-0880

■ 泉SPDセンター

〒981-3117 宮城県仙台市泉区市名坂樋町173-8
TEL 022-771-2471 (代)

■ 鶴岡営業所

〒997-0046 山形県鶴岡市みどり町12-10 コアビル202
TEL 0235-29-1377 (代)

■ 秋田南営業所

〒013-0043 秋田県横手市安田字越廻37
TEL 0182-33-4751 (代)