

第145回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会  
第127回日本呼吸器学会東海地方会  
第30回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会

社) 日本呼吸器学会 URL <https://www.jrs.or.jp>

会 期 2025年5月24日(土) 午前11時50分より  
2025年5月25日(日) 午前9時30分より

会 場 名古屋市中小企業振興会館 (吹上ホール)  
名古屋市千種区吹上2-6-3

A会場 (7階 メインホール)

B会場 (4階 第7会議室)

C会場 (4階 第3会議室)

会 長 若山 尚士

(日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科)

第145回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会  
第127回日本呼吸器学会東海地方会  
第30回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会

合同地方会 会長挨拶

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院  
呼吸器・腫瘍内科部長  
若山 尚士



この度の第145回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会、第127回日本呼吸器学会東海地方会および第30回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会で会長を務めさせていただき日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院呼吸器内科の若山尚士でございます。会長として一言ご挨拶申し上げます。

思えば、私が初めて学会発表を行ったのも、今から30年以上前のこの地方会においてでした。その地方会を自分が主催させていただくという光栄な機会をいただき、これまで自分の歩んできた道をあらためて思い出して万感の思いがあふれてきます。

いかなる臨床研究もまず個々の患者さんに関する臨床疑問から、症例報告から始まって、さらに規模を増やした観察研究、後ろ向き研究につなげていって、ゆくゆくは多施設での前向き介入研究に至り、科学的エビデンスとなって普遍化していく。まずその第一歩が地方会において刻まれる訳ですから、この地方会の重要性があらためて想起されます。

一方、呼吸器内科医の不足が日常臨床の現場で切迫した問題と実感される事が多くなりました。今回の地方会は、医学生や初期研修医などまだ呼吸器科に進路を決める前の発表者をより多く参加に誘い、呼吸器診療・研究の面白さを実感してもらい、我々の仲間に入る決断をしてくれるように構成を考えました。すなわち、それら若手の発表は医学生・初期研修医のセッションとして第一日にまとめ、他の一般セッションよりも若い座長を頼んで、初めての発表者でも発表しやすい環境を用意しました。そして、夕方に「研修医のための呼吸器セミナー」を開催し、分野を問わず初学者に必要と思われる感染症、抗生剤の講演と入り口を呼吸器科としたさまざまなキャリアパスの紹介をする予定です。

そうしたお声かけが奏功したのか、一般演題はここ数年では最も多い101題の応募があり、かえってタイムテーブルを組むのに苦労致しました(笑)。加えて、共催セミナーも6題もの応募があり、特別講演では名古屋市立大学の精神腫瘍科、明智龍男教授を招聘し、皆様のところに響く講演をしていただけるものと期待しております。男女共同参画講演は、逆に当院からの3名の演者の発信とし、皆様と現場の意見を交換する機会としようと考えています。抄録に簡単な講演内容の記載をしておりますので是非ご来場下さい。

それぞれの参加者の皆様のこれからの活力に繋がる地方会としたいと思っております。多くの方にご来場いただき、活発なディスカッション、交流の場としていただくようお願い申し上げます。

## 交通案内

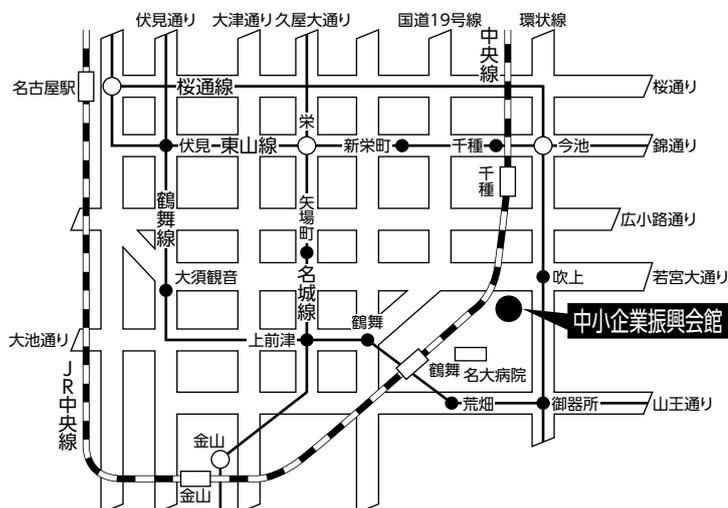
### 会場

### 名古屋市中企業振興会館(吹上ホール)

〒464-0856 名古屋市中千種区吹上2-6-3 TEL 052-735-2111(代表)

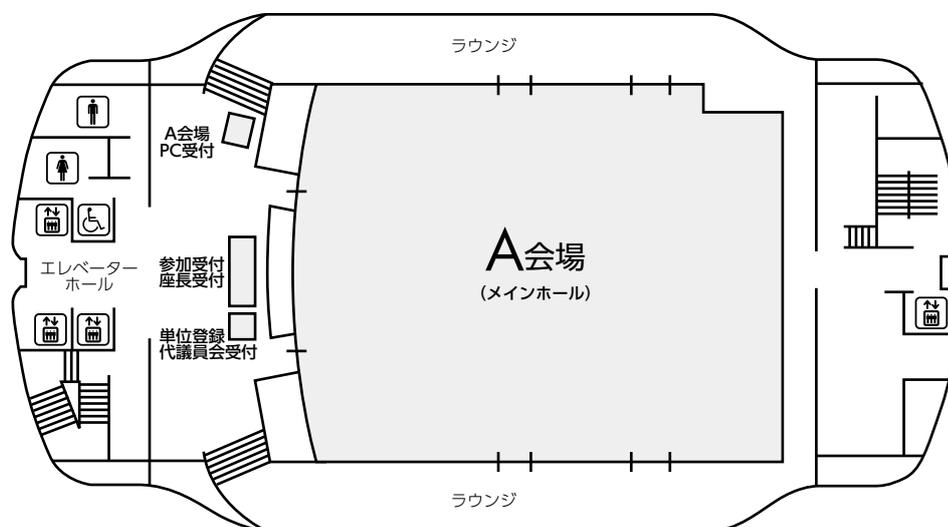
ホームページアドレス <https://www.nipc.or.jp/fukiage/>

- 地下鉄桜通線「名古屋駅」から  
徳重行き「吹上駅」下車。  
5番出口より徒歩5分。
- 学会のための専用駐車場はありません  
(駐車場はすべて有料です)。
- 駐車場は大変混雑いたします。  
時間に余裕を持ってお越し下さい。

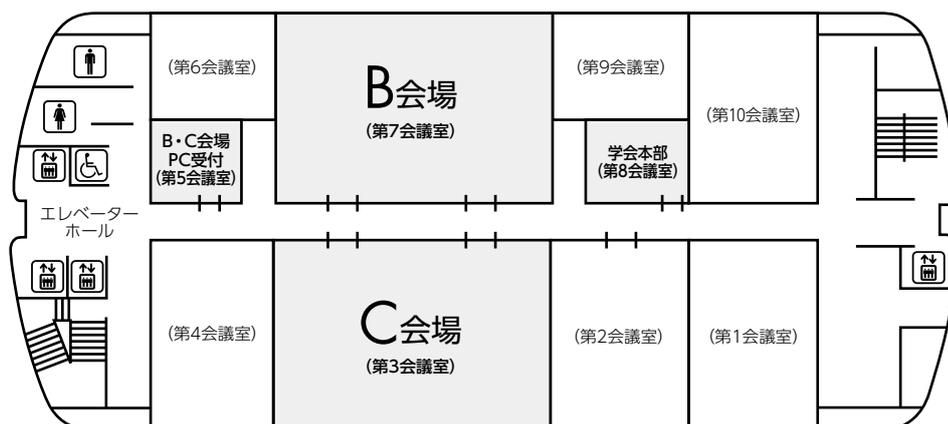


## 会場案内図

7F



4F



# 参加者へのご案内

## 1. 参加登録

- 1) 参加費3,000円。医学生（大学院生除く）と研修医（医師国家試験取得後3年目まで）は無料です。（会員非課税、非会員課税・10%消費税込）

参加受付は7階メインホールロビー、受付時間は1日目11:00~17:00、2日目9:10~16:00です。

- 2) 参加費お支払後、ネームカードをお渡ししますので、所属・氏名をご記入の上、会場内では常時ご着用いただきますようお願いいたします。

- 3) 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 5単位、筆頭演者 3単位
- ・日本結核・非結核性抗酸菌症学会結核・抗酸菌症認定医／指導医、抗酸菌症エキスパート資格 5単位、筆頭演者 5単位（参加領収書・ネームカードが出席証明になります）
- ・3学会合同呼吸療法認定士 20単位
- ・ICD制度協議会 5単位、筆頭演者 2単位
- ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 7単位、筆頭演者 7単位

- 4) 日本呼吸器学会会員は、会員カード（web会員証も可）をお持ちください。

専門医でない場合も参加登録を必ず行ってください。代理の方による受付はできませんので必ずご本人が行ってください。

参加登録および専門医単位の確認は会員専用ページで行ってください。

なお、会員カードもしくはweb会員証をお持ちいただかなかった場合は、ネームカードについている参加証明書を専門医更新時にご提出ください。専門医更新時以外は受付いたしませんので各自保管をお願いいたします。

## 2. 座長の先生方へのご案内

- 1) 一般演題座長の先生は、ご担当セッション20分前までに座長受付（7階メインホールロビー）にて受付をしてください。
- 2) ご担当セッションにより研修医アワードの評価をしていただきますのでご協力の程、お願いいたします。
- 3) 各セッションの開始・終了などについてはタイムテーブルに従って進行をお願いいたします。

## 3. 演者（一般演題）の先生方へのご案内

- 1) 一般演題は発表時間6分、討論3分、時間厳守でお願いします。
- 2) 発表はすべてPCプレゼンテーションで、一面映写です。発表データはUSBメモリーにてご持参いただき、発表の30分前までにPC受付で受付及び動作確認をしてください。（2日目朝は9時10分より受付開始します）
- 3) COI（利益相反）状態の有無にかかわらず、発表スライドの一枚目にCOI状態を開示してください。
- 4) スライド枚数の指定はございませんが、発表者ツール、動画は使用できません。主催者側で用意するPCはWindows、アプリケーションはPowerPointです。発表データはWindows版PowerPointで作成してください。発表データファイル名は「演題番号+氏名」としてください。スクリーンのアスペクト比は16:9です。

## 4. その他

- 1) 会場内では携帯電話の電源をお切りいただくか、マナーモードに設定してください。
- 2) 駐車場は有料です。公共交通機関をご利用ください。
- 3) クロークはありませんのでご了承ください。
- 4) ホームページアドレス [https://www.kekkaku.gr.jp/ntm/nol145\\_tokai/](https://www.kekkaku.gr.jp/ntm/nol145_tokai/)

# 日程表

## 5月24日(土)

	A会場 7階 メインホール	B会場 4階 第7会議室	C会場 4階 第3会議室
11:30			
12:00		11:50 開会の挨拶	
		12:00 ~ 13:00  ランチョンセミナー 1	
13:00			
	13:05 ~ 13:41 呼吸器内視鏡 1	13:05 ~ 13:59 悪性腫瘍 1 ※医学生・初期研修医セッション	13:00 ~ 13:45 悪性腫瘍 2 ※医学生・初期研修医セッション
14:00	13:41 ~ 14:26 呼吸器内視鏡 2	14:00 ~ 14:45 スポンサーセミナー	13:45 ~ 14:30 感染症 1 ※医学生・初期研修医セッション
	14:26 ~ 15:11 薬剤性肺障害		14:30 ~ 15:15 感染症 2 ※医学生・初期研修医セッション
15:00		15:00 ~ 15:54 間質性肺疾患 2 ※医学生・初期研修医セッション	15:15 ~ 16:00 稀少疾患 1 ※医学生・初期研修医セッション
	15:11 ~ 15:56 間質性肺疾患 1 ※医学生・初期研修医セッション		
16:00			
	16:05 ~ 16:50 呼吸不全	16:05 ~ 16:50 結核・抗酸菌症	16:00 ~ 17:00 第8回 研修医のための呼吸器 セミナー
17:00		17:00 ~ 18:00 イブニングセミナー (抗酸菌教育講演)	
18:00			

# 日程表

## 5月25日（日）

	A会場 7階 メインホール	B会場 4階 第7会議室	C会場 4階 第3会議室
9:00			
			9:30 ~ 10:06 間質性肺疾患 3
10:00	10:00 ~ 10:45 悪性腫瘍 3	10:00 ~ 10:45 モーニングセミナー	10:06 ~ 10:51 抗腫瘍薬の有害事象
11:00	11:00 ~ 12:00 特別講演		
12:00		12:00 ~ 13:00 代議員会	12:00 ~ 13:00 ランチョンセミナー 2
13:00	13:10 ~ 13:25 総会		
	13:30 ~ 14:00 男女共同参画講演		
14:00			14:00 ~ 15:00 アフタヌーンセミナー
15:00			
	15:10 ~ 15:55 感染症 3	15:10 ~ 15:55 間質性肺疾患 4	15:10 ~ 16:04 悪性腫瘍 4
16:00	15:55 ~ 16:40 感染症 4	15:55 ~ 16:40 稀少疾患 2	
	16:40 閉会の挨拶		
17:00			

# 特別演題プログラム

特別講演 5月25日(日) 11:00~12:00 A会場 7階 メインホール

座長：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 部長 若山 尚士

## 「がん診療の基盤としての精神的ケア： 抑うつ・不安・不眠・せん妄の症状緩和、意思決定支援からDxまで」

演者：名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野 教授 明智 龍男 先生

がん診療の主要な目的は生存期間と生活の質の改善ですが、精神的ケアは後者の基盤の一つです。先行研究から、多くの患者さんが、抑うつ、不安、不眠、せん妄を経験することが示されています。抑うつは、がん患者の自殺の最大の原因です。終末期せん妄は、自律的な意思決定プロセスを障害します。ACPの重要性が強調されていますが、その実践は容易ではありません。

今回、これら精神症状緩和やケアの質向上に資する各種ガイドラインと最新の知見に加え、我々が取り組んでいるデジタル技術を駆使した精神症状緩和の新たな方略についてご紹介する予定です。

男女共同参画講演 5月25日(日) 13:30~14:00 A会場 7階 メインホール

座長：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 部長 若山 尚士

## 「ライフイベントと共に働き続けるために」

演者：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 感染症科 部長 冨田ゆうか 先生

2016年に女性活躍推進法が施行され、来年で10年を迎えます。医師の働き方改革も始まり、女性医師に限らず、医師の労働環境を取り巻く状況は転換期にあるように思います。呼吸器内科を入り口に、感染制御の道に進んだ私自身の経験を元に、キャリアを継続するための課題について考察したいと思います。

## 「キャリア形成の考え方」

演者：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 石井あずさ 先生

出産後、キャリア形成の不安、理想の医師像と現実との乖離、育児と仕事の両立の難しさなどに悩む時期がありました。しかし、何回かの異動を経験し、呼吸器内科は様々な興味を追求できる分野があり、理想は一つではないと感じるようになりました。キャリア形成の方法は一つではないと考える働き方が、女性だけではなくすべての医師に必要と考え発表します。

## 「チームで向き合う呼吸器内科の働き方」

演者：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 部長 村田 直彦 先生

当院では2017年より継続して時短勤務の女性医師が在籍しており、救命救急センターを有する急性期病院という環境下でも活躍されている。フルタイム勤務者にとっても補完的の仕事ができており、むしろ必要な立場とも考えている。毎月の当番表を作る立場から当院における呼吸器内科の女性医師の活躍の仕方とポイントについて述べる。

# 共催プログラム

ランチョンセミナー1 5月24日(土) 12:00~13:00 B会場 4階 第7会議室

共催 日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社  
座長：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 部長 村田 直彦 先生

## 「CTD-ILD診断・治療指針2025の改訂ポイント」

演者：愛知医科大学病院 呼吸器・アレルギー内科 准教授 山野 泰彦 先生

スポンサードセミナー 5月24日(土) 14:00~14:45 B会場 4階 第7会議室

共催 グラクソ・スミスクライン株式会社  
座長：国家公務員共済組合連合会名城病院 呼吸器内科 副部長 馬嶋 俊 先生

## Keynote Speech 「重症喘息の現状と課題」

演者：国家公務員共済組合連合会名城病院 呼吸器内科 副部長 馬嶋 俊 先生

## 「重症喘息の臨床的寛解を目指すために生物学的製剤をどう選ぶか」

演者：独立行政法人国立病院機構近畿中央呼吸器センター 感染予防研究室 室長 倉原 優 先生

イブニングセミナー(抗酸菌教育講演) 5月24日(土) 17:00~18:00 B会場 4階 第7会議室

共催 インスメッド合同会社  
座長：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 松井 利憲 先生

## 「肺MAC症の治療の現状と課題」

演者：国立病院機構東名古屋病院 副院長 中川 拓 先生

モーニングセミナー 5月25日(日) 10:00~10:45 B会場 4階 第7会議室

共催 アストラゼネカ株式会社  
座長：名古屋大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学 教授 石井 誠 先生

## 「COPDにおける気道病変と肺気腫の相互作用： 新たな視点と臨床的意義から治療に向けて」

演者：京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 講師 佐藤 篤靖 先生

ランチョンセミナー2 5月25日(日) 12:00~13:00 C会場 4階 第3会議室

共催 中外製薬株式会社  
座長：藤田医科大学医学部 呼吸器内科学 講師 後藤 康洋 先生

## 「小細胞肺癌における長期予後を考える」 ～臨床の観点から～

演者：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 副部長 小沢 直也 先生

## ～統計の観点から～

演者：久留米大学バイオ研究センター 久留米大学医学部 医療検査学科 教授 室谷 健太 先生

アフタヌーンセミナー 5月25日(日) 14:00~15:00 C会場 4階 第3会議室

共催 ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社/小野薬品工業株式会社  
座長：愛知県がんセンター 呼吸器内科部/感染制御部 部長 藤原 豊 先生

## 「周術期治療の新展開～内科医が考えるニボルマブ+化学療法の使いどころ～」

演者：静岡県立静岡がんセンター 呼吸器内科 部長 釵持 広知 先生

## 「実臨床におけるIO-IO併用療法の実際 ～最適な患者背景とは～」

演者：岐阜大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学 教授 津端由佳里 先生

## 第8回研修医のための呼吸器セミナー

日 時：2025年5月24日（土）16：00～17：00

会 場：名古屋市中企業振興会館 4階 第3会議室 C会場

参加方法：事前参加登録不要、当日会場にお越しください。

本セミナーは、主に初期研修医を対象に、呼吸器科の魅力をお伝えする目的で開催します。前半のセッションでは、呼吸器科医としてキャリアを開始し様々な分野に進んだ先生方より講演をいただき、呼吸器科の幅広い可能性をお伝えします。

後半のセッションでは、日常臨床で必ず出会う肺炎の診療について学びましょう。明日からの診療にきっと役に立つはずです。

ぜひ肩の力を抜いて参加してください。本セミナーを通じてより一層呼吸器診療に興味を持っていただければ幸いです。

### 16：00～16：25 特別企画

広がる未来、広がる選択肢：呼吸器科医のキャリアの可能性

座長：名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 速井 俊策

演者：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 小沢 直也

名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部 森岡 悠

名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 安藤 啓

名古屋大学医学部附属病院 化学療法部 坪井 理恵

### 16：25～16：50 特別講演

肺炎診療の実践的ABC ～明日から役に立つコツ教えます！～

座長：知多半島総合医療センター 呼吸器内科 小林 弘典

演者：名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 進藤有一郎

### 16：50～17：00 研修医アワード 表彰

共催：日本呼吸器学会東海支部



A会場 7階 メインホール  
第1日目(5月24日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

13:05~13:41 呼吸器内視鏡 1

座長 JCHO中京病院 呼吸器内科 大畑 裕子

- 
- |      |   |       |
|------|---|-------|
| A-01 | 術後にサルコイド様反応による縦隔リンパ節腫大を認めた多発肺癌の1例<br>トヨタ記念病院 内科                       | 高森 友基 |
| A-02 | Cone-beam CT併用経気管支肺生検にてpure GGNを診断した一例<br>日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 | 石井あずさ |
| A-03 | クライオ生検が診断に有用であった肺MALTリンパ腫の1例<br>国立病院機構 長良医療センター                       | 五明 岳展 |
| A-04 | 術前診断し得た肺内神経鞘腫の1例<br>聖隷浜松病院 呼吸器内科                                      | 松田 光生 |

13:41~14:26 呼吸器内視鏡 2

座長 藤田医科大学 呼吸器内科学 岡地祥太郎

- 
- |      |   |       |
|------|---|-------|
| A-05 | 気管内病変を呈したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例<br>三重大学医学部附属病院                         | 鶴賀 龍樹 |
| A-06 | 超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)後に発症しBrugada心電図を合併した縦隔炎の一例<br>静岡県立総合病院 呼吸器内科 | 鈴木 浩介 |
| A-07 | 気管支鏡検査が診断に有用であった多発血管炎性肉芽腫症の1例<br>JA愛知厚生連 江南厚生病院                       | 杉浦 一磨 |
| A-08 | 原発性肺癌が疑われ気管支鏡検査で診断したB細胞リンパ腫の1例<br>静岡赤十字病院 呼吸器内科                       | 鈴木健太郎 |
| A-09 | 気管支内視鏡検査を施行したマイコプラズマ肺炎の1例<br>藤田医科大学岡崎医療センター 呼吸器内科                     | 太田 真樹 |

14 : 26~15 : 11 薬剤性肺障害

座長 愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科 田中 博之

- |      |   |       |
|------|---|-------|
| A-10 | 抗体-光感受性物質複合体 セツキシマブ-サロタロカンナトリウムによる薬剤性肺障害の1例<br>浜松医科大学 内科学第二講座 | 鈴木 理紗 |
| A-11 | レゴラフェニブによる薬剤性肺障害が疑われた一例<br>静岡済生会総合病院                          | 角田 智  |
| A-12 | 漢方薬(潤腸湯)による薬剤性肺障害が疑われた1例<br>JA岐阜厚生連 東濃中部医療センター東濃厚生病院 呼吸器内科    | 飯島 淳司 |
| A-13 | Enfortumab Vedotinによる薬剤性肺障害と考えられた1例<br>小牧市民病院 呼吸器内科           | 縣 知優  |
| A-14 | アパルタミドによる薬剤性間質性肺炎の一例<br>聖隷三方原病院 呼吸器センター内科                     | 豊田 峻輔 |

15 : 11~15 : 56 間質性肺疾患 1

座長 名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 野口陽一郎

- |       |  |       |
|-------|--|-------|
| *A-15 | 食道癌亜全摘術後の間質性肺炎急性増悪の1例<br>公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科      | 埜村 友香 |
| *A-16 | 間質性肺炎とインフルエンザ肺炎の鑑別に難渋した1例<br>磐田市立総合病院              | 早乙女真由 |
| *A-17 | 退職を契機に発症した鳥関連過敏性肺炎の1例<br>岐阜市民病院 呼吸器・腫瘍内科           | 小倉 拓巳 |
| *A-18 | 生薬含有のサプリメントによる薬剤性好酸球性肺炎の1例<br>藤枝市立総合病院 呼吸器内科       | 原木 優太 |
| *A-19 | タバコの銘柄変更が原因と考えられた急性好酸球性肺炎の1例<br>聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科 | 内藤 龍仁 |

16 : 05~16 : 50 呼吸不全

座長 トヨタ記念病院 呼吸器内科 松浦 彰伸

- |      |   |       |
|------|---|-------|
| A-20 | ステロイド投与が有効であった重症インフルエンザ肺炎の一例<br>JCHO中京病院 呼吸器内科                                    | 五軒矢 桜 |
| A-21 | Abemaciclibによる薬剤性肺炎で死亡した2例の検討<br>藤田医科大学 呼吸器内科学                                    | 桐生 七海 |
| A-22 | Good症候群を背景に重症インフルエンザ肺炎となり、器質化肺炎を合併したがステロイドが奏功した1例<br>藤田医科大学 呼吸器内科学                | 木村祐太郎 |
| A-23 | 両側びまん性陰影を呈した粟粒結核によるARDSの1例<br>公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科                                | 箕浦 健悟 |
| A-24 | 特発性咯血による重症呼吸不全に対し、VV-ECMOを導入し、集学的治療により救命することができた1例<br>日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 | 恵美 亮佑 |

# B会場 4階 第7会議室 第1日目(5月24日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

## 13:05~13:59 悪性腫瘍1

		座長	名古屋市立大学大学院医学研究科 呼吸器・免疫アレルギー内科学	金光 禎寛
*B-01	アレクチニブによる溶血性貧血の1例		聖隷浜松病院 呼吸器内科	郡司 哲仁
*B-02	ペムブロリズマブ投与中に無顆粒球症を発症した肺扁平上皮癌の一例		浜松医療センター	坂根 怜
*B-03	ダサチニブによると考えられた乳び胸の一例		順天堂大学医学部附属静岡病院	渡邊 里空
*B-04	ステロイド単剤療法が奏効した、上大静脈症候群を伴う浸潤性胸腺腫の一例		知多半島りんくう病院	水本 有星
*B-05	治療抵抗性の気管支カルチノイドに対してルテチウムオキソドレオチドを投与し、病変を制御できた一例		名古屋大学医学部医学科	柴田 佑子
*B-06	肺結核と鑑別を要した浸潤性粘液性肺腺癌の1例		日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院	今井 千歳

## 15:00~15:54 間質性肺疾患2

		座長	市立四日市病院 呼吸器内科	宮崎 晋一
*B-07	抗MDA5抗体陽性間質性肺炎の一例		春日井市民病院	下平 悠太
*B-08	集学的治療が奏功した抗MDA5抗体陽性間質性肺炎の一例		日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科	中野 阿美
*B-09	Lambert-Eaton筋無力症に合併したシェーグレン症候群による間質性肺炎の1例		名古屋市立大学病院 初期臨床研修医	岩田 駿昂
*B-10	片側性で緩徐に進行した抗MDA5抗体陽性多発性筋炎に伴う間質性肺炎の一例		藤枝市立総合病院 呼吸器内科	岩瀬 裕爾
*B-11	難治性喘息経過中に好酸球性多発血管炎性肉芽種と診断した一例		三重中央医療センター 臨床研修医	森下 裕喜
*B-12	器質化肺炎経過観察中にautonomic neuropathyを発症し診断に至ったシェーグレン症候群の一例		藤田医科大学病院 臨床研修センター	大喜多瑛二

## 16:05~16:50 結核、抗酸菌症

		座長	藤枝市立総合病院 呼吸器内科	松浦 駿
B-13	腸閉塞・穿孔に至り、汎発性腹膜炎を合併した小腸結核の1例		島田市立総合医療センター 呼吸器内科	松下 隼也
B-14	耐性遺伝子検査により迅速に薬剤選択を行い治療変更した多剤耐性結核の1例		独立行政法人国立病院機構東名古屋病院	林 悠太
B-15	結核性胸部大動脈瘤から肺内穿破を起こした1例		静岡市立静岡病院 呼吸器内科	水嶋 桜子
B-16	JAK阻害薬内服中にMycobacterium kansasiiによる化膿性脊椎炎を発症し、RECAM療法で著明改善を得た一例		日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科	長谷川 新
B-17	播種性非結核性抗酸菌症の一例		静岡県立総合病院 呼吸器内科	深澤 詠美

# C会場 4階 第3会議室

## 第1日目 (5月24日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

### 13:00~13:45 悪性腫瘍 2

座長 JA愛知厚生連足助病院 内科 河合 将尉

- \*C-01 術前化学療法によって病理学的完全奏効が得られた肺癌の2例  
JA愛知厚生連 江南厚生病院 藤村いずみ
- \*C-02 両側多発空洞陰影で受診し、精査の結果、原発性肺腺癌と診断した一例  
岐阜県立多治見病院 呼吸器内科 鈴木 理仁
- \*C-03 両側卵巣転移が疑われたEGFR遺伝子L858R変異陽性肺腺癌の一例  
聖隷三方原病院 手塚 美羽
- \*C-04 胸腺原発LCNECの非治癒切除後にCBDCA+ETP+Atezolizumabを投与した一例  
静岡赤十字病院 森 麻侑加
- \*C-05 抗GAD抗体陽性傍腫瘍性辺縁系脳炎を併発した小細胞肺癌の1例  
愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科 森 泰地

### 13:45~14:30 感染症 1

座長 刈谷豊田総合病院 呼吸器内科 横山 昌己

- \*C-06 インフルエンザ肺炎によるARDSの臨床的検討  
藤枝市立総合病院 呼吸器内科 太田 礼美
- \*C-07 挿管人工呼吸器管理を要したマイコプラズマ肺炎の1例  
JA愛知厚生連 江南厚生病院 呼吸器内科 正木 百香
- \*C-08 重症マイコプラズマ肺炎に抗菌薬とステロイド投与を行い短期間で著明な改善を得た一例  
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 大塚 健人
- \*C-09 体外式膜型人工肺 (ECMO) を使用して救命できた高度肥満・重症肺炎の一例  
春日井市民病院 松田 基秀
- \*C-10 Reversed halo signからLemierre症候群の診断に至り抗菌加療と続発性胸水に対するドレナージで治癒した一例  
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 鈴木萌奈美

### 14:30~15:15 感染症 2

座長 名古屋記念病院 呼吸器内科 鈴木 博貴

- \*C-11 2型糖尿病患者に発症した播種性MAC症の一例  
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 中村 花凜
- \*C-12 巨大腫瘤陰影を呈した肺クリプトコッカス症の1例  
公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 内田 大貴
- \*C-13 COVID-19感染を契機に診断されたGood症候群の1例  
刈谷豊田総合病院 呼吸器内科 西尾 凌
- \*C-14 新型コロナウイルスワクチン接種後に発症した難治性漿膜炎の1例  
名城病院 呼吸器内科 杉浦 悠太
- \*C-15 抗CD3/CD20二重特異性抗体治療を背景としたSARS-CoV-2持続感染に対し抗ウイルス薬併用療法が奏功した一例  
名古屋大学 医学部 医学科 小林 正直

15:15~16:00 稀少疾患1

座長 名古屋市立大学 呼吸器・免疫アレルギー内科学 岡田 暁人

- 
- \*C-16 健診で発見された蔓状血管腫を伴う気管支動脈瘤の一例  
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 呼吸器内科 長谷川将暉
- \*C-17 ロイス・ディーツ症候群を背景とした反復性咯血に対して、在宅トラネキサム酸吸入療法が奏効した一例  
名古屋大学 医学部 医学科 鈴木あかり
- \*C-18 肺骨化症に肺癌を合併した一例  
静岡市立静岡病院 板川 俊輝
- \*C-19 肺大細胞型神経内分泌癌との鑑別を要した肺原発の滑膜肉腫の一例  
JA愛知厚生連豊田厚生病院 呼吸器内科 飯野 健太
- \*C-20 気管支鏡検査で偶発的に発見された早期声門癌の2例  
JA愛知厚生連 海南病院 呼吸器内科 伊藤福之助

## A会場 7階 メインホール 第2日目 (5月25日 日曜日)

### 10:00~10:45 悪性腫瘍3

		座長	静岡県立総合病院 呼吸器内科	朝田 和博
A-25	歯肉転移を認めた肺腺癌の一例		浜松労災病院 呼吸器内科	幸田 敬悟
A-26	化学放射線治療後再発にセルペルカチニブが奏効したRET融合遺伝子陽性肺腺癌の1例		三重県立総合医療センター 呼吸器内科	三木 寛登
A-27	肺非結核性抗酸菌症の合併により診断に難渋した肺癌晩期再発の1例		トヨタ記念病院 呼吸器内科	勝又 蒼穂
A-28	肺腺癌に対してオシメルチニブを長期投与中に発症した巨大縦隔腫瘍の1例		岐阜大学医学部附属病院 呼吸器内科	柳瀬 恒明
A-29	皮膚転移病変を契機に発見され、化学療法を受けた非小細胞肺癌の2例		三重大学医学部附属病院 呼吸器内科学	岡野 智仁

### 15:10~15:55 感染症3

		座長	名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 呼吸器・アレルギー内科	中野 暁子
A-30	AIDS治療中にニューモシスチス肺炎を発症した一例		磐田市立総合病院 呼吸器内科	手嶋 隆裕
A-31	FV曲線のパターンで、%DLCO/VAの低下が、一秒率に関係なく多くの場合でわかる		南生協病院	池田 孝
A-32	Burkholderia cepaciaとStaphylococcus aureusの混合感染を認めた1例		中部労災病院 呼吸器内科	石川 和暉
A-33	異常行動を伴ったレジオネラ肺炎の1例		愛知県がんセンター 呼吸器内科	清水 淳市
A-34	<i>Eikenella corrodens</i> による膿胸の一例		静岡済生会総合病院 呼吸器内科	宮本 凌太

### 15:55~16:40 感染症4

		座長	岐阜市民病院 呼吸器・腫瘍内科	堀場あかね
A-35	フィンゴリモドの内服中に結核菌とクリプトコックスに重複感染した多発性硬化症の1例		愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科	恩田 優香
A-36	生レバー摂取により発症したCampylobacter fetus菌血症、膿胸の1例		藤田医科大学 呼吸器内科学	亀之園翔子
A-37	肺炎を契機に診断された筋萎縮性側索硬化症の1例		刈谷豊田総合病院 呼吸器内科	深見 惇
A-38	肺炎を契機に診断した成人先天性肺気道奇形 (CPAM) の1例		藤田医科大学 呼吸器内科学	重康 善子
A-39	無気肺を伴い人工呼吸器管理を必要としたアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例		NHO 名古屋医療センター	佐野 将宏

**B会場 4階 第7会議室**  
**第2日目 (5月25日 日曜日)**

**15:10~15:55 間質性肺疾患 4**

座長 国立病院機構長良医療センター 呼吸器内科 大西 涼子

- 
- |      |  |       |
|------|--|-------|
| B-18 | 非結核性抗酸菌症 (NTM) を合併した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の1例<br>一宮市立市民病院    | 井澤 泰紀 |
| B-19 | 全身の筋症状を伴い外科的肺生検で剥離性間質性肺炎と診断された一例<br>名古屋大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学    | 粥川 貴文 |
| B-20 | 両肺野胸膜下浸潤影を認めたIgG4関連疾患の1例<br>JA愛知厚生連豊田厚生病院                    | 墨 隆紘  |
| B-21 | サルグラモスチム吸入療法が奏効し呼吸機能が改善した自己免疫性肺胞蛋白症の一例<br>愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科 | 山口 大輝 |
| B-22 | アルミニウム粉塵の長期曝露歴がある自己免疫性肺胞蛋白症の一例<br>藤枝市立総合病院 呼吸器内科             | 長崎 拓己 |

**15:55~16:40 稀少疾患 2**

座長 岐阜大学医学部附属病院 呼吸器内科 柳瀬 恒明

- 
- |      |  |       |
|------|--|-------|
| B-23 | 細気管支腺腫/線毛性粘液結節性乳頭状腫瘍 (BA/CMPT) の1切除例<br>三重県立総合医療センター 呼吸器内科 | 後藤 広樹 |
| B-24 | Ciliated muconodular papillary tumorの1例<br>松波総合病院          | 林 優里  |
| B-25 | TTF-1 陽性縦隔型肺腺癌と鑑別を要した甲状腺癌縦隔リンパ節転移の1例<br>愛知県がんセンター 呼吸器内科    | 堀尾 芳嗣 |
| B-26 | 胸腔鏡下区域切除術を施行した気管支原発グロムス腫瘍の一例<br>豊橋市民病院                     | 大原 康  |
| B-27 | 胸腺原発腸型腺癌の1剖検例<br>藤田医科大学 呼吸器内科学                             | 廣地真理子 |

## C会場 4階 第3会議室 第2日目 (5月25日 日曜日)

### 9:30~10:06 間質性肺疾患 3

座長 三重大学医学部附属病院 呼吸器内科 岡野 智仁

- 
- |      |  |       |
|------|--|-------|
| C-21 | 肺小細胞癌の診断を契機に抗TIF-1 $\gamma$ 抗体陽性皮膚筋炎の診断に至った一例<br>浜松医科大学 内科学第二講座        | 白井 鉄郎 |
| C-22 | 抗RuvBL1/2抗体陽性全身性強皮症の一例<br>浜松労災病院 呼吸器内科                                 | 幸田 敬悟 |
| C-23 | 混合性結合組織病関連間質性肺炎に対してプレドニゾンとミコフェノール酸モフェチルの併用が奏功した1例<br>聖隷三方原病院呼吸器センター 内科 | 藤田 大河 |
| C-24 | 強皮症と農夫肺の併発<br>国立病院機構天竜病院 呼吸器・アレルギー科                                    | 伊藤 靖弘 |

### 10:06~10:51 抗腫瘍薬の有害事象

座長 聖隷三方原病院 呼吸器センター内科 松井 隆

- 
- |      |  |       |
|------|--|-------|
| C-25 | オシメルチニブ導入後のがん治療関連心筋障害 (CTRCD) を発症し、アフアチニブに変更した一例<br>藤枝市立総合病院 呼吸器内科 | 松下 京平 |
| C-26 | クリゾチニブの減量投与により奏功したROS1融合遺伝子陽性肺腺癌の一例<br>豊橋市民病院 呼吸器・アレルギー内科          | 佐野 開人 |
| C-27 | アフアチニブにより縮小得られたEGFR E709_T710>D変異陽性肺腺癌の1例<br>大垣市民病院 呼吸器内科          | 小林 紘生 |
| C-28 | ペムブロリズマブによる薬剤性腸炎を来した後にサイトメガロウイルス食道炎を発症した一例<br>名古屋掖済会病院             | 田中 太郎 |
| C-29 | 進行・再発非小細胞肺癌における免疫関連有害事象の重症度に関する検討<br>三重県立総合医療センター 呼吸器内科            | 後藤 大基 |

### 15:10~16:04 悪性腫瘍 4

座長 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 呼吸器内科 小玉 勇太

- 
- |      |  |       |
|------|--|-------|
| C-30 | 胸部CTにて薬剤性肺炎との鑑別を要した卵巣癌による癌性リンパ管症の一例<br>磐田市立総合病院 呼吸器内科                  | 柴田 立雨 |
| C-31 | RET融合遺伝子陽性肺腺癌の一例：マルチプレックスCDx陰性例における包括的ゲノムプロファイリングの役割<br>静岡県立総合病院 呼吸器内科 | 増田 考祐 |
| C-32 | 胸部SMARCA4欠損腫瘍の1例<br>春日井市民病院  | 武原 陸  |
| C-33 | 当院における肺癌マルチプレックス遺伝子変異検査のまとめ<br>聖隷三方原病院 呼吸器センター内科                       | 古関 尚子 |
| C-34 | 高頻度マイクロサテライト不安定性を有する肺大細胞神経内分泌癌にPembrolizumabを投与した1例<br>静岡市立静岡病院 呼吸器内科  | 村山 賢太 |
| C-35 | ペグフィルグラスチムによる薬剤性血管炎を来した原発不明小細胞癌の1例<br>桑名市総合医療センター 呼吸器内科                | 磯部 太一 |



# 一般演題 第1日目 抄録

〈筆頭演者が研修医アワード対象の発表には下線が付いています。〉

## A-01

術後にサルコイド様反応による縦隔リンパ節腫大を認めた多発肺癌の1例

<sup>1</sup>トヨタ記念病院 内科

<sup>2</sup>同 呼吸器内科

○高森 友基<sup>1</sup>、木村 元宏<sup>2</sup>、岩出香穂里<sup>2</sup>、  
森 康孝<sup>2</sup>、松浦 彰伸<sup>2</sup>、中村 さや<sup>2</sup>、  
杉野 安輝<sup>2</sup>

症例は70歳代女性。X-5年に胸部CTで右S3結節影、左上区すりガラス影を指摘されていた。X年いづれの陰影も緩徐に増大を認め、二期的に手術を行う方針となった。術前のPET-CTで右肺門リンパ節に軽度のFDG集積を認めたが、反応性変化と判断し右上葉切除を施行した。郭清リンパ節に転移や肉芽腫病変はなく、肺腺癌(pT1bN0M0, stage I A2)と診断した。5ヶ月後のCTで新規に複数の縦隔リンパ節腫大を認め、PET-CTで同部位にFDG集積を認めた。気管支鏡下に気管分岐下リンパ節を穿刺し、非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めたため、手術に伴うサルコイド様反応と診断した。その後、左肺S1+2区域切除を施行した。郭清リンパ節には多数の非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めたが転移はなく、肺腺癌(pT1bN0M0, stage I A2)と診断した。術後のサルコイド様反応は比較的まれであり、文献的考察を加えて報告する。

## A-02

Cone-beam CT併用経気管支肺生検にてpure GGNを診断した1例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院  
呼吸器内科

○石井あずさ、村田 直彦、恵美 亮佑、長谷川 新、  
岡田 暁人、鈴木 博貴、小沢 直也、松井 利憲、  
若山 尚士

症例は63歳の男性、4年の経過で緩徐な増大傾向を示す長径27.9mmのpure GGNを認め、Cone-beam CT併用経気管支肺生検(CBCT-TBB)を施行した。極細径気管支鏡(BF-MP290F)を用いて病変近傍まですすめ、r-EBUSで確認するも描出することは困難であった。またX線透視でも視認はできなかった。そのため鉗子を挿入した状態でCBCT撮影を行ったところ、CBCT画像では鉗子先端の位置が頭側にずれていたため、位置を修正し検体を10個採取した。結果10検体中8検体で高分化な肺腺がんを認め、肺腺癌の診断となった。内視鏡固定具を用いることでCBCT撮影による術者の被曝の追加を回避することが可能であった。検査時間は、54分であった。CBCT-TBBでは、r-EBUSやX線透視で描出が困難なpure-GGN病変でも位置を確認することができ、CT位置情報を利用し透視画像に病変を3D投影することができるため、診断率の向上が期待できると考えられた。当院での経験を踏まえて発表する。

## A-03

クライオ生検が診断に有用であった肺MALTリンパ腫の1例

国立病院機構 長良医療センター

○五明 岳展、浅野 幸市、大西 涼子、鱸 稔隆、  
松野 祥彦、加藤 達雄

【症例】79歳男性、右上葉に辺縁不正な結節を認め、気管支鏡にて右B3a入口部の隆起性病変から直視下生検を行い、B細胞性リンパ腫の診断を得たが、組織型の判定は困難であった。胃病変の生検でMALTリンパ腫の診断となり、無治療で肺病変の自然縮小を認めた。1年後に、右肺上葉の前回の陰影の近傍に新規病変を認めた。びまん性大細胞性B細胞リンパ腫への形質転換の疑いあり、再生検目的で気管支鏡を実施した。直視下の隆起性病変は縮小しており、右B3aに超音波プローブを挿入し辺縁所見を得たため、同部でクライオ生検し挫滅のない検体を採取できた。病理診断はMALTリンパ腫で、形質転換は認めなかった。【考察】肺MALTリンパ腫の経気管支生検(TBB)の診断率は低く、外科的肺生検を要する場合が多い。TBBの検体が小さいことや組織の挫滅などが原因と考えられている。クライオ生検で良質な検体を得られ、MALTリンパ腫と診断できた一例を報告する。

## A-04

術前診断し得た肺内神経鞘腫の1例

聖隷浜松病院 呼吸器内科

○松田 光生、三輪 秀樹、齋藤 嵩彦、石毛 昌樹、  
日笠 美郷、二橋 文哉、青野 祐也、勝又 峰生、  
河野 雅人、三木 良浩、橋本 大

症例は40歳代女性、自覚症状は無し。検診胸部単純X線にて左下肺野に結節影を指摘され胸部CT施行、肺癌疑いで当科紹介となった。左下葉S10に、左B<sup>10</sup>~B<sup>10a</sup>を背側から圧排する長径2cm、境界明瞭かつ辺縁平滑な結節を認め、軽度造影効果を伴っていた。肺癌、カルチノイドなどを鑑別に気管支鏡検査を施行、左B<sup>10</sup>入口部背側に軽度発赤を伴った壁外性圧排所見を認め、亜区域枝より末梢は観察不能であった。同病変に対し超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を施行、異型の乏しい紡錘形細胞の増生がみられ、S100蛋白陽性、desmin陰性であり、神経鞘腫と診断した。悪性転換の可能性も考慮し胸腔鏡補助下左肺S10区域切除を施行、腫瘍は気管支に接しており、気道との交通は認めなかった。神経鞘腫の肺内発生例は極めて稀であり、また内科的には診断困難な症例が多い。術前にEBUS-TBNAにて診断した貴重な肺内神経鞘腫の1例であり、ここに報告する。

## A-05

気管内病変を呈したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例

三重大学医学部附属病院

○鶴賀 龍樹、藤本 源、伊藤 稔之、小久江友里恵、古橋 一樹、齋木 晴子、岡野 智仁、藤原 拓海、都丸 敦史、小林 哲

症例は60歳代の女性で、関節リウマチに対しメトトレキサート (MTX) 単剤で治療中であった。X年9月に咳嗽が出現し近医にて投薬を行うも効果がなかった。原因検索のCT検査で両側肺野に多発結節・腫瘤性病変を認め、精査目的に12月に当科紹介となった。採血検査、気管支鏡検査での生検を施行し、MTX関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) も鑑別に挙げMTXを中止した。採血検査ではEpstein-Barr ウイルスDNAが検出され、気管支鏡検査では気管内に潰瘍性・隆起性病変を認め、生検の組織診断はびまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) であった。MTXを終了し1ヶ月後の画像検査で肺野結節・腫瘤性病変の縮小を認め、最終的にMTX-LPDと診断した。現在MTX-LPDに対し投薬は行わず、関節リウマチに関しても症状は落ち着いており投薬freeで経過観察中である。若干の文献的考察を加え報告する。

## A-06

超音波気管支鏡ガイド下針生検 (EBUS-TBNA) 後に発症しBrugada心電図を合併した縦隔炎の一例

静岡県立総合病院 呼吸器内科

○鈴木 浩介、波多野裕斗、緒方 康人、深澤 詠美、山本 雄也、藤田 侑美、増田 考祐、赤堀 大介、櫻井 章吾、三枝 美香、赤松 泰介、山本 輝人、森田 悟、朝田 和博、白井 敏博

症例は76歳男性。X年11月6日、右肺門部腫瘤影で当院当科を紹介受診した。11月15日に右下部気管傍リンパ節 (#4R) よりEBUS-TBNAを施行し扁平上皮癌と診断した。11月26日に発熱・咳嗽で当院救急外来を受診した。血液検査で白血球・CRPの上昇を認め、胸部CTで縦隔リンパ節の増大、縦隔の脂肪織濃度上昇を認めた。心電図ではV2誘導で初診時に認めなかったcoved型ST上昇を認めた。縦隔炎及びBrugada心電図の診断で入院となった。タゾバクタム・ピペラシリンで治療を開始した。Brugada心電図については、失神の既往や突然死の家族歴はなく、縦隔炎の炎症が心外膜に波及している可能性が考えられた。炎症所見の改善に伴い、ST上昇は消失した。近年EBUS-TBNA後に縦隔炎を合併した症例の報告が散見されるが、Brugada心電図を合併した報告はなく、希少な症例であると考えられた。

## A-07

気管支鏡検査が診断に有用であった多発血管炎性肉芽腫症の1例

JA愛知厚生連 江南厚生病院

○杉浦 一磨、稲葉 慈、佐久間健太、野呂 大貴、阿部 大輔、滝 俊一、林 信行、日比野佳孝

症例は74歳男性。X年8月に食思不振にて当院受診。CTにて両肺に空洞影を認め、当院呼吸器内科に紹介となった。空洞を呈する抗酸菌感染・真菌感染は、血液検査・喀痰検査からは否定的であった。同年9月中旬に発熱・関節痛を自覚。CTにて両上葉に新規に浸潤影が出現し、炎症反応の上昇 (WBC 13500、CRP 29.25) を認め入院。細菌性肺炎の可能性も考慮し抗生剤 (TAZ/PIPC) で治療を行ったが改善せず、高熱が持続し、肺の陰影も悪化した。入院後耳鳴り、難聴が出現し、PR3-ANCA 1070と高値であることも判明し、多発血管炎性肉芽腫性が疑われた。肺病変よりTBLBを施行し、多発血管炎性肉芽腫症として矛盾しない所見を認め、確定診断に至った。気管支鏡検査が診断に有用であった比較的希少な症例であり、文献的考察を交えて報告する。

## A-08

原発性肺癌が疑われ気管支鏡検査で診断したB細胞リンパ腫の1例

<sup>1</sup>静岡赤十字病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>浜松医科大学 内科学第二講座

○鈴木健太郎<sup>1</sup>、松田 宏幸<sup>1</sup>、高橋 進悟<sup>1</sup>、杉本 藍<sup>1</sup>、森田 雅子<sup>1</sup>、須田 隆文<sup>2</sup>

症例は70才代、男性。X年3月に血痰が出現したため近医を受診したところCTにて縦隔リンパ節腫大を指摘され当科を紹介受診した。CTでは右肺門部に30mm大の腫瘤影があり、上下縦隔リンパ節の腫大が認められた。気管支鏡検査を施行したところ右B1b入口部が腫瘤にて閉塞しており、同部位からの生検を実施しB細胞リンパ腫と診断した。後日行った血液検査では可溶性IL-2レセプターの上昇が確認された。診断後は当院血液内科にて加療を継続している。肺病変を有し、気管支鏡で判明したB細胞リンパ腫の一例を経験したため、若干の文献的な考察を含め報告する。

## A-09

### 気管支内視鏡検査を施行したマイコプラズマ肺炎の1例

<sup>1</sup>藤田医科大学岡崎医療センター 呼吸器内科

<sup>2</sup>藤田医科大学病院 呼吸器内科

○太田 真樹<sup>1</sup>、森川紗也子<sup>1</sup>、前田 侑里<sup>1</sup>、  
井上 敬浩<sup>1</sup>、後藤 祐介<sup>1</sup>、林 正道<sup>1</sup>、  
今泉 和良<sup>2</sup>

症例は36歳男性。X-5日より発熱症状を認め、X-3日前医を受診しAMPC内服の上経過をみていた。発熱症状改善なく当院ERを受診し胸部CTで右下葉浸潤影を認め肺炎としてX日当科入院となった。市中肺炎としてCTRFXおよびAZM内服で加療を行うも解熱せず、X+2日にLVFX点滴へ変更した。呼吸不全の進行も認めため原因菌検索および器質化肺炎等の疾患除外目的に気管支内視鏡検査を施行した。気管支内視鏡所見では気管の著明な上皮の発赤や粘膜浮腫および毛細血管増生を認めた。BAL液は好中球優位で異型細胞が検出された。FilmArray呼吸器パネル2.1検査は陰性もLAMP法で変異型マイコプラズマ陽性を認めマイコプラズマ肺炎の診断に至った。X+6日解熱し経過良好のため自宅退院とした。気管支内視鏡検査を施行し著明な気道病変を確認しえたマイコプラズマ肺炎の1例を経験した。マイコプラズマ肺炎の気管支内視鏡所見や病理の報告例は少なく1例報告する。

## A-10

### 抗体-光感受性物質複合体 セツキシマブ-サロタロカンナトリウムによる薬剤性肺障害の1例

浜松医科大学 内科学第二講座

○鈴木 理紗、田熊 翔、柄山 正人、宮下 晃一、  
井上 裕介、安井 秀樹、穂積 宏尚、鈴木 勇三、  
古橋 一樹、榎本 紀之、藤澤 朋幸、乾 直輝、  
須田 隆文

症例は74歳、男性。X年9月13日に当院耳鼻咽喉科にて再発中咽頭癌に対してセツキシマブ-サロタロカンナトリウム (CS) による光免疫療法を施行した。同年11月1日より発熱、呼吸困難が出現し、11月5日に呼吸不全のため緊急入院となった。胸部CTで両肺の広範なすりガラス陰影を認め、CSによるgrade 4の薬剤性肺障害(DIILD)と診断した。複数回のステロイドパルス療法により、病勢を制御し救命し得たものの、線維化陰影と呼吸不全の完全な回復は得られなかった。CSは2020年に販売承認されたEGFR抗体セツキシマブと光感受性物質の抗体薬物複合体で、レーザー光による光化学反応により抗腫瘍効果を発揮する新たな治療戦略である。これまで臨床試験あるいは症例報告レベルでもCSによるDIILDの報告はないが、今後、本剤の使用症例が蓄積することで増加する可能性がある。

## A-11

### レゴラフェニブによる薬剤性肺障害が疑われた一例

静岡済生会総合病院

○角田 智、大山 吉幸、宮本 凌太、伊藤 泰資、  
明石 拓郎、土屋 一夫、池田 政輝

症例は60歳代男性。直腸癌に対し腹腔鏡下低位前方切除術を施行し、術後化学療法としてXELOX、CPT-11+ペバシズマブ、S-1、トリフルリジン+ペバシズマブを投与し、X-5月からレゴラフェニブを開始した。脳転移のためレゴラフェニブを中止し手術を施行したが、胸部単純X線・CTで非区域性のすりガラス陰影を認めた。抗菌薬治療を開始したが改善乏しく、日和見感染症、抗酸菌感染症、膠原病は血清学的検査および身体所見にて否定的であり、吸入抗原を示唆するエピソードもなかったため、精査目的に気管支鏡検査を施行した。気管支洗浄液からは悪性細胞を認めず、TBLBでは病理組織学的に間質の線維化と軽度の好酸球浸潤を認めた。無治療経過観察で陰影は自然消退したが、臨床経過からレゴラフェニブによる薬剤性肺障害が疑われた。レゴラフェニブによる薬剤性肺障害の報告は少なく貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

## A-12

### 漢方薬（潤腸湯）による薬剤性肺障害が疑われた1例

JA 岐阜厚生連 東濃中部医療センター東濃厚生病院  
呼吸器内科

○飯島 淳司、笠原 嵩翔、野坂 博行、柴田 尚宏

【症例】70歳代女性。【主訴】発熱、労作時息切れ。【既往歴】両側変形性膝関節症人工関節置換術、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、腰痛症、骨粗鬆症、痔で近医通院。【生活歴】喫煙歴：2本/日（20-40歳）。職歴：事務員。その他特記すべき事項なし。【現病歴】X-11日近医で漢方薬（潤腸湯）を新規処方、内服開始した。X-3日頃から労作時息切れが出現しX日発熱があり当院受診となった。【経過】肺炎の診断で入院。X+1当科紹介。胸部CTで全肺野にすりガラス陰影を認め、詳細な問診から潤腸湯による薬剤性肺障害と診断した。P/F=112と著明な低酸素血症があり気管支鏡検査は実施せずmPSL 1g/日×3で加療開始した。X+4日からmPSL 40mg/日で維持し、X+9日からPSL 30mg/日に減量した。胸部陰影、酸素化ともに改善し、X+14日退院し現在外来でPSL漸減中だが、再燃なく経過している。【考察】既報にない潤腸湯による薬剤性肺障害を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

### A-13

#### Enfortumab Vedotinによる薬剤性肺障害と考えられた1例

小牧市民病院 呼吸器内科

○縣 知優、小島 英嗣、高田 和外、後藤 大輝、全並 正人、平光 花保

症例は80歳代男性。膀胱癌に対して化学療法、Avelumabに続き、第3次治療としてEnfortumab Vedotin (EV)により加療されていた。EV4回目投与前に発熱、倦怠感を主訴に入院。腎盂腎炎として抗菌薬治療を受けたが熱型改善せず、両肺びまん性すりガラス陰影を認めたため、当科に紹介。採血でKL-6:571U/mlと高値、気管支肺泡洗浄では有意菌なし、細胞診陰性で、細胞分画はリンパ球70.8%と上昇しており、薬剤性肺障害に矛盾しない所見であった。メチルプレドニゾン60mgより治療開始し、陰影と酸素化の改善を認めたため、プレドニゾン内服に変更して漸減中である。EVをはじめとする抗体薬物複合体はがん細胞への高い選択性を特徴とする薬剤であるが、稀に肺毒性を来す場合があり、注意が必要である。

### A-15

#### 食道癌亜全摘術後の間質性肺炎急性増悪の1例

<sup>1</sup>公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科  
<sup>2</sup>同 救急科

○埜村 友香<sup>1</sup>、萩本 聡<sup>1</sup>、寺町 涼<sup>1,2</sup>、富貴原 淳<sup>1</sup>、笹野 元<sup>1</sup>、横山 俊樹<sup>1,2</sup>、片岡 健介<sup>1</sup>、木村 智樹<sup>1</sup>

手術侵襲による間質性肺炎急性増悪のリスクは指摘されるものの、肺癌術後等と比較し文献的報告は少なく、その実際は不透明なことも多い。

症例は60歳代男性。分類不能型間質性肺炎にてプレドニゾン10mg及びタクロリムスにて治療中であった。X年11月食後前胸部の痛みにて上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胸部中部食道癌を指摘された。X年3月術前DCF療法施行の後、X年5月、食道亜全摘術(右開胸/開腹、2領域郭清)を施行した。術後発熱遷延し、第7病日CTにて左肺を主体に広範な浸潤陰影を認め術後間質性肺炎急性増悪と考えられた。第8病日、酸素化悪化したため気管挿管人工呼吸を開始、mPSL 1mg/kg/日を開始、タクロリムス再開とした。気管支鏡所見では膿性痰は認めず、軽度の出血がみられていた。第10病日には酸素化改善得られ抜管、HFNCに移行した。第14病日HFNC離脱、ステロイド漸減し第39病日退院した。

### A-14

#### アバルタミドによる薬剤性間質性肺炎の一例

聖隷三方原病院 呼吸器センター内科

○豊田 峻輔、藤田 大河、霜多 凌、杉山 裕樹、友田 悠、森川 萌子、稲葉龍之介、杉山 未紗、小谷内敬史、天野 雄介、加藤 慎平、長谷川浩嗣、松井 隆、横村 光司

症例は74歳男性。前立腺癌の診断で2ヶ月前にアバルタミドの投与が開始された。1ヶ月前より労作時呼吸困難を自覚。改善を認めず泌尿器科を受診しCTで両側下葉の網状陰影を認めアバルタミドによる薬剤性間質性肺炎が疑われ当科紹介。気管支鏡検査を実施したが、正常BAL所見であった。TBLBでは間質の線維化を認めた。各種検査で感染症は否定的でアバルタミドによる薬剤性間質性肺炎と臨床診断した。症状、画像所見の改善を認めずステロイドパルス療法を実施した。反応性良好と判断し後療法としてプレドニゾン(PSL)35mgを開始。CTでは一部線維化を認め、肺障害による後遺症を認め在宅酸素療法を導入し退院とした。その後PSLは漸減したが再燃はない。アバルタミドは前立腺癌に対して使用されるアンドロゲン受容体拮抗薬であり、有害事象として肺障害の発症が報告されている。文献的考察を加えて報告する。

### A-16

#### 間質性肺炎とインフルエンザ肺炎の鑑別に難渋した1例

<sup>1</sup>磐田市立総合病院  
<sup>2</sup>浜松医科大学附属病院 第二内科

○早乙女真由<sup>1</sup>、松島紗代実<sup>1</sup>、須田 隆文<sup>2</sup>

【症例】66歳男性。【現病歴】X-4年3月に間質性肺炎を背景とした右中葉肺癌が指摘され、右中肺葉切除術が施行された。以降間質性陰影は徐々に悪化し、X-2年8月に亜急性増悪をきたした。ステロイドパルスが著効したため、以降はステロイドの漸減で安定を得ていた。X年12月に発熱とSpO<sub>2</sub>低下が出現した。インフルエンザ陽性が判明し、間質性肺炎急性増悪またはインフルエンザ肺炎が疑われた。抗ウイルス薬とステロイドパルスで治療開始したが陰影は増悪し、2病日には挿管管理となった。以降は徐々に陰影と酸素化の改善を認めたが、同時期に腎機能の低下を認めた。6病日に腎不全由来高K血症により永眠された。病理解剖では間質性肺炎の急性増悪が最も疑われた。【考察】間質性肺炎を背景にもつ患者の肺炎急性増悪は鑑別に苦渋する場面がしばしばある。本症例の臨床経過や病理所見を、文献的考察を交え報告する。

## A-17

### 退職を契機に発症した鳥関連過敏性肺炎の1例

岐阜市民病院 呼吸器・腫瘍内科

○小倉 拓巳、山内 康弘、堀場あかね、石黒 崇、  
小牧 千人、吉田 勉

【症例】58歳、男性【主訴】労作時息切れ【経過】X年7月中旬に労作時の息切れを自覚し、徐々に悪化するため近医を受診、血液検査の結果で異常を認めため当院へ紹介となる。胸部レントゲン、CTで両肺びまん性のすりガラス影を認め、入院となる。BALFでリンパ球増加を認め、インコをペットで飼育していることなどをあわせて、鳥関連過敏性肺炎を疑った。血液検査でKL-6:12000U/ml、IgG:2359mg/dl、セキセイインコIgG:90.1mgA/L、ハトIgG:53.6mgA/Lの増加していた。抗原回避目的に入院で1週間程度経過観察を行ったが、症状の改善は乏しく、PSL:45mg/日で治療を開始し、徐々に漸減し、現在PSL:5mg/日で内服している。自覚症状なく、経過している。【結語】長期の鳥飼育者であっても、急性鳥関連過敏性肺炎を発症することがあり、抗原回避での治療を徹底させることにより慢性化させないことが重要である。

## A-18

### 生薬含有のサプリメントによる薬剤性好酸球性肺炎の1例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○原木 優太、秋山 訓通、松下 京平、鈴木 僚、  
長崎 拓巳、山田耕太郎、中村 隆一、田中 和樹、  
松浦 駿、小清水直樹

症例は70代女性。X年6月より咳嗽が出現した。同年8月に前医で気管支喘息の治療が開始されたが症状の改善がなく9月に当科を受診した。胸部CTで両肺に浸潤影および索状影を認めた。血液検査で末梢血好酸球数4670と上昇を認めた。問診により同年6月よりオウゴン、サイコなど複数の生薬を含んだサプリメントを新たに内服していたことが判明した。サプリメント休薬と抗生剤治療を開始したが、肺炎の改善に乏しく気管支鏡検査を行った。気管支肺胞洗浄で好酸球分画80%と上昇、経気管支肺生検で胞隔への好酸球浸潤を認め、薬剤性好酸球性肺炎と診断した。全身ステロイド投与で速やかに肺炎は改善した。今回、薬剤性肺炎の原因と考えられたサプリメントの製品説明には肺炎などの副作用の注意喚起の記載はなく、詳細な問診と含有成分の確認が重要な症例であった。

## A-19

### タバコの銘柄変更が原因と考えられた急性好酸球性肺炎の1例

聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科

○内藤 龍仁、杉山 裕樹、藤田 大河、豊田 峻輔、  
友田 悠、森川 萌子、稲葉龍之介、杉山 未紗、  
小谷内敬史、天野 雄介、加藤 慎平、長谷川浩嗣、  
松井 隆、横村 光司

症例は24歳男性。X年1月19日から咳嗽、呼吸困難、発熱を自覚。翌日に近医を受診し、酸素化の低下と胸部X線で両肺の浸潤影を指摘され、当科を紹介入院となった。胸部CTで両肺に小葉間隔壁肥厚および気管支壁肥厚、散在性の浸潤影や粒状影、少量の胸水を認めた。第3病日に気管支肺胞洗浄を施行し、洗浄液中の好酸球分画の上昇(59%)を認め、急性好酸球性肺炎の確定診断となった。禁煙とし、ステロイド投与を行わずに経過観察したところ呼吸器症状や炎症反応は改善傾向となり、第8病日で退院となった。喫煙習慣を確認すると喫煙をX-1年11月から開始したが、発症前日にタバコの銘柄を変更していることが判明し、この変更が急性好酸球性肺炎の原因であったと考えられた。その他の発症の原因などを含めて好酸球性肺炎について文献的考察を交えて報告する。

## A-20

### ステロイド投与が有効であった重症インフルエンザ肺炎の1例

JCHO 中京病院 呼吸器内科

○五軒 矢 桜、浅野 周一、馬淵 英徒、田宮裕太郎、  
折中 雅美、福谷衣里子、伊勢 裕子、小林 正宏、  
龍華 祥雄

【症例】60代男性。X年12月中旬より発熱、咳等の症状出現。第7病日に前医受診しインフルエンザA抗原陽性及び肺炎像を指摘され入院。ペラミビルが投与されたが呼吸状態が悪化し、第8病日に当院紹介となった。転院時、両側肺野に広汎なスリガラス影あり、パロキサビルを投与したが、さらに呼吸状態悪化。第10病日より人工呼吸管理開始し、同日よりmPSL1mg/kg投与と腹臥位療法を開始したところ改善を認め、第15病日に呼吸器離脱、HFNC管理へ移行した。ステロイドはPSL10mgまで漸減していたが、第19病日に広汎なスリガラス影の再燃とともに呼吸状態が悪化したため、mPSL2mg/kgへ増量したところ著効し、第22病日に酸素投与終了した。第44病日に療養型病床へ転院となった。【考察】主に観察研究を元にしたメタ解析などの結果により、インフルエンザへのステロイド投与は推奨されていない。しかし、重症肺炎を対象とした前向き比較試験はなく、今後の検証が望まれる。

## A-21

### Abemaciclibによる薬剤性肺炎で死亡した2例の検討

藤田医科大学 呼吸器内科学

○桐生 七海、石井友里加、澤田 千晶、相馬 智英、堀口 智也、後藤 康洋、磯谷 澄都、橋本 直純、近藤 征史、今泉 和良

【症例1】40代女性。乳がん術後再発でX-3年よりAbemaciclib (ABE)を導入。X年6月重症肺炎・呼吸不全で入院。ABEによる薬剤性肺炎と判断しステロイドパルスを施行し、一時改善傾向だったが再度悪化、免疫抑制剤も併用したが入院第15日に死亡。【症例2】60代女性。進行乳癌に対してX-1年9月よりABEを導入。X年6月に呼吸不全を伴う重症薬剤性肺炎と診断し、ステロイドパルスを2回、免疫抑制剤も併用したが呼吸状態が悪化し、入院第20日にECMOを導入。その後小康状態となるも人工呼吸器は離脱できず、再度悪化し入院第197日に死亡。いずれの症例も治療前の胸部CTには所見を認めなかった。【考察】CDK4/6阻害薬Abemaciclibによる薬剤性肺炎は既存の肺陰影のない症例にも発症し、発症時期も不定で重症例の報告も散見され臨床上注意が必要である。

## A-22

### Good症候群を背景に重症インフルエンザ肺炎となり、器質化肺炎を合併したがステロイドが奏功した1例

藤田医科大学 呼吸器内科学

○木村祐太郎、渡邊 俊和、堀口 智也、後藤 康洋、磯谷 澄都、近藤 征史、橋本 直純、今泉 和良

症例は59歳、男性。X-7年に他院で胸腺腫に対して胸腺拡大全摘出術を行っていた。今回入院6日前からの発熱で前医受診し、インフルエンザ陽性と肺炎合併を認め入院となった。ペラミビルおよび広域スペクトラムの抗菌薬を開始するも挿管管理となり、ECMO管理目的に当院へ転院搬送となった。採血で低ガンマグロブリン血症を認め、胸腺腫術後の既往からGood症候群と診断した。前医治療に加え、大量免疫グロブリン投与を追加し、解熱と炎症マーカーの改善は得られたが、肺陰影と酸素化の改善が乏しかった。臨床判断で器質化肺炎と判断して、ステロイドを開始したところ著明に改善が得られ、第25病日にECMO離脱となった。第39病日にリハビリ目的で転院となった。一般的に重症インフルエンザ肺炎においてステロイド使用は推奨されていないが、器質化肺炎の合併を疑うなどタイミングを見て治療を追加することは有効である可能性がある。

## A-23

### 両側びまん性陰影を呈した粟粒結核によるARDSの1例

<sup>1</sup>公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

<sup>2</sup>同 救急部・集中治療室

○箕浦 健悟<sup>1</sup>、萩本 聡<sup>1</sup>、寺町 涼<sup>1,2</sup>、富貴原 淳<sup>1</sup>、笹野 元<sup>1</sup>、横山 俊樹<sup>1,2</sup>、片岡 健介<sup>1</sup>、木村 智樹<sup>1</sup>

粟粒結核では一部にARDSを合併し予後が不良とされる。症例：60歳代男性。潰瘍性大腸炎にて前医加療中。2週間前より発熱、CRP上昇を認め、抗菌薬が開始されていた。5日前より前医入院。2日前にIGRA陽性、抗酸菌塗沫も陽性となり、肺結核と診断されたが、酸素化不良及びショック持続のため気管挿管施行、当院に搬送となった。胸部CTでは粟粒影は認めず、背側主体の両側びまん性浸潤影を認め、肺結核によるARDS、敗血症と考えた。当院搬送時のPaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> 59と重篤な低酸素を認めていたが、DICのため血小板1万と低く、ECMO施行は困難と考えられた。高頻度振動換気(HFOV)を施行のうえ、腹臥位療法を開始、ARDSとしてmPSL 1mg/kgを開始した。翌日には酸素化の改善は得られ、第5病日まで腹臥位管理を施行し、第8病日に抜管した。後に血液及び骨髓穿刺液からも結核菌PCRが陽性となり、粟粒結核と診断した。考察も含め報告する。

## A-24

### 特発性咯血による重症呼吸不全に対し、VV-ECMOを導入し、集学的治療により救命することができた1例

<sup>1</sup>日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院

呼吸器内科

<sup>2</sup>同 放射線科

○恵美 亮佑<sup>1</sup>、松井 利憲<sup>1</sup>、今井 千歳<sup>1</sup>、中野 阿美<sup>1</sup>、長谷川 新<sup>1</sup>、石井あずさ<sup>1</sup>、鈴木 博貴<sup>1</sup>、岡田 暁人<sup>1</sup>、石口 裕章<sup>2</sup>、小沢 直也<sup>1</sup>、村田 直彦<sup>1</sup>、若山 尚士<sup>1</sup>

症例は57歳男性。持続する少量の咯血を主訴に当院を受診した。入院にて経過観察としたが、同日夕方、呼吸状態の悪化を認めた。ダブルルーメンチューブを挿管し人工呼吸器管理を行ったが、呼吸状態を保つことができず、VV-ECMOを導入した。入院第2日、挿管下に気管支鏡検査を施行すると、左主気管支が血餅で閉塞していた。同日、気管支動脈造影検査を施行し、左上葉に仮性動脈瘤を認めたため、気管支動脈塞栓術を施行した。入院第3日、気管支鏡にて可及的に血餅除去を行ったところ、左下葉の含気が得られ、呼吸状態も速やかに改善したため、VV-ECMOを離脱した。入院第4日、抜管し、入院第7日に集中治療室を退室した。入院第25日、独歩にて退院となった。咯血による呼吸不全に対してVV-ECMOを導入する際は、抗凝固療法による病態の悪化が危惧されるが、最小限の抗凝固療法で迅速に必要な処置を行うことで、救命することができた一例を経験したため報告する。

**B-01**

## アレクチニブによる溶血性貧血の1例

聖隷浜松病院 呼吸器内科

○郡司 哲仁、勝又 峰生、石毛 昌樹、齋藤 嵩彦、日笠 美郷、二橋 文哉、青野 祐也、三輪 秀樹、河野 雅人、三木 良浩、橋本 大

症例は80歳代男性。X-1年4月に胸部CTで右肺下葉結節影を指摘された。右肺下葉切除術を施行し、腺扁平上皮癌 (pT1bN1M0 pStage II B)、ALK融合遺伝子陽性の診断となった。術後は希望で無治療経過観察となったが、X年5月に多発する縦隔リンパ節腫大を認め、肺癌術後再発と診断しX年6月からアレクチニブを開始した。X年8月に労作時呼吸困難が出現し、貧血の進行 (Hb 11.8→7.5g/dL) を認め精査目的で入院した。縦隔リンパ節は縮小したが、右胸水が出現した。血液検査でハプトグロビン値の低下、間接ビリルビン値の上昇、LDHの上昇、網状赤血球の上昇などから溶血性貧血を疑った。直接クームスは陰性であり、アレクチニブによる溶血性貧血を疑い中止したところ、貧血は改善し右胸水も消失した。改善後にALK阻害剤をブリグチニブに変更したが、貧血の出現なく経過している。アレクチニブによる溶血性貧血は稀ではあるが報告は散見され、注意すべき有害事象の一つである。

**B-02**

## ペムプロリズマブ投与中に無顆粒球症を発症した肺扁平上皮癌の一例

浜松医療センター

○坂根 怜、鈴木 貴人、平岡 佑規、岸本 勲、長崎 公彦、松山 亘、丹羽 充、小澤 雄一、小笠原 隆、佐藤 潤

症例は74歳、男性。X年9月に胸部異常陰影を指摘され、当院を紹介受診となった。精査の結果、肺扁平上皮癌 (cT3N0M1a; Stage 4A) の診断となった。X年10月よりカルボプラチン、ナパクリタキセル、ペムプロリズマブによる3剤併用化学療法を開始した。化学療法開始後14日目にGrade 3の好中球減少が出現し、28日目に無顆粒球症に至った。メチルプレドニゾロン1000mgを3日間投与後、経口プレドニン 60mgで治療を継続した。同時にフィルグラスチム 300ug皮下注を6日間併用し、化学療法開始後33日目に好中球の上昇が見られた。以上の経過より、ペムプロリズマブに起因する無顆粒球症と考えられた。発症後3か月時点で経口プレドニンを15mgまで減量しているが、無顆粒球症の再燃は見られていない。ペムプロリズマブ起因性の無顆粒球症は極めて稀であり、若干の文献学的考察を交えて報告する。

**B-03**

## ダサチニブによると考えられた乳び胸の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院

○渡邊 里空、巾 麻奈美、栗山 充、反町 峻、黒田 優実、吉田 隆司、岩神 直子、岩神真一郎

症例は52歳、男性。X-13年に慢性骨髄性白血病(CML)の診断でダサチニブによる治療が開始されていた。CMLの病勢はコントロール良好であったが、X年2月より呼吸困難を自覚し、3月21日に当科を受診。胸部レントゲンで両側大量胸水が認められた。胸水を採取したところ、乳白色に混濁した胸水が認められ、胸水中の中性脂肪は1074mg/dlと乳び胸に合致する所見であった。外傷の既往や胸管を閉塞する腫瘍などは認められず、ダサチニブによる乳び胸が疑われた。食事を脂質制限食にするとともにダサチニブを休薬したところ徐々に胸水は減少し呼吸困難も改善した。現在、胸水の再貯留はみられず、CMLの再燃もなく経過している。ダサチニブの有害事象として胸水貯留はよく知られているが、乳び胸の報告は限られるため、文献的考察を加えて報告する。

**B-04**

## ステロイド単剤療法が奏効した、上大静脈症候群を伴う浸潤性胸腺腫の一例

知多半島りんくう病院

○水本 有星、村上 靖、諸澤 美佳、野崎 裕広

症例は86歳男性。X-1年10月、健診の胸部単純X線写真で縦隔陰影拡大を認め初診となった。胸部CT検査にて縦隔腫瘤を認め、EBUS-TBNAでの組織診断の結果、浸潤性胸腺腫 (正岡分類3期) の診断に至った。本人が治療を希望されず、経過観察のみ行う方針となった。X年9月、顔面頸部及び上肢の浮腫を主訴に緊急受診となった。急性呼吸不全を呈し、腫瘍増大や両側胸水貯留を認め、胸腺腫増大に伴う上大静脈症候群と判断した。放射線治療は希望されなかったため、既報にて腫瘍縮小効果が報告されていたステロイド療法を開始した。プレドニゾロン50mg/日で治療を開始したところ、約10日間で腫瘍は明瞭に縮小し、上大静脈症候群は軽快した。ステロイド漸減後、複数回腫瘍は再増大したが、増量にて都度改善し、導入後6ヶ月経過した段階でも外来通院可能な状態を維持している。

## B-05

### 治療抵抗性の気管支カルチノイドに対してルテチウムオキソドトロチドを投与し、病変を制御できた一例

<sup>1</sup>名古屋大学医学部医学科

<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学

○柴田 佑子<sup>1</sup>、中瀬 敦<sup>2</sup>、速井 俊作<sup>2</sup>、  
神山 潤二<sup>2</sup>、伊藤 貴康<sup>2</sup>、堀 和美<sup>2</sup>、  
安藤 啓<sup>2</sup>、田中 一大<sup>2</sup>、阪本 考司<sup>2</sup>、  
長谷 哲成<sup>2</sup>、進藤有一郎<sup>2</sup>、森瀬 昌宏<sup>2</sup>、  
石井 誠<sup>2</sup>

患者は70歳男性。アルコール性肝障害、COPD、高血圧症の既往がある。X-5年に定型カルチノイドに対して左下葉切除および舌区部分切除、リンパ節郭清を施行した。X-1年3月に多発肝臓転移を認め、肝部分切除を行なった。胸部CTで気管や左気管支内腔に突出する結節の増大があり、X年7月に気管支鏡検査にて同病変より生検しカルチノイドの再発と診断した。ソマトスタチン受容体シンチグラフィを施行し、気管・気管支病変と複数の骨病変の集積を認め、X年9月よりルテチウムオキソドトロチド (Lu-177) を投与する方針とした。初回投与の後CTCAE Grade 2の血小板減少を認めた。2回目投与までに血小板数はGrade 1に自然回復し、Lu-177を半量に減量して投与した。2回目投与開始時の胸部CTでは病変の増大を認めなかった。気管支カルチノイドに対するLu-177治療は有害事象をマネジメントしながら病勢を制御できる可能性があり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## B-06

### 肺結核と鑑別を要した浸潤性粘液性肺腺癌の1例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院

○今井 千歳、小沢 直也、恵美 亮佑、長谷川 新、  
岡田 曉人、鈴木 博貴、松井 利憲、村田 直彦、  
若山 尚士

症例は28歳男性、インドネシア人。X-5年に就職目的で来日した頃から咳、X年1月から盗汗、体重減少を認めた。X年4月に前医で胸部異常陰影を指摘され当科に紹介受診となった。胸部CT検査では両側上葉に内部に空洞を伴う多発結節を認め、左下葉には浸潤影と周囲の多発結節影を認めた。外国籍の若年者であることから、抗酸菌感染症やノカルジア症などの感染症を疑い喀痰検査を行うも診断がつかず、気管支鏡検査を施行し浸潤性粘液性腺癌 (IMA) と診断した。遺伝子変異検査ではKRAS G12Dが陽性であり、X年6月よりカルボプラチン、ペメトレキセド、パンプロリズマブによる化学療法を開始した。IMAは多彩な画像所見をとることが知られており、本症例のように抗酸菌感染症を強く疑う病歴であったとしても、重要な鑑別疾患の一つと考えられた。

## B-07

### 抗MDA 5抗体陽性間質性肺炎の一例

春日井市民病院

○下平 悠太、武原 陸、西科 雄太、笠原 千夏、  
小林 大祐、野木森健一、岩田 晋、岩木 舞

症例は74歳女性。X年8月から咳が続き、徐々に軽度の息切れを自覚するようになった。9月末に近医でレントゲン・CTを撮影し、間質性肺炎の所見を認めたため当院紹介となった。両手指のメカニックハンド、爪囲炎、逆ゴットロン、などの皮膚所見があり、胸部CTでは両肺底部優位に非区域性の胸膜直下線状影・浸潤影を認め、皮膚筋炎・間質性肺炎と診断。筋症状は乏しく、抗MDA 5抗体陽性であった。肺機能検査ではVC2.29L (83.0%)、FEV<sub>10</sub> 1.79L (89.9%)、%DLco 94.9%、と肺機能障害は認められなかった。ステロイドパルス療法、免疫抑制剤 (IVCY、TAC) での治療を開始し、病状は悪化なく経過している。抗MDA 5抗体陽性の皮膚筋炎に合併した間質性肺炎は急速進行性で予後不良であることが知られており、早期からのステロイド・免疫抑制療法が推奨されている。しかし、本症例のように軽症の病態に対する治療方針は定まっていない。文献的考察をふまえて報告する。

## B-08

### 集学的治療が奏功した抗MDA 5抗体陽性間質性肺炎の一例

<sup>1</sup>日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院  
呼吸器内科

<sup>2</sup>藤田医科大学 呼吸器内科

○中野 阿美<sup>1</sup>、村田 直彦<sup>1</sup>、今井 千歳<sup>1</sup>、  
長谷川 新<sup>2</sup>、石井あずさ<sup>1</sup>、小沢 直也<sup>1</sup>、  
松井 利憲<sup>1</sup>、若山 尚士<sup>1</sup>

症例は62歳女性。X年10月から呼吸困難が出現し、徐々に増悪したため仕事を休むようになった。X+1年1月の健診で胸部異常陰影を指摘され当院紹介受診となった。体動時にはSpO<sub>2</sub> 88%と呼吸不全を認め、緊急入院となった。爪周囲炎とメカニクスハンズ、逆ゴットロン兆候を認めた。HRCTにて両側びまん性すりガラス陰影と線維化を認めた。皮膚筋炎関連間質性肺炎を疑いBAL施行の上で治療を開始した。第3病日には抗MDA 5抗体高値と判明し、タクロリムスを開始、第4病日からエンドキサンパルスと血漿交換を開始した。一時はハイフローセラピー (40L/分 FiO<sub>2</sub> 40%) も必要となったが、第7病日には酸素投与不要となり、皮膚所見も改善した。内服ステロイドを漸減し退院できた。本疾患は非常に致命率が高いが、入院早期からの集学的治療が改善につながったと考えられた。治療の選択や経過について検討し発表する。

**B-09**

Lambert-Eaton筋無力症に合併したシェーグレン症候群による間質性肺炎の1例

<sup>1</sup>名古屋市立大学病院 初期臨床研修医

<sup>2</sup>同 呼吸器・アレルギー内科

<sup>3</sup>同 脳神経内科

○岩田 駿昂<sup>1</sup>、金光 禎寛<sup>2</sup>、大村 真弘<sup>3</sup>、  
向井 彩<sup>2</sup>、田中 達也<sup>2</sup>、羽柴 文貴<sup>2</sup>、  
森 祐太<sup>2</sup>、福光 研介<sup>2</sup>、福田 悟史<sup>2</sup>、  
上村 剛大<sup>2</sup>、田尻 智子<sup>2</sup>、大久保仁嗣<sup>2</sup>

【症例】66歳男性【主訴】労作時呼吸困難

【現病歴】X年1月から労作時呼吸困難を自覚し、同時期の健康診断で間質性陰影の増強を指摘された。同年4月に他院で間質性肺炎が疑われ5月に当院へ紹介となった。

【経過】同年2月から四肢の筋力低下、口喝、皮疹を自覚したが、スクリーニングは抗核抗体のみ陽性で、自己抗体は陰性であった。気管支鏡検査でNSIP patternを呈する間質性肺炎と診断し、反復刺激試験でLambert-Eaton筋無力症(LEMS)と診断された。その後、唾液腺生検とSchirmer試験によりシェーグレン症候群と診断した。

【考察】非腫瘍性LEMSと自己免疫疾患の合併の報告は少数で病態は不明な点が多い。間質性肺炎と神経症状の出現が同時期であり、シェーグレン症候群による免疫学的機序が原因と考える。

【結語】LEMSと間質性肺炎の合併例では、自己抗体が陰性であっても詳細な問診や検査を行い、自己免疫疾患を検索する必要がある。

**B-10**

片側性で緩徐に進行した抗MDA5抗体陽性多発性筋炎に伴う間質性肺炎の一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○岩瀬 裕爾、松浦 駿、松下 京平、川村 彰、  
増田 貴文、鈴木 僚、長崎 拓己、山田耕太郎、  
中村 隆一、平松 俊哉、田中 和樹、秋山 訓通、  
小清水直樹

症例は78歳女性。X-1年11月、定期健診の胸部Xpにて左肺野の浸潤影を指摘され、前医を受診した。胸部CTで左下葉に限局する浸潤影を認め、気管支鏡検査を行うも有意な所見は得られず、経過観察となっていた。その後労作時の息切れと両上肢の筋力低下、膝関節痛が出現した。X年5月に再診すると、胸部CTで左舌区・下葉の浸潤影増悪と、右中葉に新規の網状影を認め、精査目的で当院紹介となった。抗MDA5抗体が陽性となり、皮膚症状は認めなかったため、多発性筋炎に伴う間質性肺炎と診断され、入院加療を開始した。プレドニゾンとタクロリムスの投与により肺野の陰影および筋症状は改善し、第43病日に自宅退院となった。片側性の陰影として指摘されて緩徐な経過を辿り、治療も奏功した抗MDA5抗体陽性多発性筋炎に伴う間質性肺炎について、文献的考察を踏まえて報告する。

**B-11**

難治性喘息経過中に好酸球性多発血管炎性肉芽腫症と診断した一例

三重中央医療センター 臨床研修医

○森下 裕喜、森田 大智、垂見 啓俊、岩中 宗一、  
坂倉 康正、西村 正、内藤 雅大、井端 英憲

【症例】59歳女性。X-4年に気管支喘息と診断され、治療を行われていたが、1ヶ月に1回程度の頻度で発作を繰り返していた。X年X月X日に両側下腿の紫斑、両側大腿の疼痛を自覚し、近医皮膚科を受診され、精査目的に当院に紹介となった。X+1日に腹痛を自覚し、入院となった。重症喘息の既往、両下腿紫斑、腹痛があり、また血液検査で好酸球比率の増加を認めたため、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症と診断した。プレドニゾン内服、メボリズマブの皮下注射を行い、症状は軽減したため退院とした。

【考察】好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の一例を経験した。難治性喘息については、EGPAの可能性も考え、血管炎症状にも留意して経過をみる必要があると考えられる。

**B-12**

器質性肺炎経過観察中にautonomic neuropathyを発症し診断に至ったシェーグレン症候群の一例

<sup>1</sup>藤田医科大学病院 臨床研修センター

<sup>2</sup>同 呼吸器内科学

○大喜多瑛二<sup>1</sup>、森谷 遼馬<sup>2</sup>、池田 安紀<sup>2</sup>、  
大矢 由子<sup>2</sup>、相馬 智英<sup>2</sup>、堀口 智也<sup>2</sup>、  
後藤 康洋<sup>2</sup>、磯谷 澄都<sup>2</sup>、橋本 直純<sup>2</sup>、  
近藤 征史<sup>2</sup>、今泉 和良<sup>2</sup>

症例は75歳女性。X-1年12月頃から咳嗽が出現、発熱を伴ったため受診し、非区域性的浸潤影を認めた。器質性肺炎と診断されステロイドを開始、プレドニゾン7.5mgまで減量したところ再燃した。ステロイド依存性の経過から膠原病を含めた精査を行ったが陰性で、この時点では特発性と考えられた。その後、倦怠感と気力低下、顔面のびりびり感等の不定愁訴が多くなり、点滴補液により改善を繰り返していた。しかし、徐々に進行し、X年12月に入院となった。精査により、起立性低血圧が明らかとなったが、DaT ScanやMRIに異常は認めなかった。再度行った問診で口渇感があり、口唇生検を行ったところシェーグレン症候群(SjS)の確定診断に至り、SjSに伴うニューロパシー、器質性肺炎が示唆された。SjSは不定愁訴様の神経症状を合併することがある。特に抗体陰性例に多く、血清学的評価のみでの否定は注意を要し、時には積極的な生検を検討する必要がある。

**B-13**

腸閉塞・穿孔に至り、汎発性腹膜炎を合併した小腸結核の1例

島田市立総合医療センター 呼吸器内科

○松下 隼也、金田 桂、松下 翔磨、伊藤祐太郎、  
一條甲子郎、上原 正裕

症例は41歳男性。ネパール人。腹痛を主訴に当院救急科を受診。腹部CTにて小腸閉塞を認め、消化器内科へ入院となった。入院3日目に激しい腹痛を認めたため造影CTを撮影したところ、小腸穿孔および汎発性腹膜炎を来していた。消化器外科へ転科となり、緊急手術が行われた。得られた小腸検体にて乾酪性肉芽腫およびLanghans型巨細胞を認めた。また、腹腔内ドレナージ液から結核菌PCRが陽性となった。以上より、小腸結核の診断を得た。薬剤感受性は良好であり、抗結核薬による治療を6か月間行うことにより良好な経過が得られた。我が国は2021年に結核の低蔓延国になり、腸結核を診察する機会も減少している。腸閉塞・穿孔性腹膜炎を来した小腸結核は珍しく、貴重な症例と考えられ報告する。

**B-14**

耐性遺伝子検査により迅速に薬剤選択を行い治療変更した多剤耐性結核の1例

独立行政法人国立病院機構東名古屋病院

○林 悠太、角田 陽平、垂水 修、中川 拓、  
小川 賢二

症例は23歳男性。X年12月に喀痰抗酸菌塗抹陽性肺結核のため他院に勧告入院。INH、RFP、EB、PZAによる4剤治療が開始されたが、X+1年1月に治療開始前の喀痰による耐性遺伝子検査（コバス MTB-RIF/INH）にてINHとRFPの耐性遺伝子変異陽性が判明し、多剤耐性結核が強く疑われたため当院に転院。日本結核・非結核性抗酸菌学会の委員会報告で示されている「耐性遺伝子検査の有無を考慮した結核治療開始時の薬剤選択」に従い、転院後すぐにデラマニド、ベダキリン、リネゾリド、レボフロキサシン、PZAによる5剤治療に変更。X+1年2月に前医での喀痰の抗酸菌培養が陽性となり、その菌株を用いて結核予防会結核研究所にて行われたマルチプレックスPCR法により、INH、RFP、PZA耐性遺伝子変異が示唆されPZAをEBに変更した。耐性遺伝子検査の使用は表現型薬剤感受性試験より迅速に薬剤選択を行うことが可能で、今後使用が広がると考えられ、情報共有のため報告する。

**B-15**

結核性胸部大動脈瘤から肺内穿破を起こした1例

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

○水嶋 桜子、増田 寿寛、村山 賢太、貫 智嗣、  
志村 暢泰、亀井 淳哉、中川栄実子、中村 匠吾、  
渡辺 綾乃、佐野 武尚、藤井 雅人

症例は71歳女性。X年4月に咯血を自覚し、改善せず前医を救急受診した。肺腫瘍の大動脈浸潤による咯血が疑われ、当院へ紹介搬送された。CTでは大動脈弓部や肋骨、椎体への浸潤を伴う左上葉に約6cmの腫瘍を認め、遠位弓部は嚢状瘤を呈していた。肺癌や感染による仮性瘤が疑われ、翌日に緊急胸部大動脈ステントグラフト内挿術を施行した。術後経過は良好であったが、入院時の喀痰抗酸菌塗抹および結核PCRが陽性となり、肺結核と診断された。INH、RFP、EB、PZAによる治療を開始し、隔離入院となった。隔離解除後、左上葉の腫瘍に対してCTガイド下生検で乾酪性肉芽腫を認め、結核性胸部大動脈瘤と診断された。肺結核の炎症性変化が大動脈に波及し、嚢状瘤を形成・穿破した稀な症例と考えられた。6か月間の内服治療を完遂し、現在まで咯血の再燃や結核の再発なく経過している。文献的考察を加えて報告する。

**B-16**

JAK阻害薬内服中にMycobacterium kansasiiによる化膿性脊椎炎を発症し、RECAM療法で著明改善を得た1例

<sup>1</sup>日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院  
呼吸器内科

<sup>2</sup>同 整形外科

<sup>3</sup>同 総合内科

○長谷川 新<sup>1</sup>、恵美 亮佑<sup>1</sup>、石井あずさ<sup>1</sup>、  
鈴木 博貴<sup>1</sup>、岡田 暁人<sup>1</sup>、松井 利憲<sup>1</sup>、  
小沢 直也<sup>1</sup>、村田 直彦<sup>1</sup>、若山 尚士<sup>1</sup>、  
森田 圭則<sup>2</sup>、吉見 祐輔<sup>3</sup>

【症例】76歳女性【主訴】両下肢脱力【経過】関節リウマチに対してフィルゴチニブを3年前から内服している。9か月前に両下肢の脱力が出現し、1か月前から立位保持困難となったため当院を紹介された。MRIでTh4-6に化膿性脊椎炎疑いの所見を認め、Th5-6傍椎体軟部組織より針生検を施行した。細菌塗抹陰性、結核菌PCR陰性であった。同日よりフィルゴチニブを休薬してセファゾリンを開始したが、膿瘍サイズは不変であった。抗酸菌培養32日目Mycobacterium kansasiiが検出されたためRECAMを開始した。徐々に下肢脱力は改善し、治療開始25日後のMRIでは膿瘍の著明な縮小を認めた。治療経過中、関節炎の増悪とともに炎症反応上昇、新規に胸水・心嚢水、肺炎像を認めた。関節リウマチの増悪および器質化肺炎と考え、PSL30mg/日より開始したところ速やかに改善した。グルココルチコイド加療を必要しながらも治療が奏功した播種性抗酸菌として貴重であるため報告する。

## B-17

### 播種性非結核性抗酸菌症の一例

静岡県立総合病院 呼吸器内科

○深澤 詠美、波多野裕斗、緒方 康人、藤田 侑美、  
山本 雄也、鈴木 浩介、増田 考祐、赤堀 大介、  
櫻井 章吾、三枝 美香、赤松 泰介、山本 輝人、  
森田 悟、朝田 和博、白井 敏博

症例は75歳女性。X年8月に症状はないが、CRP上昇、右中葉の浸潤影で当科に紹介となった。細菌性肺炎として抗生剤治療を行ったが改善なく、PET/CTで右中葉の浸潤影、縦隔リンパ節、腹部大動脈周囲リンパ節、全身の複数の骨にFDG集積を認め進行癌が疑われた。気管支鏡検査にて縦隔リンパ節から生検を行ったが、悪性所見は無く、気管支洗浄液の抗酸菌塗抹が陽性で、培養で *Mycobacterium avium* が検出された。血液抗酸菌培養でも *Mycobacterium avium* が陽性となり播種性非結核性抗酸菌症と診断した。明らかな免疫不全はなく、抗IFN- $\gamma$ 抗体が陽性であった。10月から多剤治療を開始したところ、右中葉の浸潤影は縮小、CRPは緩徐に低下、下腿浮腫や胸腹水の改善を認め、第48病日に退院となった。抗IFN- $\gamma$ 抗体陽性の播種性非結核性抗酸菌症は稀であり診断に難渋する。文献的考察を加え報告する。

## C-01

術前化学療法によって病理学的完全奏効が得られた肺癌の2例

<sup>1</sup>JA愛知厚生連 江南厚生病院

<sup>2</sup>愛知医科大学 呼吸器外科

○藤村いずみ<sup>1</sup>、杉浦 一磨<sup>1</sup>、稲葉 慈<sup>1</sup>、  
佐久間健太<sup>1</sup>、野呂 大貴<sup>1</sup>、阿部 大輔<sup>1</sup>、  
滝 俊一<sup>1</sup>、宮沢亜矢子<sup>1</sup>、林 信行<sup>1</sup>、  
日比野佳孝<sup>1</sup>、福井 高幸<sup>2</sup>

【症例1】83歳男性。X年11月に胸部異常影を指摘され、当院受診。精査の結果、右下葉非小細胞肺癌(NOS) cT2aN2M0 Stage 3A PD-L1 : 80%の診断に至った。術前化学療法(CBDCA + PTX + Nivolumab)を3コース施行し、X + 1年2月に右下葉切除+縦郭リンパ節郭清術を行った。ypT0N0M0 Stage 0、治療効果はEf. 3、病理学的完全奏効(pCR)の結果に至った。

【症例2】66歳男性。Y年5月に血痰を認め、7月近医より当院へ紹介受診。精査の結果、右下葉扁平上皮癌 cT4N1M0 Stage 3A PD-L1 : 95%の診断に至った。術前化学療法(CBDCA + PTX + Nivolumab)を3コース施行し、Y + 1年1月に右下葉切除+縦郭リンパ節郭清術を行った。ypT0N0M0 Stage 0、治療効果はEf. 3、pCRの結果に至った。

周術期治療により良好な結果が得られた肺癌を経験したので報告する。

## C-02

両側多発空洞陰影で受診し、精査の結果、原発性肺腺癌と診断した一例

<sup>1</sup>岐阜県立多治見病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>名古屋大学 呼吸器内科

<sup>3</sup>岐阜県立多治見病院 感染管理部

○鈴木 理仁<sup>1</sup>、板東 知宏<sup>1, 2</sup>、平野 忠義<sup>1</sup>、  
玄 崇永<sup>1</sup>、八木 光昭<sup>1</sup>、矢口 大三<sup>1</sup>、  
佐々木由美子<sup>1</sup>、志津 匡人<sup>1</sup>、市川 元司<sup>1, 3</sup>

【症例】68歳女性。胸部X線検査で胸部異常陰影を指摘され、当院に紹介受診した。胸部CTでは両側に多発する空洞病変、周囲にconsolidationを伴った空洞結節等を認めた。血液検査では腫瘍マーカーCA19-9が1072.7 U/mLと著しく高値を示し、腹部原発腫瘍からの肺転移が疑われた。しかし、造影CTや全身PET検査では腹部や骨盤内に腫瘍は認めず、経気管支肺生検により、Napsin A陽性かつTTF-1陰性の腺癌が検出され、肺腺癌と診断した。免疫染色でCA19-9の発現を確認した。ドライバー変異は認められず、PD-L1発現も低値であったため、免疫チェックポイント阻害剤併用化学療法で治療を開始した。治療開始後は一時的にCA19-9が低下したが、2か月後に病状が進行し再びCA19-9が上昇し、化学療法を変更して治療を継続した。【考察】多発空洞病変を呈する原発性肺腺癌は稀である。空洞陰影の形成に至るメカニズム含め、文献的考察とともに報告する。

## C-03

両側卵巣転移が疑われたEGFR遺伝子L858R変異陽性肺腺癌の一例

聖隷三方原病院

○手塚 美羽、霜多 凌、豊田 峻介、藤田 大河、  
杉山 裕樹、友田 悠、森川 萌子、稲葉龍之介、  
杉山 未紗、小谷内敬史、加藤 慎平、天野 雄介、  
長谷川浩嗣、松井 隆、横村 光司

症例は65歳女性。X年Y月に検診で右胸水貯留を指摘され当院を紹介受診した。胸部CTで右中葉に30mm大の結節影を認め、大量胸腹水と肝転移および腹腔内の腫瘍性病変を認めた。骨盤内の腫瘍性病変については産婦人科に紹介し骨盤MRIを撮影し転移性卵巣腫瘍が疑われた。最終的に腹腔内播種および肝転移、両側卵巣転移を伴う肺腺癌 cT1cN2M1c cStage 4Cと診断した。EGFR遺伝子L858R変異陽性でありY+1月よりOsimertinibを開始した。Osimertinib開始後は胸水および腹水は改善傾向にあり、原発巣および骨盤内腫瘍も縮小傾向にあり現在も再発なく経過している。肺癌において転移性卵巣腫瘍を経験する機会は少なく貴重な一例と思われたため、文献的考察を踏まえて報告する。

## C-04

胸腺原発LCNECの非治癒切除後にCBDCA+ETP+Atezolizumabを投与した一例

静岡赤十字病院

○森 麻侑加、高橋 進悟、鈴木健太郎、杉本 藍、  
森田 雅子、松田 宏幸

症例は70歳、男性。X年6月に近医で撮影した胸部レントゲンで異常を指摘され、7月に当科紹介となった。胸部造影CTで前縦隔に不均一な造影効果を示す41mm大の腫瘍と縦隔リンパ節の腫大が見られた。PET-CTと頭部造影MRI検査では遠隔転移は見られず、腫瘍マーカーは、NSE、ProGRPが高値であった。8月に胸腔鏡下前縦隔腫瘍摘出術+縦隔リンパ節廓清術を施行した。術後検体で心膜浸潤と胸腔洗浄液で悪性の所見があり、病理組織学的に核クロマチンの濃染されたN/C比較が高い異型細胞を認め、chromogranin A, synaptophysin, CD 56が陽性であったことから大細胞神経内分泌癌(LCNEC)正岡分類4期と診断した。9月よりCBDCA+ETP+Atezolizumabを4コース施行し、術後18か月現在において無再発生存中である。胸腺原発のLCNECは稀であり、非治癒切除後の化学療法について一定の見解は得られておらず、若干の文献的考察を交えて報告する。

## C-05

### 抗GAD抗体陽性傍腫瘍性辺縁系脳炎を併発した小細胞肺癌の1例

<sup>1</sup>愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科

<sup>2</sup>同 臨床腫瘍センター

<sup>3</sup>同 神経内科

○森 泰地<sup>1</sup>、田中 博之<sup>1</sup>、天野 瞳<sup>1</sup>、  
岡本重香里<sup>3</sup>、丹羽 祐貴<sup>1</sup>、廣兼 良映<sup>1</sup>、  
西崎 詩織<sup>1</sup>、深見 正弥<sup>1</sup>、久保 昭仁<sup>2</sup>、  
伊藤 理<sup>1</sup>

症例は70歳台、男性。急速に進行する記憶障害を主訴として、当院神経内科に入院した。頭部MRIのT2強調画像で右海馬に高信号を認め、辺縁系脳炎が疑われた。原因検索目的のCTで縦隔腫瘍を認めたため、当科に紹介となった。気管支鏡検査により小細胞肺癌(cT4N3M0 stage III c)が判明し、血清抗GAD抗体および抗Zic4抗体が陽性であり、傍腫瘍性辺縁系脳炎と診断した。髄液検査では異常が無かった。ステロイドパルス療法により記憶力が改善し、抗GAD抗体も低下したためプレドニゾン維持療法に移行した。ステロイドパルス療法から7週後に、上大静脈症候群への放射線治療と併せ、カルボプラチン+エトポシドを導入した。1コース目にgrade 3の皮膚障害を来したためシスプラチン+イリノテカンに変更し、奏効が得られた。傍腫瘍神経症候群の1病型である辺縁系脳炎は、しばしば診断に難渋する。本症例は、積極的な腫瘍検索と抗体測定が診断につながった。

## C-06

### インフルエンザ肺炎によるARDSの臨床的検討

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○太田 礼美、松浦 駿、松下 京平、長崎 拓己、  
川村 彰、鈴木 僚、増田 貴文、中村 隆一、  
山田耕太郎、平松 俊哉、田中 和樹、秋山 訓通、  
小清水直樹

【背景】2024年12月から2025年1月にかけてインフルエンザの患者数が増加し、入院を要する症例もあった。【対象・方法】上記期間にインフルエンザ肺炎で当院に入院した11例に関して、ARDS発症群・非発症群に分けて後方視的に検討した。ARDS群においては治療介入と予後の関係について検討を加えた。【結果】ARDS発症/非発症 7/4であった。ARDS発症群は男性/女性 6/1、平均年齢70.1 (54-86) 歳、全例でワクチン未接種だった。インフルエンザ発症からperamivir静注までの日数はARDS非発症群では4 (2-6) 日であった一方、ARDS発症群では8 (4-11) 日であった。ARDS発症群のうち3例ではステロイドパルスの併用により退院までの日数が短くなった。【結語】インフルエンザ肺炎によりARDSに至るリスク因子としては、ワクチン未接種、発症からperamivir静注までの日数が挙げられる。重症化が懸念される症例では早期にステロイドパルスの併用を検討するべきである。

## C-07

### 挿管人工呼吸器管理を要したマイコプラズマ肺炎の1例

JA愛知厚生連 江南厚生病院 呼吸器内科

○正木 百香、杉浦 一磨、稲葉 慈、佐久間健太、  
野呂 大貴、阿部 大輔、滝 俊一、宮沢亜矢子、  
林 信行、日比野佳孝

症例は21歳女性。X年1月11日より発熱・咳が出現。1月16日39℃の発熱・咳の増悪があり当院を受診。両側の肺炎所見、炎症反応高値(WBC 3800、CRP 32.70)、呼吸不全(PaO<sub>2</sub> 58.5torr (室内気))を認め、同日入院となった。年齢からマイコプラズマ肺炎も疑われ、TAZ/PIPC + AZM ivで治療を開始した。第3病日呼吸不全の進行、陰影の悪化を認め、挿管人工呼吸器管理へ移行した。抗生剤はMEPM + MINOに変更し、ステロイドパルスも併用した。第13病日に呼吸状態の改善を認め抜管した。血液検査の抗体値では、マイコプラズマCF法がペア血清で4倍以上の上昇、PA法が単血清で5120倍と高値を認め、マイコプラズマ肺炎と診断した。当初からマクロライド抗生剤の点滴で治療を行っていたが、悪化を認め、マクロライド耐性のマイコプラズマ肺炎と考えられた。

## C-08

### 重症マイコプラズマ肺炎に抗菌薬とステロイド投与を行的短期間で著明な改善を得た一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院

○大塚 健人、恵美 亮佑、長谷川 新、石井あずさ、  
鈴木 博貴、岡田 暁人、小沢 直也、松井 利憲、  
村田 直彦、若山 尚士

症例は38歳男性。当院受診7日前より感冒症状を自覚した。増悪傾向で3日前に近医でラスクフロキサシンを投薬とされるも改善なく、近医を再診し、胸部単純レントゲンで広範な肺炎像を認めたため当院へ紹介された。重度の呼吸不全を認めて、nasal high flow FiO<sub>2</sub> 0.6での酸素投与を要した。咽頭マイコプラズマPCR陽性でありマイコプラズマ肺炎と診断した。同日よりレボフロキサシン500mg/日とミノサイクリン200mg/日の投薬を開始した。また、重症肺炎としてヒドロコルチゾン200mg/日も併用した。治療反応は良好で第4病日にはnasal cannula 2L/min投与まで酸素化は改善し、第5病日に酸素需要は消失した。抗菌薬、ステロイドは7日間で終了し、再燃がないことを確認して第11病日に退院とした。近年重症肺炎に対するステロイドは有効性が示されてきており、重症マイコプラズマ肺炎にも有効であった貴重な例であるため報告する。

## C-09

## 体外式膜型人工肺 (ECMO) を使用して救命できた高度肥満・重症肺炎の一例

春日井市民病院

○松田 基秀、武原 陸、西科 雄太、笠原 千夏、小林 大祐、野木森健一、岩田 晋、岩木 舞

症例は32歳、女性。身長168cm、体重156kg、BMI 55.3kg/m<sup>2</sup>、高度肥満あり。X年1月2日から38℃台の発熱が持続し、6日に近医受診。呼吸状態不良のため当院搬送となった。来院時40℃の発熱があり、O<sub>2</sub> 6L/分投与下でSpO<sub>2</sub> 94%と呼吸不全が認められていた。胸部レントゲン、CTでは両肺に浸潤影を認め、重症肺炎と診断、緊急入院となった。入院後、抗菌療法を開始。高度肥満による睡眠時無呼吸も懸念されたため、呼吸管理はNPPV使用とした。その後も状態は悪化し、挿管管理が必要となったが、高度肥満のため挿管後の換気維持困難となる可能性が高いと判断し、他院ECMOチームに連絡。当院でECMOを導入してから挿管人工呼吸管理とし、転院。他院での治療にて病状は改善し、2月5日当院への再転院となり、14日に独歩退院となった。高度肥満症例に対して適切なタイミングでのECMO導入・挿管管理を行ったことで救命できた貴重な症例と考え、文献的考察をふまえて報告する。

## C-10

## Reversed halo signからLemierre症候群の診断に至り抗菌加療と続発性胸水に対するドレナージで治癒した一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院

○鈴木萌奈美、恵美 亮佑、長谷川 新、石井あずさ、鈴木 博貴、岡田 暁人、松井 利憲、小沢 直也、村田 直彦、若山 尚士

症例は28歳女性、咽頭痛、発熱契機に近医へ受診し、扁桃炎と腎盂腎炎疑いで加療を受けるも改善が乏しいため当院泌尿器科、耳鼻科へ紹介受診となった。全身CTで肺野に複数のReversed halo signを認め、呼吸器内科へ紹介となり、精査加療目的に入院となった。CTR2g/日とAZM500mg/日による加療を開始したが、強い頸部痛と開口障害があったため造影CTを行い、右内頸静脈に血栓を認めた。血液培養にて2本の嫌気ボトルでFusobacterium necrophorumが陽性となり2年間齲歯を放置していたことも判明し、齲歯が原因のLemierre症候群の診断となった。第2病日よりSBT/ABPC9g/日による加療を行うも第8病日までに炎症反応、右内頸静脈血栓が悪化傾向であったためABPC12g/日に変更、第12病日に薬疹が出現したためCLDM2400mg/日へ変更した。その後septic emboliが原因の胸水も出現し、ドレナージ加療を要した。徐々に炎症反応、全身状態は改善を認め、計2か月の抗菌加療で治癒に至った。

## C-11

## 2型糖尿病患者に発症した播種性MAC症の一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

○中村 花凜、横山 俊彦、竹山 佳宏、伊藤 亮太、小玉 勇太、稲垣 雅康、田中 麻里、廣島 正雄、安藤 守恭、吉田 健太

症例は70代男性。胸痛、微熱を主訴に近医を受診し、肺炎として抗菌薬投与されたが改善せず、当院に紹介となった。CTで右肺上葉に限局する浸潤影を認め、複数の広域抗菌薬を使用した改善せず、第15病日に気管支鏡検査を行った。右B<sup>1</sup>、B<sup>3</sup>で出血が確認され、右B<sup>3</sup>より採取した気管支洗浄液の抗酸菌塗抹、MAC-PCR検査が陽性だった。また、入院後出現した頸部痛、腰痛の精査のために行った造影CTで、前胸部の皮下膿瘍、C2・Th12の溶骨性変化、上腕骨・骨盤骨・右大腿骨骨髓内の軟部濃度陰影を認めた。以上より播種性MAC症を疑い、皮下膿瘍および各種検体の抗酸菌検査を行いつつRFP/EB/AZM/AMK併用療法を開始した。後日、皮下膿瘍、骨髓、血液の抗酸菌培養が陽性となり、播種性MAC症と診断した。HIV抗原は陰性であり、検索した範囲では糖尿病以外の基礎疾患はなかった。抗IFN- $\gamma$ 中和抗体検査を実施中である。

## C-12

## 巨大腫瘤陰影を呈した肺クリプトコッカス症の1例

<sup>1</sup>公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科<sup>2</sup>同 救急部集中治療室○内田 大貴<sup>1</sup>、萩本 聡<sup>1</sup>、寺町 涼<sup>1, 2</sup>、富貴原 淳<sup>1</sup>、笹野 元<sup>1</sup>、横山 俊樹<sup>1, 2</sup>、片岡 健介<sup>1</sup>、木村 智樹<sup>1</sup>

肺クリプトコッカス症は胸部画像にて孤立性あるいは多発性の境界明瞭な小結節陰影を示すことが多く、巨大腫瘤陰影を呈する症例は比較的まれとされる。今回単発巨大腫瘤陰影に対して精査した結果、肺クリプトコッカス症と診断した症例を経験したため報告する。症例：70歳代。女性。関節リウマチにて内服加療継続中だった。20日ほど前からの咳漱にて近医受診したところ、胸部異常影を指摘され当院紹介となった。胸部X線撮影及び胸部CTにて左肺尖部に6cm大の腫瘤陰影を認め、入院にて気管支鏡検査を施行した。気管支鏡所見では内腔に白色泡沫痰が目立つ程度であったが、TBLBにて得られた組織からGrocott染色陽性の真菌菌体が多数みられ、組織培養にてCryptococcus neoformansが検出された。肺クリプトコッカス症と診断し、フルコナゾールを開始し、治療開始1ヶ月後の胸部CTでは陰影縮小が認められた。考察を含めて報告する。

### C-13

#### COVID-19感染を契機に診断されたGood症候群の1例

刈谷豊田総合病院 呼吸器内科

○西尾 凌、日下 真宏、深見 惇、横山 昌己、平野 達也、加藤 早紀、松井 彰、岡田 木綿、武田 直也、吉田 憲生

症例は50歳台、男性。発熱を主訴に近医を受診しCOVID-19と診断されたが、2週間以上発熱が持続し呼吸困難を来したため入院となった。胸部CTで両肺の斑状・すりガラス影と前縦隔の腫瘤を認めた。COVID-19肺炎に対してステロイドおよび抗菌薬を開始したが肺病変は悪化し、免疫学的検査で低 $\gamma$ グロブリン血症が判明した。第27病日に気管支鏡検査を施行し、BALFで核内封入体を認めPCRも陽性であったためサイトメガロウイルス肺炎と診断した。 $\gamma$ グロブリン補充と抗ウイルス治療により高流量酸素を離脱したが、続発性気胸を発症しドレナージが長期となったため細菌性胸膜炎も合併して感染制御困難となり第137病日に永眠された。本症例は低 $\gamma$ グロブリン血症と前縦隔腫瘤を伴うことからGood症候群と考えられた。

### C-14

#### 新型コロナウイルスワクチン接種後に発症した難治性漿膜炎の1例

<sup>1</sup>名城病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>同 循環器内科

○杉浦 悠太<sup>1</sup>、馬嶋 俊<sup>1</sup>、池田由香里<sup>1</sup>、横山佑衣子<sup>1</sup>、原田 信吾<sup>2</sup>

【症例】71歳男性【主訴】胸痛【現病歴】X年11月に新型コロナウイルスワクチン接種した。接種8日目に胸痛のため当院受診となり、心嚢水と両側胸水を認めた。リンパ球主体の滲出性胸水の所見であり、各種検査マーカーは陰性であった。利尿剤や抗生剤の治療反応が乏しく、ワクチン副反応に伴う漿膜炎と診断した。第28病日に経口ステロイドを開始した。徐々に胸水量とCRP低下を認めステロイド漸減・中止したが、心嚢水増量で入院を繰り返した。薬剤治療抵抗性のため第76病日に心膜切開術施行された。心嚢水は減少したが再度胸水が増加したため、第111病日に経口ステロイド再開した。胸水減少を認めたが、化膿性脊椎炎を併発したため入院が長期化し第425病日に自宅退院となった。【考察】新型コロナウイルスワクチン接種に伴う併存症の中で、稀ながら胸膜炎や心膜炎を合併する症例が存在する。今回経験した難治性漿膜炎を、文献的考察を踏まえ報告する。

### C-15

#### 抗CD3/CD20二重特異性抗体治療を背景としたSARS-CoV-2持続感染に対し抗ウイルス薬併用療法が奏功した一例

<sup>1</sup>名古屋大学 医学部 医学科

<sup>2</sup>日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 初期臨床研修医

<sup>3</sup>同 呼吸器内科

○小林 正直<sup>1</sup>、松井 利憲<sup>3</sup>、今井 千歳<sup>2</sup>、中野 阿美<sup>2</sup>、恵美 亮佑<sup>3</sup>、長谷川 新<sup>3</sup>、石井あずさ<sup>3</sup>、鈴木 博貴<sup>3</sup>、岡田 暁人<sup>3</sup>、小沢 直也<sup>3</sup>、村田 直彦<sup>3</sup>、若山 尚士<sup>3</sup>

症例は69歳男性。びまん性大細胞型B細胞リンパ腫に対し抗CD3/CD20二重特異性抗体にて治療中、抗菌薬不応性肺炎で紹介された。SARS-CoV-2抗原陰性であったが、多項目同時PCRパネルにてSARS-CoV-2陽性と判明しCOVID-19と診断した。発熱の持続とウイルス量の増加を認めたため、ニルマトレルビル、リトナビルを投与し解熱を得られたが、投与終了9日後に再度発熱しウイルス量も再増加した。次にレムデシビルを10日間投与し解熱を得られたが、投与5日後に発熱しウイルス量も増加した。SARS-CoV-2持続感染と判断し、ニルマトレルビル、リトナビル、レムデシビル併用にて治療したところ、速やかに解熱してウイルスも消失し肺陰影も消退した。その後も再燃することなく治療が奏功した。高度免疫不全におけるSARS-CoV-2持続感染は難治化することが多いが、抗ウイルス薬併用療法にて奏功した一例を経験したため、考察を含めて報告する。

### C-16

#### 健診で発見された蔓状血管腫を伴う気管支動脈瘤の一例

<sup>1</sup>日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>同 呼吸器外科

<sup>3</sup>同 放射線科

○長谷川将輝<sup>1</sup>、吉田 健太<sup>1</sup>、安藤 守恭<sup>1</sup>、廣島 正雄<sup>1</sup>、田中 麻里<sup>1</sup>、稲垣 雅康<sup>1</sup>、小玉 勇太<sup>1</sup>、伊藤 亮太<sup>1</sup>、竹山 佳宏<sup>1</sup>、横山 俊彦<sup>1</sup>、後藤まどか<sup>2</sup>、森 正一<sup>2</sup>、森 雄司<sup>3</sup>

症例は40代の女性。健診の胸部X線写真で右肺門部に結節影を指摘され近医受診。胸部CTにて右肺門部に2cm大の結節影を認め、精査目的で当院に紹介となった。血管病変を疑い、造影CTを施行したところ、気管支動脈の蔓状血管腫に連続して右肺門部に気管支動脈瘤の所見を認めた。受診時点で自覚症状はなかったが、今後動脈瘤破裂のリスクがあるものと判断し、根治術を行う方針となった。術前に気管支動脈造影を行い、右鎖骨下動脈から分岐し動脈瘤に流入する気管支動脈に対してゼラチンスポンジ細片およびコイルによる塞栓術を施行、その後、気管支動脈瘤の結紮術を施行した。術後経過は良好であり、術後3ヵ月後の造影CTでは、蔓状血管腫は著名に縮小し、気管支動脈瘤の再発所見も認めていない。健診で発見され、集学的治療を行った気管支動脈瘤の一例を経験したので報告する。

## C-17

ロイス・ディーツ症候群を背景とした反復性咯血に対し、在宅トラネキサム酸吸入療法が奏効した一例

<sup>1</sup>名古屋大学 医学部 医学科

<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学

○鈴木あかり<sup>1</sup>、神山 潤二<sup>2</sup>、中瀬 敦<sup>2</sup>、速井 俊策<sup>2</sup>、伊藤 貴康<sup>2</sup>、堀 和美<sup>2</sup>、安藤 啓<sup>2</sup>、田中 一大<sup>2</sup>、阪本 考司<sup>2</sup>、長谷 哲成<sup>2</sup>、進藤有一郎<sup>2</sup>、森瀬 昌宏<sup>2</sup>、石井 誠<sup>2</sup>

症例は51歳男性。父に大動脈瘤、兄に大動脈解離、姉に大動脈瘤および大動脈解離の家族歴あり。X-8年に胸部上行大動脈瘤に対して大動脈基部再建術を施行。X-4年に姉の遺伝学的検査でTFGBR1遺伝子変異陽性が判明し、家族歴および大動脈基部病変の存在からロイス・ディーツ症候群と臨床診断された。X-2年7月以降、右肺上葉が出血源と考えられる咯血を反復し、安静および止血剤投与を目的として頻回の入院治療を要していた。X年10月に適応外使用の承認を取得して在宅トラネキサム酸吸入療法を導入したところ、咯血の頻度が低下し、安定した外来治療が可能となった。咯血はロイス・ディーツ症候群における稀な致死性の合併症として報告されるが、その治療法は確立されておらず、在宅トラネキサム酸吸入療法の長期的な有効性と安全性を含めた臨床経過を報告する。

## C-18

肺骨化症に肺癌を合併した一例

静岡市立静岡病院

○板川 俊輝、中川栄実子、村山 賢太、貫 智嗣、志村 暢泰、亀井 淳哉、中村 匠吾、増田 寿寛、渡辺 綾乃、佐野 武尚、藤井 雅人

症例は79歳男性で、急性心筋梗塞に対するCABG・PCIの既往があり、循環器内科に通院していた。X-3年に胸部異常陰影を指摘され、当科を紹介受診した。胸部CTでは両側肺野にびまん性の石灰化を伴う粒状影を認めたが、IGRA陰性、呼吸機能検査に異常なく、自覚症状もなかったため、経過観察を継続した。X年11月に右上葉の結節影の増大を認め、気管支鏡検査を施行し肺腺癌と診断された。X+1年1月に開胸右肺上葉切除術およびリンパ節郭清を行った。病理検査では肺腺癌(pT2bN2aM0 III A期, EGFR遺伝子 L858R変異陽性)と診断され、背景肺には肺骨化症を合併していた。肺骨化症は異所性骨形成を伴う稀な疾患であり、その病態や腫瘍発生との関連は不明である。これまでに肺癌を合併した報告は極めて少なく、貴重な症例と考えられるため、文献的考察を加えて報告する。

## C-19

肺大細胞型神経内分泌癌との鑑別を要した肺原発の滑膜肉腫の一例

<sup>1</sup>JA愛知厚生連豊田厚生病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>同 呼吸器外科

○飯野 健太<sup>1</sup>、中原 義夫<sup>1</sup>、鈴木 日向<sup>1</sup>、伊東 幸祐<sup>1</sup>、南谷 有香<sup>1</sup>、柴田 寛史<sup>1</sup>、岩田 侑也<sup>2</sup>、秋葉 嘉将<sup>2</sup>、伊藤 俊成<sup>2</sup>、岡阪 敏樹<sup>2</sup>

症例は56歳男性。X-1年10月25日に胸部X-pにて左下肺野に異常陰影を認め当院初診。胸部CTにて左肺下葉に最大径45mmの不整形腫瘤を認めた。11月18日に気管支鏡検査施行し左底幹気管支入口部に白色調の壊死が主体と思われる腫瘍性病変を認めた。TBBでは異型細胞の増生を認め、免疫染色ではCD56陽性、synaptophysin弱陽性から肺大細胞神経内分泌癌(LCNEC)を疑ったが断定が困難であった。X年1月17日に胸腔鏡下左下葉切除術を施行した。病理所見としては、核細胞質比の高い異型大型細胞が束状に配列し増生していた。免疫染色ではSS18-SSX陽性を認め滑膜肉腫と診断された。肺原発の滑膜肉腫は稀であり、文献的考察も交えて報告する。

## C-20

気管支鏡検査で偶発的に発見された早期声門癌の2例

<sup>1</sup>JA愛知厚生連 海南病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>同 耳鼻いんこう科

○伊藤福之助<sup>1</sup>、武田 典久<sup>1</sup>、中井 将仁<sup>1</sup>、平野 彩未<sup>1</sup>、林 俊太郎<sup>1</sup>、栗山満美子<sup>1</sup>、中尾 心人<sup>1</sup>、村松 秀樹<sup>1</sup>、青木 加那<sup>2</sup>

症例1は78歳男性。重喫煙歴あり。X年11月に貧血精査目的で撮像した胸部CTで右上葉結節を認め、気管支鏡検査施行し、肺腺癌と診断。その際、偶発的に声帯両側に白色結節を認め、精査にて両側声門癌I期と診断し放射線療法を施行。肺腺癌は外科的切除を行い、いずれも再発なく経過。症例2は82歳男性。重喫煙歴あり。Y年12月に右上葉・肺門部腫瘤影に対して気管支鏡検査施行し小細胞肺癌と診断。その際、偶発的に右声帯に白色小結節と周囲の発赤を認め、右声門癌I期と診断し放射線療法を施行して、再発なく経過した。小細胞肺癌は化学療法及び放射線照射を行った。気管支鏡検査では下気道病変にフォーカスされることが多いが、重喫煙歴のある患者に対しては、より注意深く喉頭観察を行うことで、喉頭病変の早期発見・治療へ結びつけられる可能性がある。



**一般演題  
第2日目  
抄録**

## A-25

### 骨肉転移を認めた肺腺癌の一例

<sup>1</sup>浜松労災病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>浜松医科大学 第二内科

○幸田 敬悟<sup>1</sup>、豊嶋 幹生<sup>1</sup>、山下 遼真<sup>1</sup>、  
須田 隆文<sup>2</sup>

症例は70歳代男性、30本/日43年間の既喫煙者。X年9月より食思不振、ふらつきを認めた。胸部CTで右下葉腫瘍影を認めX年10月に当科を受診した。腫瘍マーカーはSLXが軽度高値であった。CTで右下葉にφ10cm超の塊状影、胸膜播種を疑う右胸水、Th5右横突起の溶骨性変化と周囲の腫瘍影を認めた。PETでは上記に加えて右下顎骨に集積を認めた。経気管支肺生検で右下葉腫瘍影から腺癌を認めた。同時期に右下顎痛に対して他院にて右下顎骨肉生検が施行され、TTF-1陽性腺癌であった。cT3N0M1c stage IV b肺腺癌の診断でCBDCA+PTX+BEV+Atezにて治療を行った。原発巣並びに骨肉転移巣に対しても薬物療法の効果が確認されている。口腔悪性腫瘍は転移性が約1%と希ではあるものの、その原発巣として肺は高頻度とされている。口腔に初発症状を認めた肺癌骨肉転移の報告もあり、摂食不良につながると予後やADLにも影響が大きく、鑑別に挙げることは重要と考え報告する。

## A-27

### 肺非結核性抗酸菌症の合併により診断に難渋した肺癌晩期再発の1例

トヨタ記念病院呼吸器内科

○勝又 蒼穂、松浦 彰伸、岩出香穂里、森 康孝、  
中村 さや、木村 元宏、杉野 安輝

症例は70代女性。X-13年に右下葉肺腺癌へ手術施行後、再発なく経過観察中であった。X年12月のCTで術後断端に結節影を認めた。肺癌晩期再発が疑われ、経気管支生検を施行したが、悪性所見はなく、炎症性肉芽腫を示唆する組織所見であった。また、組織培養および気管支洗浄液培養で*M. avium*を認め、肺*M. avium*症と診断した。X+1年2月より肺*M. avium*症への多剤併用治療を開始したが、X+1年5月時点で結節影の更なる増大を認めた。同病変に対するCTガイド下生検で腺癌の組織所見を認め、肺癌晩期再発の診断に至った。各種遺伝子変異は陰性、PD-L1 TPSは75%以上の高値であり、X+1年8月よりPembrolizumabでの化学療法を開始した。以後、SD相当の治療効果を維持している。

肺癌と肺非結核性抗酸菌症の合併に関して、既報は散見されるが少なく、合併様式によっては診断に難渋することが考えられる。その臨床的特徴等につき若干の文献的考察を添えて報告する。

## A-26

### 化学放射線治療後再発にセルベルカチニブが奏効したRET融合遺伝子陽性肺腺癌の1例

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

○三木 寛登、後藤 大基、後藤 広樹、児玉 秀治、  
藤原 篤司、吉田 正道

症例は50歳代女性。X-1年12月に検診レントゲンで右肺腫瘍を指摘され、翌X年1月に当科受診した。超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)でRET融合遺伝子陽性肺腺癌と診断された。病期はⅢB期で2月より化学放射線治療(weekly PTX+CBDCA)が施行された。放射線性肺炎を生じたため、免疫チェックポイント阻害薬による地固め療法は導入されなかった。約7ヶ月後に多発肺転移、骨転移で再発が発覚したため、RET-TKIのセルベルカチニブが開始された。Day 8の胸部レントゲンで早くも左肺尖結節の縮小が確認され現在投与継続中である。RET融合遺伝子は非小細胞肺癌の約1%と稀少であり、貴重な1例と考え報告する。

## A-28

### 肺腺癌に対してオシメルチニブを長期投与中に発症した巨大縦隔腫瘍の1例

岐阜大学医学部附属病院 呼吸器内科

○柳瀬 恒明、塚本 旭宏、福井 聖周、北村 悠、  
佐々木優佳、遠渡 純輝、津端由佳里

症例は64歳、女性。右下葉肺腺癌・縦隔浸潤・EGFR遺伝子変異 exon19 deletions陽性に対して前医で202x年9月よりオシメルチニブを投与され3年半以上の奏功を維持していたが、202x+4年1月に咳嗽が出現・胸部造影CTで左房内に浸潤する長径10cm大の中縦隔腫瘍を認め、肺腺癌の病勢とは乖離がみられたため、当院に精査目的で紹介された。鑑別診断として心臓原発間葉系腫瘍・悪性心膜中皮腫・食道粘膜下腫瘍・悪性リンパ腫などが考えられ、カンサーボードで診断方法を協議し食道からの超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を予定されたが、呼吸困難・胸痛の増悪および頻脈性心房細動による低拍出症候群を来し、生検前に死亡した。病理解剖が可能であったため、病理組織学的所見を踏まえて報告する。

## A-29

皮膚転移病変を契機に発見され、化学療法を受けた非小細胞肺癌の2例

三重大学医学部附属病院 呼吸器内科学

○岡野 智仁、藤本 源、久留 仁、岩中 宗一、伊藤 稔之、古橋 一樹、小久江友里恵、鶴賀 龍樹、齋木 晴子、藤原 拓海、都丸 敦史、小林 哲

【症例1】70歳台、男性。【既往歴】幼少期に右肺胸膜炎【現病歴】X年4月より急激に増大する左腋窩腫瘍を自覚し近医で局所麻酔下生検実施。精査の結果右下葉原発扁平上皮癌、多発転移の診断（ドライバ変異：陰性、PD-L1TPS：1～49%）。PD-1阻害薬と殺細胞抗癌剤で治療を行うも1コースで進行、緩和医療へ移行。【症例2】60歳台、男性【既往歴】なし【現病歴】右鎖骨上窩、左胸鎖関節部、左下腹部、左大腿部に皮下腫瘍を自覚。他院で精査の結果右上葉原発肺癌、多発転移の診断（ドライバ変異：陰性、PD-L1TPS：<1%）。PD-1阻害薬、CTLA-4阻害薬等併用して治療にあたるも進行、現在2次治療へ移行した。【結語】肺癌の皮膚転移は稀とされる一方診断後の予後は短く、他臓器転移が併存することが多い。2例とも現代医療で想定される最高強度の化学療法を行ったが経過は芳しくなかった。

## A-30

AIDS治療中にニューモシスチス肺炎を発症した一例

磐田市立総合病院 呼吸器内科

○手嶋 隆裕、大竹 亮輔、中根 千夏、白鳥晃太郎、柴田 立雨、村上有里奈、青島洋一郎、西本 幸司、松島紗代実、佐竹 康臣、原田 雅教、妹川 史朗

症例は60代男性。X-16年にEBV関連の悪性リンパ腫を発症した。免疫不全のスクリーニングでHIV感染が判明しAIDSと診断された。R-CHOP療法が6コース行われAIDSに対してはエムトリシタビン、エファビレンツ、テノホビルで治療が開始された。AIDS治療開始後HIV-RNAは検出感度未満であった。X年11月に呼吸困難が出現し翌月前医にて撮影された胸部X線で両側下肺野のすりガラス影を指摘され紹介となった。HIV-RNAが陽性に転じており、CD4陽性リンパ球数が $123/\mu\text{L}$ と低下していた。気管支鏡検査では菌体の検出はできなかったが、画像所見と $\beta$ Dグルカン高値であったことから臨床的にニューモシスチス肺炎と診断した。スルファメトキサゾール、トリメトプリムで21日間治療を行い軽快したため予防量に移行し退院とした。長期間HIV-RNAが検出感度未満であったにも関わらず急速にウイルス量が増加し日和見感染を発症した症例を経験したため報告する。

## A-31

FV曲線のパターンで、%DLCO/VAの低下が、一秒率に関係なく多くの場合でわかる

南生協病院

○池田 孝、諏訪 和志、出海 杏奈

1秒率とフローボリューム曲線の形と%DLCO/VAとのFEV1%（T）関係について調べた理由はフローボリューム曲線パターン（形）肺気腫のフローボリューム曲線の特徴から、フローボリューム曲線はピークからがぐっと下がる。呼気終末にフローボリューム曲線と基線が接しにくい。呼気が終わった時に接する場合が多い。DLCO/VAとの低下が多いと考え調べたので報告する。結論FV曲線のパターンにより、1秒率に関係なく。フローボリューム曲線が、%DLCO/VAが落ちることが多いことがわかった（%DLCO/VAが、96%の人で80%以下になった、後の4%は85%以下でした。）1秒率[FEV1%（T）]が70%以上でも94%DLCO/VAが低下していた。1秒率[FEV1%（T）]が70%以上の人は調べた人の16%でした

## A-32

Burkholderia cepaciaとStaphylococcus aureusの混合感染を認めた1例

中部労災病院 呼吸器内科

○石川 和暉、増田 英恭、大西 沙織、横井 英人、高橋 一臣、松下 明弘、松尾 正樹

【症例】68歳、女性。【主訴】咳嗽。【現病歴】Sjögren症候群で当院リウマチ・膠原病内科に通院中であった。20XX-2年6月にMAC抗体陽性と右中葉浸潤影を認め、非結核性抗酸菌症を疑って画像フォローしていたが、画像検査で徐々に右肺粒状影が悪化し、当科へ紹介となった。喀痰培養では抗酸菌含めて陰性であった。診断目的のために20XX年11月Y日に気管支鏡検査を行ったところ、抗酸菌培養は陰性であったが、組織培養でBurkholderia cepaciaとStaphylococcus aureusの混合感染と判明した。ミノサイクリン200mg/日で治療を開始したところ、徐々に肺陰影は縮小していった。【考察】本症例は当初非結核性抗酸菌症を疑って対症療法を行っていたが、気管支鏡検査でBurkholderia cepaciaとStaphylococcus aureusの混合感染と判明し、抗菌薬で治療効果が得られた1例である。Burkholderia cepaciaによる呼吸器感染症は比較的稀であり、文献的考察を加えて報告する。

### A-33

#### 異常行動を伴ったレジオネラ肺炎の1例

愛知県がんセンター 呼吸器内科

○清水 淳市、堀尾 芳嗣、松澤 令子、山口 哲平、  
渡辺 尚宏、藤原 豊

50歳代男性。4年前に根治照射不能Ⅲ期非小細胞肺癌と診断し化学療法+ICIで奏効、その後増悪病変に放射線を追加し4ヶ月前にICI投与完遂していた。8日前に発熱、4日前よりLVFX内服、3日前より意識レベルの変調、幻聴、幻視あり緊急入院となった。両側肺炎像と尿中レジオネラ抗原陽性を認めレジオネラ肺炎と診断しCTR+LVFXの投与を行った。第2病日見当識障害悪化、第3病日には徘徊、危険行動を認め鎮静、直接身体拘束を要した。第6病日より酸素化、見当識の改善が見られ第12病日に自宅退院した。

### A-35

#### フィンゴリモドの内服中に結核菌とクリプトコックスに重複感染した多発性硬化症の1例

<sup>1</sup>愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科

<sup>2</sup>同 神経内科

○恩田 優香<sup>1</sup>、米澤 利幸<sup>1</sup>、天野 瞳<sup>1</sup>、  
村尾 大翔<sup>1</sup>、荻須 智之<sup>1</sup>、片野 拓馬<sup>1</sup>、  
藤掛 彰史<sup>2</sup>、道勇 学<sup>2</sup>、伊藤 理<sup>1</sup>

症例は40歳台、女性。X-12年6月、両足趾の痺れのため当院神経内科を受診し、多発性硬化症と診断された。ステロイドパルス療法後、X-11年3月より、再燃予防のためSIP受容体1阻害薬フィンゴリモドが開始となり、長期継続された。X年6月、健康診断の胸部X線で異常を指摘され、当科へ紹介となった。胸部CTで右中葉および左舌区に粒状影と浸潤影、また右下葉に結節影を認めた。血液中リンパ球数は減少(310/ $\mu$ L)し、結核菌特異的IFN- $\gamma$ が陽性だった。2ヵ所で気管支肺泡洗浄を施行し、右B4より結核菌が、右B6より結核菌と*Cryptococcus neoformans*が検出された。肺結核および肺クリプトコックス症と診断し、4剤標準結核治療およびフルコナゾールによる治療を行い、改善した。フィンゴリモドを中止したが、多発性硬化症は再燃しなかった。フィンゴリモドは、末梢血リンパ球数低下による免疫抑制作用があるため、感染症の併発には十分留意すべきである。

### A-34

#### *Eikenella corrodens*による膿胸の一例

静岡済生会総合病院 呼吸器内科

○宮本 凌太、伊藤 泰資、角田 智、明石 拓郎、  
土屋 一夫、大山 吉幸、池田 政輝

症例は88歳男性。呼吸困難を主訴に当院へ救急搬送された。身体所見では、口腔内の汚染が強く、右下で肺胞呼吸音が低下しており、呼吸不全を伴っていた。血液検査ではWBC 13080/ $\mu$ L、CRP 30.95 mg/dLと高値であった。胸部X線写真では右肺野の透過性低下を認め、特に下肺野で浸潤影を認めた。胸部CTで気腫性変化を背景に右胸腔に液体貯溜、右下葉主体の浸潤影を認めた。膿胸を疑い胸腔ドレーンを挿入したところ、黄色混濁胸水と一部膿汁が排出され、*Eikenella corrodens* (*E. corrodens*) が培養・同定された。経胸壁心臓超音波検査では弁に疣贅は認めず、頭部CTで脳膿瘍は検出されなかった。ドレーナージと抗菌薬治療で改善をえたが、誤嚥性肺炎を繰り返し、全身状態は低下した。*E. corrodens* は感染性心内膜炎の起原菌として知られるHACEK groupの一種だが、膿胸の起原菌としては稀であり、文献的考察を交えて報告する。

### A-36

#### 生レバー摂取により発症したCampylobacter fetus 菌血症、膿胸の1例

藤田医科大学 呼吸器内科学

○亀之園翔子、高橋 秀昂、加古 寿志、堀口 智也、  
後藤 康洋、磯谷 澄都、橋本 直純、近藤 征史、  
今泉 和良

症例は70歳代女性。大動脈弁置換、僧帽弁形成術後、腎硬化症にて2年前から血液透析を導入されている。元来生レバーを好んで摂取しており、X-5日に自宅近くの焼肉屋にて生レバーを摂取。X日に発熱・悪寒を主訴に当院救急外来を受診。胸部CTにて右胸水貯溜を認め、胸腔ドレーン留置の上CTR+CLDMで加療開始となった。血液培養、胸水培養からCampylobacter fetus (*C. fetus*) が検出された。他臓器の膿瘍形成、感染性大動脈瘤、感染性心内膜炎は認めずメロペネムで治療開始し、アモキシシリンで約1ヶ月間加療し、透析困難症のため転科となった。*C. fetus* の感染経路は生レバーの摂取が最も多いと報告され、本例では摂食からの発症時期も過去の報告と合致することから、生レバー摂取による*C.fetus* 菌血症、膿胸であると考えた。*C.fetus* は膿胸の原因菌としては稀であるが、免疫不全宿主の感染原因菌として想起する必要があり、注意深い病歴聴取が重要である。

**A-37****肺炎を契機に診断された筋萎縮性側索硬化症の1例**

刈谷豊田総合病院 呼吸器内科

○深見 惇、内田 岬希、横山 昌己、平野 達也、  
加藤 早紀、日下 真宏、松井 彰、岡田 木綿、  
武田 直也、吉田 憲生

症例は60歳台、男性。発熱・呼吸困難を主訴に当院救急外来を受診し肺炎の診断で入院となった。胸部CTでは両肺下葉背側優位に小葉中心性の粒状病変・すりガラス病変を認め、気管・右肺上葉・両肺下葉気管支に泡沫状の貯留物を認めた。経過を詳しく聞くと、ここ1年で喀痰が増えており横になると息苦しくなる、また3年間で12kgの体重減少があり、転倒歴はないが歩行は遅くなっているとのことであった。身体診察では四肢の筋萎縮が顕著で、特に両側小指筋に目立った。神経筋疾患を疑い、脳神経内科での精査により筋萎縮性側索硬化症と診断された。肺炎は抗菌薬点滴にて改善したが呼吸不全の進行があり、在宅NPPVの導入を行い自宅退院となった。自験例は速やかに専門医へのアクセスができたため本人・家族への病状説明とACPの検討を行う時間的猶予を確保できた。

**A-39****無気肺を伴い人工呼吸器管理を必要としたアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例**

NHO名古屋医療センター

○佐野 将宏、大濱 敏弘、鳥居 厚志、篠原 由佳、  
小暮 啓人、北川智余恵、沖 昌英

症例は65歳女性。胸背部痛のため救急外来を受診した。酸素化不良あり人工呼吸器管理となったが、P/F ratio=40mmHgと高度の呼吸不全が持続した。胸部CT写真では右主気管支内にやや高吸収の陰影があり、その末梢側は狭窄し、右上葉の無気肺と右中下葉の浸潤影を認めた。気管支鏡で内腔観察を行い、右主気管支・右上葉支・右中葉支・右下幹に黄白色調の粘稠性の高い喀痰の貯留を認めたため、全て吸痰した。喀痰吸引を進めるにつれ、著明に酸素化は改善した。

吸引した喀痰からは *Aspergillus fumigatus* が検出された。その他の検査データと併せてアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) と診断した。PSL+ITCZによる治療を行い、以降陰影の再増悪なく経過観察中である。

本症例は無気肺を伴い急性呼吸不全を呈した非常に珍しいABPAであるため提示する。

**A-38****肺炎を契機に診断した成人先天性肺気道奇形 (CPAM) の1例**<sup>1</sup>藤田医科大学 呼吸器内科学<sup>2</sup>同 呼吸器外科学○重康 善子<sup>1</sup>、佐藤 孝哉<sup>1</sup>、外山 陽子<sup>1</sup>、  
赤尾 謙<sup>1</sup>、堀口 智也<sup>1</sup>、後藤 康洋<sup>1</sup>、  
橋本 直純<sup>1</sup>、今泉 和良<sup>1</sup>、樋田 泰浩<sup>2</sup>、  
星川 康<sup>2</sup>

症例は25歳女性。気管支喘息で治療中。これまで肺炎の既往はない。数日間の発熱、咳嗽を主訴に受診。胸部CTで右下葉に嚢胞性病変と肺炎を認め入院加療となった。肺炎は抗菌薬投与にて改善したが、肺炎治癒後も右下葉嚢胞性病変は残存し、先天性肺疾患の存在が疑われた。造影CT、MRIにて異常血管は認められず、肺分画症は否定的で、先天性肺気道奇形 (CPAM congenital pulmonary airway malformation) が疑われた。肺炎発症から2ヶ月で胸腔鏡下右下葉切除術を施行。病理所見では大小の嚢胞が多数認められ嚢胞内腔は線毛円柱上皮に被覆され粘液貯留も認められCPAMに合致する所見であった。CPAMは稀に成人に至るまで未指摘の症例があり、若年者肺炎の鑑別診断として重要である。

**B-18**

非結核性抗酸菌症 (NTM) を合併した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の1例

一宮市立市民病院

○井澤 泰紀、麻生 裕紀、福島 曜、西永 侑子、木村 令、木村 隼大

症例は65歳男性。関節リウマチと喘息にて通院中、数日前より咳と息切れの自覚があるとのことで20XX-1年5月に当科に受診。血液検査上、好酸球の増多 (WBC 13800/ $\mu$ L, Eo 42.1%) が認められ、CT上は両側肺に散在性の陰影が認められた。BAL/TBLBを施行し、BALにては好酸球の上昇 (90.5%) と抗酸菌培養ではM.aviumが検出された。TBLBでは肉芽腫を伴う好酸球浸潤が認められた。NTMを合併したEGPAと判断し、NTMの治療としてのRFP+EB+CAMを併用してステロイド (PSL 50mg/day) より開始した。以降は改善傾向の維持が確認されてステロイドの漸減が可能であったが、20XX-1年9月より頭痛と意識障害が認められた。EGPAによる中枢神経障害と判断しステロイド治療に加えてエンドキサンバルスを施行し、現在もステロイドを漸減しつつ治療中であり改善傾向が得られている。NTMを合併したEGPAの症例は稀であり、文献的考察も含めて報告する。

**B-20**

両肺野胸膜下浸潤影を認めたIgG4関連疾患の1例

JA愛知厚生連豊田厚生病院

○墨 隆紘、伊東 幸佑、鈴木 日向、南谷 有香、柴田 寛史、中原 義夫

症例は72歳男性。X年9月からの息苦しさ、口腔内違和感で10月に前医受診。CTで両側下葉胸膜下に浸潤影を認めた。 $\beta$ -Dグルカン高値のため抗真菌薬で治療したが改善なく、3ヶ月で5kgの体重減少を認めたため12月上旬に当院紹介。肺腺癌、器質性肺炎を鑑別に気管支鏡検査を施行。TBLBで異型細胞の増生は認めなかったが、リンパ球、形質細胞、好酸球の炎症細胞浸潤と線維化を認めた。IgG 4444mg/dl、IgG4 1206mg/dlの高値を示し、CTで大動脈壁肥厚、全身のリンパ節腫脹を認めた。その後の鼠径リンパ節生検でIgG陽性形質細胞500個/HPFうち300個がIgG4陽性のため、IgG4関連疾患の診断とした。12月下旬よりプレドニゾロン40mg (0.6mg/kg) で投与開始。1週間後の胸部レントゲンで改善傾向を示した。肺病変からIgG4関連疾患の診断に至り、ステロイドが著効した症例を経験したため、文献的考察を加えて考察する。

**B-19**

全身の筋症状を伴い外科的肺生検で剥離性間質性肺炎と診断された一例

名古屋大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学

○粥川 貴文、阪本 考司、佐藤 圭樹、速井 俊策、神山 潤二、伊藤 貴康、堀 和美、安藤 啓、田中 一大、長谷 哲成、進藤有一郎、森瀬 昌宏、石井 誠

症例は51歳男性、建築業。高血圧と慢性C型肝炎にIFN治療歴あり。25本/日×39年の現喫煙者。間質性肺疾患の家族歴なし。X-7年に健康診断で間質影を指摘され、他医で精査を提案されたが通院中断していた。X-1年頃より労作時息切れの悪化 (mMRC 1) と筋痛を自覚、精査加療のためX年10月当院を受診。身長174cm体重99kg。胸部乾性ラ音を聴取。機械工の手の所見有り。%VC 87.2%、%DLco 47.9%。KL-6 734 U/mL、CK 899 IU/L。ANA 320倍 (均質型および斑紋型)。胸部HRCTでは軽度気腫化および両肺広範なすりガラス影と牽引性気管支拡張を認めた。クライオ生検と肺胞洗浄 (Lym17%、Eos13%) を実施するも確定診断に至らずX年4月外科的肺生検を実施、剥離性間質性肺炎の組織診断に至った。診断後禁煙を達成したが、筋症状および間質性陰影の改善を認めず内服免疫抑制剤治療を導入した。その後の経過を含めて報告する。

**B-21**

サルグラモスチム吸入療法が奏効し呼吸機能が改善した自己免疫性肺胞蛋白症の一例

愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科

○山口 大輝、田中 博之、片野 拓馬、米澤 利幸、藤城 英佑、天野 瞳、深見 正弥、荻須 智之、加藤 康孝、村尾 大翔、山口 悦郎、伊藤 理

症例は60歳台、男性。呼吸困難のため前医を受診し、気管支肺胞洗浄により肺胞蛋白症と診断され、当院に紹介された。血清抗GM-CSF抗体高値 (112  $\mu$ g/mL) より、自己免疫性肺胞蛋白症が確定した。徐々に悪化し、初診10ヵ月後在宅酸素療法を導入した。全肺洗浄を考慮したが、GM-CSF製剤サルグラモスチムが新規発売されたことを受け、外来で導入した。導入日の重症度Ⅲ、胸部CTは両肺広範囲にcrazy paving appearanceを伴う陰影を認め、呼吸機能検査ではFVC 2.54L (79.6%)、DLco 54.7%、KL-6 33514U/mL、SP-D 504ng/mLであった。室内気の安静臥位にてSpO<sub>2</sub> 86%、PaO<sub>2</sub> 52.5Torrと低値であった。開始3ヵ月後、胸部CTの両側陰影は軽減し、FVC 2.84L (89.0%)、DLco 95.4%と著明な改善を認めた。室内気PaO<sub>2</sub> 66.5Torrへ上昇し、KL-6 10607U/mL、SP-D 166ng/mLと低下した。特に有害事象は伴わなかった。サルグラモスチム吸入療法により、拡散能を含め呼吸機能が改善した。

5月25日(日) B会場

## B-22

アルミニウム粉塵の長期曝露歴がある自己免疫性肺胞蛋白症の一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○長崎 拓己、秋山 訓通、川村 彰、鈴木 僚、増田 貴文、山田耕太郎、中村 隆一、平松 俊哉、田中 和樹、松浦 駿、小清水直樹

【症例】80歳男性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】アルミサッシの溶接業に55年間従事していた方。X年10月に健康診断の胸部レントゲン写真で異常を指摘され、胸部CTで両肺上葉優位のびまん性すりガラス影、一部で小葉間隔壁の肥厚を認めた。気管支鏡での気管支肺胞洗浄にて、背景にライトグリーン好性の無構造物がみられPAS染色陽性だった。KL-6の著明な上昇を認め抗GM-CSF抗体陽性となったため、自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。自覚症状は軽微であり経過観察としている。【考察】続発性肺胞蛋白症の原因として粉塵曝露が知られており、Bonellaらの報告では肺胞蛋白症患者の54%に粉塵曝露歴を認め、アルミニウム粉塵が18%と最も多かった。また粉塵曝露歴と喫煙歴がある患者では、PaO<sub>2</sub>・AaDO<sub>2</sub>が悪化する傾向があった。高齢者で肺胞蛋白症を疑う場合、粉塵曝露歴の有無が診断および重症度の予測に寄与する可能性がある。

## B-23

細気管支腺腫/線毛性粘液結節性乳頭状腫瘍 (BA/CMPT) の1切除例

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

○後藤 広樹、三木 寛登、児玉 秀治、藤原 篤司、吉田 正道

症例は70歳代男性。検診で指摘された胸部異常陰影の精査目的でX年12月に当科へ紹介となった。CT上、左肺上葉に12mm大の結節を認め、その近傍に4mm大の微細な小結節を認めた。原発性肺癌とそれによる同一肺葉内転移の可能性を考慮し、X+1年2月に当院呼吸器外科の下で両病変を含む形で左上葉部分切除術を実施した。術後の病理組織検査の結果、前者の病変は微小浸潤型腺癌であったが、後者の病変は細気管支腺腫/線毛性粘液結節性乳頭状腫瘍 (BA/CMPT) であることが判明した。今回我々が経験したBA/CMPTは、2002年に石川らにより報告された稀な肺の腫瘍性病変で、2021年のWHO分類 第5版で良性腫瘍として正式採用された比較的新しい疾患概念であるため、文献的考察とともに報告する。

## B-24

Ciliated muconodular papillary tumorの1例

松波総合病院

○林 優里、安藤 英治、松尾 康博、春日井敏夫、丸井 努、坂 英雄

【症例】40歳代、女性【主訴】なし【既往歴】高校生時に肺結核で半年間多剤内服治療。気管支喘息。【現病歴】2024年8月胆嚢結石症の手術前検査で中葉に24mmの充実型結節を認め、呼吸器内科初診。【臨床経過】2007年の胸部CTで、同部位に13mmの結節を認め、一時経過観察となっており、緩徐な増大と考えられた。右B5bからの気管支鏡生検では扁平上皮仮生が目立ち、乳頭状過形成の所見も認めた。PET/CTでは同結節に集積を認めた。治療的診断を目的に、2024年10月ロボット支援下右肺部分切除術を実施。迅速診断では悪性所見を認めなかった。最終病理診断はCiliated muconodular papillary tumor (CMPT:線毛性粘液結節性乳頭状腫瘍)であった。【考察】CMPTは、肺末梢に発生し、粘液産生を伴い線毛細胞と杯細胞が乳頭状増殖を示す稀な腫瘍である。良性悪性の特徴をもち、まだ病理学的な位置づけが確立されていない。

## B-25

TTF-1陽性縦隔型肺腺癌と鑑別を要した甲状腺癌縦隔リンパ節転移の1例

<sup>1</sup>愛知県がんセンター 呼吸器内科

<sup>2</sup>同 頭頸部外科

<sup>3</sup>同 遺伝子病理診断部

○堀尾 芳嗣<sup>1</sup>、松澤 令子<sup>1</sup>、山口 哲平<sup>1</sup>、渡辺 尚宏<sup>1</sup>、清水 淳市<sup>1</sup>、藤原 豊<sup>1</sup>、別府慎太郎<sup>2</sup>、真砂 勝泰<sup>3</sup>、佐々木英一<sup>3</sup>、細田 和貴<sup>3</sup>

30歳台男性。オンコマイン DxTTのDNA解析でEGFR、KRAS G12C、BRAF V600E、HER2 ins変異(-)、RNA不良で検査不十分のTTF-1陽性縦隔型右上葉肺腺癌で当院紹介。他院のEBUS-TBNA検体の当院病理Reviewで甲状腺乳頭癌が鑑別となり、免疫染色を追加、TTF-1陽性、PAX8陽性で甲状腺癌の縦隔リンパ節転移が疑われた。組織確認と遺伝子変異解析のため縦隔リンパ節転移のCT下生検を実施。CTで甲状腺左葉下極にPETで明らかな集積がない石灰化リンパ節も認め、頭頸部外科でエコー下甲状腺左葉穿刺細胞診を実施。甲状腺乳頭癌、縦隔リンパ節転移と診断した。遺伝子変異検索ではBRAF、NRAS、HRAS、ALK、ROS1、RET、NTRK変異(-)であった。

## B-26

### 胸腔鏡下区域切除術を施行した気管支原発グロムス腫瘍の一例

豊橋市民病院

○大原 康、柴田 智文、船坂 高史、安井 裕智、  
福井 保太、大館 満、牧野 靖

症例は47歳男性。X年9月に数年前から続く血痰の主訴で前医受診。胸部CTにて左上葉入口部に浸潤影を指摘され精査目的に当院紹介受診となった。原発性肺癌を念頭に行った全身検索にて、FDG-PET/CTで同部位にSUVmax=4.65の軽度異常集積を認める他は転移を疑う集積は認めなかった。10月に気管支鏡検査を行ったところ、左上葉上区枝入口部は白色の不整形腫瘍でほぼ閉塞しており、EBUS-GS法を用いて腫瘍内部よりTBLB施行したところグロムス腫瘍疑いの診断となった。呼吸器外科に紹介し、11月に胸腔鏡下左上区域切除術を施行した。術後病理では悪性の性質を有するグロムス腫瘍の最終診断となった。術後経過は良好であり、術後4日目に退院となった。グロムス腫瘍は末梢血流の調節器官であるグロムス器官から発生する腫瘍であり、多くは四肢先端に発生する良性疾患である。気管支原発は稀であり貴重な症例と考え報告する。

## B-27

### 胸腺原発腸型腺癌の1剖検例

<sup>1</sup>藤田医科大学 呼吸器内科学

<sup>2</sup>同 病理診断学

○廣地真理子<sup>1</sup>、伊奈 拓摩<sup>1</sup>、堀口 智也<sup>1</sup>、  
後藤 康洋<sup>1</sup>、磯谷 澄都<sup>1</sup>、橋本 直純<sup>1</sup>、  
近藤 征史<sup>1</sup>、今泉 和良<sup>1</sup>、住吉 清香<sup>2</sup>

症例は40歳台、男性。一ヶ月ほど前から亜急性に悪化する下腿～腰部の疼痛のため近医整形外科を受診し多発骨腫瘍を指摘された。前縦隔腫瘍を原発巣と考えCTガイド下生検を行い、粘表皮癌あるいは粘液性腺癌と診断され、精査治療目的に当院に転院となった。PET/CTでは多発骨、リンパ節、肺、副腎、後腹膜に転移巣を認め、高用量オピオイドでも制御できない難治性疼痛を生じていた。進行胸腺癌として第17病日よりCBDCA + PTXで治療を開始したが、病勢は制御できず、第47病日に死亡された。胸腺癌の中でも稀な病理型であると考えられ、病態解明のため剖検を実施した。病理結果は胸腺癌 Enteric-type adenocarcinomaで、両肺、両側副腎、胸腰椎、胸腔・腹腔内への広範な播種を認めた。胸腺癌の中でも腸型腺癌は稀な腫瘍であり、治療法や予後などの明確なデータはなく、更なる症例の集積が待たれる。

C-21

肺小細胞癌の診断を契機に抗TIF-1 $\gamma$ 抗体陽性皮膚筋炎の診断に至った一例

浜松医科大学 内科学第二講座

- 白井 鉄郎、児嶋 駿、深田 充輝、井上 裕介、安井 秀樹、穂積 宏尚、鈴木 勇三、柄山 正人、古橋 一樹、藤澤 朋幸、榎本 紀之、乾 直輝、須田 隆文

症例は78歳、男性。両上肢の浮腫と労作時呼吸困難を主訴に紹介、胸部CT画像で右上葉結節、縦郭肺門リンパ節腫大、上大静脈狭窄を認めた。気管支鏡検査を含む精査により、右小細胞肺癌・多発リンパ節転移・上大静脈症候群と診断した。さらに、顔面から体幹部、上腕にかけての紅斑や近位筋有意の筋力低下を伴い、血液検査でCK、AST、ALDの上昇、抗TIF-1 $\gamma$ 抗体陽性、皮膚生検所見により抗TIF-1 $\gamma$ 抗体陽性皮膚筋炎の合併が判明した。小細胞肺癌に対しては殺細胞性抗がん剤、皮膚筋炎に対してはステロイドパルス、大量免疫グロブリン療法を施行した。治療後、肺癌や皮膚所見の改善を認めたが、嚥下障害は進行、誤嚥性肺炎を繰り返しADLが低下したため、BSCの方針とした。肺癌患者で皮疹を認めた場合、皮膚筋炎の合併も念頭に置く必要があり、特に抗TIF-1 $\gamma$ 抗体陽性例は難治性の嚥下障害を伴い予後不良のため注意を要する。

C-23

混合性結合組織病関連間質性肺炎に対してプレドニゾロンとミコフェノール酸モフェチルの併用が奏功した1例

聖隷三方原病院呼吸器センター 内科

- 藤田 大河、豊田 峻輔、霜多 凌、杉山 裕樹、友田 悠、森川 萌子、稲葉龍之介、杉山 未紗、小谷内敬史、天野 雄介、加藤 慎平、長谷川浩嗣、松井 隆、横村 光司

症例は47歳女性。繰り返す発熱・乾性咳嗽を主訴に近医を受診した。その際に胸部異常陰影を指摘され、当院を紹介受診した。当院での胸部CTでは両下葉主体のすりガラス影が認められ、呼吸機能検査では肺活量・肺拡散能力の低下が認められた。レイノー現象、手指の腫脹に加え抗核抗体、抗U1-RNP陽性であったため、混合性結合組織病と診断された。若年女性であるため、シクロホスファミドではなくミコフェノール酸モフェチルが選択された。プレドニゾロン (PSL) 30mgとMMFで治療が開始された。2週間の治療で両側陰影、呼吸機能検査で肺活量・肺拡散能力、6分間歩行試験の改善が認められたため退院となった。その後は外来でPSLの減量が継続されており、肺炎の再発なく経過している。混合性結合組織病による間質性肺炎に対してPSLとMMFの併用が奏功した1例を経験したため報告する。

C-22

抗RuvBL1/2抗体陽性全身性強皮症の一例

<sup>1</sup>浜松労災病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>浜松医科大学 第二内科

- 幸田 敬悟<sup>1</sup>、豊嶋 幹生<sup>1</sup>、山下 遼真<sup>1</sup>、須田 隆文<sup>2</sup>

症例は70歳代男性、20本/日20歳-現喫煙者。X-1年3月より腰痛、両大腿筋肉痛、労作時呼吸困難を認めた。X-1年11月よりレイノー症状、X年4月にCTで間質性肺炎所見を認め当科受診となった。胸部聴診では背側のfine cracklesを聴取し、手指の皮膚硬化はmRSS6であった。血液検査では抗核抗体320倍 (speckled pattern) に加えCK、アルドラーゼ、KL-6、SP-Dが上昇していた。抗セントロメア抗体、抗Scl-70抗体、抗RNAポリメラーゼIII抗体は陰性で追加検査を行い、抗RuvBL1/2抗体が陽性であった。呼吸機能検査で拘束性障害、拡散能低下を認めた。気管支肺胞洗浄は正常範囲内、経気管支肺生検では右B8で線維化所見を認めた。全身性強皮症の診断でX年7月よりMMFにて治療を開始している。抗RuvBL1/2抗体陽性強皮症は筋炎所見を呈しやすいと言われており、自験例も合致する。典型的な自己抗体陰性の膠原病診療では追加精査により病態把握が可能な症例もあると考えられた。

C-24

強皮症と農夫肺の併発

国立病院機構天竜病院 呼吸器・アレルギー科

- 伊藤 靖弘、大嶋 智子、永福 建、岩泉江里子、大場 久乃、藤田 薫、金井 美穂、三輪 清一、中村祐太郎、白井 正浩

76歳男性。間質性肺炎のため紹介された。手指硬化とレイノー症状があり、皮膚生検を受け強皮症と診断された。CTでは中下葉優位に気道周囲のスリガラス影・網状影があり、上葉優位に淡い粒状影があった。BALFのリンパ球は15.6%、TBLBでは胞隔炎と器質化を認められた。築100年以上の木造家屋、お茶農家といった生活歴や、変動する咳嗽や、上葉の粒状影等から過敏性肺炎 (HP) の可能性も考えられた。入院での抗原回避試験を受ける直前に肥料散布を行い、症状が少し悪化して入院した。2週間の入院抗原回避でCRP 1.0→0.09mg/dl、AaDO 2 18.9→11.2mmHg等の改善があった。肥料の作業による誘発試験で白血球 7280→9300/ $\mu$ L、AaDO 2 11.2→17.4mmHgと悪化があり陽性と判断された。これらの結果から、農作業によるHP (農夫肺) の併発を診断された。膠原病があってもHPを否定できない。HPは積極的に疑わないと診断できないことがあり、暴露の評価を注意深く行うべきと思われる報告する。

## C-25

オシメルチニブ導入後のがん治療関連心筋障害(CTRCD)を発症し、アファチニブに変更した一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○松下 京平、長崎 拓己、増田 貴文、川村 彰、鈴木 僚、山田耕太郎、中村 隆一、平松 俊哉、田中 和樹、秋山 訓通、松浦 駿、小清水直樹

【症例】70歳女性【主訴】呼吸苦【現病歴】3か月前からの咳嗽と労作時呼吸苦を主訴に当科受診した。胸部CTで左大量胸水を認め、同日入院とした。局所麻酔下胸腔鏡検査で肺腺癌(cT1cN2M1a cStage IV A)と診断した。EGFR エクソン21 L861Q 遺伝子変異陽性を認め、経過で血胸と膿胸を合併したため、全身状態を加味し18病日からオシメルチニブ80mgを導入した。34病日に呼吸苦の増悪を認め、非侵襲的陽圧換気、昇圧薬、強心剤による加療を有した。突然発症の心不全の経過からCTRCDが疑われたため、オシメルチニブを中止した。17日間の休薬で心機能は改善し、51病日にアファチニブを導入した。その後は肺癌の増悪と心機能低下は無くアファチニブを継続できている。【考察】オシメルチニブによるCTRCDの発症頻度はアファチニブなどの他のチロシキナーゼ阻害薬と比較して高いと報告されており、定期的な心機能のフォローが必要である。

## C-27

アファチニブにより縮小得られたEGFR E709\_T710>D変異陽性肺腺癌の1例

大垣市民病院 呼吸器内科

○小林 紘生、中島 治典、中井 将仁、安藤 守恭、堀 翔、安部 崇、安藤 守秀

症例は70歳代女性。X年11月、呼吸困難のために当院を紹介受診、右上葉支閉塞、右主気管支の狭窄を伴う右肺門部腫瘤影を認めた。生検にて腺癌の診断、多発骨転移、副腎転移等を認めcT2aN3M1c、AmoyDxで評価した遺伝子パネル検査は陰性であった。ステント留置術後にCBDCA+PEM+Pembrolizumab治療を行い腫瘍の縮小を得られ維持療法に移行。X+1年11月にirAEと考える肺障害を認め維持療法を中止した。X+2年3月に腋窩リンパ節腫大を認め、生検で再発の診断。5月よりDOC治療を開始したが効果は乏しく、副作用もあり5コースで終了した。FoundationOneでのがんゲノム検査を提出したところ、EGFR E709\_T710>D変異を認めた。10月よりアファチニブ治療を開始したところ、腫瘍の縮小を得られた。がんゲノム検査により稀な変異が判明し、治療につながった症例であり報告する。

## C-26

クリゾチニブの減量投与により奏功したROS1融合遺伝子陽性肺腺癌の一例

豊橋市民病院 呼吸器・アレルギー内科

○佐野 開人、柴田 智文、船坂 高史、安井 裕智、福井 保太、大館 満、牧野 靖

症例は63歳女性。X年6月、右下葉肺癌にて右下葉切除術を施行され、病理結果は肺腺癌pT2aN2M0、pStage 3Aであった。術後補助化学療法としてCDDP+VNRを3コース投与したのち経過観察中であった。X+1年10月にCTで両肺多発結節影を認め再発と診断した。ROS1融合遺伝子陽性のためクリゾチニブ500mg/dayを開始した。投与開始20日目にGrade 3の肝障害を認めたため休薬した。肝障害が改善したのち400mg/dayで再投与し7日目に再びGrade 3の肝障害を認めたため休薬した。肝障害の改善後、クリゾチニブの再投与や代替薬への変更を患者に提案し、クリゾチニブの再投与を希望された。50mg/dayで再開し1週間おきに50mgずつ増量した。250mg/dayに増量後に撮影したCTで肺結節影の消失を確認し、少ない量での抗腫瘍効果を認めた。現在250mg/dayを投与中で胸腔内病変はCRを維持している。クリゾチニブによる肝障害出現後も減量投与により奏功した一例を、文献的考察を加え報告する。

## C-28

ペムプロリズマブによる薬剤性腸炎を来した後にサイトメガロウイルス食道炎を発症した一例

名古屋掖済会病院

○田中 太郎、島 浩一郎、浅野 俊明、今村 妙子、西尾 朋子、岩間真由子、町井 春花、伊藤 利泰、鈴木 稜

症例は73歳女性。10年前に肺腺癌cT1aN2M0を発症。左下葉切除と術後補助化学療法を施行した。2年前に再発。化学療法(カルボプラチン+ペメトレキセド+ペムプロリズマブ)を開始。完全寛解が得られ、3か月前までペムプロリズマブ維持治療32コースを施行。本人の休薬希望あり治療終了したが、下痢と血便が出現。整腸剤などの対症療法では改善せず、大腸内視鏡検査で薬剤性腸炎が疑われ入院。ステロイド投与するも改善せず、第3病日にインフリキシマブ追加投与を行い腸炎は改善した。第14病日に嚥下に伴う前胸部痛が出現。しばらく経過をみていたが改善せず第27病日に上部消化管内視鏡検査を施行。サイトメガロウイルス食道炎と診断しバルガンシクロビルを投与した。免疫チェックポイント阻害薬の投与を受けている患者に消化器症状が出現した際には、有害事象や日和見感染などを鑑別にあけて早期の内視鏡検査が必要である。若干の文献的考察を加えて報告する。

C-29

進行・再発非小細胞肺癌における免疫関連有害事象の重症度に関する検討

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

○後藤 大基、児玉 秀治、三木 寛登、後藤 広樹、藤原 篤司、吉田 正道

【背景】非小細胞肺癌治療において免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) は主軸となる薬剤である。一方で免疫関連有害事象 (irAE) が問題になり、特にGrade 3以上のirAEに注意を要する。【目的】ICI治療が行われた進行・再発非小細胞肺癌のirAEを集計し、重症度に応じ後方視的に比較検討する。【方法】2016年2月から2024年8月までに当院で進行・再発非小細胞肺癌に対しICIを含む治療が開始された158例を対象に、irAEの出現状況を集計。irAE出現例はGrade 1～2 (mild群)とGrade 3以上 (severe群)の2群間で比較する。【結果】irAE出現例は87例、71例はirAEが認められなかった。Grade 3以上に限れば33例で、特に肺障害と内分泌障害の頻度が高かった。Mild群とSevere群で患者背景を比較したが、治療レジメン以外に有意差は認められなかった。【結論】irAEの重症度と治療レジメンとの関連性が示唆された。より良好な治療効果を得るために適切なirAE管理が重要と考える。

C-30

胸部CTにて薬剤性肺炎との鑑別を要した卵巣癌による癌性リンパ管症の一例

磐田市立総合病院 呼吸器内科

○柴田 立雨、岸本 叡、手嶋 隆裕、大竹 亮輔、中根 千夏、白鳥晃太郎、村上有里奈、青島洋一郎、西本 幸司、松島紗代美、佐竹 康臣、原田 雅教、妹川 史朗

症例は53歳女性。卵巣癌ステージ4の診断で1年6ヶ月前よりCBDCA+PTX1コース、CBDCA+PTX+Bev5コース、その後Bevによる維持療法を8コース実施された。その頃より咳嗽、呼吸困難が出現し、改善ないため当科を受診した。CA125 229.8 U/ml、CA19-9 171.6 U/mlとBevの維持療法開始時よりごく軽度の上昇のみであり、腹部造影CTでは顕著な変化は認めなかった。胸部CTで両側肺野に散在性の斑状スリガラス陰影、軽度の浸潤影、小葉間隔壁の肥厚像を認め、薬剤性肺障害 (被疑薬: Bev) が鑑別に挙げられた。TBLCにて気道周囲、胞隔のリンパ管内に腫瘍細胞を認め、卵巣癌の手術標本と類似の組織形態を示し、卵巣癌による癌性リンパ管症と診断した。臨床経過や胸部画像所見から薬剤性肺炎が疑われても原病の悪化の可能性もあるため、積極的に組織を採取することが好ましいと考え報告した。

C-31

RET融合遺伝子陽性肺腺癌の一例: マルチプレックスCDx陰性例における包括的ゲノムプロファイリングの役割

<sup>1</sup>静岡県立総合病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>同 病理診断科

○増田 考祐<sup>1</sup>、三枝 美香<sup>1</sup>、深澤 詠美<sup>1</sup>、波多野裕人<sup>1</sup>、緒方 康人<sup>1</sup>、藤田 侑美<sup>1</sup>、山本 雄也<sup>1</sup>、鈴木 浩介<sup>1</sup>、赤堀 大介<sup>1</sup>、櫻井 章吾<sup>1</sup>、赤松 泰介<sup>1</sup>、山本 輝人<sup>1</sup>、森田 悟<sup>1</sup>、朝田 和博<sup>1</sup>、鈴木 誠<sup>2</sup>、白井 敏博<sup>1</sup>

症例は50代男性。X-3年8月前胸部痛および左肺多発結節影精査目的に近医より当科紹介受診となった。胸腔鏡下肺生検で左肺門部肺腺癌、多発肺転移、胸膜播種と診断、マルチプレックスCDxでドライバー遺伝子変異陰性、PD-L1 TPS 1%未満であった。X年10月よりプラチナ併用療法+PD-L1阻害薬+CTLA-4阻害薬で治療導入し、病勢進行を理由にX-2年7月より2次治療、X年6月より3次治療を行っていた。治療と並行して、後方治療選択のため、診断時の手術検体で包括的ゲノムプロファイリングを実施したところ、RET融合遺伝子陽性が確認された。X年9月よりセルベルカチニブを開始しRECIST PRの治療効果を得て継続中である。マルチプレックスCDxで変異を認めなかったが、包括的ゲノムプロファイリングを実施することにより適切な治療選択が可能となった一例を経験したため、文献的考察を踏まえ報告する。

C-32

胸部SMARCA4欠損腫瘍の1例

春日井市民病院

○武原 陸、西科 雄太、笠原 千夏、小林 大祐、野木森健一、岩田 晋、岩木 舞

症例は66歳女性。X年4月初旬から左肩～背部痛を認め近医を受診、左上肺野腫瘍を指摘され、4月10日に当院を紹介された。CTガイド下肺生検を施行し、SMARCA4欠損未分化腫瘍、TTF-1陰性、遺伝子変異陰性、PDL-1<1%、cT3N3M0、cStage 3Cの診断に至った。X年6月から開始したABPC療法が奏功し (PR: partial response)、4コース施行後、維持療法を継続中である。胸部SMARCA4欠損腫瘍は、WHO分類第5版で新たに分類され注目されるようになった腫瘍である。予後は極めて不良で、化学療法に耐性があるとされているが、免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) の有効性を示唆する報告も散見されており、文献的考察を交えて報告する。

### C-33

当院における肺癌マルチプレックス遺伝子変異検査のまとめ

聖隷三方原病院 呼吸器センター内科

○古関 尚子、加藤 慎平、藤田 大河、豊田 峻輔、杉山 裕樹、友田 悠、霜多 凌、森川 萌子、稲葉龍之介、杉山 未紗、小谷内敬史、天野 雄介、長谷川浩嗣、松井 隆、横村 光司

2021年11月1日～2024年9月30日に当院で肺癌マルチプレックス遺伝子検査を提出された268例を対象にドライバー遺伝子変異陽性率、検査成功率を確認した。平均年齢70歳、男女比195/73、喫煙歴あり/なし73/195、提出検体は手術検体/TBB/TBNA/その他135/50/25/58例であった。検査方法の内訳はオンコマイン/Amoy/コンパクトパネル168/88/12例で、DNA量不足で実施できなかった2例を除き99.3%で検査結果の報告が得られた。オンコマインは手術検体で、Amoy/コンパクトパネルは非手術検体の提出が多い傾向にあった。TAT平均はオンコマイン10.5日、Amoy5.5日と有意にAmoyが早かった ( $P < 0.01$ )。130例 (48.5%) にドライバー遺伝子変異を認めた。非腺癌例においても75例中11例に遺伝子変異陽性例を認めた。当院のマルチプレックス検査における遺伝子変異陽性率は本邦の多施設共同研究における報告と同様の傾向であり成功率も高く治療にも結びついていた。

### C-34

高頻度マイクロサテライト不安定性を有する肺大細胞神経内分泌癌にPembrolizumabを投与した1例

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

○村山 賢太、増田 寿寛、貫 智嗣、志村 暢泰、亀井 淳哉、中川栄美子、中村 匠吾、渡辺 綾乃、佐野 武尚、藤井 雅人

症例は53歳女性で、X-2年2月に左鼠径リンパ節腫大と胸部異常陰影を指摘され、当科に紹介された。鼠径リンパ節生検とPET-CTの結果、右下葉肺大細胞神経内分泌癌 (cT2aN1M1a, 4A期, PD-L1陰性) と診断され、CDDP + VP-16 + Durvalumabによる治療を開始した。X-1年1月に縦隔リンパ節再発を認め、AMRを施行した。同年11月には右大脳半球に単発の脳転移を認め、定位放射線治療 (20Gy) とCPT-11を行った。X年3月には多発性脳転移が再発し、放射線治療 (32.5Gy) とnab-PTXを実施した。がんゲノムプロファイリング検査で高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-H) が判明した。X年6月に脳転移が再発したため定位放射線治療を追加した。7月からPembrolizumabを開始し、有害事象なく経過し腫瘍マーカーは低下、頭部MRIで脳転移の病勢安定と判定された。MSI-Hを有する肺癌に対するPembrolizumabを投与した症例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

### C-35

ペグフィルグラスチムによる薬剤性血管炎を来した原発不明小細胞癌の1例

桑名市総合医療センター 呼吸器内科

○磯部 太一、平井 貴也、八木 昭彦、大岩 綾香、蛭原 愛子、油田 尚総

【症例】76歳男性。Single-station N2の縦郭リンパ節単独病変を有する原発不明小細胞癌に対し外科的リンパ節切除術を施行した。限局型小細胞肺癌の完全切除例に準じ、CDDP+ETPによる術後補助化学療法を施行した。1コース目にgrade 4の好中球減少を来しDay10-15にかけてフィルグラスチムの連日投与を要したため、2コース目Day5に2次予防目的としてペグフィルグラスチムの投与を行ったところ、Day11に高熱が出現した。造影CTにて左鎖骨下動脈周囲の炎症像を認め、ペグフィルグラスチムによる薬剤性血管炎と診断した。その後は薬剤中止のみで改善を認めた。【考察】血管炎はG-CSF製剤の重大な有害事象の1つであり、癌種を問わず報告が散見される。本例はペグフィルグラスチムによる血管炎を発症したがフィルグラスチムでは発症しなかった点が特徴的である。血管炎発症後のG-CSF製剤継続使用の可否についてなど見解は定まっておらず、考察を加えて報告する。