

**第105回日本呼吸器学会近畿地方会
第133回日本結核/非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会**

プログラム・抄録集

日 時：2025年7月12日(土) 午前8時55分より

会 場：奈良春日野国際フォーラム 薨～I・RA・KA～

〒630-8212 奈良市春日野町101

TEL 0742-27-2630

会 長 室 繁郎

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 教授

【主催事務局】

事務局長 本津 茂人

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 准教授 診療副部長

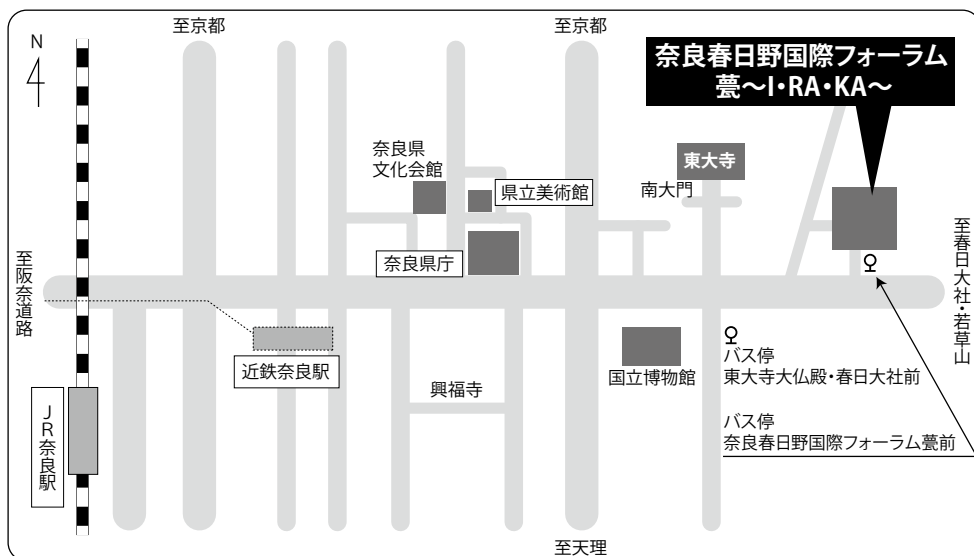
〒634-8521 奈良県橿原市四条町840番地 TEL 0744-22-3051(代表)

会場アクセス

奈良春日野国際フォーラム 麓～I・RA・KA～

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

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



<近鉄奈良駅・JR奈良駅からのアクセス>

【徒歩】

近鉄奈良駅2番出口より徒歩20分

【バス】

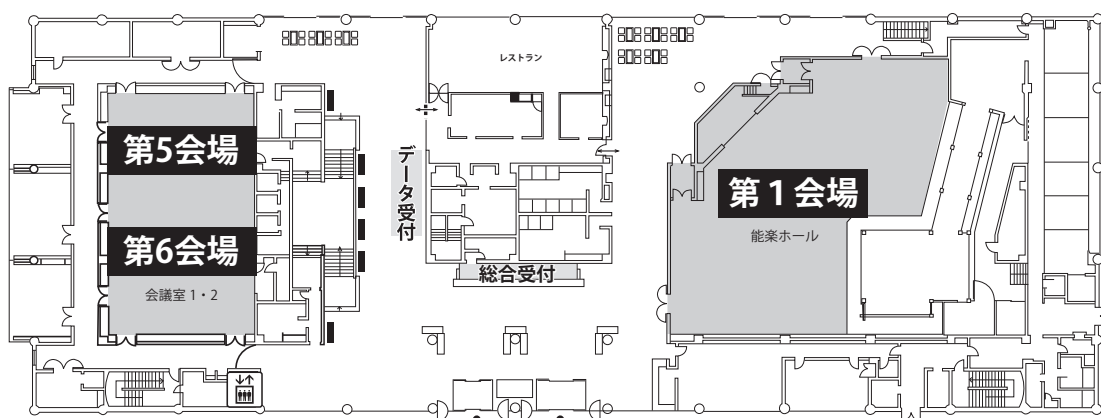
- (1) 近鉄奈良駅5番出口より奈良交通バス1番のりば
- (2) JR奈良駅より奈良交通バス東口2番のりば

(1)、(2) とも

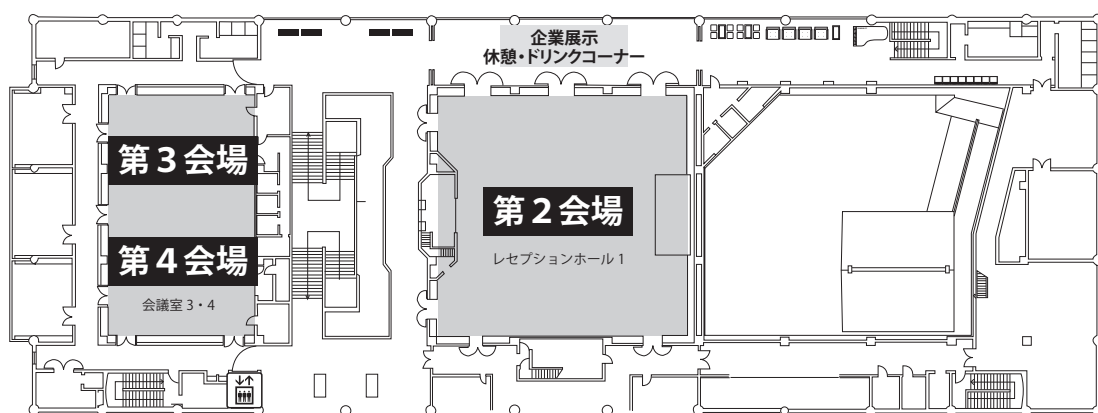
「春日大社本殿」行き「奈良春日野国際フォーラム麓前」下車すぐ又は、
「市内循環（外回り）」バス「東大寺大仏殿・春日大社前」下車、大仏殿交差点東へ徒歩3分。

会場案内図

本館1F



本館2F



学会進行予定表 (一般演題：発表6分、質疑応答3分)

	第1会場 (1F/能楽ホール)	第2会場 (2F/レセプションホール)	第3会場 (2F/会議室3)
8:55			
9:00	開会の辞		
	原因不明の疾患、希少疾患① (9:00～9:54) 座長：高橋憲一 (O-001～006)	免疫チェックポイント阻害剤① (9:00～9:54) 座長：大田正秀 (O-007～012)	若手アワード① (9:00～9:54) 座長：武田吉人 田辺直也 (O-035～040)
10:00		スポンサードセミナー1 (10:00～10:50) 座長：木島貴志 演者：池田 慧 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	スポンサードセミナー2 (10:00～10:50) 座長：羽白 高 演者：松永和人 共催：アストラゼネカ株式会社
11:00	教育講演1 (10:45～11:35) 座長：富井啓介 演者：倉原 優	非結核性抗酸菌症 (11:00～11:54) 座長：久下 隆 (O-013～018)	間質性肺疾患① (11:00～11:36) 座長：橋本成修 (O-041～044)
12:00		ランチョンセミナー1 (12:00～12:50) 座長：室 繁郎 演者：南宮 湖 共催：インスメッド合同会社	ランチョンセミナー2 (12:00～12:50) 座長：山本佳史 演者：立川 良 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
13:00	教育講演2 (13:00～13:50) 座長：山内基雄 演者：永田一真	結核 (13:00～14:03) 座長：藤川健弥 (O-019～025)	間質性肺疾患② (13:00～13:27) 座長：池添浩平 (O-045～047)
14:00	教育講演3 (13:55～14:45) 座長：露口一成 演者：玉置伸二	気道疾患・閉塞性肺疾患 (14:03～14:48) 座長：谷村和哉 (O-026～030)	アレルギー性疾患 (13:30～14:24) 座長：長崎忠雄 (O-048～053)
15:00		スイーツセミナー1 (14:50～15:40) 座長：室 繁郎 演者：神戸寛史 共催：コヴィディエンジャパン株式会社／ エアロジェン ジャパン株式会社	スイーツセミナー2 (14:50～15:40) 座長：浅井一久 演者：甲斐吉郎 座長：中野恭幸 演者：佐藤篤晴 共催：サノフィ株式会社
16:00	教育講演4 (15:50～16:40) 座長：半田知宏 演者：西山 理	呼吸不全、その他 (15:50～16:26) 座長：新田祐子 (O-031～034)	肺循環障害 (15:50～16:26) 座長：長 敬翁 (O-054～057)
17:00	表彰式・閉会の辞		

第4会場 (2F/会議室4)	第5会場 (1F/会議室1)	第6会場 (1F/会議室2)	
			8:55
			9:00
呼吸器感染症① (9:00～9:45) 座長：山口将史 (O-058～062)	原因不明の疾患、希少疾患② (9:00～9:45) 座長：三宅浩太郎 (O-083～087)	腫瘍性疾患・その他① (9:00～9:36) 座長：岡田あすか (O-099～102)	
	スポンサードセミナー3 (10:00～10:50) 座長：伊藤武文 演者：森田智視・秦 明登 共催：中外製薬株式会社		10:00
若手アワード② (10:50～11:53) 座長：小林和幸 山田一宏 (O-063～069)	免疫チェックポイント阻害剤② (11:00～11:45) 座長：白山敬之 (O-088～092)	腫瘍性疾患・その他② (11:00～11:36) 座長：田崎正人 (O-103～106)	11:00
			12:00
ランチョンセミナー3 (12:00～12:50) 座長：谷村和哉 演者：丸毛 聡 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社	ランチョンセミナー4 (12:00～12:50) 座長：駄賀晴子 演者：谷崎潤子 共催：ヤンセンファーマ株式会社	ランチョンセミナー5 (12:00～12:50) 座長：本津茂人 演者：藤本大智 共催：MSD株式会社	
			13:00
呼吸器感染症② (13:00～13:36) 座長：花岡健司 (O-070～073)	分子標的治療薬 (13:00～13:54) 座長：西岡直哉 (O-093～098)	腫瘍性疾患・その他③ (13:00～13:36) 座長：山中雄太 (O-107～110)	
呼吸器感染症③ (13:36～14:12) 座長：中村孝人 (O-074～077)		腫瘍性疾患・その他④ (13:36～14:12) 座長：池上直弥 (O-111～114)	14:00
			15:00
呼吸器感染症④ (15:50～16:35) 座長：水守康之 (O-078～082)			16:00
			17:00

参加者、発表者へのご案内

《参加者の方へ》

本大会は、完全現地開催です。

参加者は、当日会場にて参加登録を行ってください。

開場は8:15、参加受付時間は8:30～16:30迄です。

●参加費

参加区分	参加費
医師（会員）	3,000 円（不課税）
医師（非会員）	3,000 円（消費税込）
研修医・メディカルスタッフ	1,000 円（消費税込）
企業、その他	1,000 円（消費税込）
名誉・功労会員・学生	無 料

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、筆頭演者は3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。
- 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士単位：出席7単位
- 3学会合同呼吸器療法認定士 20単位。

現地開催での留意事項

1. 受付は8時30分より開始します。
2. 受付にて名札とネームストラップをお渡しいたします。
3. 会場内では携帯電話は電源オフかマナーモードにしてください。
4. 受付後は所属学会によらず、第1～6会場に参加できます。

《一般演題 座長の方へ》

出欠確認のため参加受付後、受付内に設置する「座長受付」へお立寄りください。

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

《発表者の方へ》

1. 発表時間

セッション名	発表時間
教育講演	50 分（質疑応答含む）
共催セミナー（スポンサードS、LS、スイーツS）	50 分（質疑応答含む）
一般演題	9 分（発表 6 分 + 質疑応答 3 分）

2. 発表演題に関する利益相反(COI)の開示について

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

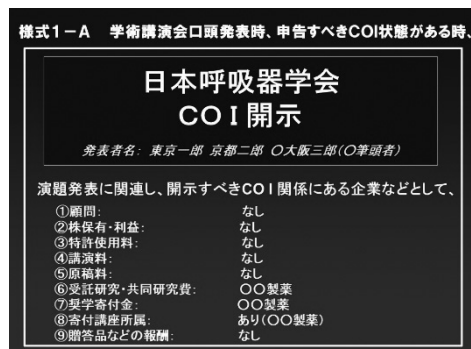
スライド例

※詳細は利益相反ページをご覧ください。

近畿地方会口頭発表時、
申告すべきCOI状態がない時



近畿地方会口頭発表時、
申告すべきCOI状態がある時



一般社団法人日本結核病学会 倫理委員会「利益相反(COI)関連」

URL：https://www.kekkaku.gr.jp/medical_staff/#rinri

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

URL：<https://www.jrs.or.jp/about/col.html>

3. 全会場PCによる発表です。PowerPoint(Windows版)で作成したデータをUSBメモリーなどでご持参ください。

なお、主催者側で用意するPCのOSはWindows10で、プレゼンテーションソフトはPower Point 2021です。

4. 発表30分前までにPC受付にて試写を終え、発表開始10分前までには、会場の次演者席へお越しください。

発表データは完成版のみ、お持ちください。データ受付は8時20分より開始します。

※音声は受け付けられません。

※Macintoshで作成されたデータについては、ご自身のPCをお持ち込みください。

※PCをお持ち込みになる場合は、PCに付属のACアダプタを必ずご持参ください。

※会場で用意するPCケーブルコネクタの形状はHDMIです。

この形状に合ったPCをご使用ください。

また、この形状に変換するコネクタを必要とする場合は、事務局での貸し出しは行っておりません。必ずご自身でお持ちください。

※セッションの進行および演台スペースの関係上「発表者ツール」は使用できません。

発表原稿が必要な方は予めプリントアウトをお持ちください。

《表彰式》

若手アワードにて発表頂いた演題の中より、優秀な演題を選出し表彰いたします。

表彰式は、第1会場(能楽ホール)にて閉会式の前に執り行いますのでご参加ください。

教育講演

【1F/能楽ホール】

1. 生成AIで医学論文を読む時短戦略

座 長：富井 啓介（神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科）
演 者：倉原 優（独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター）
時 間：10：45～11：35

2. 急性・慢性呼吸不全に対する非侵襲的呼吸管理：個別化を目指した設定アプローチ

座 長：山内 基雄（奈良県立医科大学 看護学科臨床病態医学）
演 者：永田 一真（神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科）
時 間：13：00～13：50

3. 結核に関する最新知見について

座 長：露口 一成（独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター
内科系部長／臨床研究センター 感染症研究部長）
演 者：玉置 伸二（独立行政法人国立病院機構 奈良医療センター 副院長）
時 間：13：55～14：45

4. 肺病変を有する肺高血圧症up to date

座 長：半田 知宏（京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座）
演 者：西山 理（近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科）
時 間：15：50～16：40

スポンサードセミナー

【10:00～10:50】

1. NSCLCにおけるオブジーボ+ヤーボイの最適解：

ポジショニング・セレクション・マネジメント

座 長：木島 貴志（兵庫医科大学 医学部 呼吸器・血液内科学 主任教授）

演 者：池田 慧（関西医科大学 呼吸器腫瘍内科学講座 准教授）

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

会 場：第2会場

2. 今と未来を見据えたCOPD治療戦略ーより良いトータルマネジメントのためにー

座 長：羽白 高（天理よろづ相談所病院 副院長 内科統括部長）

演 者：松永 和人（山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座 教授
山口大学医学部附属病院 病院長）

共 催：アストラゼネカ株式会社

会 場：第3会場

3. 進展型小細胞肺癌の治療戦略

座 長：伊藤 武文（奈良県総合医療センター 呼吸器内科 部長）

講演1：肺癌ICI臨床試験長期追跡データ～統計的解釈を加えるとどうなる？

演 者：森田 智視（京都大学大学院医学研究科 医学統計生物情報学 教授）

講演2：Vulnerable ってどういう意味？

～高齢、PS不良症例における非小細胞肺癌の治療を考える～

演 者：秦 明登（神戸低侵襲がん医療センター 呼吸器腫瘍内科 主任部長）

共 催：中外製薬株式会社

会 場：第5会場

ランチョンセミナー

【12:00～12:50】

1. 肺MAC症の新展開：病態理解から新規治療戦略

座 長：室 繁郎（公立大学法人奈良県立医科大学 呼吸内科学講座）
演 者：南宮 湖（慶應義塾大学医学部 感染症学教室）
共 催：インスメッド合同会社
会 場：第2会場

2. 非がん性呼吸器疾患とアドバンス・ケア・プランニング

座 長：山本 佳史（奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 講師）
演 者：立川 良（神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 部長代行）
共 催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
会 場：第3会場

3. 座長講演：気管支喘息診療の現状と課題

座 長：谷村 和哉（奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 講師）

演者講演：喘息吸入療法再考～実臨床を踏まえエビデンスを読み解く～

演 者：丸毛 聡（公益財団法人田附興風会 医学研究所
北野病院 呼吸器内科 主任部長 感染症科 主任部長）
共 催：グラクソ・スミスクライン株式会社
会 場：第4会場

4. EGFR遺伝子変異陽性肺癌に対する治療戦略の進化： 新規Mode of Action薬剤アミバンタマブの臨床導入

座 長：駄賀 晴子（大阪市立総合医療センター 腫瘍内科）
演 者：谷崎 潤子（近畿大学医学部 内科学教室腫瘍内科部門）
共 催：ヤンセンファーマ株式会社
会 場：第5会場

5. 周術期治療データを斬る

座 長：本津 茂人（奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 准教授）
演 者：藤本 大智（兵庫医科大学病院 呼吸器内科 講師）
共 催：MSD株式会社
会 場：第6会場

スイーツセミナー

【14:50～15:40】

1. 吸入療法、見直しませんか？

ー HFNC・NPPV × 振動メッシュネブライザーの可能性

座 長：室 繁郎（奈良県立医科大学 呼吸内科学講座）

演 者：神戸 寛史（神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科）

共 催：コヴィディエンジャパン株式会社/エアロジェン ジャパン株式会社

会 場：第2会場

2. 講演1：新時代の重症喘息の治療戦略

～デュピルマブによる症状コントロールの重要性～

座 長：浅井 一久（大阪公立大学）

演 者：甲斐 吉郎（南奈良総合医療センター 呼吸器内科 部長）

講演2：COPD治療における新たな選択肢：

デュピクセントの作用機序と臨床的意義

座 長：中野 恭幸（滋賀県立医科大学）

演 者：佐藤 篤靖（京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 講師）

共 催：サノフィ株式会社

会 場：第3会場

第 1 会 場

(1 階/能楽ホール)

開会の辞 (8:55～9:00)

会長 室 繁郎

原因不明の疾患、希少疾患① (09:00～09:54)

座長 高橋 憲一
(岸和田市民病院)

O-001 胸水セルブロックにより診断し得た PEL-LL の一例

近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科

○永橋享汰朗, 西川 裕作, 富田 淳史, 松原 若葉, 川端 慶之, 國田 裕貴,
吉川 和也, 山崎 亮, 大森 隆, 佐野安希子, 西山 理, 佐野 博幸,
松本 久子

O-002 PeriViewFLEX による穿刺吸引針生検が術前診断に有用であった気管支壁外肺カルチノイドの 1 例

1) NHO 姫路医療センター 呼吸器内科

2) 同 病理診断科

○山之内義尚¹⁾, 水守 康之¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 平田 展也¹⁾,
平岡 亮太¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 竹井 雄介²⁾, 安松 良子²⁾, 中原 保治¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾

O-003 気管支動脈肺動脈瘻を合併した気管支動脈蔓状血管腫の症例

1) 社会医療法人財団聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院 臨床研修センター

2) 同院 呼吸器内科

○石川 永輔¹⁾, 長野 昭近²⁾, 中島 康博²⁾

O-004 CT ガイド下生検にて診断した良性転移性平滑筋腫瘍の 1 例

1) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器・血液内科

2) 同 胸部腫瘍学特定講座

3) 同 病理診断科

○村田 卓嗣¹⁾, 藤本 大智^{1,2)}, 森 麻子¹⁾, 加藤 瑞貴¹⁾, 太田 博章¹⁾,
脇田 悠¹⁾, 近藤 孝憲¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 清田穰太郎¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾,
東山 友樹¹⁾, 多田 陽郎^{1,2)}, 柁木 芳樹^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 大搦泰一郎^{1,2)},
高橋 良^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}, 山崎 隆³⁾

O-005 偶然発見された気管支アミロイドーシスの 1 例

1) 彦根市立病院 呼吸器内科

2) 同 呼吸器外科

○藤本 直輝¹⁾, 月野 光博¹⁾, 西岡 憲亮¹⁾, 岡本 菜摘¹⁾, 林 栄一²⁾

O-006 自己免疫性肺胞蛋白症の経過中に顕微鏡的多発血管炎を発症した 1 例

国立病院機構 姫路医療センター

○永田 憲司¹⁾, 田中 愛也¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 高田 正浩¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾,
竹野内政紀¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 山之内義尚¹⁾, 東野 幸子¹⁾,
加藤 智浩¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 中原 保治¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 水守 康之¹⁾,
塚本 宏壮¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾

教育講演1 (10:45～11:35)

座長 富井 啓介
(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科)

『生成AIで医学論文を読む時短戦略』

倉原 優

(独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター)

教育講演2 (13:00～13:50)

座長 山内 基雄
(奈良県立医科大学)

『急性・慢性呼吸不全に対する非侵襲的呼吸管理：
個別化を目指した設定アプローチ』

永田 一真

(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科)

教育講演3 (13:55～14:45)

座長 露口 一成
(独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科系部長／
臨床研究センター 感染症研究部長)

『結核に関する最新知見について』

玉置 伸二

(独立行政法人国立病院機構 奈良医療センター 副院長)

教育講演4 (15:50～16:40)

座長 半田 知宏
(京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座)

『肺病変を有する肺高血圧症 up to date』

西山 理

(近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科)

表彰式・閉会の辞 (16:50～17:10)

会長 室 繁郎

第 2 会 場

(2階/レセプションホール)

免疫チェックポイント阻害剤① (09:00～09:54)

座長 大田 正秀

(奈良県立医科大学 がんゲノム・腫瘍内科学講座)

- O-007 食道癌に対するニボルマブ投与中に肺浸潤影増大を認め、気管支鏡検査で薬剤性サルコイド反応と診断した一例
Panasonic 健康保険組合 松下記念病院
○西川 晶, 山岡 燎平, 榊井 太輝, 山田 崇央
- O-008 カルボプラチン+エトポシド+デュルバルマブ併用療法後にirAE心膜炎・心筋炎をきたした小細胞肺癌の一例
奈良県総合医療センター
○林 由佳, 花岡 健司, 坂上 直子, 西崎 友哉, 渋谷 篤志, 奥田 陽亮,
佐藤 一郎, 伊佐敷沙恵子, 松田 昌之, 伊木れい佳, 伊藤 武文
- O-009 ステロイド抵抗性irAE肺炎に対してInfliximabを併用し改善を認めた1例
堺市立総合医療センター 呼吸器内科
○榎本 悠里, 久瀬 雄介, 中野 仁夫, 榊田 元, 岡本 紀雄, 西田 幸司,
郷間 巖
- O-010 アテゾリズマブでの治療中に傍腫瘍症候群と診断した抗VGCC抗体, 抗SOX1抗体陽性の小細胞肺癌の一例
1) 神鋼記念病院 呼吸器センター
2) 同 脳神経内科
○今尾 舞¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 高田 陽平¹⁾, 坂田 悟郎¹⁾, 難波 晃平¹⁾,
藤本 佑樹¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 笠井 由隆¹⁾,
榊屋 大輝¹⁾, 中村 航大²⁾, 高橋 正年²⁾, 鈴木雄二郎¹⁾
- O-011 複合免疫療法により3年以上の完全奏功を得られた進展型小細胞肺癌の一例
大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科
○飛田 哲志, 横田 健斗, 吉村 信明, 田中 智, 矢賀 元, 上野 清伸
- O-012 CheckMate9LAレジメンでStevens-Johnson症候群をきたした症例
兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科
○福田 考生, 齋藤恵美子, 細谷 諒, 岩垣 慈音, 池田 拓真, 小川 亮,
嶋村 優志, 小坂 七海, 岡崎 航也, 寺田 悟, 松本 啓孝, 平位 知之,
遠藤 和夫

スポンサードセミナー1 (10:00~10:50)

座長 木島 貴志

(兵庫医科大学医学部 呼吸器・血液内科学 主任教授)

『NSCLCにおけるオブジーボ+ヤーボイの最適解： ポジショニング・セレクション・マネジメント』

池田 慧

(関西医科大学 呼吸器腫瘍内科学講座 准教授)

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

非結核性抗酸菌症 (11:00~11:54)

座長 久下 隆

(国立病院機構奈良医療センター 内科)

- O-013 M.aviumからM.florentinumに菌交代した難治性非結核性抗酸菌症の一例
虎の門病院
○中濱 洋, 宮本 篤, 加藤 達也, 根井雄一郎, 三ツ村隆弘, 花田 豪郎,
玉岡 明洋
- O-014 胸膜肺実質線維弾性症の診療経過で診断に至った肺MAC症の1例
国立病院機構 奈良医療センター 内科・呼吸器科
○岡田 吉弘, 富田 大, 小山 友里, 熊本 牧子, 芳野 詠子, 田中小百合,
板東 千昌, 久下 隆, 玉置 伸二
- O-015 7年間の経過観察で極めて緩徐な進行を呈したMycobacterium shinjukuense感染症
の一例
社会医療法人誠光会淡海医療センター
○神田 響, 西村 直也, 菅 佳史
- O-016 肺M. abscessus症治療を契機に肺移植後の拒絶反応をきたした1例
大阪大学大学院 医学系研究科 呼吸器・免疫内科
○内藤真依子, 金岡 賢輔, 船内 敦司, 柳澤 篤, 宮本 哲志, 内藤祐二郎,
白山 敬之, 三宅浩太郎, 平田 陽彦, 武田 吉人, 熊ノ郷 淳
- O-017 進行肺癌と鑑別を要した播種性非結核性抗酸菌症の一例
1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科
2) 和歌山県立医科大学 バイオメディカルサイエンスセンター
3) 同 臨床感染制御学講座/病院感染制御部
○宮井 優¹⁾, 赤松 弘朗¹⁾, 根来 和宏¹⁾, 加藤 真衣¹⁾, 中口 恵太¹⁾,
西尾 和真¹⁾, 上田 亮太¹⁾, 永井 隆寛¹⁾, 古田 勝之¹⁾, 村上恵理子¹⁾,
早田 敦志¹⁾, 中西 正典¹⁾, 洪 泰浩^{1,2)}, 小泉 祐介³⁾, 山本 信之^{1,2)}
- O-018 Mycobacterium abscessus subsp. massiliense 喉頭炎の1例
1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター
2) 同 内科
3) 国立病院機構舞鶴医療センター 臨床検査科
○倉原 優^{1,2)}, 嶋谷 泰明³⁾, 田中 悠也²⁾, 小林 岳彦¹⁾, 露口 一成^{1,2)}

ランチンセミナー1 (12:00～12:50)

座長 室 繁郎

(公立大学法人奈良県立医科大学呼吸内科学講座)

『肺MAC症の新展開：病態理解から新規治療戦略』

南宮 湖

(慶應義塾大学医学部 感染症学教室)

共催：インスメッド合同会社

結核 (13:00～14:03)

座長 藤川 建弥

(国立病院機構兵庫中央病院内科)

O-019 結核治療終了後にparadoxical reactionによる縦隔リンパ節腫大を認めた一例

JR大阪鉄道病院

○西田 浩平, 林 晃大, 青原 大介, 永井 貴彬, 戸田 詩織, 玉垣 学也

O-020 結核治療開始直後にINHによる精神症状を来した一例

1) 国立病院機構 やまと精神医療センター

2) 国立病院機構 奈良医療センター

○芳野 詠子¹⁾, 岡田 吉弘²⁾, 富田 大²⁾, 小山 友里²⁾, 熊本 牧子²⁾,
田中小百合²⁾, 板東 千昌²⁾, 久下 隆²⁾, 玉置 伸二²⁾

O-021 胸部異常陰影から粟粒結核に伴う結核性髄膜炎の診断に至った意識障害の一例

1) 大阪医科大学 内科学 (1) 教室

2) 大阪医科大学病院 臨床研究センター

3) 大阪医科大学 腫瘍内科学教室

○石川 翔一¹⁾, 池田宗一郎¹⁾, 垣内 俊祐¹⁾, 土田 滯¹⁾, 由良 成¹⁾,
藤田 守美¹⁾, 新井 将弘¹⁾, 島津 保之¹⁾, 船本 智哉¹⁾, 満屋 奨¹⁾,
辻 博行²⁾, 松永 仁綜¹⁾, 鶴岡健二郎¹⁾, 中村 敬彦¹⁾, 田村 洋輔¹⁾,
藤阪 保仁^{2,3)}, 今川 彰久¹⁾

O-022 薬剤感受性試験の解釈が困難であった, 結核菌とMycobacterium aviumの混合感染の1例

1) 洛和会音羽病院 呼吸器内科

2) 京都府保健環境研究所

○白田 全弘¹⁾, 土谷美知子¹⁾, 可児 啓吾¹⁾, 柴原 一毅¹⁾, 岡崎 優太¹⁾,
宮本 瑛史¹⁾, 榎本 昌光¹⁾, 田宮 暢代¹⁾, 河原 佳幸²⁾, 田邊 義浩²⁾,
藤田 直久²⁾, 長坂 行雄¹⁾

O-023 外国出生の多剤耐性肺結核患者の日本語教育機関などでの接触者健診の1事例

1) 神戸市保健所

2) 神戸市健康科学研究所

○藤山 理世¹⁾, 坂口 香¹⁾, 南谷 千絵¹⁾, 岡島 花江¹⁾, 宗田 由紀¹⁾,
中村 俊一¹⁾, 楠 信也¹⁾, 有川健太郎²⁾, 岩本 朋忠²⁾

- O-024 治療中の肺結核の同一病変内に肺癌を併発した一例
大阪府済生会野江病院
○藤木 貴宏, 須賀 大貴, 的場 智也, 金子 顕子, 日下部悠介, 中山 絵美,
山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃
- O-025 多剤耐性結核疑いで紹介となり遺伝子検査により感受性結核とMACの混合排菌と
判明した一例
1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター
2) 結核予防会結核研究所抗酸菌部
○小林 裕¹⁾, 甘中 亮佑¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 小林 岳彦¹⁾, 倉原 優¹⁾,
露口 一成¹⁾, 吉田志緒美²⁾, 御手洗 聡²⁾

気道疾患・閉塞性肺疾患 (14:03～14:48)

座長 谷村 和哉
(奈良県立医科大学 呼吸器内科)

- O-026 気管支バルブ治療を行ったCOPDの一例
1) 滋賀医科大学 内科学講座呼吸器内科
2) 同 附属病院感染制御部
3) 同 保健管理センター
○黄瀬 大輔¹⁾, 田中 伶於¹⁾, 堀内 智房¹⁾, 後藤 幸¹⁾, 植木 康光¹⁾,
大岡 彩¹⁾, 横江 真弥¹⁾, 入山 朋子¹⁾, 成宮 慶子¹⁾, 重森 度¹⁾,
角田 陽子¹⁾, 行村瑠璃子²⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 大澤 真²⁾,
小川恵美子³⁾, 山口 将史¹⁾, 中野 恭幸^{1,2)}
- O-027 日本での遷延性咳嗽患者における診療実態に関する多施設共同前向き観察研究から
の好中球性気道疾患の重要性
1) 関西医科大学 内科学第一講座
2) 国立病院機構七尾病院
3) 呼吸器内科, 金沢春日クリニック
4) 金沢大学附属病院 呼吸器内科
5) しんたに医院
6) 広島アレルギー呼吸器クリニック
7) 秋葉原あつたアレルギー呼吸器内科クリニック
8) 近畿大学奈良病院 呼吸器内科
9) 市立角館総合病院 呼吸器内科
10) 名古屋市立大学 呼吸器・免疫アレルギー内科
○石浦 嘉久¹⁾, 藤村 政樹²⁾, 小川 晴彦³⁾, 原 丈介⁴⁾, 新谷 博元⁵⁾,
保澤総一郎⁶⁾, 熱田 了⁷⁾, 村木 正人⁸⁾, 塩谷 隆信⁹⁾, 新実 彰男¹⁰⁾
- O-028 抜管後4日目に呼吸困難で判明した閉塞性線維性気管偽膜 (OFTP) の1例
1) 大阪市立総合医療センター 呼吸器内科
2) 同 呼吸器外科
○打谷 美沙¹⁾, レオン実賀¹⁾, 石山 福道¹⁾, 東山 智彦²⁾, 藤井 裕子¹⁾,
澤 信彦¹⁾, 三木 雄三¹⁾, 水口真二郎²⁾, 柳生 恭子¹⁾, 眞本 卓司¹⁾

O-029 肺MAC症の治療中に咯血をきたし、たこつば型心筋症を合併した一例
国立病院機構大阪刀根山医療センター 呼吸器内科
○西島 良介, 松木 隆典, 杉澤 健太, 新居 卓朗, 辻野 和之, 三木 啓資,
木田 博

O-030 4DCTを用いて気管支バルブ留置術の有効性を評価した一例
滋賀医科大学医学部附属病院 呼吸器内科
○市田 周, 仲川 宏昭, 黄瀬 大輔, 角田 陽子, 山崎 晶夫, 山口 将史,
大澤 真, 小川恵美子, 中野 恭幸

スイーツセミナー1 (14:50～15:40)

座長 室 繁郎
(奈良県立医科大学 呼吸内科学講座)

『吸入療法、見直しませんか？

－HFNC・NPPV × 振動メッシュネブライザーの可能性』

神戸 寛史

(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科)

共催：コヴィディエンジャパン株式会社/エアロジェン ジャパン株式会社

呼吸不全、その他 (15:50～16:26)

座長 新田 祐子
(西和医療センター 呼吸器内科)

O-031 呼吸機能障害での身体障害者診断書・意見書の問題点
国立病院機構南京都病院 呼吸器疾患と神経難病のための呼吸ケアセンター
○坪井 知正

O-032 2型呼吸不全を契機に横隔膜の運動低下に注目し、神経筋疾患を疑った1例
1) 奈良県西和医療センター
2) 奈良県立医科大学附属病院 脳神経内科
○宇和田若菜¹⁾, 田村 緑¹⁾, 中井 昌弘¹⁾, 新田 祐子¹⁾, 西森裕佳子²⁾,
田中 聡人²⁾, 杉江 和馬²⁾

O-033 硝酸吸入により遅発性に化学性肺臓炎をきたした1例
兵庫県立はりま姫路総合医療センター 呼吸器内科
○松本 夏鈴, 浦田 勝哉, 西井 雅彦, 木村 洋平, 吉村 将

O-034 慢性咳嗽患者に対する睡眠時無呼吸症候群スクリーニングの前向き観察研究について
1) 神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科
2) 明石医療センター 加古川中央市民病院
○岩本 夏彦¹⁾, 岡村佳代子²⁾, 西馬 照明³⁾, 高安みずき¹⁾, 岡本真理子¹⁾,
高田 尚哉¹⁾, 福井 崇文¹⁾, 矢谷 敦彦¹⁾, 桂田 直子¹⁾, 永野 達也¹⁾

第 3 会 場

(2F/会議室3)

若手アワード① (9:00～9:54)

座長 武田 吉人
(大阪大学 呼吸器・免疫内科)

座長 田辺 直也
(京都大学医学部附属病院 呼吸器内科/リハビリテーション科)

O-035 ダブラフェニブ/トラメチニブ投与中に急性腎障害をきたしたBRAF 遺伝子変異陽性肺癌の1例

1) 独立行政法人 労働者健康安全機構 神戸労災病院 呼吸器内科

2) 同 呼吸器外科

○中村 慧竣¹⁾, 鶴田 瑛大¹⁾, 川端 宏樹¹⁾, 小松 正弥¹⁾, 石井 達也¹⁾,
仲田 庄志²⁾

O-036 インフルエンザ罹患後に二次性細菌性肺炎を発症し、劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (STSS) に至った1例

1) 一般財団法人 住友病院 総合診療科

2) 同 呼吸器内科

○高木 涼嗣¹⁾, 奥村 太郎²⁾, 長谷川 裕¹⁾, 木高 早紀²⁾, 坂野 勇太²⁾,
桂 悟史²⁾, 後藤 健一²⁾, 重松三知夫²⁾

O-037 中枢気道狭窄に対して自己拡張型ステントを留置した肺癌による Oncologic Emergency の1例

1) 奈良県立医科大学 医学部 医学科

2) 同 附属病院 呼吸器・アレルギー内科

3) 同 附属病院 腫瘍内科

4) 同 附属病院 呼吸器外科

○多田 暉¹⁾, 宮高 泰匡²⁾, 本保 太郎²⁾, 中川 靖仁²⁾, 嶋岡 直也²⁾,
中村 真弥²⁾, 太田 和輝²⁾, 古山 達大²⁾, 古高 心²⁾, 岩佐 佑美²⁾,
春成加奈子²⁾, 坂口 和宏²⁾, 谷村 和哉²⁾, 長 敬翁²⁾, 山本 佳史²⁾,
本津 茂人²⁾, 山内 基雄²⁾, 室 繁郎²⁾, 大田 正秀³⁾, 川口 剛史⁴⁾

O-038 グリーンピースによる気道異物の一例

1) 奈良県立医科大学 医学部医学科

2) 同 呼吸器内科学講座

3) 同 がんゲノム・腫瘍内科講座

○木本 来希¹⁾, 長 敬翁²⁾, 佐藤 一郎²⁾, 太田 和輝²⁾, 中村 真弥²⁾,
古山 達大²⁾, 古高 心²⁾, 岩佐 佑美²⁾, 春成加奈子²⁾, 藤岡 伸啓²⁾,
宮高 泰匡²⁾, 坂口 和宏²⁾, 谷村 和哉²⁾, 大田 正秀^{2,3)}, 藤田 幸男²⁾,
山本 佳史²⁾, 本津 茂人²⁾, 山内 基雄²⁾, 室 繁郎²⁾

O-039 アミカシン吸入の追加により閉塞性換気障害が改善した非結核性抗酸菌症の一例
市立岸和田市民病院 呼吸器内科

○後藤 亮介¹⁾, 古郷摩利子¹⁾, 名取 大輔¹⁾, 藤本 佳菜¹⁾, 岡森 仁臣¹⁾,
西 健太¹⁾, 岩嶋 大介¹⁾, 高橋 憲一¹⁾

O-040 抗ARS抗体陽性の急性進行性間質性肺疾患の一例

- 1) 奈良県立医科大学 医学部医学科
- 2) 同 呼吸器・アレルギー内科
- 3) 済生会吹田病院 呼吸器内科

○滝澤 美咲¹⁾, 宮高 泰匡²⁾, 本保 太郎²⁾, 嶋岡 直也²⁾, 中川 靖仁²⁾,
金井 千恵²⁾, 綿部 裕馬³⁾, 太田 和輝²⁾, 中村 真弥²⁾, 古山 達大²⁾,
古高 心²⁾, 岩佐 佑美²⁾, 春成加奈子²⁾, 坂口 和宏²⁾, 谷村 和哉²⁾,
長 敬翁²⁾, 山本 佳史²⁾, 本津 茂人²⁾, 山内 基雄²⁾, 室 繁郎²⁾

スポンサードセミナー2 (10:00～10:50)

座長 羽白 高

(天理よろづ相談所病院 副院長 内科統括部長)

『今と未来を見据えたCOPD治療戦略
ーより良いトータルマネジメントのためにー』

松永 和人

(山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座 教授
山口大学医学部附属病院 病院長)

共催：アストラゼネカ株式会社

間質性肺疾患① (11:00～11:36)

座長 橋本 成修

(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

O-041 薬剤性肺炎との鑑別を要したが環境誘発試験で空調病と診断した1例

- 1) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座
- 2) 同 附属病院 栄養管理部
- 3) 同 医学部看護学科 臨床病態医学

○水野 雄貴¹⁾, 中村 真弥¹⁾, 谷村 和哉¹⁾, 坂口 和宏¹⁾, 長 敬翁¹⁾,
藤田 幸男^{1,2)}, 山本 佳史¹⁾, 本津 茂人¹⁾, 山内 基雄^{1,3)}, 室 繁郎¹⁾

O-042 パルボシクリブ関連間質性肺炎に対しステロイド治療が難渋した症例

- 1) 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 乳腺外科

○吉山 史子¹⁾, 安積 慶¹⁾, 神野 裕子¹⁾, 益田 隆弘¹⁾, 佐藤 宏紀¹⁾,
濱崎 直子¹⁾, 山本 正嗣¹⁾, 木田 陽子¹⁾, 瀬瀬 力也¹⁾, 奥野 敏隆²⁾,
桜井 稔泰¹⁾, 多田 公英¹⁾

O-043 筋炎に先がけて急速進行性の間質性肺炎が出現した抗EJ抗体, 抗Ro-52抗体陽性の一例

- 1) 兵庫医科大学医学部 呼吸器・血液内科学
- 2) 同 胸部腫瘍学

○加藤 瑞貴¹⁾, 高橋 良^{1,2)}, 清田穰太郎¹⁾, 太田 博章¹⁾, 森 麻子¹⁾,
村田 卓嗣¹⁾, 脇田 悠¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 近藤 孝憲¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾,
東山 友樹¹⁾, 多田 陽郎¹⁾, 柊木 芳樹¹⁾, 藤本 大智^{1,2)}, 大搦泰一郎^{1,2)},
三上 浩司^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

O-044 偶発的な再投与により確定診断されたクロピトグレルによる薬剤性肺障害の一例

- 1) 独立行政法人 国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科
- 3) 同 病理診断科

○外山 尚吾¹⁾, 藤本 直輝¹⁾, 吉村 才気¹⁾, 伊藤 高範¹⁾, 今北 卓間¹⁾,
大井 一成¹⁾, 金井 修¹⁾, 藤田 浩平¹⁾, 大内 政嗣²⁾, 澤井 聡²⁾,
森吉 弘毅³⁾, 谷澤 公伸¹⁾

ランチョンセミナー2 (12:00～12:50)

座長 山本 佳史

(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 講師)

『非がん性呼吸器疾患とアドバンス・ケア・プランニング』

立川 良

(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 部長代行)

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

間質性肺疾患② (13:00～13:27)

座長 池添 浩平

(京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

O-045 手足口病によるウイルス性肺炎を契機に間質性肺炎が進行した一例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
- 2) 同 皮膚科

○片岡 佑介¹⁾, 池添 浩平¹⁾, 白田 全弘¹⁾, 名倉 理恵²⁾, 中塚 賀也¹⁾,
半田 知宏¹⁾, 平井 豊博¹⁾

O-046 骨髄異形成症候群(MDS)に器質化肺炎が合併した一例

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

○岩垣 慈音¹⁾, 高岩 卓也²⁾, 今田 和典³⁾, 小川 亮¹⁾, 高橋 祥太²⁾,
山野 隆史²⁾, 大木元達也²⁾, 石川 遼一²⁾, 中川 和彦²⁾, 吉村 千恵²⁾,
黄 文禧²⁾

O-047 無治療経過観察中、急速に心不全症状を呈し、心サルコイドーシスの診断に至った肺サルコイドーシスの一例

- 1) 大阪赤十字病院 呼吸器内科
- 2) 同 循環器内科

○山田 拓実¹⁾, 高橋 祥太¹⁾, 山田 千夏²⁾, 平井 厚志¹⁾, 吉田 奈生¹⁾,
吉田 薫¹⁾, 矢野 翔平¹⁾, 山野 隆史¹⁾, 大木元達也¹⁾, 石川 遼一¹⁾,
高岩 卓也¹⁾, 中川 和彦¹⁾, 吉村 千恵¹⁾, 黄 文禧¹⁾

O-048 右胃大網動脈付近から大量出血したEGPAの一剖検例

滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科

○大岡 彩, 山口 将史, 田中 伶於, 堀内 智房, 後藤 幸, 植木 康光,
成宮 慶子, 重森 度, 角田 陽子, 山崎 晶夫, 仲川 宏昭, 黄瀬 大輔,
中野 恭幸

O-049 難治性喘息に対しDupilumab導入後, EGPAを発症した一例

1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科

2) 近畿大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科

3) 近畿大学病院

○花田宗一郎¹⁾, 岩井 正道¹⁾, 白波瀬 賢¹⁾, 長崎 忠雄¹⁾, 村木 正人¹⁾,
松本 久子²⁾, 東田 有智³⁾

O-050 デュピルマブにより改善したABPAの気管支拡張病変にパステラ感染症を合併した一例

1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科

2) 同 感染症内科

○鈴木健太郎¹⁾, 永吉 琢真¹⁾, 片岡 良介¹⁾, 梶田 明裕²⁾, 宇野 健司²⁾,
甲斐 吉郎¹⁾

O-051 アレルギー性気管支肺真菌症に対しメボリズマブを導入した1例

宝塚市立病院

○岡本 忠司, 藤岡 毅, 西村 駿, 発 忠信, 吉積 悠子, 高瀬 直人,
片上 信之

O-052 気管支喘息に細菌性膿胸, アレルギー性気管支肺アスペルギルス症を合併した一例
社会福祉法人 恩賜財団 済生会奈良病院

○平岡 惇弥, 寺本 正治, 大屋 貴広, 北村 友宏, 上森 栄和, 柴 五輪男,
奥山 晃, 佐々木義明, 今井 照彦

O-053 クライオプロープより除去しえた粘液栓を用いての質量分析が有用と考えられたス
エヒロタケによるABPMの一例

日本赤十字社 高槻赤十字病院 呼吸器内科

○三崎裕美子, 前谷 知毅, 森 令法, 野村奈都子, 深田 寛子, 中村 保清,
北 英夫

スイーツセミナー2 (14:50～15:40)

講演1: 新時代の重症喘息の治療戦略

～デュピルマブによる症状コントロールの重要性～

座長: 浅井 一久 (大阪公立大学)

演者: 甲斐 吉郎 (南奈良総合医療センター 呼吸器内科)

講演2: COPD 治療における新たな選択肢:

デュピクセントの作用機序と臨床的意義

座長: 中野 恭幸 (滋賀県立医科大学)

演者: 佐藤 篤靖 (京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

共催: サノフィ株式会社

肺循環障害 (15:50～16:26)

座長 長 敬翁

(奈良県立医科大学附属病院)

O-054 カテーテルアブレーション後の左肺静脈狭窄症により肺梗塞に至った1例

1) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

2) 同 呼吸器外科学

○矢野朔太郎¹⁾, 長嶺 宏明¹⁾, 松下 雄大¹⁾, 中井 俊之¹⁾, 山田 一宏¹⁾,
渡辺 徹也¹⁾, 浅井 一久¹⁾, 木下 広敬²⁾, 井上 英俊²⁾, 泉 信博²⁾,
川口 知哉¹⁾

O-055 高齢で咯血症状を主訴に発見された左肺底区動脈大動脈起始症の一例

1) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器・血液内科学

2) 同 胸部腫瘍学特定講座

○脇田 悠¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 多田 陽郎¹⁾, 長谷川 裕¹⁾, 太田 博章¹⁾,
神取 恭史¹⁾, 近藤 孝憲¹⁾, 村上 美沙¹⁾, 河村 直樹¹⁾, 清田 穰太¹⁾,
徳田麻佑子¹⁾, 柊木 芳樹^{1,2)}, 藤本 大智^{1,2)}, 大搦泰一郎^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)},
高橋 良^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

O-056 血痰と胸部異常陰影を契機に受診し、カテーテルアブレーション後による肺静脈狭窄症と診断した一例

1) NHO近畿中央呼吸器センター 内科

2) 同 臨床研究センター

3) 同 放射線科

○大下 一輝¹⁾, 橘 和延¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 蓑毛祥次郎¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾,
香川 智子¹⁾, 滝本 宜之²⁾, 露口 一成²⁾, 澄川 裕充³⁾, 新井 徹²⁾

O-057 カテーテルアブレーション後の肺静脈閉塞症を指摘された1例

1) 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器内科

2) 同 心臓センター 不整脈科

○大倉 千明¹⁾, 北島 尚昌¹⁾, 張田 健志²⁾, 東 寿希也¹⁾, 本田 郁子¹⁾,
西田 湧也¹⁾, 平井 将隆¹⁾, 知念 重希¹⁾, 久保 直之¹⁾, 野原 瑛里¹⁾,
神野 志織¹⁾, 田嶋 範之¹⁾, 森本 千絵¹⁾, 井上 大生¹⁾, 福井 基成¹⁾,
春名 徹也²⁾, 丸毛 聡¹⁾

第 4 会 場

(2F/会議室 4)

呼吸器感染症① (9:00 ~ 9:45)

座長 山口 将史
(滋賀医科大学 内科学講座(呼吸器内科))

- O-058 インフルエンザ感染後の黄色ブドウ球菌性重症壊死性肺炎の一例
神戸市立西神戸医療センター
○古川 湧也, 吉山 史子, 藤本さやか, 吉村聡一郎, 徳重 康介, 益田 隆広,
佐藤 宏紀, 濱崎 直子, 三輪菜々子, 山本 正嗣, 木田 陽子, 瀬瀬 力也,
桜井 稔泰, 多田 公英
- O-059 アルテプラゼ注入で症状改善をみた *Parvimonas micra* による膿胸の一例
社会医療法人 田北会 田北病院 内科
○植田 勝廣, 山口 真紀, 砺山 隆行, 中村 篤宏, 塚口眞理子, 稲田 司
- O-060 肺癌術後に出現した肺放線菌症の1例
1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科
2) 同 病理診断科
○日隈 俊宏¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾,
鏡 亮吾¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 小南 亮太¹⁾,
山之内義尚¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平田 展也¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 永田 憲司¹⁾,
竹井 雄介²⁾
- O-061 ウパダシチニブで治療中に肺クリプトコッカス症を発症した関節リウマチの一例
1) 大阪医科大学 内科学 (1)
2) 大阪医科大学病院 臨床研究センター
3) 大阪医科大学 内科学講座 腫瘍内科学
○垣内 俊祐¹⁾, 船本 智哉¹⁾, 石川 翔一¹⁾, 由良 成¹⁾, 土田 滯¹⁾,
藤田 守美¹⁾, 新井 将弘¹⁾, 島津 保之¹⁾, 満屋 奨¹⁾, 辻 博行²⁾,
松永 仁綜¹⁾, 鶴岡健二郎¹⁾, 中村 敬彦¹⁾, 田村 洋輔¹⁾, 藤阪 保仁^{2,3)},
池田宗一郎¹⁾, 今川 彰久¹⁾
- O-062 インフルエンザウイルス感染後の縦隔炎を契機に急激な経過を辿った劇症型溶血性連鎖球菌感染症の1例
加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 呼吸器内科
○森田 敦視, 多木 誠人, 戸谷 梨沙, 清原あすか, 坂田 悟郎, 豊田 純貴,
佐伯 悠治, 黒田 修平, 長 佳純, 藤井 真央, 徳永俊太郎, 堀 朱矢,
西馬 照明

- O-063 Atezolizumabによるギラン・バレー症候群を発症した肺腺癌の1例
1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修センター
2) 同 呼吸器内科
○宮川 伸¹⁾, 岡田あすか²⁾, 木村 脩人²⁾, 藤原 隆徳²⁾, 綿部 裕馬²⁾,
佐藤いずみ²⁾, 乾 祐輔²⁾, 上田 将秀²⁾, 茨木 敬博²⁾, 美藤 文貴²⁾,
竹中 英昭²⁾, 長 澄人²⁾
- O-064 脳死肺移植レシピエントに発症した播種性ノカルジア症の1例
1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
2) 同 呼吸器外科
3) 同 感染制御部
○中津 知輝¹⁾, 半田 知宏¹⁾, 西岡 憲亮¹⁾, 田中 里奈²⁾, 松本 瞭²⁾,
土戸 康弘³⁾, 荒澤 壮一³⁾, 前田 秀光¹⁾, 池添 浩平¹⁾, 中塚 賀也¹⁾,
中島 大輔²⁾, 長尾 美紀³⁾, 平井 豊博¹⁾
- O-065 テボチニブ早期病勢進行後にABCP療法が奏効したMET遺伝子変異陽性肺癌の一例
1) 姫路赤十字病院 研修センター
2) 同 呼吸器内科
○松本 悠汰¹⁾, 狩野 裕久²⁾, 西岡 瑛²⁾, 青江晃太郎²⁾, 林 愛理²⁾,
中村 香葉²⁾, 真下 周子²⁾, 岸野 大蔵²⁾
- O-066 間質性肺炎の治療中に両側のニューモトセルと気胸を発症し肺嚢胞縫縮術を施行した1例
1) 姫路赤十字病院 臨床研修センター
2) 同 呼吸器内科
3) 同 呼吸器外科
○小西 杏花¹⁾, 田中 愛也²⁾, 西岡 瑛²⁾, 青江晃太郎²⁾, 林 愛理²⁾,
狩野 裕久²⁾, 中村 香葉²⁾, 真下 周子²⁾, 檜尾 享佑³⁾, 三原 大樹³⁾,
田尾 裕之³⁾, 岸野 大蔵²⁾
- O-067 アクチノマイセス膿胸の1例
1) 大手前病院 内科
2) 同 呼吸器内科
3) 同 呼吸器外科
○高橋 大夢¹⁾, 西條 伸彦²⁾, 堀尾 大介²⁾, 廣岡 亜矢²⁾, 中野 孝司²⁾,
前田 純²⁾
- O-068 Dysfunctional breathingへの介入が奏功した気管支喘息の一例
1) 大阪公立大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター
2) 同 大学院医学研究科 呼吸器内科学
○水岡 史織¹⁾, 山田 一宏²⁾, 佐藤佳奈子²⁾, 薮崎 興平²⁾, 平位 佳歩²⁾,
中井 俊之²⁾, 渡辺 徹也²⁾, 浅井 一久²⁾, 川口 知哉²⁾

- O-069 分類不能型免疫不全症に合併した granulomatous lymphocytic interstitial lung disease (GLILD) の1例
1) 関西医科大学附属病院 卒後臨床研修センター
2) 同 呼吸器感染症内科
○福島 快¹⁾, 尾形 誠²⁾, 福田 直樹²⁾, 宮下 修行²⁾

ランチョンセミナー3 (12:00～12:50) 座長 谷村 和哉
(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 講師)

座長講演:『気管支喘息診療の現状と課題』

演者講演:『喘息吸入療法再考～実臨床を踏まえエビデンスを読み解く～』

丸毛 聡

(公益財団法人 田附興風会 医学研究所

北野病院 呼吸器内科 主任部長 感染症科 主任部長)

共催: グラクソ・スミスクライン株式会社

呼吸器感染症② (13:00～13:36) 座長 花岡 健司
(奈良県総合医療センター 呼吸器内科)

- O-070 小細胞肺癌患者にリステリア・モノサイトゲネスによる心膜炎が合併したと考えられる一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○松村 和紀, 岡垣 暢紘, 坂本 裕人, 田中 佑磨, 中西 司, 中村 哲史,
上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介, 橋本 成修, 田中 栄作, 田口 善夫,
羽白 高

- O-071 重症インフルエンザ肺炎に侵襲性肺アスペルギルス症を続発するも、早期の治療介入により救命し得た一例

奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター 呼吸器内科

○坂上 直子, 松田 昌之, 林 由佳, 西崎 友哉, 渋谷 篤志, 奥田悠太郎,
藤岡安寿弥, 伊佐敷沙恵子, 佐藤 一郎, 伊木れい佳, 花岡 健司, 伊藤 武文

- O-072 気管支肺炎を呈し急激な経過を辿った劇症型溶血性連鎖球菌感染症の1例

1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科

2) 同 感染症内科

3) 同 臨床研究センター

○田中 悠也¹⁾, 倉原 優^{1,2,3)}, 小林 岳彦³⁾, 吉田志緒美³⁾, 露口 一成^{1,2,3)}

- O-073 アジスロマイシンが奏効した難治性ムコイド型肺炎球菌性肺炎の1例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○木村 脩人, 上田 将秀, 藤原 隆徳, 綿部 祐馬, 佐藤いずみ, 乾 佑輔,
茨木 敬博, 美藤 文貴, 岡田あすか, 竹中 英昭, 長 澄人

呼吸器感染症③ (13:36 ~ 14:12)

座長 中村 孝人
(奈良県西和医療センター 総合内科 感染症内科
腫瘍内科 呼吸器内科)

O-074 A.nigerによる慢性進行性肺アスペルギルス症に対し、イサブコナゾールが奏功した一例

1) 大阪大学医学部附属病院 呼吸器内科

2) 市立西宮中央病院 呼吸器内科

○仲谷 勇輝¹⁾, 辻 哲顕²⁾, 木島 涼²⁾, 軸屋龍太郎²⁾, 二木 俊江²⁾,
日下部祥人²⁾, 池田 聡之²⁾

O-075 慢性GVHDに伴う閉塞性細気管支炎の治療中*Schizophyllum commune*と
*Mycobacterium avium*に混合感染した一例

1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

2) 同 病理診断科

○田中 尚登¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 大塚 裕斗¹⁾, 杉山 貴康¹⁾, 青木 勝平¹⁾,
池田 陽呂¹⁾, 寺元 智希¹⁾, 笹田 剛史¹⁾, 中山真裕美¹⁾, 榛間 智子¹⁾,
神戸 寛史¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 政岡 亜実²⁾,
山下 大祐²⁾, 立川 良¹⁾

O-076 間質性肺炎の治療中に発症したアスペルギルスによる有癭性膿胸の一例

1) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

2) 同 呼吸器外科

3) 同 病理診断科

○岡垣 暢紘¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 坂本 裕人¹⁾, 田中 佑磨¹⁾, 中西 司¹⁾,
中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 池上 直弥¹⁾, 加持 雄介¹⁾,
田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 中川 達雄²⁾, 住吉 真司³⁾, 羽白 高¹⁾

O-077 乳癌に対するdose-dense化学療法中にニューモシスチス肺炎を発症した1例
大阪赤十字病院

○吉田 奈生, 山野 隆史, 黄 文禧

呼吸器感染症④ (15:50 ~ 16:35)

座長 水守 康之
(姫路医療センター 呼吸器内科)

O-078 外科的切除が行われた肺アスペルギルス症24例の検討

1) 独立行政法人 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

2) 同 呼吸器外科

○横井 陽子¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾,
鏡 亮吾¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 山之内義尚¹⁾,
平岡 亮太¹⁾, 平田 展也¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾,
植田 充宏²⁾, 長井信二郎²⁾, 今西 直子²⁾

- O-079 慢性呼吸器症状を呈し喘息と診断されていた気管支 Actinomyces 症の一例
神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
○青木 勝平, 大塚 裕斗, 田中 尚登, 杉山 貴康, 榛間 智子, 中山真裕美,
笹田 剛史, 神戸 寛史, 白川 千種, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,
富井 啓介, 立川 良
- O-080 尿中抗原陰性でLAMP法陽性のレジオネラ肺炎3例の検討
加古川中央市民病院 呼吸器内科
○小西 宏侑, 徳永俊太郎, 中矢日奈子, 堀 秀輔, 松尾 壮太, 戸谷 梨沙,
森田 敦視, 坂田 悟郎, 黒田 修平, 藤井 真央, 友國 佳奈, 堀 朱矢,
小林 和幸, 西馬 照明
- O-081 パラインフルエンザ3感染及びタモキシフェン関与が考えられ高熱, 咳, 全身皮疹
認めた一例
1) 社会医療法人 田北会 田北病院 内科
2) にしざき内科クリニック
3) 天理よろづ相談所病院 乳腺外科
○植田 勝廣¹⁾, 山口 真紀¹⁾, 砺山 隆行¹⁾, 中村 篤宏¹⁾, 稲田 司¹⁾,
西崎 和彦²⁾, 山城 大泰³⁾
- O-082 バロキサビル投与後, 遅発性にインフルエンザ肺炎をきたした1例
独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科
○平岡 亮太, 吉川 和志, 高田 正浩, 日隈 俊宏, 永田 憲司, 竹野内政紀,
平田 展也, 山之内義尚, 小南 亮太, 東野 幸子, 加藤 智浩, 鏡 亮吾,
横井 陽子, 塚本 宏壮, 水守 康之, 佐々木 信, 中原 保治, 河村 哲治

第 5 会 場

(1F/会議室 1)

原因不明の疾患、希少疾患② (9:00 ~ 9:45)

座長 三宅 浩太郎
(大阪大学大学院医学系研究科)

O-083 塵肺に伴う続発性肺胞蛋白症に対して全麻下区域洗浄を施行して良好な経過をたどった1例

1) 姫路医療センター 呼吸器内科

2) 同 病理診断科

○平田 展也¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 高田 正浩¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 永田 憲司¹⁾,
平岡 亮太¹⁾, 山之内義尚¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾,
鏡 亮吾¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
中原 保治¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 竹井 雄介²⁾

O-084 脳死肺移植を含む多分野集学的治療により長期治療管理を行った孤発性リンパ脈管筋腫症の剖検例

1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科

2) 公益財団法人結核予防会 複十字病院 呼吸器内科

3) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター

4) 同 放射線科

5) 同 病理診断科

6) 大阪府結核予防会 大阪複十字病院 内科

○竹内奈緒子¹⁾, 島矢未奈子²⁾, 滝本 宜之³⁾, 澄川 裕充⁴⁾, 清水 重喜⁵⁾,
松田 能宣¹⁾, 茂田 光弘¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 新井 徹³⁾, 井上 義一⁶⁾

O-085 検診で偶発的に発見された, 80歳台女性の無症候性肺底動脈大動脈起始症の一例
大阪済生会野江病院 呼吸器内科

○須賀 大貴, 山本 直輝, 的場 智也, 金子 顕子, 藤木 貴宏, 日下部悠介,
中山 絵美, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

O-086 硝子化肉芽腫症の病理像を呈した多中心性キャスルマン病の1例

1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科

2) 同 臨床研究センター

3) 同 放射線科

4) 同 病理診断科

5) 大阪府結核予防会 大阪複十字病院 内科

○竹内奈緒子¹⁾, 滝本 宜之²⁾, 茂田 光弘¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 香川 智子¹⁾,
澄川 裕充³⁾, 清水 重喜⁴⁾, 井上 義一⁵⁾, 新井 徹²⁾

O-087 重症呼吸不全を呈した自己免疫性肺胞蛋白症の一症例

- 1) NHO 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
- 2) 同 臨床研究センター
- 3) 同 麻酔科
- 4) 同 放射線科
- 5) 同 臨床検査科

○香川 智子¹⁾, 西原 昂¹⁾, 蓑毛祥次郎¹⁾, 小林 岳彦^{1,2)}, 龍華 美咲^{1,2)},
竹内奈緒子¹⁾, 滝本 宜之^{1,2)}, 井上 康³⁾, 広瀬 雅樹²⁾, 澄川 裕充⁴⁾,
清水 重喜⁵⁾, 新井 徹²⁾

スポンサードセミナー3 (10:00~10:50)

座長 伊藤 武文

(奈良県総合医療センター 呼吸器内科 部長)

『進展型小細胞肺癌の治療戦略』

講演1: 肺癌ICI臨床試験長期追跡データ

～統計的解釈を加えるとどうなる？

演者: 森田 智視(京都大学大学院医学研究科 医学統計生物情報学 教授)

講演2: Vulnerableってどういう意味？

～高齢、PS不良症例における非小細胞肺癌の治療を考える～

演者: 秦 明登(神戸低侵襲がん医療センター 呼吸器腫瘍内科 主任部長)

共催: 中外製薬株式会社

免疫チェックポイント阻害剤② (11:00 ~ 11:45)

座長 白山 敬之

(大阪大学 呼吸器・免疫内科)

O-088 免疫関連有害事象として中枢性尿崩症を発症し、ステロイド治療により顕在化した肺腺癌の一例

姫路赤十字病院 呼吸器内科

○西岡 瑛, 狩野 裕久, 青江晃太郎, 林 愛理, 中村 香葉, 真下 周子,
岸野 大蔵

O-089 自己免疫性肺胞蛋白症の経過中に発症した肺癌に対して化学放射線療法と維持療法を施行した一例

近畿中央呼吸器センター

○甘中 亮佑, 滝本 宜之, 茂田 光弘, 田宮 朗裕, 橘 和延, 沖塩 協一,
新井 徹

O-090 ABCP療法後に中枢性尿崩症を発症したEGFR陽性肺腺癌の一例

- 1) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
- 2) 同 内分泌内科
- 3) 同 放射線部

○坂本 裕人¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 田中 佑磨¹⁾, 中西 司¹⁾,
松村 和紀¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 池上 直弥¹⁾, 加持 雄介¹⁾,
田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 羽白 高¹⁾, 黒澤健太郎²⁾, 松永佐澄志²⁾,
太田 理恵³⁾

- O-091 小細胞肺癌術後早期の局所再発に放射線照射を行った後に、アテゾリズマブ併用化学療法を実施し奏効した1例
 1) 独立行政法人 国立病院機構 姫路医療センター
 2) 同 病理診断科
 ○小南 亮太¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 高田 正浩¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 永田 憲司¹⁾,
 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平田 展也¹⁾, 山之内義尚¹⁾, 加藤 智浩¹⁾,
 東野 幸子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 横井 陽子¹⁾,
 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 安松 良子²⁾
- O-092 免疫チェックポイント阻害薬併用化学療法中にサイトカイン放出症候群を発症した進展型小細胞肺癌の一例
 1) 京都済生会病院 呼吸器内科
 2) 京都府立医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
 ○永谷 浩平¹⁾, 西岡 直哉²⁾, 堤 玲¹⁾, 大倉 直子¹⁾, 張田 幸¹⁾

ランチョンセミナー4 (12:00～12:50)

座長 駄賀 晴子

(大阪市立総合医療センター 腫瘍内科)

『EGFR 遺伝子変異陽性肺癌に対する治療戦略の進化：
 新規 Mode of Action 薬剤アミバンタマブの臨床導入』

谷崎 潤子

(近畿大学医学部 内科学教室腫瘍内科部門)

共催：ヤンセンファーマ株式会社

分子標的治療薬 (13:00～13:54)

座長 西岡 直哉

(京都府立医科大学 呼吸器内科)

- O-093 最低用量のグマロンチニブで奏功した症例
 社会医療法人財団聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院
 ○長野 昭近, 中島 康博
- O-094 切除不能胸腺癌に対しレンバチニブ (LVB) の週末休薬および減量により長期奏功を得られた1例
 京都中部総合医療センター
 ○土井 悠暉, 廣瀬 和紀, 伊達 紘二
- O-095 MET 陽性肺癌に対して有害事象による薬剤変更のため MET-TKI を3剤使用し治療継続し得た一例
 1) 医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院 呼吸器内科
 2) 同 呼吸器外科
 ○石崎 直子¹⁾, 河合 正旺¹⁾, 森戸 翔基¹⁾, 今里 優希¹⁾, 千原 佑介¹⁾,
 齊藤 昌彦¹⁾, 伊東 真哉²⁾

- O-096 Alectnibが奏功した，若年のALK融合遺伝子を有する腺扁平上皮癌の一例
京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科
○松本 祥生，西岡 直哉，西村 直也，河内 勇人，片山 勇輝，岩破 將博，
金子 美子，徳田 深作，山田 忠明，高山 浩一
- O-097 EGFR陽性肺扁平上皮癌に対し異なる作用機序の抗EGFR薬を連続使用後に重篤な
皮膚障害を呈した一例
NHO 近畿中央呼吸器センター 呼吸器腫瘍内科
○住谷 仁，甘中 亮佑，小林 裕，神山友香梨，大下 一輝，稲垣 雄士，
谷口 善彦，小林 岳彦，新谷紗代子，蓑毛祥次郎，竹内奈緒子，松田 能宣，
滝本 宜之，田宮 朗裕，沖塩 協一
- O-098 セルペルカチニブによる著明な低Na血症を発症したRET融合遺伝子陽性非小細胞
肺癌の一例
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○田中 佑磨，池上 直弥，藤本 尚子，岡垣 暢紘，坂本 裕人，中西 司，
中村 哲史，松村 和紀，上山 維晋，加持 雄介，橋本 成修，田中 栄作，
田口 善夫，羽白 高

第 6 会 場

(1F/会議室2)

腫瘍性疾患・その他① (9:00～9:36)

座長 岡田あすか
(大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科)

O-099 乳癌の転移によるびまん性肺胞出血の一例

- 1) 市立吹田市民病院 呼吸器・リウマチ科
- 2) 同 外科

○東口 将佳¹⁾, 吉岡 節子²⁾, 水越大志郎¹⁾, 岡部 福子¹⁾, 山本有美子¹⁾,
角田 尚子¹⁾, 依藤 秀樹¹⁾, 鉄本 訓史¹⁾, 片田 圭宣¹⁾

O-100 肺癌脊椎浸潤が疑われた化膿性脊椎炎の1例

- 1) 石切生喜病院 呼吸器センター 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器センター 呼吸器腫瘍内科
- 3) 同 整形外科

○谷 恵利子¹⁾, 石川 遼馬¹⁾, 上野健太郎¹⁾, 引石 惇仁¹⁾, 中濱 賢治¹⁾,
吉本 直樹¹⁾, 南 謙一¹⁾, 平島 智徳²⁾, 高橋 佳史³⁾, 平田 一人¹⁾

O-101 多発粒状影, すりガラス影を呈しサルコイドーシス悪化との鑑別を要した癌性リンパ管症の1例

近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科

○松原 若葉, 吉川 和也, 川端 慶之, 國田 裕貴, 山崎 亮, 西川 裕作,
大森 隆, 佐野安希子, 西山 理, 松本 久子

O-102 抗がん剤治療中に傍腫瘍性神経症候群をきたした小細胞肺癌の一例

パナソニック健康保険組合 松下記念病院

○山岡 燎平, 西川 晶, 梶井 太輝, 山田 崇央

腫瘍性疾患・その他② (11:00～11:36)

座長 田崎 正人
(済生会中和病院 内科)

O-103 小脳症状に異常言動を伴った小細胞肺癌による抗Hu抗体, 抗SOX-1抗体陽性傍腫瘍性神経症候群の一例

- 1) 神鋼記念病院 呼吸器センター
- 2) 同 脳神経内科
- 3) 同 病理診断センター

○坂田 悟郎¹⁾, 門田 和也¹⁾, 高田 陽平¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 難波 晃平¹⁾,
藤本 佑樹¹⁾, 久次米知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 笠井 由隆¹⁾,
榊屋 大輝¹⁾, 中村 航大²⁾, 高橋 正年²⁾, 大林 千穂³⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

- O-104 EBUS-TBNA 検体のフローサイトメトリーが診断に有用であった濾胞性リンパ腫の1例
 国立病院機構 神戸医療センター 呼吸器内科
 ○宮崎 菜桜, 杉山 陽介, 宮前 秀彬, 川口 亜記, 寺下 智美, 土屋 貴昭
- O-105 陽子線治療関連気管支軟骨壊死に対して高圧酸素療法が奏効した一例
 公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器内科
 ○平井 将隆, 北島 尚昌, 東 寿希也, 本田 郁子, 西田 湧也, 知念 重希,
 久保 直之, 大倉 千明, 野原 瑛里, 神野 志織, 田嶋 範之, 森本 千絵,
 井上 大生, 福井 基成, 丸毛 聡
- O-106 器質性肺炎との鑑別が困難であった浸潤性粘液性肺腺癌と考えられる2例
 奈良県西和医療センター 呼吸器内科
 ○中井 昌弘, 田村 緑, 中 若菜, 新田 佑子

ランチョンセミナー5 (12:00～12:50) 座長 本津 茂人
(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座 准教授)

『周術期治療データを斬る』

藤本 大智
 (兵庫医科大学病院 呼吸器内科 講師)

共催：MSD株式会社

腫瘍性疾患・その他③ (13:00～13:36) 座長 山中 雄太
(関西医科大学)

- O-107 気管支鏡下生検中の腫瘍脱落后に再発なく経過した、気管支原発炎症性筋線維芽細胞性腫瘍の一例
 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
 2) 同 病理診断科
 ○杉山 貴康¹⁾, 田中 尚登¹⁾, 大塚 裕斗¹⁾, 寺元 智希¹⁾, 池田 陽呂¹⁾,
 青木 勝平¹⁾, 西田 湧也¹⁾, 榛間 智子¹⁾, 中山真裕美¹⁾, 齋藤正一郎¹⁾,
 庵坂 学外¹⁾, 笹田 剛史¹⁾, 神戸 寛史¹⁾, 白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾,
 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 原 重雄²⁾, 富井 啓介¹⁾, 立川 良¹⁾
- O-108 EUS-FNAによる縦隔リンパ節生検が病期診断治療に有用であった食道癌と肺腺癌の重複癌の1例
 1) 市立奈良病院 呼吸器内科
 2) 済生会中和病院 内科
 ○児山 紀子¹⁾, 間瀬 史絵¹⁾, 水野 雄貴¹⁾, 田崎 正人²⁾

O-109 局所麻酔下胸腔鏡下クライオ生検で診断したBurkittリンパ腫の一例

1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科

2) 同 血液内科

3) 同 病理診断科

○長 佳純¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾, 森田 敦視¹⁾, 黒田 修平¹⁾,
佐伯 悠治¹⁾, 豊田 純貴¹⁾, 清原あすか¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 多木 誠人¹⁾,
徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 東目 亜湖²⁾, 岡村 篤夫²⁾, 市川 千宙³⁾

O-110 切除不能肺腺癌に対する化学放射線療法後6年で病勢進行を認めた一例

1) 田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器内科

2) 同 腫瘍内科

○本田 郁子¹⁾, 丸毛 聡¹⁾, 平井 将隆¹⁾, 久保 直之¹⁾, 野原 瑛里¹⁾,
田嶋 範之¹⁾, 森本 千絵¹⁾, 北島 尚昌¹⁾, 井上 大生¹⁾, 西村 貴文²⁾,
福井 基成¹⁾

腫瘍性疾患・その他④ (13:36 ~ 14:12)

座長 池上 直弥
(天理よろづ相談所病院)

O-111 両側胸水と心嚢水貯留を契機に診断された悪性リンパ腫の一例

社会医療法人愛仁会 明石医療センター

○井上 拓弥, 畠山由記久, 宇都宮菜那, 古川 湧也, 池田 美穂, 岡村佳代子,
大西 尚

O-112 両側肺野にびまん性の陰影を呈し、間質性肺炎と鑑別を要した腺癌肺転移の一例
京都桂病院 呼吸器内科

○楠 咲, 尾崎 美樹, 柏木 郁実, 安田 直晃, 酒井 勇輝, 林 康之,
祖開 暁彦, 岩田 敏之, 西村 尚志

O-113 肺門部小細胞癌に伴う傍腫瘍神経症候群により2型呼吸不全を発症した1例
公益財団法人田附興風会 医学研究所 北野病院

○久保 直之, 田嶋 範之, 東 寿希也, 本田 郁子, 西田 湧也, 平井 将隆,
知念 重希, 大倉 千明, 野原 瑛里, 神野 志織, 森本 千絵, 北島 尚昌,
井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

O-114 器質化肺炎, 肺癌との鑑別を要した悪性リンパ腫の1例

1) 公益社団法人天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

2) 同 病理診断科

○中村 哲史¹⁾, 藤本 尚子¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 坂本 裕人¹⁾, 田中 佑磨¹⁾,
中西 司¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 池上 直弥¹⁾, 加持 雄介¹⁾,
橋本 成修¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 羽白 高¹⁾, 住吉 真治²⁾

抄 録

教育講演

スポンサードセミナー

ランチョンセミナー

スイーツセミナー

教育講演 1

生成AIで医学論文を読む時短戦略

倉原 優

独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター

英語論文を読むことは、臨床医にとって必要不可欠な営みであるが、英語が得意でない者にとっては高いハードルでもある。私は生まれも育ちも関西人であり、母国語は関西弁である。そのため、実は私自身も、英語の医学論文を読むことを苦手としている。

研修医時代は、医学論文を1本読むだけでも膨大な時間がかかっており、辞書を引きながら一文一文を読み解いていた。転機となったのは、翻訳ツールの登場であった。DeepLやGoogle翻訳などを用いることで、たとえ粗削りであっても、英語の壁をある程度乗り越えられるようになった。

そして2022年11月、OpenAI社のChatGPTの登場を皮切りに生成AIの時代が幕を開けた。その後もGoogle DeepMind社のGeminiやAnthropic社のClaudeといった高度なモデルが登場し、論文を読むだけでなく、検索、要約、レビューの作成、さらには論文執筆の補助まで、私たちの日常業務を支える多様な用途が広がっている。凄まじい速度で成長しており、1か月間触っていないだけで浦島太郎のような状態に陥る。そういったとっつきにくさもあって、生成AIを普段から触っている医師はまだ多くないのが現状である。

私にはプログラミングやコーディングの知識はなく、いわゆるAIガチ勢ではない点、ご海容いただきたい。今は黎明期ゆえに試行錯誤も多いが、この波に乗ることで、タイムパフォーマンスの是正や学術活動の効率化に大きく貢献できると考える。一臨床医の視点から、生成AIを活用してどのように論文読解の時間を短縮し役立つ知見を効率よく取り込んでいるかシェアできれば幸いである。

教育講演2

急性・慢性呼吸不全に対する非侵襲的呼吸管理： 個別化を目指した設定アプローチ

永田 一真

戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

呼吸不全に対する非侵襲的呼吸管理，すなわち NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）や HFNC（高流量鼻カニューラ酸素療法）は，現在の日常臨床において不可欠な治療手段となっている．特に COPD 増悪やうっ血性心不全に伴う急性呼吸不全に対しては，NPPV の有効性を示すエビデンスが豊富であり，短時間で呼吸状態が改善する症例も多い．一方，肺炎をはじめとする他の病態では，NPPV と HFNC を患者の忍容性や病態に応じて適切に選択することが求められる．また，慢性呼吸不全でも NPPV の使用は広まり，エビデンスと臨床経験が積み重ねられている．2022 年には在宅 HFNC が保険適用となり，今後さらに普及が進むと考えられる．

しかしながら，これらの手法の普及に技術の深化が伴っているかという点，必ずしもそうとは言い難い．HFNC は比較的「簡便」に使用できる点が利点である一方，NPPV は使用頻度の減少もあり，きめ細やかな設定調整や機器への習熟が十分でないまま使用されている場面も散見される．その結果，病態を反映しない安易な設定，例えば「とりあえず S/T モードで IPAP/EPAP は 8/4」といった一律のアプローチが選択されることも少なくない．

NPPV は，患者の意識を保ったまま呼吸補助を行える優れた手段であるが，意識があるからこそ，患者の快適性を高めなければ導入は困難となる．快適性を確保するためには，適切な圧設定に加え，同調性の向上を図ること，すなわち個々の呼吸パターンに応じた調整が不可欠である．そのためには，患者の病態の正確な把握とデバイスに対する十分な理解が前提となり，試行錯誤を通じて個別に最適化していく必要がある．これが不十分であると，「不耐」と判断されて HFNC などより快適性の高い手法へと早期に移行されてしまうリスクもある．

本講演では，急性期および慢性期における呼吸不全に対して，病態や目的を明確にしたうえで，どのように個別化された呼吸管理設定が可能か，実臨床に即して考察したい．

教育講演3

結核に関する最新知見について

玉置 伸二

独立行政法人国立病院機構 奈良医療センター 副院長

結核はわが国において人口10万人対の罹患率が2023年には8.1まで低下し、低蔓延状態となっている。しかし10,096人の患者が発生し、1,587人が死亡しており決して忘れてはいけない感染症である。一方で患者および医療従事者の結核に対する意識の低下による受診の遅れや診断の遅れが問題となっており、不適切・不十分な治療により耐性結核が増加することも危惧される。呼吸器科医にとって結核に関する最新知見を理解しておくことは非常に重要であると考え、2024年には日本結核・非結核性抗酸菌症学会から「結核診療ガイドライン2024」が発刊された。

わが国における結核患者の多くは高齢者となっている。しかし2023年においては全結核患者の16.0%を外国生まれが占めており、多くは20～30歳代であった。今後は高齢者結核、外国生まれ結核への対策が重要となるが、2025年3月以降フィリピン、ネパール、ベトナムを対象に入国前結核スクリーニングが開始されることとなった。

結核の診断には連続して3日間喀痰検査を行うことが推奨されている。核酸増幅法に加えて培養検査および薬剤感受性検査も必要となるが、既治療例や外国生まれの場合には遺伝子による耐性検査も実施する。Xpert MTB/RIFに加えてCobas MTB-RIF/INHも利用可能となった。今後はDeeplex Myc-TBの臨床導入も期待されている。

結核の標準治療はRFP、INH、PZA、EB（SM）による6ヵ月治療となっている。海外ではRPT + INH + PZA + MFLXによる4ヵ月治療が標準治療とされている。薬剤耐性を有しない症例に対しては、さらに短期間の治療の検討も行われている。

2025年3月には日本結核・非結核性抗酸菌症学会から「結核患者の入院と退院に関する新たな基準の提案」が行われた。結核患者の減少に伴い、病棟単位から病室単位での結核診療への移行の必要性を考慮されたものである。今後は地域の特性に応じて患者中心の結核診療を行っていく必要がある。

教育講演 4

肺病変を有する肺高血圧症 up to date

西山 理

近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

肺病変を有する肺高血圧症 (LD-PH) は一般的には第3群 PH である。肺病変自体による肺血管症の減少、低酸素性血管攣縮がその主病態であるため、肺血管拡張薬による治療は低酸素性血管攣縮の解除による肺内シャントの増加、換気血流バランスの悪化をもたらすため適応とならない。

しかし、一部 LD-PH においても、肺血管拡張薬が効果を示す例が存在し、こういった例では主に正常肺領域における肺動脈性肺高血圧症 (PAH) の要素を含んでいると考えられている。治療に使用する肺血管拡張薬としては、PDE5 阻害薬が第一選択とされてきた。PDE5 阻害薬は血管内皮細胞由来の一酸化窒素 (NO) から産生される cGMP が PDE5 により分解されるのを阻害することで血管を拡張に導く。したがって血管内皮細胞の障害が少なく NO 産生が多い正常肺領域で、PDE5 阻害薬の効果はより強く発現すると考えられることから、LD-PH における治療として本薬剤は都合が良い。しかし、前向き比較試験での証明はなく検証は不十分である。

一方、PAH においても、cardiopulmonary phenotype または lung phenotype といった概念が示され、これらフェノタイプでは治療反応性や予後が不良であることがわかってきた。軽度肺病変を有する PAH と推測されており、PH における肺病変理解の重要性は増すとともに分類は複雑化している。さらに、ILD-PH において吸入トレプロスチニルの有効性が無作為比較試験で示されたこと、国内外の指針で PH の診断基準が変更されたことなどにより、近年本領域では話題が多い。本教育講演では、LD-PH の病態の理解に加え、治療対象及び薬剤選択、その他最新の話題も含めて概説したい。

スポンサードセミナー 1

NSCLCにおけるオブジーボ+ヤーボイの最適解： ポジショニング・セレクション・マネジメント

池田 慧

関西医科大学 呼吸器腫瘍内科学講座 准教授

Ⅳ期非小細胞肺癌（NSCLC）の薬物療法は大きな進歩を遂げ、ドライバー遺伝子変異／転座陰性例では免疫チェックポイント阻害薬（ICI）による一次治療が標準となっている。加えて、近年では切除可能 NSCLC の周術期治療、切除不能Ⅲ期 NSCLC および限局型小細胞肺癌の化学放射線療法後の維持療法にまで適応が広がり、ICI の活躍の場は広がる一方である。

その中でも、CTLA-4 阻害薬イピリムマブの併用療法は、悪性黒色腫や腎細胞がんで示されたように、さらなる生存延長が期待できる新しい治療オプションとして期待されてきた。進行・再発 NSCLC に対するニボルマブ+イピリムマブ±化学療法の併用療法は、本邦では 2020 年 11 月 27 日に承認された。ピボタル試験である CheckMate-227 試験や CheckMate-9LA 試験の長期フォローアップデータが毎年更新され、従来 ICI に対する期待が小さかった PD-L1 陰性例においても生存延長が確認されている。

一方で、CTLA-4 阻害薬の併用により免疫関連有害事象（irAE）の頻度が増え、発現タイミングも早まることが、複数の報告から示唆されている。本邦で行われた第Ⅲ相 JCOG2007/NIPPON 試験は、ニボルマブ+イピリムマブ+化学療法群において 7.4% の治療関連死が発生したことから中止となった。心筋炎やサイトカイン放出症候群などの致死性 irAE への懸念から、CTLA-4 阻害薬の投与を躊躇う医師は依然として少なくないだろう。

本講演では、最新のデータを踏まえてニボルマブ+イピリムマブ併用療法のポジショニングと適切な患者選択を考察するとともに、患者さんに安全に届けるための irAE マネージメントの注意点や必要な工夫についてまとめる。

スポンサードセミナー2

今と未来を見据えたCOPD治療戦略 —より良いトータルマネジメントのために—

松永 和人

山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座 教授
山口大学医学部附属病院 病院長

COPDは喫煙者が罹患する代表的な慢性呼吸器疾患である。COPD死亡者数の増加に伴い健康日本21（第三次）において、COPDの治療目標が“認知率向上”から“死亡率減少”に改訂された。日本呼吸器学会では、この死亡率減少目標を達成するためのプロジェクトとしてProject for COPD Mortality Reduction By 2032（COMORE-By2032、通称：木洩れ陽 2032）が立ち上がるなど、COPDは今注目されている疾患の一つである。

COPDは進行性の疾患で長期間にわたる管理が必要であり、そのため健康寿命の延伸を目指す為には、疾患啓発や早期受診の促進、診断率の向上と適切な治療介入に加えて、COPD増悪リスクを有する患者の特徴やCOPD増悪が生命予後に及ぼす影響を考える必要がある。

COPDと心血管疾患との併存率は高く、心血管イベントに関連する危険因子が共通していることから、COPD増悪は心血管イベントに影響を及ぼす可能性が懸念されている。

これまで海外のエビデンスにおいてCOPD増悪による交感神経系の亢進などから、心血管疾患併存COPD患者では心筋梗塞などの心血管疾患リスクが高まることが示されていた。昨年本邦においても、COPD患者において中等度および重度のCOPD増悪発生後1年間は心血管疾患イベント発生リスクが高まることが示された。

また、COPD増悪は将来の増悪リスクに繋がることからCOPD治療において増悪ゼロを目指す早期治療介入は現状と長期予後を改善できる可能性がある。

本セミナーでは、COPD治療のより良いトータルマネジメントのために、早期発見と増悪ゼロを目指す治療介入に加えて、COPD対策の推進や疾患啓発でCOPD患者にお伝え頂きたいことについて解説する。

スポンサードセミナー3

進展型小細胞肺癌の治療戦略

講演1…肺癌ICI臨床試験長期追跡データ ～統計的解釈を加えるとどうなる？

森田 智視

京都大学大学院医学研究科 医学統計生物情報学 教授

がん薬物治療に関する多くの臨床試験が進行中であり、結果が次々に発表されている中で、臨床試験の計画や結果の解釈を統計的視点から考察する機会も増えているのではないのでしょうか？がん臨床試験では全生存（OS）期間や無増悪生存（PFS）期間といった「生存期間」を用いて有効性を評価することが主目的になっています。またエンドポイントは新薬の登場によって移り変わってきており、化学療法が主流であった時代から、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬の臨床試験ではその結果を適切に解釈するために統計的な見方も一つの重要なポイントになってきています。臨床試験結果を参照して治療法を決定されている先生方にとって、結果を適切に解釈することの重要性が以前よりましてますます高くなっているのではないかと思います。本講演では、生存曲線を読み解くための統計的な基本事項を復習しながら、免疫チェックポイント阻害薬の臨床試験を事例にとくに長期追跡されたOSデータを統計的にどのように解釈できる（すべきな）のか議論を深めたいと思います。

スポンサードセミナー3

進展型小細胞肺癌の治療戦略

講演2…Vulnerableってどういう意味？

～高齢、PS不良症例における非小細胞肺癌の治療を考える～

秦 明登

神戸低侵襲がん医療センター 呼吸器腫瘍内科 主任部長

JCOG作成の高齢者患者集団区分けによると、高齢者（elderly）は「Fit」、 「Vulnerable」、 「Frail」に分類される。PS良好、合併症なし、見た目も若年者と変わらないようなFit elderlyでの治療は“no clinical question”であり、若年者と同様のレジメンが適応されることが多い。PS不良、合併症も複数有するようなFrail elderlyも“no clinical question”であり、通常はBSCが選択される。Vulnerableは辞書で引くと、「脆弱な」との意味であるが、この区分けでは、FitではないがFrailでもない、例えばPSが1.5くらい、なんらかの合併症を有する、見た目もピンピンしているとまでは言えない“微妙な”症例をVulnerableと定義している（と個人的には推察してる）。Vulnerable elderlyは臨床でよく遭遇する高齢者像であり、このような症例にどのような治療を提供すべきかが悩ましい。

高齢・PS不良例にはドライバー変異陽性であれば分子標的治療が適応されるが、陰性の場合の治療は免疫療法（ICI）や細胞障害性抗癌剤（Chemo）となる。自覚的な毒性が軽微なためICI単独療法が選択され易く、奏効期間は長い、その奏効率は低い（ホームランか三振か）。Chemoに関しては、病勢制御率は高いものの、長期に奏効することはほほない。Chemo+ICIが投与できれば高い病勢制御と長期奏効の双方が期待できるが、高齢・PS不良例への投与は毒性（特に治療関連死）の懸念があり、レジメンの選択が肝心となる。

抗PD-L1抗体は抗PD-1抗体と比較して、重篤なirAEの頻度が低いとのメタ解析が報告されている。抗PD-L1抗体のAtezolizumab（ATZ）を用いたChemo+ICIレジメンであるIMpower130レジメン（CBDCA+nab-PTX+ATZ）およびIMpower132レジメン（Plt製剤+PEM+ATZ）は高齢者において良好な生存を示唆するサブ解析の結果がある（HRはそれぞれ0.54, 0.77）。これらのChemo+ICIレジメンは実臨床におけるvulnerableな高齢者やPS不良例の有効な選択肢になり得るポテンシャルがあり、dose modificationすることで更に実臨床で適用し易くなる可能性がある。

本講演ではvulnerableな高齢者やPS不良例における最適治療について、臨床試験データや我々の実臨床の経験も踏まえて議論したい。

ランチョンセミナー 1

肺 MAC 症の新展開：病態理解から新規治療戦略

南宮 湖

慶應義塾大学医学部 感染症学教室

肺 NTM 症，特に肺 MAC 症は，中高年女性に多くみられる慢性進行性の呼吸器感染症であり，年々その罹患率は増加傾向にある．日本は世界でも肺 MAC 症の罹患率が極めて高く，本疾患に対する病態理解の深化と治療戦略の刷新は喫緊の課題である．

近年，肺 MAC 症の発症には疾患感受性遺伝子の関与に加えて，粘液線毛クリアランス機能の低下など，気道局所環境の異常が関与していることが明らかになりつつある．

また，近年注目されているのが，NB（結節・気管支拡張型）型肺 MAC 症に対する早期治療介入の意義である．従来，NB 型は進行が緩徐であるとされ経過観察されることが多かったが，近年のコホート研究や画像診断技術の進歩により，一定の割合で空洞形成を伴う進行例が存在することが報告されており，早期からの治療介入の有用性が示唆されている．

こうした治療介入の選択肢のひとつとして，標準治療（マクロライドを含む 3 剤併用療法）を行っても排菌が持続する難治性肺 MAC 症に対し，吸入型リポソームアミカシン（ALIS: amikacin liposome inhalation suspension）の導入が注目されている．

ALIS は，リポソーム化によって薬剤を肺局所に高濃度で送達・保持できる特性を持ち，全身性の副作用を抑えつつ，難治性症例において治療効果が期待されている．申請者らの自験例においても，ALIS 導入後に喀痰培養陰性化を達成し，CT 画像上の病変縮小などの改善所見が得られた症例を経験しており，導入症例の一部について本講演にて紹介する．また，吸入手技に関する指導体制や導入教育の整備が進んだことにより，現在では外来における ALIS 導入も実現可能となりつつある．今後は，ALIS を含む治療薬の適正使用を前提とした個別化治療アルゴリズムの構築と，病態進展予測モデルとの統合による，より精緻な治療介入の最適化が期待される．本講演では，これらの最新の知見を基に，肺 MAC 症の病態理解から新規治療戦略に至るまでの実臨床と研究の接点について展望する．

ランチョンセミナー2

非がん性呼吸器疾患とアドバンス・ケア・プランニング

立川 良

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 部長代行

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は、「将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス」と定義される。これは、患者をケアの主体と捉え、その価値観に焦点を当てることで、全人的医療を提供するための基盤となる枠組みである。2018年の「人生の最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」において、ACPは意思決定支援の中核的なプロセスとして位置づけられ、さらに2024年度の診療報酬改定では、入院料の通則の要件に「人生の最終段階における意思決定支援」が規定された。すなわち、ACPは医療現場において、「倫理的に推奨されるプロセス」から「制度的に求められる標準的医療行為」へと、その位置づけが進化したと言える。

ACPは決して特別なものではない。普段の診療やケアにおける対話や気づきから、患者の想いのかけらを集め、時に人生の物語に耳を傾け、患者が望む医療・ケアの実現へとつなげていく営みである。「プランニング」という言葉には、患者の希望や価値観を事前に詳細に定義し、それに基づいて終末期ケアを一貫して実施するという期待が含まれているかもしれない。しかし、患者の気持ちは病状の進行や時間の経過によって変わることが多く、事前に計画されたケアが常に最善とは限らない。ACPは、固定的な計画を作成することではなく、むしろ流動的な状況に応じて将来の柔軟な意思決定を行うためのダイナミックな意思決定支援プロセスとして理解されるべきである。形式的な計画にとらわれず、患者の価値観に寄り添いながら、最適な選択を模索し続けることがACPの本質と言えよう。

本講演では、間質性肺疾患をはじめとする非がん性呼吸器疾患を対象に、緩和ケアにおけるアンメットニーズ、およびACPの意義と臨床における位置づけを概説する。さらに、ACPの効果的な普及に向けた実践的アプローチとして、組織的な啓発・教育の重要性に加え、日常診療にACPを浸透させるための体系的ツールの導入と活用について、当院の取り組みを紹介する。ACPは、患者の多面的な価値観を引き出し、共有する継続的なプロセスであり、多職種の連携によるチーム医療が不可欠である。分業化が進む現代の医療現場において、「患者の想いのかけらをリレーする」ACPの意義について、参加者の皆様と共に再考する機会としたい。

ランチョンセミナー3

喘息吸入療法再考～実臨床を踏まえエビデンスを読み解く～

丸毛 聡

公益財団法人田附興風会 医学研究所
北野病院 呼吸器内科 主任部長 感染症科 主任部長

気管支喘息の長期管理薬は吸入ステロイド（ICS）と長時間作用型 β 2刺激薬（LABA）の併用が基本だが、ICS/LABAのみではコントロール不十分な症例も多い。近年、ICS/LABAに長時間作用型抗コリン薬（LAMA）を加えた3剤配合吸入（トリプル）療法（SITT）の有効性が注目されている。国際第Ⅲ相試験CAPTAINでは、ICS/LABAにLAMAを追加したトリプル療法群で24週後FEV₁がICS/LABA群より約100mL有意に改善した。また、慢性咳嗽を伴う喘息患者を対象とした国内COCO A試験では、トリプル療法開始により咳嗽の頻度・強度が改善し、夜間症状・QOL・肺機能も改善傾向を示した。これらエビデンスを踏まえ、従来の段階的治療に対し初回からトリプル療法を導入するアプローチの有効性・安全性も検討されている。

GINA2024・PGAM2024でも基本治療はICS/LABAと位置付けられ、JGL2024では症状が毎日あり夜間症状が週1回以上の症例（ステップ3）からトリプル療法を考慮すると読み解かれる。ICS/LABA治療の限界として、ウイルス感染後のステロイド抵抗性や、高齢・肥満など一部病態での β 2刺激作用減弱が知られる。一方、LAMAは迷走神経経路を遮断して気道平滑筋収縮や粘液分泌を抑制し、多面的な作用を発揮する。ICS/LABA使用患者にLAMAを追加すると肺機能が有意に改善し、低肺機能の患者ほど改善幅が大きい。喫煙によりICS/LABA効果が減弱した例でもLAMAの肺機能改善作用は維持され、高齢喘息で見られがちな閉塞性障害の改善にも有用である。さらにLAMA（Tiotropium）追加は難治性咳嗽や咳受容体過敏性を改善する効果も報告されている。

以上より、喘息の炎症タイプや臨床フェノタイプに応じた治療最適化の重要性が増している。システマティックレビューでは、好酸球性喘息（T2 high）ではICS主体治療に加えトリプル療法を併用することで肺機能・症状の一層の改善や増悪抑制が期待される。T2 lowの肥満関連・喫煙関連喘息ではICS抵抗性の関与が推察され、LAMA併用による神経性炎症経路の制御が有効と考えられる。また、ACOでは高度の気流閉塞や分泌亢進を伴うことが多く、早期からトリプル療法による包括的管理が推奨される。さらに慢性咳嗽が顕著な例でもトリプル療法により咳症状が速やかに改善し得る。本講演では最新エビデンスと実臨床データに基づき、喘息吸入療法を再考し各フェノタイプに対応した治療戦略の最適化について解説する。

ランチョンセミナー4

EGFR 遺伝子変異陽性肺癌に対する治療戦略の進化： 新規 Mode of Action 薬剤アミバンタマブの臨床導入

谷崎 潤子

近畿大学医学部 内科学教室腫瘍内科部門

EGFR 遺伝子変異陽性肺癌は、分子標的治療薬の登場により治療成績が飛躍的に向上してきた。現在では、第3世代 EGFR-TKI による初回治療が高い有効性を示し、広く臨床に用いられている。しかしながら、単剤での無増悪生存期間（PFS）は2年未満、全生存期間（OS）の中央値も約3年と限界があり、脳転移を有する症例や特定の遺伝子変異を合併する症例では効果が限定的であることも報告されている。このような背景から、さらなる治療選択肢の開発が強く求められてきた。

本邦では2024年3月27日、EGFR および MET を標的とする二重特異性抗体アミバンタマブと、新規第3世代 EGFR-TKI であるラゼルチニブの併用療法が、肺癌領域で初めて承認された。アミバンタマブは、EGFR および MET を同時に標的とし、さらに免疫細胞を介した抗腫瘍効果を有する完全ヒト型の二重特異性抗体であり、新たな作用機序（Mode of Action）を有する薬剤として注目を集めている。この併用療法は、EGFR および MET の双方を同時に抑制する唯一の分子標的治療レジメンである。

MARIPOSA 試験において、アミバンタマブとラゼルチニブの併用療法は、EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌の一次治療として、オシメルチニブ単剤に対し PFS で有意な延長を示した（中央値 23.7 ヶ月 vs 16.6 ヶ月, HR 0.70）。さらに、OS においても有意な改善が認められた（中央値未達 vs 36.7 ヶ月, 3 年生存率 60% vs 51%, HR 0.75）。本レジメンは、化学療法を用いずに PFS および OS の両方で有意差を示した初の多標的治療法である。

一方、安全性の面では、皮膚障害、輸注反応（IRR）、静脈血栓塞栓症（VTE）などの有害事象が認められており、適切な予防策および管理が重要である。

本講演では、エクソン 19 欠失および L858R 変異に対する治療成績や、獲得耐性に対する“先回り”のアプローチとしての二重特異性抗体の意義、ならびにその独自の作用機序について概説する。また、EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌患者の予後改善を目指した最新の治療戦略について、最新エビデンスを基に解説する。

ランチョンセミナー5

周術期治療データを斬る

藤本 大智

兵庫県医科大学病院 呼吸器内科 講師

肺がん周術期治療において免疫チェックポイント阻害薬であるPD-1/PD-L1阻害薬は進行期と同様に標準治療の一角を担っている。現状として周術期におけるPD-1/PD-L1阻害薬の使用は①術後療法 ②術前療法 ③術前術後療法の三つに大別され、それぞれ有効性が証明され、多くの患者に対して導入が期待される。今後も大規模な臨床試験のデータが発表されることが期待されており、抗癌治療の期間やタイミングについて多くの議論がなされることと考える。

さて、周術期薬物療法における最も重要な課題は、以下の3つの患者群に対して同じ治療が一律に投与されている現状である。すなわち、手術単独で治癒する患者、手術単独では治癒しないが薬物療法により生存延長可能な患者、そして手術単独で治癒せず周術期治療を行っても生存延長不可能な患者である。新規薬剤が登場しても、周術期薬物療法にて生存期間が延長しない患者には周術期薬物療法が害にしかならないため、これらの問題が完全に解決するわけではない。また、PD-1/PD-L1阻害薬を含めて従来の標準治療に追加して投与を行うことにより「毒性が増える」というのは確実であり、患者に対するデメリットが大きくなってしまいう可能性を秘めているために、そこまでして得られるメリットが何なのかは、より重要視しなければならないと考えている。

近年の周術期治療の議論として、臨床家が目の前の患者に対して臨牀的解釈から治療選択を行うことは重要でありながら、統計学的な配慮を欠いた解析部分やサブセット解析などの極めて探索的な解析や臨牀的解釈に重きが置かれ、製薬企業などからの提供される情報も薬剤宣伝のために科学的な本質から目を逸らした情報となっていることも否めない。また、いわゆるネガティブエビデンスは企業から提示されず、臨床家に対してバイアスのかかったポジティブな探索的解析結果などが提供され、それにより臨牀的判断がなされていることも感じる場所である。

本講演では、周術期臨床試験においてネガティブエビデンスも含めて話をさせていただき、患者に対して自信をもって有効性改善を話すことができる戦略は何かという観点から講演したいと考える。

スイーツセミナー 1

吸入療法、見直しませんか？

—HFNC・NPPV × 振動メッシュネブライザーの可能性

神戸 寛史

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

吸入療法は、呼吸器疾患において重要な治療法の一つです。慢性期はもちろん、急性期や呼吸管理下においても、その手法やデバイスの選択が治療効果に大きく影響します。本講演では、NPPV、HFNC、人工呼吸器使用下での吸入療法について、最新の知見と実臨床における活用例を交えてご紹介いたします。

中でも、近年特に注目を集めているデバイスが振動メッシュネブライザー（VMN）です。VMNは、従来のジェットネブライザー（JN）やpMDIと比較して薬剤送達効率に優れ、回路を閉鎖したまま使用できる特性から、感染対策や重症患者への応用において高い有用性が期待されています。

HFNC下での吸入療法に関しては、近年、米国・欧州・アジア諸国において国際共同アンケート調査が実施され、実臨床での実践方法や地域間のばらつきが報告されました。これらの国際的知見をふまえ、我々は日本国内における臨床現場の実態を明らかにするべく、呼吸器・集中治療・呼吸療法の3学会協力のもと、全国規模のアンケート調査を行いました。

本講演では、こうした国際・国内両調査の結果を踏まえつつ、各種デバイスの設置位置、加温加湿との関係、回路構造に応じた工夫点などを症例も交えてご紹介し、吸入療法に対する理解を深め、より適切な呼吸管理のあり方を皆さまとともに考えてまいります。

スイーツセミナー2

講演1…新時代の重症喘息の治療戦略

～デュピルマブによる症状コントロールの重要性～

甲斐 吉郎

南奈良総合医療センター 呼吸器内科 部長

重症喘息は全喘息患者の約5～10%を占め、標準治療では十分なコントロールが得られないことが多く、咳嗽、喀痰、労作時呼吸困難らの症状により生活の質（QOL）を著しく低下させる。近年の病態解明に伴い、炎症のタイプに応じた生物学的製剤による個別化治療が進展しており、特にType2炎症に関与するサイトカインIL-4およびIL-13を標的とするデュピルマブ（抗IL-4R α 抗体）の登場は、幅広い治療選択肢として注目されている。

デュピルマブは、好酸球性炎症およびアレルギー性喘息に深く関与するIL-4/IL-13経路を阻害し、気道炎症の抑制、喘息症状の改善、増悪頻度の低下をもたらす。国内外の臨床試験において、デュピルマブは吸入ステロイドや長時間作用型 β 2刺激薬などの従来治療では十分な効果が得られなかった重症喘息患者に対して、良好な有効性を示している。また、経口ステロイド（OCS）依存症例においても、OCS使用量の減少が報告されており、副作用軽減という点でも意義は非常に大きい。

さらに、喘息と慢性閉塞性肺疾患（COPD）の両方の特徴を有するACO（Asthma-COPD Overlap）は、治療抵抗性でかつ進行性の病態を呈することが多い。ACOにおいても一部の症例ではType2炎症が関与しており、特に好酸球高値やアトピー素因を有する患者において、デュピルマブの有効性が期待される。当院でも、ACO患者にデュピルマブを導入した結果、呼吸困難感、喀痰、咳嗽などの症状や増悪頻度の改善を認め、さらに運動耐容能の改善を認めた症例が存在し、その有用性が示唆された。

本講演では、当院におけるデュピルマブ使用症例を通じて、重症喘息およびACO患者への効果、QOLの変化、ならびに今後の治療戦略における役割について報告・考察する。

デュピルマブは、新時代の喘息治療において、病態に即した個別化医療の中核を担う存在となりつつある。今後は、長期的な有効性や、適応拡大となった好酸球性COPDにおける炎症制御に対する新たな治療軸としても期待される。

スイーツセミナー2

講演2…COPD治療における新たな選択肢： デュピクセントの作用機序と臨床的意義

佐藤 篤靖

京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 講師

慢性閉塞性肺疾患（COPD）の発症と進行において免疫機能が重要な役割を果たしていることが明らかになってきている。免疫の老化、感染に対応する能力の低下、炎症細胞の活性化などが挙げられるが、細気管支領域を中心とする微小環境における細胞間ネットワークの恒常性破綻が疾患に大きく寄与する事が明らかとなりつつある。細胞レベルではCOPDに特徴的な細胞群がシングルセル解析で徐々に明らかとなり、疾患病態への理解が深まりつつある。しかしながら、常に外気に接する肺の臨床病態は複雑であり、慢性進行性であり増悪を呈する病態などの動的な状態への理解は不十分である。

近年は気管支喘息を対象とした生物学的製剤治療が大きく発展し、疾患コントロールに大きく寄与している。多くはTh2反応を中心としたアレルギー素因を標的としている。COPDにおいても免疫のTh2シフトはリスク因子の一つとして確立しており、吸入ステロイド導入の指標でもあり増悪予防の標的と認識されている。COPD患者がどのようにしてTh2免疫を獲得するか、さらに発展的な治療である生物学的製剤の適応を含めて本講演で概説する。

メ 毛

抄 録

一 般 演 題

O-001

胸水セルブロックにより診断し得た PEL-LL の一例

近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科

○永橋 享汰朗, 西川 裕作, 富田 淳史, 松原 若葉,
川端 慶之, 國田 裕貴, 吉川 和也, 山崎 亮,
大森 隆, 佐野安希子, 西山 理, 佐野 博幸,
松本 久子

【症例】80歳代女性【現病歴】202X-1年12月より呼吸困難を自覚。症状が増悪し202X年1月に近医にて右胸水を指摘され当科紹介。胸水穿刺で滲出性胸水, リンパ球優位, 細胞診で悪性リンパ腫の疑い, 胸水セルブロックにてB細胞悪性リンパ腫と診断した。胸膜生検を施行したが有意な所見なく, PET-CTでも有意な集積は認めず原発性滲出性リンパ腫(Primary Effusion Lymphoma: PEL)を疑った。胸水セルブロックの免疫染色でHHV8が陰性でありHHV8-unrelated PEL-like lymphoma: PEL-LLと診断した。【考察】PELは胸水や腹水などに発生するB細胞性悪性リンパ腫で, 同定する腫瘍性病変を認めないものをいう。診断にはHHV8の陽性が必須であるが, まれにHHV8陰性の疾患がありPEL類似疾患でPEL-LLと呼ばれる。両者は治療の反応や予後に差があり, その鑑別は重要である。胸水セルブロックのHHV8の免疫染色が診断に有用なPEL-LLの症例を経験したので報告する。

O-002

PeriViewFLEXによる穿刺吸引針生検が術前診断に有用であった気管支壁外肺カルチノイドの1例

1) NHO 姫路医療センター 呼吸器内科
2) 同 病理診断科

○山之内義尚¹⁾, 水守 康之¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 永田 憲司¹⁾,
平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾,
加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾,
竹井 雄介²⁾, 安松 良子²⁾, 中原 保治¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
河村 哲治¹⁾

64歳女性, 増大傾向の左下葉結節影で当院紹介受診。CTで左B⁹aⁱⁱの気管支壁外に13mmの辺縁明瞭な円形結節を認め, PET-CTでSUV max 2.4のFDG集積亢進を認めた。気管支鏡で左B⁹aⁱⁱに軽度の壁外性狭窄を認めたが, 気管支上皮の異常所見はなかった。狭窄部のradial EBUS所見で低エコー腫瘍がadjacent toに描出され, 穿刺部に血管が介在しないことを確認したうえで, PeriViewFLEXを用いて穿刺吸引針生検を行った。病理組織で短紡錘形細胞の集簇を認め, 免疫染色でカルチノイドが疑われた。左下葉切除術が施行され, 病理で定型肺カルチノイド(pT1bN0M0 stageIA2)と診断, 術後再発なく経過している。通常鉗子による生検が困難であった定型肺カルチノイドに対し, r-EBUSと穿刺吸引針生検の併用により術前診断し得たので報告する。

O-003

気管支動脈肺動脈瘻を合併した気管支動脈蔓状血管腫の症例

1) 社会医療法人財団聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院 臨床研修センター
2) 同 呼吸器内科

○石川 永輔¹⁾, 長野 昭近²⁾, 中島 康博²⁾

【症例】60代 女性【主訴】胸部異常陰影【現病歴】健康診断で前年度指摘のなかった右中肺野の結節影を指摘され, 同月に当院を受診した。【臨床経過】胸部造影CTで右気管支動脈の蛇行と拡張があり, 病変は長径18mmで一部に石灰化を伴っていた。気管支蔓状血管腫および多発気管支動脈瘤と診断。気管支動脈塞栓術の方針で紹介し, 胸部造影MRAで気管支動脈-肺動脈瘻も指摘されX年9月にカテーテルによる動脈塞栓術を行った。術後経過は良好である。【考察】本症例は無症候性で, 気管支拡張症など原発性の肺疾患は認めず, また先天的な異常疾患の既往も認めなかった。症例報告が稀なため, 若干の考察を交えて報告する。

O-004

CTガイド下生検にて診断した良性転移性平滑筋腫瘍の1例

1) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器・血液内科
2) 同 胸部腫瘍学特設講座
3) 同 病理診断科

○村田 卓嗣¹⁾, 藤本 大智^{1,2)}, 森 麻子¹⁾, 加藤 瑞貴¹⁾,
太田 博章¹⁾, 脇田 悠¹⁾, 近藤 孝憲¹⁾, 神取 恭史¹⁾,
清田稔太郎¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 多田 陽郎^{1,2)},
柊木 芳樹^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 大搦泰一郎^{1,2)},
高橋 良^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)},
木島 貴志^{1,2)}, 山崎 隆³⁾

症例は47歳女性。巨大子宮筋腫に対してX-14年, X-4年と2回巨大筋腫核出術を施行されたが再発を繰り返しており, 子宮全摘出術も勧められたが本人希望で保存的加療をされていた。また多発肺転移, 胸膜転移, 骨転移も疑われていたが画像フォローのみを継続されていた。X年9月に職場健診で肺の異常陰影を指摘され同年10月31日に当院呼吸器内科を受診された。胸部CTにて左胸膜腫瘍の増大傾向を認め, 肉腫等悪性腫瘍の鑑別のため左胸膜腫瘍に対してCTガイド下生検を施行した。病理検査結果で良性平滑筋腫の診断となり悪性所見は認めなかった。今後は当院産婦人科にてホルモン療法を継続する予定である。良性転移性平滑筋腫は病理学的に良性であるにも関わらず転移を来す稀な疾患であり, 若干の考察を加えて報告する。

O-005

偶然発見された気管支アミロイドーシスの1例

- 1) 彦根市立病院 呼吸器内科
2) 同 呼吸器外科

○藤本 直輝¹⁾, 月野 光博¹⁾, 西岡 憲亮¹⁾, 岡本 菜摘¹⁾, 林 栄一²⁾

60歳代男性。健康診断で胸部異常影を指摘され、精査目的に当科を受診した。胸部CTで右肺中葉の容積減少および浸潤影、さらに両下葉に不整形のすりガラス影を認めた。気管支鏡検査で右中葉支内腔および右下葉支入口部に隆起性病変を認め、生検にて淡好酸性の無構造物の沈着を多数認めた。組織はCongo-Red染色で陽性、偏光顕微鏡下で黄緑色に発光する所見からアミロイドーシスと診断し、免疫組織学的検査によりALアミロイドと同定された。他臓器へのアミロイド沈着や、多発性骨髄腫を示唆する所見は認めず、限局性の気管支アミロイドーシスと診断した。現在、明らかな症状は認められず経過観察中である。本症例は、限局性病変であるにもかかわらず、浸潤影および多発するすりガラス影という比較的非典型的な画像所見を呈した点が特徴的である。気管支原発のアミロイドーシスは稀であり、鑑別診断上重要な所見を呈した症例として報告する。

O-006

自己免疫性肺胞蛋白症の経過中に顕微鏡的多発血管炎を発症した1例

国立病院機構 姫路医療センター

○永田 憲司, 田中 愛也, 吉川 和志, 高田 正浩,
日隈 俊宏, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太,
山之内義尚, 東野 幸子, 加藤 智浩, 横井 陽子,
中原 保治, 鏡 亮吾, 水守 康之, 塚本 宏壮,
佐々木 信, 河村 哲治

67歳女性。呼吸困難感を主訴にX-12年当科初診。CTでcrazy paving appearanceを認め、BALで白濁を呈し、抗GM-CSF抗体高値であったことから自己免疫性肺胞蛋白症(APAP)と診断。他院へ紹介、全肺洗浄が実施された。その後増悪と軽快を繰り返しながら線維化が進行、X-3年よりNintedanibが導入された。その後気胸を繰り返していたが、X年に抗菌薬不応の肺炎を発症、MPO-ANCA高値から顕微鏡的多発血管炎(MPA)と診断、PSL, Avacopan, IVCYで寛解導入治療を行い、寛解を維持している。考察: APAPの経過中にMPAを発症する症例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

O-007

食道癌に対するニボルマブ投与中に肺浸潤影増大を認め、気管支鏡検査で薬剤性サルコイド反応と診断した一例

Panasonic 健康保険組合 松下記念病院

○西川 晶, 山岡 燎平, 榊井 太輝, 山田 崇央

症例は65歳男性。食道癌に対してX-2年4月よりニボルマブを開始し、腫瘍の縮小を維持していた。X-1年12月に免疫関連有害事象(irAE)腸炎を発症したためニボルマブを中断の上でステロイドを開始し、症状改善後のX年7月より投与を再開した。同年7月末頃から咳嗽が出現し、胸部CT検査で右下葉の浸潤影を認めた。症状は改善せず、10月の胸部CT検査で浸潤影の増大を認めたため、当科紹介となった。気管支鏡検査を行い、悪性細胞は認めなかったが、多核巨細胞を含み壊死のない類上皮肉芽腫を認め、薬剤性サルコイド反応と診断した。ステロイドの内服を開始したところ咳嗽は消失し、胸部CT検査で浸潤影の改善を認めたため、ステロイドを漸減した。肺実質陰影からサルコイド反応と診断される例は少なく、特に浸潤影をきたした例は稀であるが、免疫チェックポイント阻害薬投与後に生じた肺陰影の増強においては悪性腫瘍や感染症以外にサルコイド反応も考える必要がある。

O-008

カルボプラチン+エトポシド+デュルバルマブ併用療法後にirAE 心膜炎・心筋炎をきたした小細胞肺癌の一例

奈良県総合医療センター

○林 由佳, 花岡 健司, 坂上 直子, 西崎 友哉,
渋谷 篤志, 奥田 陽亮, 佐藤 一郎, 伊佐敷沙恵子,
松田 昌之, 伊木れい佳, 伊藤 武文

症例は64歳男性。小細胞肺癌cT3N3M1c, Stage4Bに対してカルボプラチン+エトポシド+デュルバルマブ併用療法を開始した。Day21にCK著明高値、腎機能障害、肝機能障害が出現し、さらに心嚢液貯留、左室びまん性壁運動低下、心房細動を認めた。また、血圧低下と代謝性アシドーシスも合併したため心嚢ドレナージおよび人工呼吸管理を行い、ステロイド治療を開始した。心嚢液からは悪性細胞を認めず腫瘍も縮小傾向であり、irAE心膜炎・心筋炎が疑われた。ステロイド治療後、CK値と心機能は改善を認めたがPSの低下を認め、全身化学療法継続困難となった。休薬中に肺増悪を認めたため緩和医療の方針となり、Day123に永眠された。心膜炎や心筋炎など心臓irAEは頻度は低いが致死率は高く、他臓器のirAEの合併が報告されている。心臓irAEに関して文献的考察を加えて報告する。

O-009

ステロイド抵抗性 irAE 肺炎に対して Infliximab を併用し改善を認めた1例

堺市立総合医療センター 呼吸器内科

○榎本 悠里, 久瀬 雄介, 中野 仁夫, 榊田 元,
岡本 紀雄, 西田 幸司, 郷間 巖

【症例】76歳男性【主訴】呼吸困難【経過】左上葉肺腺癌(cT3N1M0 Stage III A)と診断。ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PD-L1 TPS 90-100%であった。化学療法後の手術方針とし, 術前化学療法(CBDCA + PEM + Nivolumab)3クール施行後, 原発巣及びリンパ節は縮小した。3クール後29日目に発熱あり O₂ 5 L 下 SpO₂ 95%で1型呼吸不全を呈し, 両肺下葉背側の胸膜直下優位にすりガラス陰影を新規に認めた。NivolumabによるirAE肺炎を強く疑いステロイドパルス療法後も酸素化増悪し, 高流量鼻カニューラ酸素療法に変更。第7病日, 再度ステロイドパルス療法に, Infliximab (5 mg/kg)を併用したところ改善し, 第18病日に酸素投与を終了した。以降, 肺癌は進行せず経過したが, 肺線維化は進行し手術は困難になった。【考察】ステロイド抵抗性のirAE肺炎は予後不良とされる。TNF α 阻害薬はステロイド抵抗性irAE肺炎に対し有効な選択肢となる可能性がある。

O-011

複合免疫療法により3年以上の完全奏功を得られた進展型小細胞肺癌の一例

大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科

○飛田 哲志, 横田 健斗, 吉村 信明, 田中 智,
矢賀 元, 上野 清伸

【背景】プラチナ製剤/エトポシド/デュルバルマブ(PE + D療法)はCASPIAN試験において, PE療法と比較して無増悪生存期間(PFS)および全生存期間(OS)を有意に延長することが示され, 進展型小細胞肺癌の初回治療の標準レジメンの一つとされている。【症例】52歳女性, 左下葉小細胞肺癌(cT4N2M1c (PLE, BRA), stage4B 第8版)と診断し, 開頭脳腫瘍摘出術を施行のちPE+D療法を導入した。2コースで腫瘍の著明な縮小を認め治療効果は完全奏功を示した。PE+D療法を4コース施行後, デュルバルマブ維持療法を継続した。維持療法中に有害事象として甲状腺機能低下症, 下垂体性副腎不全, Lambert-Eaton 症候群, 間質性肺炎を認めたが, 治療導入から3年以上経過した現在も完全奏功を維持している。【考察】進展型小細胞肺癌に対するPE + D療法が長期にわたって完全奏功を維持している報告は乏しく, 貴重な症例と考えられた。今後は症例の集積を踏まえた検討が期待される。

O-010

アテゾリズマブでの治療中に傍腫瘍症候群と診断した抗VGCC抗体, 抗SOX1抗体陽性の小細胞肺癌の一例

1) 神鋼記念病院 呼吸器センター
2) 同 脳神経内科

○今尾 舞¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 高田 陽平¹⁾, 坂田 悟郎¹⁾,
難波 晃平¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾,
門田 和也¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 榊屋 大輝¹⁾, 中村 航大²⁾,
高橋 正年²⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

【症例】69歳男性, X年4月に進展型肺小細胞癌cT4N2M1a Stage IV Aと診断し, カルボプラチン+エトポシド+アテゾリズマブを開始した。4コース終了後, PRと効果判定し, 7月からアテゾリズマブ維持療法へ移行した。8月5日から全身倦怠感が出現し, 8月9日から頭痛, 発熱, 体幹失調と軽度意識障害が出現した。頭部造影MRIで新規脳転移とT2で両側海馬に軽度高信号域を認めた。髄液検査では細胞数の上昇があり, 細胞診は陰性であった。irAE脳炎, 傍腫瘍症候群の可能性を考えステロイドパルスを開始した。その後抗VGCC抗体, 抗SOX1抗体が陽性と判明し, 傍腫瘍症候群と診断した。ステロイド治療後意識障害はわずかに改善したもののPerformance statusはさらに低下しBSCの方針となった。【考察】近年, 傍腫瘍症候群と免疫チェックポイント阻害薬の関連が示唆されており, 文献的考察を交えて報告する。

O-012

CheckMate9LAレジメンでStevens-Johnson症候群をきたした症例

兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科

○福田 考生, 齋藤恵美子, 細谷 諒, 岩垣 慈音,
池田 拓真, 小川 亮, 嶋村 優志, 小坂 七海,
岡崎 航也, 寺田 悟, 松本 啓孝, 平位 知之,
遠藤 和夫

症例は61歳女性, 胸部CTにて左肺門部に腫瘤影を認め, 精査目的に当科紹介となった。全身精査の結果, 左肺門部肺腺癌(cT4N3M1c[HEP,BRA],cStage4B, ドライバー遺伝子陰性, PD-L1 TPS < 1%)と診断した。左肺門部腫瘍に対して緩和照射目的に30Gy/10frの放射線治療を施行した。放射線治療の1ヶ月後よりCheckMate9LAレジメンで治療を開始した。免疫チェックポイント阻害薬(ICI)初回投与から2週間後に, 口唇および口腔粘膜に発疹を認め, さらに放射線照射部位に一致する皮膚潰瘍と紅斑が出現した。Stevens-Johnson症候群(SJS)を疑い, 当科に緊急入院となった。免疫関連有害事象(irAE)と診断し, ICIを中止, ステロイドパルス治療およびステロイド外用薬にて皮膚症状は改善した。放射線照射歴のある部位を中心にSJSを呈した稀なirAEを経験した。ICIと放射線治療の相互作用について文献的考察を加え報告する。

O-013

M.avium から M.florentinum に菌交代した難治性非結核性抗酸菌症の一例

虎の門病院

○中濱 洋, 宮本 篤, 加藤 達也, 根井雄一郎,
三ツ村隆弘, 花田 豪郎, 玉岡 明洋

症例は77歳女性。X-16年左舌区に空洞病変を認め、気管支洗浄で *Mycobacterium avium* が検出されNTMと診断した。CAM+RFP+EBを開始したが皮疹を認めRFFとEBを中止した。X-14年1月病変増悪と咯血を認めLVFXとRBTを追加したがぶどう膜炎を認めRBTを中止した。6月咯血で気管支動脈塞栓術(BAE)を施行、7月再咯血予防で左上葉切除術を施行、組織病理でNTMとして矛盾なかった。X-11年10月再燃なく経過したため治療中止した。X-3年9月NTMの増悪を認めAZM+STFXを開始、AMK点滴6ヶ月間投与した。X-1年2月増悪が疑われ気管支洗浄を施行し *M. florentinum* を検出した。5月咯血を認めBAEを施行した。AZM+MFLX+EBに変更、AMK3ヶ月間再投与した。X年4月咯血と呼吸困難を認めBAEを施行した。6月血痰持続し咯痰培養から *M. florentinum* が検出されEB+STFX+AZM+AMKに変更しその後症状は軽快した。*M. florentinum* による非結核性抗酸菌症の報告は乏しく文献考察を交えて症例報告をする。

O-014

胸膜肺実質線維弾性症の診療経過で診断に至った肺MAC症の1例

国立病院機構 奈良医療センター 内科・呼吸器科

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

【症例】79歳男性。経時的に増悪する胸部異常陰影の精査のため、X年1月に紹介となった。紹介時には認めなかった労作時呼吸困難がX年4月より出現した。胸部レントゲン検査で両側肺門部の挙上を認め、高分解能CTで両側上葉の胸膜優位に分布する気管支拡張像を伴う浸潤影を認めた。また、右S5に多発粒状陰影を認め、非結核性抗酸菌の関与を疑った。喀痰抗酸菌検査では塗抹陽性であり、培養検査では *Mycobacterium intracellulare* を2回検出した。放射線学的胸膜肺実質線維弾性症 (radiological pleuroparenchymal fibroelastosis: radiological PPFE) を伴う肺 *Mycobacterium avium* complex (MAC) 症と診断した。クラリスロマイシン 800 mg とエタンブトール 500 mg にて治療を開始し、喀痰塗抹検査は陰性化した。胸膜直下優位の陰影は増悪し、呼吸機能検査では肺活量低下が持続している。【結語】PPFEの診療時には肺MAC症を背景に持つ可能性を考慮する必要がある。

O-015

7年間の経過観察で極めて緩徐な進行を呈した *Mycobacterium shinjukuense* 感染症の一例

社会医療法人誠光会淡海医療センター

○神田 響, 西村 直也, 菅 佳史

背景: *Mycobacterium shinjukuense* は2011年に日本で初めて報告された菌種であり、その臨床像や長期経過に関する報告は少ない。症例: 67歳男性。基礎疾患なし。半年前から月に1回程度の血痰あり。今回検診で胸部異常を指摘され受診。20歳から10年間20本/日の喫煙歴あり。胸部CTで中葉・舌区に気管支拡張と粒状影を認めた。舌区の気管支洗浄液の抗酸菌塗抹陽性、PCR/DDH法により菌種の同定不能であり、質量分析にて *M. shinjukuense* と確定診断した。患者が経過観察を選択し、以後画像フォローを行ったが、経過で血痰は消失し、7年の経過で中葉・舌区の粒状影がわずかに増加した程度であった。結語: *M. shinjukuense* の過去の報告例では、無症状でも経過で新たに空洞病変や浸潤影が出現して悪化するケースが多いため、本症例は以後も引き続き慎重に経過観察を行っていく必要があると考える。

O-016

肺 *M. abscessus* 症治療を契機に肺移植後の拒絶反応をきたした1例

大阪大学大学院 医学系研究科 呼吸器・免疫内科

○内藤真依子, 金岡 賢輔, 船内 敦司, 柳澤 篤,
宮本 哲志, 内藤祐二郎, 白山 敬之, 三宅浩太郎,
平田 陽彦, 武田 吉人, 熊ノ郷 淳

【症例】60歳男性【現病歴】X年9月COPDに対し脳死左片肺移植を施行した。X+1年11月に胸部CTにて左肺に粒状影を認め気管支鏡検査で *M. abscessus* (MAB) が検出された。肺MAB症に対してAMK, IPM, AZM, CFZの併用療法を開始した。AZM, CFZでの維持療法を行っていた所、X+2年1月より労作時呼吸困難と左肺野の新規すりガラス影が出現し経気管支肺生検ではGradeA1の急性拒絶反応所見を認めた。ステロイドパルス療法と免疫抑制療法の強化により改善した。【考察】肺非結核性抗酸菌 (NTM) 症は肺移植後の合併症として注意すべき感染症である。肺MAB治療導入後よりタクロリムスの血中濃度が不安定になり拒絶反応につながった可能性が考えられた。肺移植後は免疫抑制薬や予防的抗菌薬など多数の服用が必要な状態であり、NTM症の治療を行う際には薬剤相互作用に十分な注意が必要である。

O-017

進行肺癌と鑑別を要した播種性非結核性抗酸菌症の一例

- 1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科
- 2) 和歌山県立医科大学 バイオメディカルサイエンスセンター
- 3) 同 臨床感染制御学講座 / 病院感染制御部

○宮井 優¹⁾, 赤松 弘明¹⁾, 根来 和宏¹⁾, 加藤 真衣¹⁾,
中口 恵太¹⁾, 西尾 和真¹⁾, 上田 亮太¹⁾, 永井 隆寛¹⁾,
古田 勝之¹⁾, 村上恵理子¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 中西 正典¹⁾,
洪 泰浩¹²⁾, 小泉 祐介³⁾, 山本 信之¹²⁾

症例は63歳女性。過去に免疫不全を示唆する病歴はなかった。右胸痛を主訴に来院し、CTで両肺の浸潤影と多発リンパ節腫大、右肋骨の腫瘍を認めた。進行肺癌を疑い肺と肋骨から組織生検を行ったが、非特異的な炎症性変化のみで悪性所見はなかった。気管支洗浄液から *Mycobacterium intracellulare* を検出し、血液培養からも同菌が同定されたことで播種性非結核性抗酸菌症の診断を得た。T-SPOT が判定不可であったことからインターフェロンの応答異常を疑い、血清学的に抗インターフェロン中和抗体関連免疫不全と診断した。3剤(REC)治療による肺浸潤影や炎症反応の改善を確認し、外来治療継続中である。近年、アジア圏を中心に抗インターフェロン中和抗体による成人後天性免疫不全を背景とした重症感染症の報告が増加している。本症例を通じて既報を整理し、抗インターフェロン中和抗体関連免疫不全と播種性非結核性抗酸菌症について診断の課題を検討する。

O-018

Mycobacterium abscessus subsp. massiliense 喉頭炎の1例

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター
- 2) 同 内科
- 3) 国立病院機構構構鶴医療センター 臨床検査科

○倉原 優¹²⁾, 嶋谷 泰明³⁾, 田中 悠也²⁾, 小林 岳彦¹⁾,
露口 一成¹²⁾

症例は23歳女性。COVID-19罹患後から約3週間持続する咽頭痛を主訴に来院した。喉頭鏡では、喉頭蓋周囲の粘膜にびらんと白苔がみられ、当初COVID-19喉頭炎と考え対症療法をおこなった。その後も症状が持続するため、病変から検体を採取し微生物学的検査をおこなったところ、抗酸菌塗抹検査が3+であった。迅速発育菌が分離され、同定検査により *Mycobacterium abscessus subsp. massiliense* と判明した。皮膚や肺には同菌の感染を示す所見はなかったが、その後HIVが陽性とわかった。CD4細胞数は376 cells/mm³であった。免疫不全がある患者においては、難治性喉頭炎の鑑別として非結核性抗酸菌症も考慮すべきである。

O-019

結核治療終了後に paradoxical reaction による縦隔リンパ節腫大を認めた一例

JR 大阪鉄道病院

○西田 浩平, 林 晃大, 青原 大介, 永井 貴彬,
戸田 詩織, 玉垣 学也

79歳女性。S状結腸癌手術後3年のCTで両側肺野に多発粒状影が出現し、当科を紹介受診された。気管支洗浄液の結核菌培養が陽性であり、肺結核と診断した。INH+RFP+EB+PZAによる治療を開始したが、INH耐性が判明し、PZAも副作用のため継続できず、RFP+EB+LVFXを治療開始から12ヶ月間継続し、治療終了とした。治療終了後のCTで縦隔リンパ節腫大が出現したため、外科的リンパ節生検を実施した。抗酸菌塗抹・培養は陰性だったが、病理学的検査でラングハンス巨細胞や乾酪壊死を伴う類上皮細胞肉芽腫を認めた。その後、著明なリンパ節腫大や肺野陰影の悪化は認められず、結核治療に伴う paradoxical reaction によるリンパ節腫大と考えられた。結核治療終了後に paradoxical reaction が起こる例は稀であり、病理学的な診断を得られたことから貴重な症例と考え報告する。

O-020

結核治療開始直後に INH による精神症状を来した一例

- 1) 国立病院機構 やまと精神医療センター
- 2) 同 奈良医療センター

○芳野 詠子¹⁾, 岡田 吉弘²⁾, 富田 大²⁾, 小山 友里²⁾,
熊本 牧子²⁾, 田中小百合²⁾, 板東 千昌²⁾, 久下 隆²⁾,
玉置 伸二²⁾

症例は70歳男性。出生発達に特記事項なし。X年10月より発熱、食思不振があった。11月18日に全身倦怠感を訴えA病院に救急搬送された。肺結核と診断され翌19日B病院へ入院となった。同日よりINH、RFP、EB、PZAで結核治療が開始され21日深夜より多弁やつじつまの合わない発言を認めた。食事をしていない、看護師に首を絞められた、重要書類を破り捨てられたなど被害的な訴えがあり離院を試みるようになった。同院では対応困難となりX年12月4日C精神病院を受診し、妄想活発な躁状態のため医療保護入院となった。INHによる精神症状を疑い12月7日より中止しLVFXに変更した。次第に精神症状は落ち着きX+1年1月9日B病院へ戻った。その後B病院で肺結核を継続加療中である。INHはRFPとともに結核の標準治療に欠かせない重要な治療薬である。精神疾患の既往がない患者がINHによる精神症状を来した症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

O-021

胸部異常陰影から粟粒結核に伴う結核性髄膜炎の診断に至った意識障害の一例

- 1) 大阪医科薬科大学 内科学 (1) 教室
- 2) 大阪医科薬科大学病院 臨床研究センター
- 3) 大阪医科薬科大学 腫瘍内科学教室

○石川 翔一¹⁾, 池田宗一郎¹⁾, 垣内 俊祐¹⁾, 土田 滯¹⁾, 由良 成¹⁾, 藤田 守美¹⁾, 新井 将弘¹⁾, 島津 保之¹⁾, 船本 智哉¹⁾, 満屋 奨¹⁾, 辻 博行²⁾, 松永 仁綜¹⁾, 鶴岡健二郎¹⁾, 中村 敬彦¹⁾, 田村 洋輔¹⁾, 藤阪 保仁^{2,3)}, 今川 彰久¹⁾

【症例】55歳男性【主訴】意識障害【現病歴】自宅の風呂で転倒し救急搬送された。救急隊現着時JCS3の意識障害を認めたが、受診時には意識清明、神経学的に有意な所見は認めず、血液検査・頭部単純CT/MRIでも異常を認めないため、飲酒後の入浴の影響として帰宅した。7日後に体動困難となり再搬送された。胸部CTで胸膜肥厚を伴う右胸水と両肺野に多発微小結節を認めたため当科へ紹介された。粟粒結核を疑い喀痰検査したところ抗酸菌塗抹陰性・結核菌DNA陽性、また血液検査ではT-SPOT陽性であった。髄液検査は結核菌DNA陰性だが、単核球85%、糖21mg/dL、ADA11.2U/Lより、粟粒結核に伴う結核性髄膜炎と診断した。経過中に脳梗塞を合併したが、9ヶ月間の抗結核薬治療で結核は軽快した。【結語】結核性髄膜炎は緩徐に経過し、嘔気などの髄膜炎症状も明らかでなく、造影MRIでなければ診断が困難なことが多い。本例では特徴的なCT画像から診断に至ったため報告する。

O-022

薬剤感受性試験の解釈が困難であった、結核菌とMycobacterium aviumの混合感染の1例

- 1) 洛和会音羽病院 呼吸器内科
- 2) 京都府保健環境研究所

○白田 全弘¹⁾, 土谷美知子¹⁾, 可見 啓吾¹⁾, 柴原 一毅¹⁾, 岡崎 優太¹⁾, 宮本 瑛史¹⁾, 榎本 昌光¹⁾, 田宮 暢代¹⁾, 河原 佳幸²⁾, 田邊 義浩²⁾, 藤田 直久²⁾, 長坂 行雄¹⁾

【症例】88歳男性。X-6年より経過観察中の両肺すりガラス影が徐々に増悪したため、X年6月に気管支鏡検査を実施し、検査翌日に採取した喀痰のMGITで結核菌培養陽性、PCRで結核菌・M. avium(Mav)共陽性となった。7月よりINH+RFP+EBを開始したが、結核菌の薬剤感受性試験でRFP、CS、LVFX以外すべて耐性と判明し、9月よりRFP+LVFXに変更した。治療開始後は陰影改善し結核菌培養陰性化した。Mav培養陽性状態が持続した。MGITでの分離培養コロニーのゲノム解析では結核菌・Mavの混合感染が疑われた。一方、小川培地で継代し純培養した単コロニーのゲノム解析では結核菌のみ同定され、薬剤耐性遺伝子変異は検出されなかった。【考察】本症例の薬剤感受性試験結果はMavの感受性を反映したものと考えられた。結核菌と非結核性抗酸菌の混合感染が疑われる際は液体培地のみならず固定培地でも培養を行い、単コロニーを用いて薬剤感受性試験を行う必要性が示唆された。

O-023

外国出生の多剤耐性肺結核患者の日本語教育機関などでの接触者健診の1事例

- 1) 神戸市保健所
- 2) 神戸市健康科学研究所

○藤山 理世¹⁾, 坂口 香¹⁾, 南谷 千絵¹⁾, 岡島 花江¹⁾, 宗田 由紀¹⁾, 中村 俊一¹⁾, 楠 信也¹⁾, 有川健太郎²⁾, 岩本 朋忠²⁾

【はじめに】コロナ禍後、人の出入りが活発化し日本語教育機関にベトナム、ネパール、ミャンマー、バングラディッシュなど結核高蔓延国の出身者が増加し、入国時診断のみならず、入国後発症の喀痰塗抹陽性例も増えている。【事例紹介】初発患者はベトナム出身の20代男性。X-1年4月に来日し日本語教育機関に在籍、ルームシェア、アルバイトをしていた。X年6月に学校健診で異常を指摘、9月に血痰を認め近医受診、喀痰塗抹陽性、PCR陽性で肺結核と診断。結核病棟に入院し耐性遺伝子検査の結果RFP、INH耐性と判明し専門病院へ転院。現在は退院して治療中。【接触者健診】ルームシェア、日本語教育機関での生活状況を調査し19人に濃厚接触者として健診を実施、内4人がQFT陽性、医療機関で潜在性結核感染症として2年間経過観察の予定。【おわりに】外国出生の結核患者には診断時早急に耐性遺伝子も検査し、接触者健診では感受性検査結果も踏まえて対応すべきである。

O-024

治療中の肺結核の同一病変内に肺癌を併発した一例

大阪府済生会野江病院

○藤木 貴宏, 須賀 大貴, 的場 智也, 金子 顕子, 日下部悠介, 中山 絵美, 山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

【症例】75歳 男性。【臨床経過】X-1年10月、胸部異常陰影の精査目的で紹介となった。CT検査で左上葉に粒状影を伴う小結節を認めたが、腫瘍マーカーは正常、抗酸菌塗抹は陰性で、T-SPOT陽性であったが無症状のため経過観察とした。同年11月、X年2月のCT検査にて異常なかったが5月より胸痛、発熱を認め再診となった。左胸水が出現しており胸水の結核菌PCRが陽性であった。肺結核・結核性胸膜炎と診断し4剤併用療法を開始した。6月には胸水減少・陰影縮小を認めたが、その後小結節の一部が増大し、CT検査でスピキュラ形成を認めたため気管支鏡検査を施行し肺腺癌と診断した。左肺部分切除・胸膜生検を行い、肺腺癌と肺結核の混合病変pT1bN0M0(StageIA2)、結核性胸膜炎と診断した。【考察】肺結核と肺癌の合併は広く知られるが、結核治療中に同一部位で発生し完全切除された報告は少ない。画像上は両疾患の鑑別は時に困難であり、慎重な経過観察が重要である。

O-025

多剤耐性結核疑いで紹介となり遺伝子検査により感受性結核と MAC の混合排菌と判明した一例

- 1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター
- 2) 結核予防会結核研究所抗酸菌部

○小林 裕¹⁾, 甘中 亮佑¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 小林 岳彦¹⁾, 倉原 優¹⁾, 露口 一成¹⁾, 吉田志緒美²⁾, 御手洗 聡²⁾

症例は81歳女性、既往に高血圧過活動膀胱。X年5月の検診で胸部Xpの右中肺野に浸潤影を指摘。6月に前医で胸部CT検査施行し右中葉・S6の浸潤影を認めた。喀痰抗酸菌塗抹陰性、3週培養陽性、TB-PCR陽性で肺結核の診断。7月からINH+RFP+EB+PZAで治療開始。薬剤感受性結果にRFP, INH, EB, LVFX, SM, KM, PAS, TH, EVM耐性の多剤耐性を判明し、8月に当院へ紹介入院。多剤耐性結核としてBDQ+DLM+LZD+CFZ+CS加療開始したが、当院入院時時点の喀痰RFP耐性遺伝子検査で感受性を示し、胸部CT検査で右中葉・S6の肺浸潤影は改善していた。後日、前医で追加の喀痰抗酸菌PCR検査行ったところ、Maviumの検出も認めた。結核菌とMACの混合感染を疑い、Deeplexによる耐性遺伝子検査施行し、全剤に感受性と判明した。結核菌とNTMの混合排菌により、薬剤感受性の結果に関わらずMDR-TBとして誤診を招く可能性がある。適切な治療選択を行うために早期の遺伝子検査導入が重要である。

O-026

気管支バルブ治療を行った COPD の一例

- 1) 滋賀医科大学 内科学講座呼吸器内科
- 2) 同 附属病院感染制御部
- 3) 同 保健管理センター

○黄瀬 大輔¹⁾, 田中 伶於¹⁾, 堀内 智房¹⁾, 後藤 幸¹⁾, 植木 康光¹⁾, 大岡 彩¹⁾, 横江 真弥¹⁾, 入山 朋子¹⁾, 成宮 慶子¹⁾, 重森 度¹⁾, 角田 陽子¹⁾, 行村瑠璃子²⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 大澤 真²⁾, 小川恵美子³⁾, 山口 将史¹⁾, 中野 恭幸^{1,2)}

【症例】75歳男性【現病歴】COPDに対し吸入治療、呼吸器リハビリテーションを施行したが、労作時呼吸困難の改善に乏しかった。気管支バルブ治療目的で受診した。【生活歴】喫煙20-60才30本/日。粉塵曝露なし。【経過】肺機能検査、6分間歩行距離、CT画像評価において「重症COPDに使用する気管支バルブの適正使用指針」の条件を満たしていた。全身麻酔下に気管支鏡を施行し、Chartis systemで側副換気がないことを確認したうえで、左下葉気管支に気管支バルブを挿入した。治療後、mMRCは3から1に低下した。CT画像における左下葉の容量は低下したものの、無気肺は生じなかった。【考察】気管支バルブ治療が奏功しない理由に、側副換気存在、バルブの脱落、肉芽形成、分泌物貯留が挙げられる。本症例では、気管支バルブより末梢の気道が虚脱しair-trappingとなったことが、早期に無気肺を生じなかった一因と考えた。

O-027

日本での遷延性咳嗽患者における診療実態に関する多施設共同前向き観察研究からの好中球性気道疾患の重要性

- 1) 関西医科大学 内科学第一講座
- 2) 国立病院機構七尾病院
- 3) 呼吸器内科、金沢春日クリニック
- 4) 金沢大学附属病院 呼吸器内科
- 5) しんたに医院
- 6) 広島アレルギー呼吸器クリニック
- 7) 秋葉原あつたアレルギー呼吸器内科クリニック
- 8) 近畿大学奈良病院 呼吸器内科
- 9) 市立角館総合病院 呼吸器内科
- 10) 名古屋市立大学 呼吸器・免疫アレルギー内科

○石浦 嘉久¹⁾, 藤村 政樹²⁾, 小川 晴彦³⁾, 原 丈介⁴⁾, 新谷 博元⁵⁾, 保澤総一郎⁶⁾, 熱田 了⁷⁾, 村木 正人⁸⁾, 塩谷 隆信⁹⁾, 新実 彰男¹⁰⁾

咳嗽は日常診療において最も多い主訴であり極めて重要であるが全国規模での臨床研究はまだない。遷延性および慢性的の咳嗽症例を全国規模で集積しその原因疾患を検討した。本研究参加施設に来院し文章で同意を得られた慢性咳嗽症例を対象とした。日本咳嗽学会30施設から遷延性・慢性咳嗽患者540名の登録があり、うち遷延性咳嗽148名（男性39名、女性109名）44.3 ± 15.4歳（SD）（median 42.5, range 6-83）であった。頻度の多い疾患として咳嗽、アトピー咳嗽、副鼻腔気管支症候群が上位3疾患であり、胃食道逆流症関連咳嗽と感染後咳嗽はその次であった。合併疾患もこれらの疾患の合併が多く、68.3%の遷延性咳嗽が慢性咳嗽に移行した。日本における遷延性咳嗽の原因疾患として咳嗽、アトピー咳嗽、副鼻腔気管支症候群上記3疾患の重要性が、遷延性咳嗽に関する本邦初めての全国調査で示された。

O-028

抜管後4日目に呼吸困難で判明した閉塞性線維性気管偽膜 (OFTP) の1例

- 1) 大阪市立総合医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科

○打谷 美沙¹⁾, レオン実質¹⁾, 石山 福道¹⁾, 東山 智彦²⁾, 藤井 裕子¹⁾, 澤 信彦¹⁾, 三木 雄三¹⁾, 水口真二郎²⁾, 柳生 恭子¹⁾, 眞本 卓司¹⁾

【症例】59歳、女性【主訴】呼吸困難【現病歴】X年12月に急性胆嚢炎による敗血症性ショックに対し、5日間の人工呼吸器管理を要した。抜管後、酸素1L/分投与で呼吸状態は安定していたが、4日目に呼吸困難の訴えがあり、嗄声が出現し、吸気時喘鳴がみられた。反回神経麻痺や喉頭浮腫が疑われ、耳鼻咽喉科で喉頭内視鏡検査を行ったが、声帯の可動性は良好で喉頭浮腫はなく、気管内に喀痰の貯留が疑われ呼吸器内科に紹介となった。気管支鏡検査では、可動性のある線維性の構造物により声門直下で気道狭窄をきたしていた。呼吸状態が不安定で内視鏡室での摘出は危険と判断し、全身麻酔下にラリンジアルマスクで気道を確保し軟性気管支鏡で摘出した。病理検査で炎症細胞の混在したフィブリンがみられ、OFTPと診断した。【考察】抜管後の気道閉塞の原因として、OFTPを鑑別に挙げるのが重要である。

O-029

肺 MAC 症の治療中に咯血をきたし、たこつぼ型心筋症を合併した一例

国立病院機構大阪刀根山医療センター 呼吸器内科

○西島 良介, 松木 隆典, 杉澤 健太, 新居 卓朗,
辻野 和之, 三木 啓資, 木田 博

【症例】82歳, 女性。【現病歴】肺 MAC 症の治療を行っていた。自宅で咳嗽時に手掌大の鮮血を認め、呼吸困難も出現したため救急搬送となった。【臨床経過】胸部 CT 検査で左肺舌区に気管支拡張を伴う浸潤影を認め、同部位からの出血と考えられた。第1病日に止血薬の投与を行った後は経過観察のみで止血を得た。入院時、酸素投与を要し血液検査で CPK, BNP の上昇を認めた。心電図でⅡ, Ⅲ, aVF 誘導で T 波の減高, V3 から V6 誘導で陰性 T 波を認めた。心臓超音波検査で心尖部から中部にかけた左室壁運動の低下と心基部の過収縮を認め、たこつぼ型心筋症 (TTS) と診断した。TTS は経過観察のみで改善した。【考察】咯血と TTS を同時期に発症した1例を経験した。咯血に TTS を合併した症例に関する報告は少なく、文献的考察を加え報告する。

O-031

呼吸機能障害での身体障害者診断書・意見書の問題点

国立病院機構南京都病院 呼吸器疾患と神経難病のための呼吸ケアセンター

○坪井 知正

現在、日本呼吸器学会のワーキングチームが、平井豊博前理事長の指導の下、「呼吸器疾患の身体障害基準」の見直し作業を行っています。演者は、厚生労働省の「疾病障害認定審査会」の委員をしています。呼吸器学会からの見直し案が提出されれば審査をする立場ですので、ワーキングにはオブザーバーとして参加しています。また、2024年9月から、京都府の呼吸機能障害の認定審査に従事しています。実際に審査を行ってみて、各基準の優先度に苦慮することに気づかされました。認定審査を経験して問題と感じた具体的事案をまとめてお話ししたいと思います。

O-030

4DCT を用いて気管支バルブ留置術の有効性を評価した一例

滋賀医科大学医学部附属病院 呼吸器内科

○市田 周, 仲川 宏昭, 黄瀬 大輔, 角田 陽子,
山崎 晶夫, 山口 将史, 大澤 真, 小川恵美子,
中野 恭幸

症例は手技時69歳の男性。重症 COPD に対する薬物治療を開始し FEV1:0.45L から0.98L まで回復するも mMRC:2 程度の労作時呼吸困難が続いていた。気管支バルブ留置術の保険適応に伴い治療強化を希望されたため2024年に当院紹介された。事前評価にて適格基準を満たしたことから2025年に右下葉に対して気管支バルブ留置術を施行した。初回評価(day45)時点で RV:3.04L (151%) から2.60L (129%) と減少し、自覚症状の改善も認めた。呼吸ダイナミック CT (4DCT) を用いた肺容積の解析の結果、右下葉容積は1446ml から1103ml に減少し、右下葉容積の呼吸性変動の消失を確認した。高度の無気肺をきたさない症例では気管支バルブの入れ替えも治療選択肢として上がるが、本症例では4DCT にて右下葉の呼吸性変動の消失が確認できたため現行治療が有効であると判断し経過をみている。

O-032

2型呼吸不全を契機に横隔膜の運動低下に注目し、神経筋疾患を疑った1例

1) 奈良県西和医療センター
2) 奈良県立医科大学附属病院 脳神経内科

○宇和田若菜¹⁾, 田村 緑¹⁾, 中井 昌弘¹⁾, 新田 祐子¹⁾,
西森裕佳子²⁾, 田中 聡人²⁾, 杉江 和馬²⁾

症例は70歳女性。認知症が既往にある。X-1年から体重が減少し Y-1月から食事が低下していた。X 年 Y 月 Z 日に意識障害のため当院に救急搬送された。受診時 JCS 3 であったが1時間で JCS 100 へ意識障害が進行し、動脈血液ガス分析で pH 7.148, PaCO₂ 133Torr の結果から CO₂ナルコーシスと診断した。NPPV 装着にて CO₂貯留は改善し一時 NPPV 離脱したが、Z + 4 日から夜間の2型呼吸不全の悪化がみられ間欠的な NPPV 装着は必要となった。CO₂貯留の原因として頭蓋内・胸部に器質的疾患は指摘できなかった。呼吸吸気胸部 X 線写真や横隔膜エコーにて呼吸筋の筋力低下が示唆された。合わせて四肢腱反射の相対的亢進も認め、神経筋疾患を疑った。精査のため他院脳神経内科に転院し、筋萎縮性側索硬化症 (ALS) と診断されその後は在宅で NPPV を使用しながら療養する経過となった。2型呼吸不全を契機に呼吸筋の運動低下について精査し ALS を鑑別に挙げた症例を経験したため報告する。

O-033

硝酸吸入により遅発性に化学性肺臓炎をきたした1例

兵庫県立はりま姫路総合医療センター 呼吸器内科

○松本 夏鈴¹⁾, 浦田 勝哉¹⁾, 西井 雅彦¹⁾, 木村 洋平¹⁾,
吉村 将¹⁾

症例は製造業に従事する39歳男性。足元にあったポリタンクに入っていた硝酸が爆発し、当院に救急搬送された。呼吸状態安定しており、除染及びI度熱傷に対して顔面、両下腿の処置後に帰宅した。受傷後13時間後より呼吸困難を自覚し、改善しないため救急搬送された。低酸素血症、胸部CT検査で気道中心性の両肺すりガラス影を認め、硝酸吸入による化学性肺臓炎として入院となった。高流量鼻カニューラ酸素療法での酸素投与を行い、経過観察とした。徐々に呼吸状態は改善し、入院3日目に高流量鼻カニューラ酸素療法から鼻カニューラでの酸素投与に変更し、入院4日目に酸素投与から離脱し、入院6日目に自宅退院とした。【考察】硝酸ガスへの曝露では早期は症状がなくても遅発性に呼吸困難症状を発症することを念頭に置き対応することが重要である。

O-034

慢性咳嗽患者に対する睡眠時無呼吸症候群スクリーニングの前向き観察研究について

1) 神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科
2) 明石医療センター 加古川中央市民病院

○岩本 夏彦¹⁾, 岡村佳代子²⁾, 西馬 照明³⁾, 高安みずき¹⁾,
岡本真理子¹⁾, 高田 尚哉¹⁾, 福井 崇文¹⁾, 矢谷 敦彦¹⁾,
桂田 直子¹⁾, 永野 達也¹⁾

【目的】慢性咳嗽の患者では閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)の罹患率が高いことが報告されている。本邦での報告は乏しく、簡易SASモニターを用いて慢性咳嗽患者におけるAHIを評価する。【方法】2023年3月から2025年2月において咳嗽が8週間以上持続している20歳以上の患者を対象とし、簡易SASモニターであるSAS 2200を使用した。患者背景と、質問票より咳などの症状の重さについて、Epworth Sleepiness Scale (ESS), 咳 visual analog scale (VAS), Leicester cough questionnaire 日本語版 (J-LCQ) で評価した。【結果】23名の患者データを解析した。男性12名、女性11名、BMIの中央値は25.2 kg/m²であった。AHIの中央値は16 (2-103) 回/時で、AHI ≥ 5回/時は21名、AHI ≥ 40回/時は2名であった。中央値として、ESSは7点、VASは50mmであり、LCQ合計点は12.4点 (21点満点) と低値であった。【結語】本研究では慢性咳嗽患者のAHIは欧米と同様、高い傾向であった。

O-035

ダブラフェニブ/トラメチニブ投与中に急性腎障害をきたしたBRAF 遺伝子変異陽性肺癌の1例

1) 独立行政法人 労働者健康安全機構 神戸労災病院 呼吸器内科
2) 同 呼吸器外科

○中村 慧竣¹⁾, 鶴田 瑛大¹⁾, 川端 宏樹¹⁾, 小松 正弥¹⁾,
石井 達也¹⁾, 仲田 庄志²⁾

症例は76歳、男性。左下葉浸潤影に対して、X年Y-2月に気管支鏡検査による肺生検を行い、病理診断にてBRAF 遺伝子変異陽性肺腺癌と診断した。Y-1月18日よりダブラフェニブ/トラメチニブにて抗腫瘍化学療法を開始した。Y月22日に回診性めまいで歩行困難となり、当院救急外来を受診した。来院時、昇圧剤不応の血圧低下を認め、血液検査にて急性腎障害の所見を認めた。ダブラフェニブ/トラメチニブによる薬剤性腎障害を疑い、同薬剤を中止したものの改善を認めなかったため、入院2日目に持続的血液濾過透析 (CHDF) を施行した。CHDF施行後より腎機能回復を認め、血圧も速やかに回復し、入院24日目に自宅退院とした。ダブラフェニブ/トラメチニブでは約20%にて急性腎障害を引き起こすことが知られているが、透析を施行した症例報告は無い。本症例では、ダブラフェニブ/トラメチニブに伴う急性腎障害に対するCHDFが有効であったため報告する。

O-036

インフルエンザ罹患後に二次性細菌性肺炎を発症し、劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (STSS) に至った1例

1) 一般財団法人 住友病院 総合診療科
2) 同 呼吸器内科

○高木 涼嗣¹⁾, 奥村 太郎²⁾, 長谷川 裕¹⁾, 木高 早紀²⁾,
坂野 勇太²⁾, 桂 悟史²⁾, 後藤 健一²⁾, 重松三知夫²⁾

症例は39歳女性。X-3日に発熱が出現し、近医でインフルエンザA型と診断された。徐々に体動困難となりX日に当院へ救急搬送された。収縮期血圧は50 mmHg 台であり、動脈血ガスで乳酸の上昇を伴った。胸部CTで左上葉に浸潤影を認め、細菌性肺炎による敗血症性ショックとしてICUへ入室した。広域抗菌薬、抗ウイルス薬で治療を開始したが、心不全、腎不全、DICが進行した。喀痰・血液培養からA群溶血性連鎖球菌が検出され、表皮の落屑も伴ったためSTSSと診断した。集学的治療が奏効し第10病日にICUを退出、第32病日に退院した。考察：インフルエンザウイルスは気道上皮細胞に障害を起こしグラム陽性球菌の定着を助長する。A群溶血性連鎖球菌は肺炎の原因として稀であるが、STSSに進展し重症化することが報告されている。特に本年の流行株であるA (H1N1) pdm09株は下気道親和性が高く、流行期において重篤な二次性細菌性肺炎の可能性を考慮する必要がある。

O-037

中枢気道狭窄に対して自己拡張型ステントを留置した肺癌による Oncologic Emergency の1例

- 1) 奈良県立医科大学 医学部 医学科
- 2) 同 附属病院 呼吸器・アレルギー内科
- 3) 同 附属病院 腫瘍内科
- 4) 同 附属病院 呼吸器外科

○多田 暉¹⁾, 宮高 泰匡²⁾, 本保 太郎²⁾, 中川 靖仁²⁾, 嶋岡 直也²⁾, 中村 真弥²⁾, 太田 和輝²⁾, 古山 達大²⁾, 古高 心²⁾, 岩佐 佑美²⁾, 春成加奈子²⁾, 坂口 和宏²⁾, 谷村 和哉²⁾, 長 敬翁²⁾, 山本 佳史²⁾, 本津 茂人²⁾, 山内 基雄²⁾, 室 繁郎²⁾, 大田 正秀³⁾, 川口 剛史⁴⁾

症例は78歳, 男性。主訴は呼吸困難, 嘔声, 頸部腫脹。X 年9月中旬より嘔声を自覚, 同月24日呼吸困難のため臥位もとれなくなり, 前医へ搬送された。胸部CTで頸部から縦隔の著明なリンパ節腫大および気管狭窄, 肺炎像を認め, 縦隔型肺癌が疑われた。前医で対応困難なため当院呼吸器内科へ搬送され, 当院入院第2病日に全身麻酔下にて自己拡張型金属ステント (SPIRAL RELIEF STENT) を留置した。その後, 狭窄症状は改善し, 臥位が可能となった。頸部リンパ節生検し, 進展型小細胞肺癌 cT4N3M1c (PUL, LYM, ADR) Stage IV B と診断した。また, 縦隔の腫瘍に姑息照射を開始し, 縮小を得られたが, 誤嚥性肺炎から第46病日に永眠された。PS 4 で化学療法が困難であることから, 当初は予後が1週間未満とされたが, ステント留置にて窒息を回避し, 約1か月の延命が出来た。

O-038

グリーンピースによる気道異物の一例

- 1) 奈良県立医科大学 医学部医学科
- 2) 同 呼吸器内科学講座
- 3) 同 がんゲノム・腫瘍内科講座

○木本 来希¹⁾, 長 敬翁²⁾, 佐藤 一郎²⁾, 太田 和輝²⁾, 中村 真弥²⁾, 古山 達大²⁾, 古高 心²⁾, 岩佐 佑美²⁾, 春成加奈子²⁾, 藤岡 伸啓²⁾, 宮高 泰匡²⁾, 坂口 和宏²⁾, 谷村 和哉²⁾, 大田 正秀²³⁾, 藤田 幸男²⁾, 山本 佳史²⁾, 本津 茂人²⁾, 山内 基雄²⁾, 室 繁郎²⁾

症例は82歳男性。2週間前にボトフ料理を食べていた際に誤嚥のエピソードがあり自力で喀出したが, 完全には出せていないという自覚があった。かかりつけ医定期受診時には咳嗽があり, 胸部CT検査にて右上葉中心に浸潤影を認めた。呼吸状態は安定していたが早期の対応が必要と考えられたため, 当院を紹介受診し緊急で気管支内視鏡検査を行った。右上葉の入口部に球体の物質を認め, 誤嚥したグリーンピースと考えられた。把持鉗子では摘出困難であり, 内視鏡スネアを異物の奥に挿入し確保したのち, 挿管チューブごと摘出した。気道異物の大半は気管支鏡での摘出が可能とされるが, 異物遺残期間が4週間を超える症例では困難となるため, 早期の対応が必要である。またグリーンピースのような球体の異物は把持鉗子で摘出は難しく, 使用する器具を工夫する必要があると考えられた。本例は貴重な症例であると考え, 文献的考察を加え報告する。

O-039

アミカシン吸入の追加により閉塞性換気障害が改善した非結核性抗酸菌症の一例

市立岸和田市民病院 呼吸器内科

- 後藤 亮介¹⁾, 古郷摩利子¹⁾, 名取 大輔¹⁾, 藤本 佳菜¹⁾, 岡森 仁臣¹⁾, 西 健太¹⁾, 岩嶋 大介¹⁾, 高橋 憲一¹⁾

症例は74歳女性。この数年に2回気道感染で入院歴がある。X-1年近医で左下葉の空洞影を指摘され当科紹介となった。喀痰培養および気管支鏡検査の結果, Mycobacterium intracellulare の感染と診断した。本人の希望で経過を見ていたが, X 年6月症状悪化を認め, RECAM 療法を開始した。しかしながら, X 年7月発熱, 呼吸器症状, 倦怠感の増悪あり入院となった。レボフロキサシンの追加投与で状態は改善したものの, 退院後の呼吸機能検査で1秒率が48.6 % と閉塞性障害がみられ, 1秒量は0.84L であった。同年8月より, アミカシン吸入治療を追加し, その後半年間増悪なく経過している。さらにX+1年1月時点では, 1秒率は65.3 % に, 1秒量は1.24L に改善した。肺非定型抗酸菌症と閉塞性換気障害との関連およびアミカシンの効果について文献的考察を含めて報告する。

O-040

抗ARS抗体陽性の急性進行性間質性肺疾患の一例

- 1) 奈良県立医科大学 医学部医学科
- 2) 同 呼吸器・アレルギー内科
- 3) 済生会吹田病院 呼吸器内科

○滝澤 美咲¹⁾, 宮高 泰匡²⁾, 本保 太郎²⁾, 嶋岡 直也²⁾, 中川 靖仁²⁾, 金井 千恵²⁾, 綿部 裕馬³⁾, 太田 和輝²⁾, 中村 真弥²⁾, 古山 達大²⁾, 古高 心²⁾, 岩佐 佑美²⁾, 春成加奈子²⁾, 坂口 和宏²⁾, 谷村 和哉²⁾, 長 敬翁²⁾, 山本 佳史²⁾, 本津 茂人²⁾, 山内 基雄²⁾, 室 繁郎²⁾

77歳, 男性。全身倦怠感, 咳嗽を主訴にX 年9月2日に当院他科を受診し, 胸部CTで器質性肺炎が疑われ, 翌日当科に紹介となった。同日緊急入院し, 抗菌薬での治療を開始した。入院後発熱を繰り返し, 気管支血管束周囲に類円形の多発する浸潤影の増悪を認め, 抗ARS抗体陽性が判明し, 抗ARS抗体症候群に伴う間質性肺炎と診断し, 第5病日よりPSL1mg/kg/day で開始した。しかし第6病日に呼吸状態の悪化がみられ気管挿管にてICU管理とした。ステロイドパルス療法を開始したが呼吸状態の改善が見られず第9病日からIVCYを投与した。さらに呼吸状態, 画像所見ともに悪化したため再度ステロイドパルス療法を行ったが第15病日に急に血圧が低下し永眠された。抗ARS抗体陽性の間質性肺炎はステロイドへの反応性が良く予後良好とされているが本症例のような急性経過の症例では治療に抵抗性の例もあり, 速やかな治療導入が望まれる。

O-041

薬剤性肺炎との鑑別を要したが環境誘発試験で空調病と診断した1例

- 1) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座
- 2) 同 附属病院 栄養管理部
- 3) 同 医学部看護学科 臨床病態医学

○水野 雄貴¹⁾、中村 真弥¹⁾、谷村 和哉¹⁾、坂口 和宏¹⁾、長 敬翁¹⁾、藤田 幸男^{1,2)}、山本 佳史¹⁾、本津 茂人¹⁾、山内 基雄^{1,3)}、室 繁郎¹⁾

症例は60歳男性。進行胃癌に対し胃全摘術を施行後、2ヶ月前より術後化学療法を開始していた。1ヶ月前から発熱と乾性咳嗽を自覚し、呼吸困難も出現したため胸部CTを行った。両側びまん性すりガラス影が認められ、当科へ紹介された。薬剤性肺炎も鑑別に挙げたが、画像所見より過敏性肺炎を第一に疑い入院対応のみで経過観察を行った。day4のCTで改善傾向を認め、day7に自宅環境誘発試験を実施したところ再燃を認め、過敏性肺炎と診断した。問診から抗原は空調機の可能性が高く、空調機を新調した。その後の環境誘発試験で再燃は認められず、空調病と診断した。本症例では空調病の診断により化学療法継続が可能となった。過敏性肺炎の診断には環境誘発試験が有用である。ステロイド投与中は試験結果の信頼性が低下するため、呼吸状態が安定している場合はステロイドの使用を控え、入院で経過観察を優先することが重要である。

O-042

パルボシクリブ関連間質性肺炎に対しステロイド治療が難渋した症例

- 1) 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 乳腺外科

○吉山 史子¹⁾、安積 慶¹⁾、神野 裕子¹⁾、益田 隆弘¹⁾、佐藤 宏紀¹⁾、濱崎 直子¹⁾、山本 正嗣¹⁾、木田 陽子¹⁾、額 力也¹⁾、奥野 敏隆²⁾、桜井 稔泰¹⁾、多田 公英¹⁾

【症例】87歳女性。右乳癌術後再発に対し、X-1年9月からパルボシクリブを内服開始した。X年3月末に発熱し、躯幹部単純CTで右肺にすりガラス影を認めたため薬剤性間質性肺炎が疑われ、休業となった。4月9日に両肺すりガラス影が増悪し、炎症反応上昇を認めたため当科入院となった。プレドニゾロン（PSL）45 mg（0.5 mg/kg）開始で一旦改善傾向となったが、PSL漸減中に再増悪し、PSL増量後も改善乏しく治療に難渋した。入院中にADLが低下し、乳癌はBSCへ移行した。ADLや認知機能の低下により当院通院治療は困難となったため、間質性肺炎の治療は近医で継続となった。【考察】パルボシクリブ承認後約2年間で国内の本剤による間質性肺疾患は56件報告されており、本症例はステロイド治療に難渋した点が特徴的である。パルボシクリブ関連間質性肺炎のリスク認識や本剤使用時の乳腺外科と呼吸器内科の連携の重要性を考察し、報告する。

O-043

筋炎に先けて急速進行性の間質性肺炎が出現した抗EJ抗体、抗Ro-52抗体陽性の一例

- 1) 兵庫医科大学医学部 呼吸器・血液内科学
- 2) 同 胸部腫瘍学

○加藤 瑞貴¹⁾、高橋 良^{1,2)}、清田 稜太郎¹⁾、太田 博章¹⁾、森 麻子¹⁾、村田 卓嗣¹⁾、脇田 悠¹⁾、神取 恭史¹⁾、近藤 孝憲¹⁾、徳田 麻佑子¹⁾、東山 友樹¹⁾、多田 陽郎¹⁾、柿本 芳樹¹⁾、藤本 大智^{1,2)}、大槌 泰一郎^{1,2)}、三上 浩司^{1,2)}、南 俊行^{1,2)}、栗林 康造^{1,2)}、木島 貴志^{1,2)}

症例は82歳女性。労作時息切れのため前医を受診し間質性肺炎と診断された。ステロイドパルス療法を施行されその後もプレドニゾロンでの治療を継続し軽快した。転居に伴い、紹介受診となった。プレドニゾロンは前医で漸減され5mg継続となっていたが、当院受診時に胸部レントゲンで悪化を認めた。また皮膚や関節、筋症状を認めなかったが、抗ARS抗体のうち、抗EJ抗体陽性、抗Ro-52抗体陽性と判明した。プレドニゾロンを増量しタクロリムスを開始した。反応は良好であったがプレドニゾロンを漸減すると首下がり症状が出現したため筋電図検査を行った。筋原性変化のためASSに伴う筋炎と診断され、肺炎像増悪もあり治療強化の方針となった。プレドニゾロンとタクロリムスを増量しニンテグニブを新たに導入した。抗EJ抗体ASSでは間質性肺炎は報告が多く、ステロイドと免疫抑制剤の初期併用治療によく反応するが、再発が頻繁にみられると報告されている。

O-044

偶発的な再投与により確定診断されたクロピトグレルによる薬剤性肺障害の一例

- 1) 独立行政法人 国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科
- 3) 同 病理診断科

○外山 尚吾¹⁾、藤本 直輝¹⁾、吉村 才気¹⁾、伊藤 高範¹⁾、今北 卓間¹⁾、大井 一成¹⁾、金井 修¹⁾、藤田 浩平¹⁾、大内 政嗣²⁾、澤井 聡²⁾、森吉 弘毅³⁾、谷澤 公伸¹⁾

症例は70歳女性。X年4月脳梗塞を発症後にクロピトグレル、カンデサルタンを開始され、X年Y月から労作時の呼吸困難、倦怠感を自覚した。X年9月に薬剤性肺障害の疑いとして当科に紹介された。X年10月からクロピトグレルをシロスタゾールに変更したが、画像、呼吸困難は改善せず、次いでカンデサルタンを中止後に改善を認めた。X年11月外科的肺生検により、器質性肺炎の病理診断を得た。カンデサルタンによる薬剤性肺障害と考え、クロピトグレルを再開したが、呼吸困難の再発、既存陰影の悪化を認めたため、クロピトグレルによる薬剤性肺障害と診断した。クロピトグレルを休薬のうえ、プレドニゾロン45 mgを開始したところ、呼吸困難は消失し、胸部画像も経時的に改善した。本例は、組織診断を有し、偶発的な再投与により原因薬剤が確定された、クロピトグレルによる薬剤性肺障害の稀な一例であり、文献的考察を加えて報告する。

O-045

手足口病によるウイルス性肺炎を契機に間質性肺炎が進行した一例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
- 2) 同 皮膚科

○片岡 佑介¹⁾、池添 浩平¹⁾、白田 全弘¹⁾、名倉 理恵²⁾、中塚 賢也¹⁾、半田 知宏¹⁾、平井 豊博¹⁾

症例は60歳男性。クライオ生検を施行した後、低確度線維性過敏性肺炎と診断し、抗原回避指導の上、X年4月にステロイド治療を開始していた。X年8月、プレドニゾロン15mg投与中に、発熱、皮疹のあった1歳10か月の孫と接触した2日後より、38度台の発熱、四肢・口腔内の発疹、呼吸困難の悪化を認め、当院を受診した。鼻咽頭スワブによるFilm array 呼吸器パネル検査にてライノ/エンテロウイルスが陽性であり、典型的な皮膚所見と併せて手足口病と診断した。診断時の胸部CTにて新規に両肺びまん性のすりガラス影を認め、ウイルス性肺炎と診断し対症療法で経過観察とした。X年12月のCT再検ではすりガラス影は一部改善したものの線維化陰影の増悪を認め、呼吸機能も低下していた。手足口病は小児に多発する疾患であるが、本症例のように成人にも発症し、肺炎像を呈した後、間質性肺炎の進行を助長する可能性があるため注意が必要である。

O-046

骨髄異形成症候群 (MDS) に器質性肺炎が合併した一例

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

○岩垣 慈音¹⁾、高岩 卓也²⁾、今田 和典³⁾、小川 亮¹⁾、高橋 祥太²⁾、山野 隆史²⁾、大木元達也²⁾、石川 遼一²⁾、中川 和彦²⁾、吉村 千恵²⁾、黄 文禧²⁾

症例は57歳女性。皮下脂肪組織炎様T細胞リンパ腫および二次性骨髄異形成症候群 (MDS) に対し、当院血液内科にてプレドニゾロン (PSL) 6mg、シクロスポリン200mgを投与中であった。X-1年2月、発熱と両側多発浸潤影を認め当科を受診。抗菌薬投与で改善せず、気管支鏡検査で急性線維索性器質性肺炎 (AFOP) と診断し、PSL40mgへ増量し改善を得た。以後はPSLを漸減し再燃なく経過していたが、同年12月にインフルエンザA型罹患後、肺陰影が悪化しAFOPの再燃を疑いPSL60mgへ増量。改善なく呼吸状態も悪化したためステロイドパルス療法を施行し、肺陰影および呼吸状態は改善、PSL40mgで退院となった。本症例のMDSはder(1:7)(q10:p10)核型を有し、器質性肺炎の合併が報告されている。現在、同種造血幹細胞移植を予定し、アザチオプリン導入とともにステロイド漸減中である。AFOPに関する文献的考察を加え報告する。

O-047

無治療経過観察中、急速に心不全症状を呈し、心サルコイドーシスの診断に至った肺サルコイドーシスの一例

- 1) 大阪赤十字病院 呼吸器内科
- 2) 同 循環器内科

○山田 拓実¹⁾、高橋 祥太¹⁾、山田 千夏²⁾、平井 厚志¹⁾、吉田 奈生¹⁾、吉田 薫¹⁾、矢野 翔平¹⁾、山野 隆史¹⁾、大木元達也¹⁾、石川 遼一¹⁾、高岩 卓也¹⁾、中川 和彦¹⁾、吉村 千恵¹⁾、黄 文禧¹⁾

【症例】85歳男性【現病歴】X-4年4月慢性咳嗽を主訴に当科を紹介受診。胸部CTで両肺上葉優位にリンパ路性多発結節影を認めた。高齢であり、精査を希望されなかったため塵肺の疑いとして画像フォローとなった。X-1年9月CTで経時的に結節の増大・増加を認めた。精査の結果、肺サルコイドーシスと診断された。心臓超音波と心電図で心サルコイドーシスを疑う所見には乏しかったため、経過観察方針となったがX年1月心不全を発症し、最終的に心臓サルコイドーシスの診断に至った。【考察】上葉優位のリンパ路性多発結節影を呈する鑑別疾患として塵肺やサルコイドーシスなどがあげられる。本症例は心臓超音波の所見は軽微であったが、肺サルコイドーシスの存在から心臓サルコイドーシスを強く疑い診断に至った。サルコイドーシスは複数の臓器病変を呈する事が多く、疑われる場合には早期診断が重要である。

O-048

右胃大網動脈付近から大量出血したEGPAの一部検例

滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科

○大岡 彩、山口 将史、田中 伶於、堀内 智房、後藤 幸、植木 康光、成宮 慶子、重森 度、角田 陽子、山崎 晶夫、仲川 宏昭、黄瀬 大輔、中野 恭幸

76歳女性。X-3年に好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) と診断後、高用量の全身性ステロイドで初期治療を開始した。メボリズマブも併用し病勢が安定したため、全身性ステロイドを漸減の上で中止、メボリズマブのみで約2年間維持療法を行っていた。X年に下肢筋力低下と両下腿皮疹が出現した。病勢増悪と判断し、入院の上でステロイドパルス・免疫グロブリン大量療法を施行した。入院第4病日に気分不快のため転倒。血圧低下、急速なHbの低下があり精査したところ、造影CTにて右胃大網動脈付近からの出血を認めた。塞栓術を含めた集学的治療を実施するも第6病日に死亡した。病理解剖にて全身の小血管に好酸球の浸潤を認め、右胃大網動脈周囲の細血管が破綻したことが死因と考えた。今回、EGPAの病勢増悪と出血性病変の関連性について、文献的考察を交えながら報告する。

O-049

難治性喘息に対し Dupilumab 導入後, EGPA を発症した一例

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

○花田宗一郎¹⁾, 岩井 正道¹⁾, 白波瀬 賢¹⁾, 長崎 忠雄¹⁾, 村木 正人¹⁾, 松本 久子²⁾, 東田 有智³⁾

【症例】62歳, 女性【現病歴】202X-1年6月に他院にて気管支喘息と診断された。FF (200) /VI/Umec を投与されるも, 202X年1月に中発作を認め, 難治性喘息と診断され, dupilumab が開始された。dupilumab が導入されるも, 呼吸器症状は悪化傾向であり, 血液検査, 胸部CTが実施され, 末梢血好酸球の著増 (14,770個 / μ l), CRP の上昇, 胸部CTで右上肺野・中葉に新規の浸潤影を認め, 精査加療目的で当科紹介となった。気管支鏡検査を実施し, BAL 所見 (好酸球 30%) より好酸球性肺炎と診断した。その後, P-ANCA 陽性が判明し, EGPA と診断した。入院にてGCを開始し, 症状の改善を認めた。【考察】dupilumab 開始後にEGPAを発症した一例を経験した。Dupilumab に関しては, 薬理作用により, 好酸球性肺炎などを併発する症例があると報告されているが, EGPA を発症した報告は稀であり, 若干の文献的考察も含め報告する。

O-050

デュピルマブにより改善した ABPA の気管支拡張病変にパズブレラ感染症を合併した一例

- 1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 感染症内科

○鈴木健太郎¹⁾, 永吉 琢真¹⁾, 片岡 良介¹⁾, 梶田 明裕²⁾, 宇野 健司²⁾, 甲斐 吉郎¹⁾

54歳女性。ECRS 手術歴2回, EGE による腸管穿孔で手術歴あり PSL 5mg で治療されていた。50歳時に喘息と診断, 高用量ICS/LABA で治療されるも, ECRS 再燃, ABPA 合併と喘息悪化を認めた。胸部CTで右中葉に粘液栓を認め, 好酸球数849/ μ L, IgE 1470 IU/mL と高値, アスペルギルス抗体陽性でABPAと診断。PSL増量は回避し, デュピルマブを開始。投与2か月でABPA, ECRS とともに改善。1年2か月後, 右中葉の気管支拡張部位に新たに気管支透亮像を認めた。ABPA 再燃も疑われたが気管支鏡で, 膿性分泌物を認め, 細菌培養で *Pasturella multocida* が検出され AMPC/CVA で改善。その後デュピルマブ継続してPSLはOFFとなり, 感染の再燃は認めていない。*Pasturella multocida* は, ネコやイヌの口腔内に常在するグラム陰性短桿菌で, 本症例もネコを数年前から飼育していた。ABPA による気道病変にはさまざまな細菌が合併することがあり, 注意が必要である。

O-051

アレルギー性気管支肺真菌症に対しメボリズマブを導入した1例

宝塚市立病院

○岡本 忠司, 藤岡 毅, 西村 駿, 発 忠信, 吉積 悠子, 高瀬 直人, 片上 信之

72歳女性。20XX年9月, 咳嗽・喀痰・胸部異常陰影にて近医より紹介。胸部CTで左舌区に粘液栓を伴う浸潤影を認め, 血液検査・気管支鏡検査にてアレルギー性気管支肺真菌症と診断。初期治療としてメボリズマブを導入したところ, 軽快が得られた。アレルギー性気管支肺真菌症に対する標準治療は全身ステロイドだが, 副作用や漸減に伴う再燃が懸念される。同疾患に対する生物学的製剤の有効性について, 文献的考察を踏まえて報告する。

O-052

気管支喘息に細菌性膿胸, アレルギー性気管支肺アスペルギルス症を合併した一例

社会福祉法人 恩賜財団 済生会奈良病院

○平岡 惇弥, 寺本 正治, 大屋 貴広, 北村 友宏, 上森 栄和, 柴 五輪男, 奥山 晃, 佐々木義明, 今井 照彦

【症例】59歳, 男性【主訴】発熱【現病歴】気管支喘息で近医内科通院していた。20XX年9月から39℃台の発熱, 左胸痛があり近医内科を受診。胸部X線写真で左胸水を認め, 抗生剤加療にも不応であり, 胸水の精査を含めた加療が必要と考えられたため当院を紹介。胸部CT検査で両側上葉優位に気管支に沿った結節性陰影と, 左肺底部に被包化胸水を認めた。膿胸として胸腔ドレナージ, 抗生剤加療により炎症所見は改善傾向となり胸水も消退傾向となったが, 結節性陰影は増悪した。喘息素因あり, 血液検査で末梢血好酸球数:2754/ μ l, IgE:3182U/ml, アスペルギルス特異的IgE:6.76U/ml, Asp fl:32.60U/ml で結節性陰影を気管支粘液栓所見と考え, アレルギー性気管支肺アスペルギルス症と診断した。イトラコナゾール200mg/day, プレドニゾロン30mg/day 内服加療開始し, 胸部CT所見で粘液栓は消退傾向となった。上記3疾患の関連について若干の文献的考察を踏まえ発表する。

O-053

クライオプローブより除去しえた粘液栓を用いての質量分析が有用と考えられたスエヒロタケによる ABPM の一例

日本赤十字社 高槻赤十字病院 呼吸器内科

○三崎裕美子, 前谷 知毅, 森 令法, 野村奈都子,
深田 寛子, 中村 保清, 北 英夫

症例：77歳女性 X 年10月から喀痰と咳嗽が続くため近医を受診し肺野異常陰影を認めたため当院紹介となった。胸部 CT で高吸収粘液栓と中心性気管支拡張を認めておりアレルギー性気管支肺真菌症が疑われ、気管支鏡検査を施行する方針とした。気管支鏡検査では右 B8 に粘液栓を認め、通常鉗子では採取除去とともに困難であったためクライオプローブを用いて粘液栓を除去した。アスペルギルスの RAST は陽性であったが fl IgE 抗体は陰性でありアスペルギルス以外の真菌が原因の可能性も考えられ、一般細菌、酵母では実用化されている MALDI-TOFMS を用いたところ粘液栓から *Schizophyllum commune* を同定した。真正担子菌（キノコ類）の同定は一般医療機関では困難であり専門施設に菌種同定などを寄託することが推奨され一般施設では同定困難とされているが、MALDI-TOFMS が同定に有用である可能性があり文献的考察を交えて報告する。

O-054

カテーテルアブレーション後の左肺静脈狭窄症により肺梗塞に至った 1 例

1) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
2) 同 呼吸器外科学

○矢野朝太郎¹⁾, 長嶺 宏明¹⁾, 松下 雄大¹⁾, 中井 俊之¹⁾,
山田 一宏¹⁾, 渡辺 徹也¹⁾, 浅井 一久¹⁾, 木下 広敬²⁾,
井上 英俊²⁾, 泉 信博²⁾, 川口 知哉¹⁾

【背景】近年、心房細動に対するアブレーション治療が増加している。今回アブレーション治療後の肺静脈狭窄症とそれに伴う肺梗塞の症例を報告する。【症例】40 歳代男性。X-1 年 11 月に心房細動に対してアブレーションを実施。X 年 2 月に小腸イレウスで入院した際の胸部単純 CT で偶発的に左肺下葉に浸潤影を認めた。誤嚥性肺炎として抗菌薬を投与したが、陰影は残存した。無症状のため経過観察としたが X 年 3 月に血痰を認め、胸部単純 CT で浸潤影の増大と左肺下葉の血管陰影の狭小化を認めた。胸部造影 CT では左下肺静脈の完全閉塞を認め、アブレーション後の肺静脈狭窄症とそれに伴う肺梗塞と診断し、左肺下葉切除術を施行した。【考察】アブレーション後に出現した浸潤影においては、特に血管陰影の狭小化を伴う場合は肺静脈狭窄症の可能性が高い。高度な狭窄や完全閉塞例ではうっ血から肺梗塞に至ることがあり、早期の造影 CT 評価が望まれる。

O-055

高齢で咯血症状を主訴に発見された左肺底区動脈大動脈起始症の一例

1) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器・血液内科学
2) 同 胸部腫瘍学特定講座

○脇田 悠¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 多田 陽郎¹⁾, 長谷川 裕¹⁾,
太田 博章¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 近藤 孝憲¹⁾, 村上 美沙¹⁾,
河村 直樹¹⁾, 清田 稜太¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾,
祢木 芳樹^{1,2)}, 藤本 大智^{1,2)}, 大搦泰一郎^{1,2)},
三上 浩司^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)},
栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

【症例】72歳女性。左肺癌に対して他院乳癌外科にてトラスツズマブエムタンシンによる全身化学療法中であった。並存疾患として、以前に使用したエンドキサンとの毒性による慢性心不全がある。X 年 X 月、50ml/日程度の咯血があり、精査加療目的に当科へ紹介転院となった。聴診では左肺音の減弱を認めた。造影 CT で胸部大動脈より左肺へ分枝する異常血管を認め、左肺底区動脈大動脈起始症の診断となった。当科受診時点では咯血は収束していたが、今後、心不全増悪を生じた場合に咯血をきたすリスクが上昇するため、異常血管に対するコイル塞栓術を施行した。【考察】肺底区動脈大動脈起始症は先天性の稀な疾患であり、咯血・血痰などの症状から若年で発見されることが多い。本症例は72歳で発見され、抗がん剤加療中であることから低侵襲であるコイル塞栓術を選択した。肺底区動脈代動脈起始症による咯血の機序について考察する。

O-056

血痰と胸部異常陰影を契機に受診し、カテーテルアブレーション後による肺静脈狭窄症と診断した一例

1) NHO 近畿中央呼吸器センター 内科
2) 同 臨床研究センター
3) 同 放射線科

○大下 一輝¹⁾, 橘 和延¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 蓑毛祥次郎¹⁾,
竹内奈緒子¹⁾, 香川 智子¹⁾, 滝本 宜之²⁾, 露口 一成²⁾,
澄川 裕充³⁾, 新井 徹²⁾

【症例】50代、男性。【主訴】血痰。【病歴】X 年10月に心房細動に対してカテーテルアブレーションを施行された。12月に扁桃炎で前医を受診し、抗菌薬を処方された。その後血痰を認め、抗凝固薬を中止し改善した。しかし、X+1 年1月に血痰が再燃し、胸部単純 X 線写真では左下肺野にすりガラス影と同側の胸水貯留を指摘され、当院を紹介受診した。胸部単純 CT では、左肺下葉に斑状の浸潤影・すりガラス影が散見され、同側胸水貯留を指摘された。抗菌薬を処方されたが改善はなく、胸部ダイナミック造影 CT で左下肺静脈の途絶を指摘されカテーテルアブレーション術後による肺静脈狭窄症と診断した。【考察】カテーテルアブレーションによる肺静脈狭窄症は稀な合併症であり、非特異的な症状と多彩な画像所見を呈するため、診断に難渋することがある。心疾患術後において重要な鑑別疾患であり、早期の血管評価が診断に必要である。

O-057

カテーテルアブレーション後の肺静脈閉塞症を指摘された1例

1) 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器内科
2) 同 心臓センター 不整脈科

○大倉 千明¹⁾, 北島 尚昌¹⁾, 張田 健志²⁾, 東 寿希也¹⁾,
本田 郁子¹⁾, 西田 湧也¹⁾, 平井 将隆¹⁾, 知念 重希¹⁾,
久保 直之¹⁾, 野原 瑛里¹⁾, 神野 志織¹⁾, 田嶋 範之¹⁾,
森本 千絵¹⁾, 井上 大生¹⁾, 福井 基成¹⁾, 春名 徹也²⁾,
丸毛 聡¹⁾

症例は50代男性, X年4月持続性心房細動に対して, カテーテルアブレーションを施行された患者。X年10月下旬に健診で胸部異常陰影を指摘され, 10月末に左背部痛が出現した。近医受診し, 肺炎の診断でAMPC/CVAの内服を2週間施行し疼痛が改善した。11月にも同様の経過があった。同症状の反復のため, X年12月に当科紹介となった。敗血症性肺塞栓症など感染症を考えAMPC/CVAで治療を開始し原因精査を行った。D-dimerの上昇があり肺血栓塞栓症を考慮したが, 造影CTで左下葉肺静脈の閉塞が指摘された。左下葉肺静脈閉塞症に伴う肺うっ血や繰り返す感染が原因となり, 胸痛が発生していると考えられた。カテーテルアブレーションの重篤な合併症の1つとして肺静脈狭窄症があり, その頻度は1~3%と報告されている。稀な病態だが, 認識しておくべき病態であり, 文献的考察を加えて報告する。

O-058

インフルエンザ感染後の黄色ブドウ球菌性重症壊死性肺炎の一例

神戸市立西神戸医療センター

○古川 湧也, 吉山 史子, 藤本さやか, 吉村聡一郎,
徳重 康介, 益田 隆広, 佐藤 宏紀, 濱崎 直子,
三輪菜々子, 山本 正嗣, 木田 陽子, 額額 力也,
桜井 稔奈, 多田 公英

症例は58歳女性。糖尿病以外の既往無し。近医でのインフルエンザ診断から3日後に, 意識障害と体動困難を主訴に救急搬送された。敗血症性ショック・糖尿病性ケトアシドーシスに加え, 神経内科でインフルエンザ脳症と診断された。胸部CTで両肺に多発の空洞を伴う壊死性肺炎を認め, 血液と喀痰培養からメチシリン感受性黄色ブドウ球菌(MSSA)を検出した。MSSAによる菌血症・重症壊死性肺炎に対し, 広域抗生剤からセファゾリンに変更し治療継続した。治療開始後も肺の壊死は更に進行したが, 約1ヶ月で制御可能となった。その後, 肺空洞病変の胸腔内穿破と胸膜炎合併による再増悪を認めたが, 保存的治療で軽快し自宅退院した。黄色ブドウ球菌性壊死性肺炎は外毒素が死亡率と関連し, 特にPanton-Valentin Leukocidin (PVL)が陽性の場合は死亡率が40-60%に及ぶ報告もある。本症例はPVL陰性であったがMSSAによる市中壊死性肺炎は健康人でも致死率が高いとされ, 文献的考察を加えて報告する。

O-059

アルテプラーゼ注入で症状改善をみた *Parvimonas micra* による膿胸の一例

社会医療法人 田北会 田北病院 内科

○植田 勝廣, 山口 真紀, 砺山 隆行, 中村 篤宏,
塚口真理子, 稲田 司

症例は81歳女性。5日前から38度超える熱持続。血圧70台。白血球数33630 CRP38.33。画像上左肺尖除く全領域に胸水及び肺炎像あり膿胸による症状と考えられX年6月某日第6病日に受診入院。入院しMEPM3g/D投与。トロッカー挿入持続吸引したが胸水十分除去できず家族に説明承諾のうえアルテプラーゼ60万単位を第9病日注入。胸水排液ありトロッカー抜去, リハビリ後第42病日退院。胸水より *Parvimonas micra*3+ 認めた。グラム陽性嫌気性球菌群の分類は変貌し *Peptostreptococcus micra* は2006年から *Parvimonas* 属に再分類され *P.micra* と呼称される。口腔, 消化管の細菌叢で慢性菌周病の病原菌となるが胸腔内の感染となるのは比較められ, 貴重な症例と考え文献的考察ふまえて報告する。

O-060

肺癌術後に出現した肺放線菌症の1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科
2) 同 病理診断科

○日隈 俊宏¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾,
水守 康之¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾,
東野 幸子¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 山之内義尚¹⁾, 平岡 亮太¹⁾,
平田 展也¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 竹井 雄介²⁾

75歳女性。X-8年に右上葉肺癌に対して右上葉S3区域切除術を施行した。X-2年から右中葉に数mm大の小結節影が出現し, 経時的な増大傾向を認めたため, X年に右中葉B4より気管支鏡検査を実施した。病理検査では悪性所見はなく肉芽腫病変を認めるのみであり, 培養から *Actinomyces odontolyticus* を検出し肺放線菌症と診断した。アモキシシリン内服を開始したところ, 結節影は縮小し臨床的改善を認めた。肺放線菌症は肺癌に類似した結節や腫瘍陰影を呈する稀な慢性呼吸器感染症である。気管支鏡検査で診断がつかず, 肺切除術が必要となる症例も少なくない。当院で経験した気管支鏡検査による診断例および外科的切除による診断例を集積し, 肺放線菌症の画像所見および臨床的特徴について検討した結果を報告する。

O-061

ウパダシニブで治療中に肺クリプトコッカス症を発症した関節リウマチの1例

- 1) 大阪医科薬科大学 内科学 (1)
- 2) 大阪医科薬科大学病院 臨床研究センター
- 3) 大阪医科薬科大学 内科学講座 腫瘍内科学

○垣内 俊祐¹⁾, 船本 智哉¹⁾, 石川 翔一¹⁾, 由良 成¹⁾,
土田 滂¹⁾, 藤田 守美¹⁾, 新井 将弘¹⁾, 島津 保之¹⁾,
満屋 奨¹⁾, 辻 博行²⁾, 松永 仁綜¹⁾, 鶴岡健二郎¹⁾,
中村 敬彦¹⁾, 田村 洋輔¹⁾, 藤阪 保仁^{2,3)}, 池田宗一郎¹⁾,
今川 彰久¹⁾

【症例】64歳, 男性【現病歴】関節リウマチに対しステロイド, メトトレキサートで治療されていた。X年7月よりトシリズマブが導入されたが関節症状が悪化し, 同年10月よりウパダシニブ (JAK 阻害薬) に変更された。変更後, 関節症状は改善したが炎症反応は上昇傾向であり, 胸部CTで左肺下葉に一部に空洞を伴う多発結節の出現が指摘された。頭部MRI, 髄液検査で髄膜炎の所見はなく, 気管支鏡検査でも培養陰性であったが, 血液検査でクリプトコッカス抗原陽性であり肺クリプトコッカス症と診断した。アムホテリシンB点滴静注とフルシトシン内服の併用に引き続き, フルコナゾール内服による維持療法を行い, 炎症反応は改善傾向, 結節影は縮小傾向にある。【考察】近年, 免疫抑制作用を有するJAK 阻害薬の使用頻度が増加しており, 本症例のようにクリプトコッカス症の発症リスクにも留意する必要がある。

O-062

インフルエンザウイルス感染後の縦隔炎を契機に急激な経過を辿った劇症型溶血性連鎖球菌感染症の1例

加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 呼吸器内科

○森田 敦視, 多木 誠人, 戸谷 梨沙, 清原あすか,
坂田 悟郎, 豊田 純貴, 佐伯 悠治, 黒田 修平,
長 佳純, 藤井 真央, 徳永俊太郎, 堀 朱矢,
西馬 照明

症例は基礎疾患のない26歳男性。近医でインフルエンザA型と診断後に, 右胸痛と呼吸苦を主訴に紹介入院。急性縦隔炎に対し抗菌薬加療を開始したが, 入院翌日に呼吸状態の悪化と右胸水の増加を認めた。胸腔ドレナージでは改善が得られず気管挿管を行った。夜間より血圧が低下し, 敗血症性心筋症による心原性ショックのためPCPSおよび補助循環用ポンプカテーテルを留置した。喀痰・血液・胸水培養のすべてからStreptococcus pyogenesを検出し, 劇症型溶血性連鎖球菌感染症と診断した。その後, 全身状態は改善しDay7に補助循環終了, Day12に抜管, 人工呼吸器離脱した。近年, 若年においてもインフルエンザウイルス感染後の重篤な溶連菌感染症の報告が増加しており, 文献的考察を加え報告する。

O-063

Atezolizumabによるギラン・バレー症候群を発症した肺腺癌の1例

- 1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修センター
- 2) 同 呼吸器内科

○宮川 伸¹⁾, 岡田あすか²⁾, 木村 脩人²⁾, 藤原 隆徳²⁾,
綿部 裕馬²⁾, 佐藤いずみ²⁾, 乾 祐輔²⁾, 上田 将秀²⁾,
茨木 敬博²⁾, 美藤 文貴²⁾, 竹中 英昭²⁾, 長 澄人²⁾

症例は74歳の男性。左上葉肺腺癌に対してABCP療法を施行していた。維持療法3コース目終了後7日目よりの歩行困難で翌日救急搬送された。頭部MRIでは明らかな異常所見を認めなかったが, irAEの可能性を考え同日緊急入院となった。両下肢, 右上肢の腱反射は消失しており, 筋炎を示唆する所見は認めなかったことより, irAEとしてのギラン・バレー症候群が疑わしいと考えた。IVIgとmPSLパルスなどによる治療を開始したところ, 当初治療抵抗性であったが, 治療継続により少しずつ症状は軽快傾向となった。しかしながら経過中腫瘍が急激に増大・進行し, 第33病日に永眠された。振り返ってみると, 搬送約1ヶ月前にも発熱・脱力を主訴に救急外来を受診されており, その際は気管支炎と診断され入院加療が行われていた。解熱後は脱力も改善傾向にあったため精査が行われていなかったが, irAEの初期症状を見ていた可能性もあったと考えた。

O-064

脳死肺移植レシピエントに発症した播種性ノカルジア症の1例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科
- 3) 同 感染制御部

○中津 知輝¹⁾, 半田 知宏¹⁾, 西岡 憲亮¹⁾, 田中 里奈²⁾,
松本 瞭²⁾, 土戸 康弘³⁾, 荒澤 壮一³⁾, 前田 秀光¹⁾,
池添 浩平¹⁾, 中塚 賀也¹⁾, 中島 大輔²⁾, 長尾 美紀³⁾,
平井 豊博¹⁾

症例は56歳男性。X-3年8月に息切れを自覚し, 胸部画像所見より間質性肺炎を疑われた。精査にて膠原病の特徴がある間質性肺炎と診断。ステロイド, 免疫抑制剤, 抗線維化薬による治療を行ったが進行を認め, X年6月に脳死右肺移植を行った。肺移植後に急性拒絶があり, タクロリムスの血中濃度は12-15 ng/mlと高めにコントロールしていた。X年12月に38度の発熱と咳嗽, 膿性痰で受診し, 右肺に腫瘤状のコンソリデーションを認めた。喀痰と血液培養にてノカルジアが陽性となり, 播種性ノカルジア症と診断した。免疫抑制剤を減量し, イミベネムとリネゾリドによる点滴治療を4週間行ったところ陰影は著明に縮小した。内服抗菌薬に切り替えて加療を継続中である。ノカルジア感染症は肺移植のレシピエントの1.8-3.5%程度に認めると報告されている。診断の遅れは予後の悪化につながるため, 特に免疫抑制患者では注意すべき感染症である。

O-065

テボチニブ早期病勢進行後に ABCP 療法が奏効した MET 遺伝子変異陽性肺癌の一例

- 1) 姫路赤十字病院 研修センター
- 2) 同 呼吸器内科

○松本 悠汰¹⁾, 狩野 裕久²⁾, 西岡 瑛²⁾, 青江晃太郎²⁾, 林 愛理²⁾, 中村 香葉²⁾, 真下 周子²⁾, 岸野 大蔵²⁾

症例は54歳, 女性。肺腺癌 Stage4B (MET Ex14 skipping 変異陽性, PD-L1:60%) と診断し, テボチニブを開始した。病変の縮小を認めたが, 治療開始後6週で, 左下葉腫瘍が増大し, 胸水も認め, 入院した。胸腔ドレナージを行い, 胸膜癒着も行った。しかし, 左下葉腫瘍や胸膜播種が急速に増大し, 胸水も増量した。テボチニブは病勢進行 (PD) と考え, 第14病日に CBDCA+PTX+ベバシズマブ+アテゾリズマブ (ABCP 療法) を開始した。2日後に胸水が減少し, 左下葉腫瘍も著明に縮小した。ADL も改善し, 第25病日に退院した。MET 遺伝子変異陽性肺癌に対する1次治療は MET 阻害薬が推奨されるが, その後の2次治療に関する報告は少ない。一方, MET 陽性肺癌では PD-L1 高発現例も多く, 免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) による治療効果も期待される。今回, MET 阻害薬早期 PD 後に ABCP 療法が著効した1例を経験した。ABCP 療法が MET 陽性肺癌に対する2次治療として有望な可能性が示唆された。

O-066

間質性肺炎の治療中に両側のニューマトセルと気胸を発症し肺囊胞縫縮術を施行した1例

- 1) 姫路赤十字病院 臨床研修センター
- 2) 同 呼吸器内科
- 3) 同 呼吸器外科

○小西 杏花¹⁾, 田中 愛也²⁾, 西岡 瑛²⁾, 青江晃太郎²⁾, 林 愛理²⁾, 狩野 裕久²⁾, 中村 香葉²⁾, 真下 周子²⁾, 檜尾 享佑³⁾, 三原 大樹³⁾, 田尾 裕之³⁾, 岸野 大蔵²⁾

症例は67歳男性。X 年1月上旬に抗菌薬で改善しない肺炎のため当院へ転院となった。CT で両側上葉優位の浸潤影とすりガラス影がみられ, 気管支肺泡洗浄でリンパ球分画の上昇を認めたため, 間質性肺炎と診断した。

気管支鏡検査後に呼吸状態が悪化し, 高流量鼻カニューラ酸素療法とステロイド治療を開始した。鼻カニューラ3L/分で呼吸が保てる状況にまで改善したが, 突然の呼吸困難と低酸素血症が出現しレントゲンで両側気胸を認めた。CT で入院時には見られなかった両側肺尖部の薄壁の囊胞がありニューマトセルと考えられた。両側に胸腔ドレナージを留置したがエアリークが持続するため, X 年2月に両側の肺囊胞縫縮術を施行した。術後, エアリークは消失し退院となった。肺の器質化やステロイド, 高流量酸素などの複合的な要因でニューマトセルと同部が原因の気胸を発症したと考えられる。間質性肺炎の治療過程で発症した稀な合併症と考え報告する。

O-067

アクチノマイセス膿胸の1例

- 1) 大手前病院 内科
- 2) 同 呼吸器内科
- 3) 同 呼吸器外科

○高橋 大夢¹⁾, 西條 伸彦²⁾, 堀尾 大介²⁾, 廣岡 亜矢²⁾, 中野 孝司²⁾, 前田 純³⁾

【症例】54歳, 男性【主訴】呼吸困難【現病歴】X 年2月頃より呼吸困難を自覚し, 近医にて胸部レントゲンで胸水貯留を指摘され X 年3月末に当院へ紹介受診した。胸部単純 CT で右大量胸水を認めたため, 胸腔ドレナージを留置した。胸水は白色で悪臭を伴い, Light の基準で滲出性, gram 陽性桿菌を検出したことから膿胸と診断し, 胸腔ドレナージと ABPC/ SBT 投与を開始した。【臨床経過】生理食塩水で胸腔洗浄を開始し, 右肺の再膨張を認めたが full expansion は得られなかった。培養より *Actinomyces spp.* を検出した。全身状態は良好に経過し CRP も改善したため, PCG に変更し加療を継続した。【考察】*Actinomyces spp.* は主に口腔内に常在する細菌であり, 膿胸を引き起こすのは稀である。文献的考察を加えて報告する。

O-068

Dysfunctional breathing への介入が奏功した気管支喘息の一例

- 1) 大阪公立大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター
- 2) 同 大学院医学研究科 呼吸器内科学

○水岡 史織¹⁾, 山田 一宏²⁾, 佐藤佳奈子²⁾, 藪崎 興平²⁾, 平位 佳歩²⁾, 中井 俊之²⁾, 渡辺 徹也²⁾, 浅井 一久²⁾, 川口 知哉²⁾

症例は自閉症スペクトラム, ADHD を有する20代女性。X-3 年気管支喘息と診断され, 頻回の入院を必要とし, 同年に生物学的製剤導入となった。その後も喘息発作で4度入院し, コントロールに難渋した。X 年ストレスから摂食不良となり当院精神科へ任意入院。入院後ストレスからプロカテロールを55回連続吸入し, 動悸, 低 K 血症をきたすと同時に SpO₂ 91% (r.a), 喘鳴聴取し, ステロイド全身投与を開始した。開始後5日目も喘鳴聴取, SpO₂ 83% (r.a) と呼吸不全がみられたが, 呼吸パターンの異常があり, 呼吸方法を指導すると喘鳴消失し, SpO₂ 98% (r.a) に改善した。ナイメーヘン質問票17点, Breathing Pattern Assessment Tool 7点であり, Dysfunctional breathing (DB) が呼吸状態悪化の主要因と判断した。DB は喘息に併存する呼吸パターン異常の病態で, QOL の低下, 喘息の過剰治療を招くとされている。今回 DB を診断し介入することで改善した喘息症例を経験したので報告する。

O-069

分類不能型免疫不全症に合併したgranulomatous lymphocytic interstitial lung disease (GLILD)の1例

1) 関西医科大学附属病院 卒後臨床研修センター
2) 同 呼吸器感染症内科

○福島 快¹⁾, 尾形 誠²⁾, 福田 直樹²⁾, 宮下 修行²⁾

【症例】51歳男性【主訴】胸部画像異常【既往】高血圧、高脂血症【喫煙歴】なし【アレルギー歴】なし【家族歴】特記すべき事なし【住居】木造築10年、文鳥飼育、加湿器使用、ダウンジャケット使用、羽毛使用あり【職業歴】会社員営業【現病歴】2019年頃から腰背部感染粉瘤、右下腿蜂窩織炎など感染を繰り返されていた。2020年採血上、血小板減少、ガンマグロブリンの低値を認め、当院血液内科紹介となった。精査にて分類不能型免疫不全症の診断となったが、その際に胸部画像上多発斑状結節影を指摘され、当科紹介も生検など拒否され経過観察されていた。2024年X月、肺斑状影増大傾向、縦隔リンパ節腫脹認め、EBUS-TBNA 施行し、類上皮細胞性肉芽腫の診断を得た。ACE上昇もあり、病理所見等から当初はサルコイドーシスを疑ったが、最終的に分類不能型免疫不全症に合併したGLILDと診断とした。診断に苦慮したため、考察を加えてここに報告する。

O-071

重症インフルエンザ肺炎に侵襲性肺アスペルギルス症を続発するも、早期の治療介入により救命し得た一例

奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター 呼吸器内科

○坂上 直子, 松田 昌之, 林 由佳, 西崎 友哉,
渋谷 篤志, 奥田悠太郎, 藤岡安寿弥, 伊佐敷沙恵子,
佐藤 一郎, 伊木れい佳, 花岡 健司, 伊藤 武文

症例は高血圧、高尿酸血症の既往がある57歳男性。X年9月19日より発熱と咳嗽あり、近医にて肺炎の診断で点滴抗菌薬加療が行われるも症状が増悪し、同月26日に当院転院となった。HFNCでFiO₂:95%と呼吸状態悪く、PCR検査でFluA陽性が判明し、インフルエンザ重症肺炎としてICUで全身管理となった。抗ウイルス薬と抗菌薬加療で一時的に改善傾向であったが、入院4日後から発熱の再燃とCRPの再上昇を認めた。喀痰検査で糸状菌の検出あり、インフルエンザ感染後のアスペルギルス感染症を鑑別に挙げて10月4日よりVRCZを追加したところ、全身状態の改善を認めた。検出された糸状菌は後日 *Aspergillus fumigatus* と同定された。経過良好につき同月31日に独歩で退院した。健常者において、インフルエンザ感染症罹患後に侵襲性肺アスペルギルス症を続発する例があり、極めて予後不良である。早期治療介入により救命し得た一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

O-070

小細胞肺癌患者にリステリア・モノサイトゲネスによる心膜炎が合併したと考えられる一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○松村 和紀, 岡垣 暢紘, 坂本 裕人, 田中 佑磨,
中西 司, 中村 哲史, 上山 維晋, 池上 直弥,
加持 雄介, 橋本 成修, 田中 栄作, 田口 善夫,
羽白 高

症例は82歳男性。3年前から限局型小細胞肺癌CRT後再発として抗癌剤加療を継続していた。2週間前からの労作時の呼吸困難、喘鳴、下腿浮腫等あり外来受診し、CRP上昇と大量心嚢水貯留を認め精査加療目的に入院した。心嚢ドレナージを行ったところ好中球優位の心嚢水であり、血液培養からはリステリア・モノサイトゲネスが検出した。心嚢水培養からは菌体の検出はなかったが、リステリア・モノサイトゲネスによる心膜炎と診断し、抗生剤治療を開始してABPC + GEMを開始した。途中薬剤性腎障害の為にABPC → MEPMに変更したが、CRP低下し、心嚢水の再貯留はなく経過は良好であった。本人の強い希望あり、第34病日にST合剤に変更し退院とした。リステリア・モノサイトゲネスによる心膜炎は稀とされており、文献的考察を踏まえて報告する。

O-072

気管支肺炎を呈し急激な経過を辿った劇症型溶血性連鎖球菌感染症の1例

1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
2) 同 感染症内科
3) 同 臨床研究センター

○田中 悠也¹⁾, 倉原 優^{1,2,3)}, 小林 岳彦³⁾,
吉田志緒美³⁾, 露口 一成^{1,2,3)}

Streptococcus pyogenes は、日常診療において咽頭炎等で遭遇することが多い一方、劇症型溶血性連鎖球菌感染症 (STSS) の起原菌としても重要である。症例は77歳女性で、高血圧および脂質異常症を有していた。発症4日前より全身倦怠感を自覚し、他院を受診。胸部CTにて右上肺優位に両肺小葉中心性粒状影およびすりガラス状陰影を認めた。当院転院時、呼吸促拍を認め高流量鼻カニューレ酸素療法を導入。バイタルサインは安定し会話も可能であったが、転院後1時間で突如昏睡、心肺停止に至った。蘇生を試みたが救命できなかった。血液培養2セットより *Streptococcus pyogenes* が検出され、STSSと診断した。A群溶連菌は市中肺炎の起原菌の1%未満であるが、STSSに至った場合は急性呼吸窮迫症候群を呈する。気管支肺炎で発症する報告は散見されるが、胸部画像所見に一定の見解はない。全身症状を伴う際はSTSSを想起する必要がある。

O-073

アジスロマイシンが奏効した難治性ムコイド型肺炎球菌性肺炎の1例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○木村 脩人, 上田 将秀, 藤原 隆徳, 綿部 祐馬,
佐藤いずみ, 乾 佑輔, 茨木 敬博, 美藤 文貴,
岡田あすか, 竹中 英昭, 長 澄人

症例は70歳, 男性。喘息とCOPDのオーバーラップで治療中であった。X年Y月17日頃より食思不振や胸痛, 軽度の呼吸困難を自覚していた。Y月19日定期受診時, 血圧低下や呼吸不全を認め, 肺炎の診断で入院した。SBT/ABPCを開始したが病状は悪化したため第3病日にMEPMに変更した。喀痰培養からムコイド型の肺炎球菌と判明し, 同薬に感受性を示したため治療を継続したが難治性であった。マクロライド耐性であったもののAZMを併用したところ病状は改善傾向となった。肺炎球菌は, コロニー形態の違いによりムコイド型と非ムコイド型に分類され, 前者は難治化, 重症化しやすいことが報告されている。また, AZMは抗菌活性外の作用で肺炎球菌性肺炎の予後を改善させることが報告されている。本症例においてもムコイド型の難治性肺炎球菌性肺炎に対してAZMが有用であったため, 文献的考察も加えて報告する。

O-074

A.nigerによる慢性進行性肺アスペルギルス症に対し、イサブコナゾールが奏功した一例

1) 大阪大学医学部附属病院 呼吸器内科
2) 市立西宮中央病院 呼吸器内科

○仲谷 勇輝¹⁾, 辻 哲顕²⁾, 木島 涼²⁾, 軸屋龍太郎²⁾,
二木 俊江²⁾, 日下部祥人²⁾, 池田 聡之²⁾

68歳男性。X年9月14日より咳嗽を自覚し, 30日から血痰が出現した。血痰の量が増加傾向であったため10月21日に前医を受診し, 胸部Xpで左上肺野に浸潤影を認めた。肺炎の診断で内服抗菌薬を開始したが改善せず, 31日に当院へ紹介となった。胸部単純CTでは左上葉に空洞影を認め, 慢性進行性肺アスペルギルス症(以下CPPA)を疑ったが β -Dグルカン, アスペルギルス抗原およびIgGは全て陰性の結果であった。しかし2ヶ月後に, 初診時の喀痰からA.nigerの発育を認め, 同菌によるCPPAと診断した。イサブコナゾールの内服治療を開始し, 徐々に左上葉の空洞影および血痰は改善傾向となった。A.nigerはCPPAの起炎菌としては比較的稀な菌種である。アスペルギルス抗原やIgGは同菌に対する感度・特異度が低く, 診断に苦慮する可能性がある。今回我々は, A.nigerによるCPPAを経験したので, 報告する。

O-075

慢性GVHDに伴う閉塞性細気管支炎の治療中 Schizophyllum communeとMycobacterium avium に混合感染した一例

1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
2) 同 病理診断科

○田中 尚登¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 大塚 裕斗¹⁾, 杉山 貴康¹⁾,
青木 勝平¹⁾, 池田 陽呂¹⁾, 寺元 智希¹⁾, 笹田 剛史¹⁾,
中山真裕美¹⁾, 榛岡 智子¹⁾, 神戸 寛史¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾,
永田 一真¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 政岡 亜実²⁾, 山下 大祐²⁾,
立川 良¹⁾

症例は35歳女性。X-3年9月にALLと診断され、X-2年5月に血縁者間末梢血幹細胞移植が行われた。X-1年1月に口腔粘膜炎とドライアイを認め、慢性GVHDと診断されたが免疫抑制剤の使用はなかった。X年6月に呼吸困難と咳嗽が出現し呼吸器内科を受診した。胸部CTと換気血流シンチの結果より、慢性GVHDに伴う閉塞性細気管支炎と診断し、ICS/LABA/LAMA+LTRAとプレドニゾロン(PSL)40mgで加療開始した。PSLを漸減しX年11月に終了したが、12月のスパイロメトリーで1秒率の低下あり、ルキソリチニブを開始した。X+1年5月に新規に両側肺の結節影・すりガラス影を指摘し、再度BALを施行した。一般細菌培養より、Schizophyllum communeおよびMycobacterium aviumが検出された。X年7月より肺Schizophyllum commune感染症として、イトラコナゾールを開始した。X年10月には画像・症状ともに改善を認めた。慢性GVHDに伴う閉塞性細気管支炎の治療中に発症した混合感染例として報告する。

O-076

間質性肺炎の治療中に発症したアスペルギルスによる有癭性膿胸の一例

1) 公益財団法人天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
2) 同 呼吸器外科
3) 同 病理診断科

○岡垣 暢紘¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 坂本 裕人¹⁾, 田中 佑磨¹⁾,
中西 司¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾,
池上 直弥¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾,
中川 達雄²⁾, 住吉 真司³⁾, 羽白 高¹⁾

症例は69歳男性。関節リウマチ関連間質性肺炎と慢性進行性肺アスペルギルス症に対し、ステロイド、免疫抑制剤およびイトラコナゾールで加療中であった。呼吸困難を主訴に当院を受診し、COVID-19および右気胸の診断で精査加療目的に入院した。入院後に熱型の悪化と胸腔ドレーン排液の混濁があり、抗菌薬不応の経過と胸水中の β -Dグルカン・アスペルギルス抗原陽性からアスペルギルス膿胸を疑った。ポリコナゾールへの抗真菌薬変更や胸腔鏡下膿胸郭清術、気管支鏡下気管支塞栓術、またアムホテリシンBの胸腔内投与を行い膿胸は改善した。郭清術時に採取した胸膜検体のGrocott染色で糸状菌を認め、アスペルギルス膿胸に矛盾しない所見であった。アスペルギルス膿胸は稀な疾患であり、その死亡率は高い。肺真菌症を有する症例で気胸を生じた場合は、気胸のみならず排液の性状に注目し、膿胸の合併に留意する必要がある。

O-077

乳癌に対する dose-dense 化学療法中にニューモシスチス肺炎を発症した1例

大阪赤十字病院

○吉田 奈生, 山野 隆史, 黄 文禧

【症例】55歳女性。X年Y-2月から左乳癌に対し術前補助化学療法として dose-dense AC 療法を4コース施行後 dose-dense PTX 療法を開始した。Y月27日に39℃の発熱、呼吸困難を主訴に救急搬送され、胸部CTで両肺にびまん性のすりガラス影を認め入院となった。薬剤性肺炎やニューモシスチス肺炎が鑑別に挙がり、BALを施行の上ステロイドパルス療法を開始した。その後β-Dグルカン高値、BAL液のPneumocystis jirovecii PCR陽性が判明し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・トリメトプリム投与とステロイド漸減により肺炎は改善した。【考察】乳癌に対する dose-dense 療法中のニューモシスチス肺炎の発症率は0.6%との報告がある。しかし当院では本症例も含め110例中3例(2.7%)に発症を認め、既報より高率なため注意が必要である。

O-078

外科的切除が行われた肺アスペルギルス症24例の検討

1) 独立行政法人 国立病院機構 姫路医療センター
呼吸器内科
2) 同 呼吸器外科

○横井 陽子¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 山之内義尚¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平田 展也¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 植田 充宏²⁾, 長井信二郎²⁾, 今西 直子²⁾

【目的】肺アスペルギルス症に対する根治的外科切除が行われるが、術後の抗真菌薬投与について明確なコンセンサスはない。今回、当院で経験した肺アスペルギルス症の切除例について、術後抗真菌薬投与を含め臨床経過を検討した。【方法】2013年1月～2024年5月の12年間に当院で外科的切除を施行した肺アスペルギルス症24例の基礎疾患、術式、抗真菌薬投与の有無、転帰などを検討した。【結果】基礎疾患は、肺気腫・ブラ9例、間質性肺炎4例、陈旧性結核5例、その他4例、基礎疾患なし2例。術式は左全摘1例、葉切14例、区切2例、部切7例。抗真菌薬投与は、術前のみ2例、術後のみ2例、術前後投与が3例、残り17例は投与されず。全例で再発はみられなかった。抗真菌薬の術後投与が行われた理由としては、病巣が大きい、基礎疾患が重篤などが挙げられた。【結論】外科的根治切除を実施し得た肺アスペルギルス症では必ずしも抗真菌薬術後投与は必要ないように思われた。

O-079

慢性呼吸器症状を呈し喘息と診断されていた気管支 Actinomyces 症の一例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○青木 勝平, 大塚 裕斗, 田中 尚登, 杉山 貴康,
榛間 智子, 中山真裕美, 笹田 剛史, 神戸 寛史,
白川 千種, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,
富井 啓介, 立川 良

肺結核で左上葉切除後のADLの自立した86歳男性。2017年ごろから息切れを認め、肺機能検査では閉塞性障害があり、胸部CT検査では左主気管支内に突出する腫瘍と気道狭窄を認めていた。同部の生検で悪性所見は認めず放線菌の疑いだったが培養では菌は検出されず経過観察となっていた。その後、腫瘍はほとんど変化なく残存し、慢性的に咳嗽、喀痰、喘鳴などの症状も持続して、気管支喘息として治療が試みられたが改善に乏しかった。2024年に改めて微生物精査を行うと、喀痰培養と同腫瘍での組織検体から Actinomyces 属が検出された。抗菌薬治療を開始して6か月後には腫瘍性病変による気道狭窄が解除され呼吸症状に改善が認められた。【考察】肺 Actinomyces 症は Actinomyces 症全体の15%程度を占め、慢性肉芽腫性病変を呈する。本邦では気管支鏡で診断できた症例は10%程度と報告されている。本症例は気管支に病巣を作り、気管支喘息と類似した臨床症状を呈した。

O-080

尿中抗原陰性で LAMP 法陽性のレジオネラ肺炎3例の検討

加古川中央市民病院 呼吸器内科

○小西 宏祐, 徳永俊太郎, 中矢日奈子, 堀 秀輔,
松尾 壮太, 戸谷 梨沙, 森田 敦視, 坂田 悟郎,
黒田 修平, 藤井 真央, 友國 佳奈, 堀 朱矢,
小林 和幸, 西馬 照明

レジオネラ尿中抗原はこれまで血清型1しか検出できなかったが、2019年から血清型1～15までを検出できるキットが使用できるようになった。当院でキット採用後の2023年度～24年度の2年間にレジオネラ肺炎を8件経験した。そのうち3例では尿中抗原陰性であったが、痰のLAMP法が陽性であったことから最終的な診断確定をした。2例では入院後、有効抗生剤を開始するまで、4～6日を要した。入院時、室内気～鼻カマラの少量酸素投与であったが、治療開始時にはオキシマイザーO₂7L/min～HFNC、FiO₂60%での管理を要する状況になっていた。レジオネラ尿中抗原は血清型1～15までを検出できるキットが使用できるようになったが、偽陰性が見られており、臨床的にレジオネラ肺炎を疑った時は、尿中抗原陰性であってもエンピリックに治療をする必要がある。

O-081

パラインフルエンザ3感染及びタモキシフェン関与が考えられ高熱、咳、全身皮疹認めた一例

- 1) 社会医療法人 田北会 田北病院 内科
- 2) にしぎ内科クリニック
- 3) 天理よろづ相談所病院 乳腺外科

○植田 勝廣¹⁾、山口 真紀¹⁾、砺山 隆行¹⁾、中村 篤宏¹⁾、稲田 司¹⁾、西崎 和彦²⁾、山城 大泰³⁾

症例は58歳女性。保育園園長。右乳癌に乳房部分切除放射線治療後タモキシフェン内服治療を行っていた。X年10月某日38度以上発熱及び咳嗽出現持続。連日40度の発熱、大腿、体幹、顔面、両上肢、背部、頸部に紅斑が出現。第5病日本院に紹介。胸部画像上は胸水、縦隔、両側肺門リンパ節腫大を認めていた。薬剤性皮疹を疑い外用薬とパルス療法を行った。咳は持続していたが症状改善し第10病日退院。第18病日からタモキシフェンは止めた。症状改善を確認し第50病日終診。自己免疫抗体は陰性。パラインフルエンザ3抗体320と高値。パラインフルエンザウイルスは1-4型に分類され3型は幼若乳児ならびに易感染状態にある小児、成人に肺炎、細気管支炎を起こす。薬剤誘発性リンパ球刺激試験ではロキソプロフェン陰性だがタモキシフェン陽性。環境、感染、タモキシフェン投与の複数が病態に関与していると考えられた。貴重な症例と考え報告する。

O-082

パロキサビル投与後、遅発性にインフルエンザ肺炎をきたした1例

独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

○平岡 亮太、吉川 和志、高田 正浩、日隈 俊宏、永田 憲司、竹野内政紀、平田 展也、山之内義尚、小南 亮太、東野 幸子、加藤 智浩、鏡 亮吾、横井 陽子、塚本 宏壮、水守 康之、佐々木 信、中原 保治、河村 哲治

症例は66歳男性でワクチン未接種。X-11日に近医で抗原検査にてインフルエンザAと診断されパロキサビルの処方を受けた。その後X-6日に解熱するも、X日に両肺の胸膜側優位のすりガラス影を特徴とした肺炎をきたし、当院に入院となった。入院時インフルエンザ迅速抗原は陰性、PCRでA(H1N1)pdm09が陽性であった。膠原病関連自己抗体は陰性であり、インフルエンザ肺炎と診断、ブレドニゾロンによる治療を実施し軽快した。一部のインフルエンザウイルスはI38アミノ酸変異を有することでパロキサビルに対し低感受性となり、罹患期間が延長したり、一過性にウイルス力価が上昇することが知られている。本症例はワクチン未接種でもあり、パロキサビルによる治療効果が十分ではなかったことで遅発性に肺炎をきたした可能性があると考えた。文献的考察を加え報告する。

O-083

塵肺に伴う続発性肺蛋白症に対して全麻下区域洗浄を施行して良好な経過をたどった1例

- 1) 姫路医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 病理診断科

○平田 展也¹⁾、吉川 和志¹⁾、高田 正浩¹⁾、日隈 俊宏¹⁾、永田 憲司¹⁾、平岡 亮太¹⁾、山之内義尚¹⁾、小南 亮太¹⁾、東野 幸子¹⁾、加藤 智浩¹⁾、鏡 亮吾¹⁾、横井 陽子¹⁾、塚本 宏壮¹⁾、水守 康之¹⁾、佐々木 信¹⁾、中原 保治¹⁾、河村 哲治¹⁾、竹井 雄介²⁾

粉塵吸入歴がある55歳男性。胸部異常陰影で紹介。胸部CTで上葉・気管血管周囲に優位なびまん性浸潤影やすりガラス影、小葉中心性粒状影や小葉間隔壁肥厚を認めた。気管支鏡検査を施行、BALFは淡黄色で混濁乏しくリンパ球優位。クライオ肺生検(右B8/B9/B2)では塵肺に矛盾しない所見であった。3ヶ月後に呼吸困難が出現。ステロイド投与で一時的に改善を認めたが、2ヶ月後に再度増悪した。再度気管支鏡検査を施行、BALFは米のとき汁様で洗浄液にPAS染色陽性を示す無構造物が多数見られた。抗GM-CSF抗体は陰性であり、塵肺に伴った続発性肺蛋白症と診断した。両肺2期的に全麻下で気管支鏡による区域洗浄を施行し、安静時酸素投与量は8Lから1Lまで改善した。5ヶ月間で急激に呼吸状態が悪化した続発性肺蛋白症を経験したので、文献的考察を踏まえ報告する。

O-084

脳死肺移植を含む多分野集学的治療により長期治療管理を行った孤発性リンパ脈管筋腫症の剖検例

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
- 2) 公益財団法人結核予防会 複十字病院 呼吸器内科
- 3) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター
- 4) 同 放射線科
- 5) 同 病理診断科
- 6) 大阪府結核予防会 大阪複十字病院 内科

○竹内奈緒子¹⁾、鳥矢未奈子²⁾、滝本 宜之³⁾、澄川 裕充⁴⁾、清水 重喜⁵⁾、松田 能宣¹⁾、茂田 光弘¹⁾、新谷 亮多¹⁾、新井 徹³⁾、井上 義一⁶⁾

症例は当院初診時28歳女性。腎血管筋脂肪腫に対して左腎摘出、両側気胸で胸膜癒着術、手術歴あり。25歳時に前医にてリンパ脈管筋腫症(LAM)の診断後ホルモン療法や卵巣照射施行後当院紹介され、在宅酸素療法も導入した。44歳時に片肺脳死肺移植実施。54歳時にシロリムスを開始するも薬剤性肺障害が疑われたため中止された。閉塞性換気障害は緩徐に進行し、肺アスペルギルス症を含む慢性感染症も併発した。Ⅱ型呼吸不全を呈し、圧迫骨折合併、心療内科受診等も行った。終末期には治療の選択肢が限られていたこともあり、シロリムスを再開し、一時Ⅱ型呼吸不全が改善するも、最終的に58歳時に死亡された。病理解剖では移植肺に閉塞性細気管支炎が確認され、移植後の慢性拒絶反応が関与し慢性感染症の影響も疑われた。LAMは難治性の希少疾患であり、長期経過の報告は限られている。LAMに対する治療の変遷と課題について症例を通じて考察する。

O-085

検診で偶発的に発見された、80歳台女性の無症候性肺底動脈大動脈起始症の一例

大阪済生会野江病院 呼吸器内科

○須賀 大貴, 山本 直輝, 的場 智也, 金子 顕子,
藤木 貴宏, 日下部悠介, 中山 絵美, 松本 健,
相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

【主訴】なし【現病歴】検診で左下葉の腫瘤影を指摘され、精査加療目的に当院に紹介となった。【臨床経過】悪性腫瘍を疑い気管支内視鏡検査を実施したが、明らかな腫瘍の露出はなく生検は実施しなかった。胸部造影CTで左下葉底区に分布する動脈が胸部下行大動脈から分岐している像を認め左肺底動脈大動脈起始症と診断した。無症候であることと年齢を考慮して経過観察とした。【考察】肺底動脈大動脈起始症は低圧系である肺循環に大動脈圧がかかり肺高血圧症や大量咯血などを来す疾患である。手術加療やコイルによる塞栓術が適応になるが、治療の明確な基準はない。血痰などを主訴に若年でも発見されるような疾患であり、80歳代と高齢で判明した本症例は稀である。また、血痰や感染兆候はなく明らかな肺高血圧を疑うような所見も認めないことと高齢であることを加味して経過観察とした。過去の症例を踏まえて症例ごとに十分に検討していくことが必要である。

O-086

硝子化肉芽腫症の病理像を呈した多中心性キャスルマン病の1例

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
- 2) 同 臨床研究センター
- 3) 同 放射線科
- 4) 同 病理診断科
- 5) 大阪府結核予防会 大阪複十字病院 内科

○竹内奈緒子¹⁾, 滝本 宜之²⁾, 茂田 光弘¹⁾, 新谷 亮多¹⁾,
香川 智子¹⁾, 澄川 裕充³⁾, 清水 重喜⁴⁾, 井上 義一⁵⁾,
新井 徹²⁾

症例は診断時51歳女性、喫煙歴なし。軽度の湿性咳嗽あり、他院の胸部レントゲン、CT画像で肺野の多発結節を指摘された。前医で肺結核やびまん性汎細気管支炎が疑われ、加療されるも肺結節の悪化を認めたため当院紹介された。身体所見では両鼠径リンパ節を触知し、血液検査では貧血、血小板増多、炎症反応高値、多クローン性高γグロブリン血症を認めた。胸腔鏡下肺生検で硝子化肉芽腫症の病理所見を認め、リンパ節生検（#6、#10）らはキャスルマン病の所見が得られた。肺、リンパ節ともに遺伝子再構成は認めず、フローサイトメトリーもκ、λの偏りなく、モノクロナリティも認めなかった。HHV-8は陰性、IL-6は12.3 pg/mLと高値であった。WHO分類による特発性多中心性キャスルマン病の診断基準に合致した。現在、ステロイド治療中である。硝子化肉芽腫症の病理像を呈した多中心性キャスルマン病と診断した1例を当院で経験した症例も合わせて報告する。

O-087

重症呼吸不全を呈した自己免疫性肺胞蛋白症の一例

- 1) NHO 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
- 2) 同 臨床研究センター
- 3) 同 麻酔科
- 4) 同 放射線科
- 5) 同 臨床検査科

○香川 智子¹⁾, 西原 昂¹⁾, 蓑毛祥次郎¹⁾, 小林 岳彦^{1,2)},
龍華 美咲^{1,2)}, 竹内奈緒子¹⁾, 滝本 宜之^{1,2)}, 井上 康³⁾,
広瀬 雅樹²⁾, 澄川 裕充⁴⁾, 清水 重喜⁵⁾, 新井 徹²⁾

74歳男性、X-4年より労作時呼吸困難を自覚し、他院へ紹介受診。胸部HRCTで両側肺にcrazy-paving pattern、白濁した気管支肺泡洗浄液、抗GM-CSF抗体高値を認め、自己免疫性肺胞蛋白症（APAP）と診断。気管支鏡下区域洗浄により画像や酸素化の改善を認め退院し、外来通院していたが、X+4年自己中断した。X-1年より労作時呼吸困難が出現、悪化しX年前医に救急搬送され加療目的に当院に転院。入院時P/F比129と重症呼吸不全を認めた。発熱、WBC、CRPの高値を認め、喀痰よりP.aeruginosa、S.maltophiliaが検出され細菌性肺炎の合併と判断し、抗菌薬による治療を開始した。一時侵襲的人工呼吸管理を要したが抗菌薬治療後、細菌性肺炎の改善が得られ、HFNCへ移行後全身麻酔下左全肺洗浄を行いHFNCも離脱した。全肺洗浄前には感染症のコントロールが重要と考えられた。

O-088

免疫関連有害事象として中枢性尿崩症を発症し、ステロイド治療により顕在化した肺腺癌の一例

姫路赤十字病院 呼吸器内科

○西岡 瑛, 狩野 裕久, 青江晃太郎, 林 愛理,
中村 香葉, 真下 周子, 岸野 大蔵

症例は59歳、女性。肺腺癌Stage4Bと診断し、カルボプラチン+ベメトレキセド+ベムプロリズマブによる治療を開始した。3サイクルで病勢進行となり、ドセタキセル+ラムシルマブに変更したが、2サイクル目投与前に、両肺ですりガラス陰影の増強を認めたため、入院となった。薬剤性肺障害を疑い、ステロイドパルス療法を開始した。第4病日に尿量が約9L/日となり、尿浸透圧の低下、高Na血症、ADH分泌の低下を認めた。MRIのT1強調画像で下垂体後葉の信号消失も認め、中枢性尿崩症を疑い、デスモプレシン内服を開始した。ACTHやコルチゾールの著明な低下は認めなかった。デスモプレシン開始後、尿量の減少、尿浸透圧の上昇が得られた。免疫チェックポイント阻害薬（ICI）による下垂体後葉機能低下は非常にまれである。加えて、本症例ではステロイド治療により尿崩症が顕在化した。ICI使用時には口喝や尿量にも注意が必要である。

O-089

自己免疫性肺胞蛋白症の経過中に発症した肺癌に対して化学放射線療法と維持療法を施行した一例

近畿中央呼吸器センター

○甘中 亮佑, 滝本 宜之, 茂田 光弘, 田宮 朗裕,
橘 和延, 沖塩 協一, 新井 徹

【背景】自己免疫性肺胞蛋白症 (aPAP) の経過中に発症した原発性肺癌の報告は少なく、特に同時化学放射線療法 (CCRT) 後に免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) による維持療法を行った症例は希少である。【症例】66歳男性、重喫煙歴あり。X年7月に胸部CT、気管支鏡検査、抗GM-CSF抗体陽性からaPAPと診断され、約1年間のGM-CSF吸入療法で寛解が得られた。X+7年1月に右肺上葉の無気肺を契機に右肺扁平上皮癌 (cT4N1M0, Stage III A) と診断され、2月よりweekly CBDCA + PTX と放射線治療 (60Gy/30fr) が開始された。治療完遂後のCTで腫瘍の縮小が確認され、3月よりDurvumabによる維持療法が開始された。同年4月時点でaPAPの再燃や重篤な有害事象はなく、部分奏功を維持している。【結語】aPAPの経過中に発症した肺扁平上皮癌に対してCCRT後にICIによる維持療法を施行した一例を経験した。

O-090

ABCP療法後に中枢性尿崩症を発症したEGFR陽性肺腺癌の一例

- 1) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
- 2) 同 内分泌内科
- 3) 同 放射線部

○坂本 裕人¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 田中 佑磨¹⁾,
中西 司¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 上山 維晋¹⁾,
池上 直弥¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾,
羽白 高¹⁾, 黒澤健太郎²⁾, 松永佐澄志²⁾, 太田 理恵³⁾

例は77歳女性。EGFR Exon19 deletion陽性肺腺癌 stage4Bに対し、Osimertinib, CBDCA+PEM, Erlotinib + RAMを投与するもPDとなり、今回ABCP療法を行った。治療15日目に意識障害が出現し、血清Na 160 mmol/L、血漿浸透圧 327 mosM/kg と上昇し、尿浸透圧 150 mosM/kg が低下した。5%糖液持続点滴するが改善が乏しかった。口喝、尿量増加に加え、MRI T1強調画像で下垂体後葉の輝度低下を認め、中枢性尿崩症が疑われた。18日目よりDDAVPを開始し、尿量の減少、血清Naや尿浸透圧は改善した。中枢性尿崩症の経過として矛盾なかった。ABCP療法開始早期に発症しており、irAEによる中枢性尿崩症の可能性が考えられ、文献的考察を踏まえて報告する。

O-091

小細胞肺癌術後早期の局所再発に放射線照射を行った後に、アテゾリズマブ併用化学療法を実施し奏効した1例

- 1) 独立行政法人 国立病院機構 姫路医療センター
- 2) 同 病理診断科

○小南 亮太¹⁾, 吉川 和志¹⁾, 高田 正浩¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾,
永田 憲司¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平田 展也¹⁾,
山之内義尚¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 安松 良子²⁾

58歳男性。X-5年に左上葉肺癌に対し左上葉切除術を実施され、術後フォローのCTで指摘された右上葉結節影が増大傾向であり当院へ紹介となった。右上葉切除術を施行して小細胞肺癌 pT1bN0M0 pStageIB (TNM 8th) の診断が確定し術後補助化学療法としてCDDP + ETPを施行したが、化学療法終了後2ヶ月 (術後6ヶ月) で左副腎・左小脳に転移再発した。化学療法終了から再発までの期間が短かったため局所療法を優先することとし、それぞれに放射線照射を行い縮小が得られた。術後1年で右副腎転移が出現し、さらに放射線照射を行った。術後1年8ヶ月で甲状腺左葉および前縦隔・後頸部リンパ節に転移再発し根治的照射困難であったためCBDCA + ETP + アテゾリズマブを開始したところCRとなり、以降アテゾリズマブ維持療法を行い術後3年程度経過しているが再発なく治療継続中である。小細胞肺癌の術後再発に対する局所治療や、早期再発に対する治療について考察を交え報告する。

O-092

免疫チェックポイント阻害薬併用化学療法中にサイトカイン放出症候群を発症した進展型小細胞肺癌の一例

- 1) 京都済生会病院 呼吸器内科
- 2) 京都府立医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

○永谷 浩平¹⁾, 西岡 直哉²⁾, 堤 玲¹⁾, 大倉 直子¹⁾,
張田 幸¹⁾

背景。免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) 治療において、サイトカイン放出症候群 (CRS) は重篤な有害事象の一つである。CRSでの様々なサイトカイン放出の中で、IL-6は中心的メディエーターとされ、治療にはトシリズマブが有用とされている。症例。60歳男性、進展型小細胞肺癌に対してICI + 化学療法で治療を開始した。day 6に発熱を認め、day 7に発熱性好中球減少症として治療を開始した。その後、汎血球減少進行と高炎症・呼吸状態の増悪を認め、免疫関連有害事象 (irAE) を考慮しステロイド大量療法を行ったが改善に乏しく、CRSを疑いトシリズマブを投与するも奏功に至らなかった。その他の病態も考慮し血漿交換を行うも、多臓器不全の進行著しくday 15に死亡した。トシリズマブ投与前に提出したIL-6の結果が死亡後に到着し、3690 pg/mLと著しく高直を認めていた。結論。ICI使用中には、CRSのような重篤なirAE発症に対する留意と迅速な対応が必要である。

O-093

最低用量のグラロンチニブで奏功した症例

社会医療法人財団聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院

○長野 昭近, 中島 康博

【症例】90歳 女性【主訴】胸部異常陰影【現病歴】X年9月に転倒で搬送され整形外科で右大腿骨転子部骨折と診断された。入院時の胸部Xpで右上肺野に胸部異常陰影を指摘され呼吸器内科へ紹介となった。【臨床経過】胸部CTで右肺上葉の縦隔側に約42mm大の辺縁不整な腫瘤影と末梢側に約13mm大の不整形結節を認めた。肺腺癌 T3N0M1a stage IVA(PUL)と診断された。MET exon14 skipping 陽性であり、高齢かつ慢性腎臓病 (G5) のためグラロンチニブ100mgを選択した。投与後はRECIST-PRを維持している。【考察】グラロンチニブは患者の状態により減量投与が必要となるが腎機能障害に対する減量投与の記載が乏しい。本症例では慢性腎臓病 (G5) であり3段階減量以下の用量から開始して安全性を確認する必要があった。グラロンチニブ100mgで腫瘍縮小を得られており、最低用量でも慢性腎臓病患者へ安全に使用できる可能性が示唆された。

O-094

切除不能胸腺癌に対しレンバチニブ (LVB) の週末休薬および減量により長期奏功を得られた1例

京都中部総合医療センター

○土井 悠暉, 廣瀬 和紀, 伊達 紘二

【背景】胸腺癌は人口10万対0.15人が罹患する稀な疾患で、LVBは治療薬として本邦では2021年に承認された。しかしその希少性故にエビデンスは限定的であり、有害事象が多いことで知られている。【症例】72歳男性、健診異常のため胸部CTを施行したところ前縦隔腫瘍、多発肺結節、左頸部多発リンパ節腫脹を認め、CTガイド下生検で胸腺癌 (cT4N2M1b) と診断した。CBDCA+PTXを6コースでPDとなり、次いでS-1を12コースでPDとなった。三次治療としてLVB24mg/日を開始したが8日目に薬剤性肝障害を認め中止した。2か月後にLVB14mg/日を週末休薬 (5日間連続投与後2日間休薬) で再開したところ14か月間奏功したがネフローゼ症候群を認め中止した。1か月後にLVB10mg/日で再開したところ中止に至る有害事象なく16か月間奏功した。【結論】切除不能胸腺癌に対し細胞傷害性抗癌薬耐性化後にLVBを投与し、週末休薬および減量により忍容性が向上し長期奏功を得られた1例を経験した。

O-095

MET 陽性肺癌に対して有害事象による薬剤変更のため MET-TKI を3剤使用し治療継続し得た一例

1) 医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院 呼吸器内科
2) 同 呼吸器外科○石崎 直子¹⁾, 河合 正旺¹⁾, 森戸 翔基¹⁾, 今里 優希¹⁾, 千原 佑介¹⁾, 齊藤 昌彦¹⁾, 伊東 真哉²⁾

【症例】66歳、男性【現病歴】左下葉肺腺癌に対して左下葉切除術後フォローされていた方。多発肺転移、多発骨転移を認めたことから術後再発に対して化学療法目的で当科へ紹介された。手術検体よりMET exon14 skipping 変異陽性であり、MET 阻害薬としてテボチニブ内服を開始したところ、G3皮疹を認めたことから中止とした。有害事象による薬剤変更としてカブマチニブを開始し、腫瘍縮小は得られたもののG4肝障害を認めたことから休薬とし、肝障害改善後に2段階減量での投与を再開するも肝障害再燃のために投与終了とした。グラロンチニブへ変更したところ、G2四肢浮腫は認めたがその他重篤な有害事象は認めず内服継続とした。この間に明らかな腫瘍増大は認めておらず、薬剤変更後も腫瘍縮小を維持出来ている。【考察】有害事象による薬剤変更の必要があったが、MET 阻害薬3剤を使用しながら治療継続可能となり、腫瘍縮小を維持し得た一例を経験したので報告する。

O-096

Alectinibが奏功した、若年のALK 融合遺伝子を有する腺扁平上皮癌の一例

京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科

○松本 祥生, 西岡 直哉, 西村 直也, 河内 勇人, 片山 勇輝, 岩波 將博, 金子 美子, 徳田 深作, 山田 忠明, 高山 浩一

【症例】20歳男性。【現病歴】心嚢水貯留による心タンポナーデを契機に悪性腫瘍が疑われ当院紹介となった。超音波気管支鏡ガイド下針生検を施行し、肺腺扁平上皮癌 StagIVB (cTXN3M1c2; 骨, 肺, 脳, リンパ節, 心膜) の診断に至った。急速な病勢増悪を認めていたため、遺伝子検査結果判明前にCBDCA+nab-PTX+Pembrolizumab 投与を開始、後日ALK 融合遺伝子陽性が判明した。しかし、両側肺転移、癌性リンパ管症の進行に伴い呼吸状態の悪化を認めたため、化学療法開始6日目にAlectinibを開始した。その後、一時的に心不全の悪化を認めたものの、次第に腫瘍縮小と共に全身状態の改善が得られ、自宅退院となった。現在、Alectinib投与を継続しており、奏功している。【考察】腺扁平上皮癌は一般に予後不良とされるが、ALK 融合遺伝子変異陽性、及びALK-TKIを使用した報告は少ない。今回我々は貴重な症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

O-097

EGFR 陽性肺扁平上皮癌に対し異なる作用機序の抗 EGFR 薬を連続使用後に重篤な皮膚障害を呈した一例

NHO 近畿中央呼吸器センター 呼吸器腫瘍内科

○住谷 仁, 甘中 亮佑, 小林 裕, 神山友香梨,
大下 一輝, 稲垣 雄士, 谷口 善彦, 小林 岳彦,
新谷紗代子, 蓑毛祥次郎, 竹内奈緒子, 松田 能宣,
滝本 宜之, 田宮 朗裕, 沖塩 協一

【背景】EGFR 変異陽性肺扁平上皮癌に対する治療についての報告が限られており、オシメルチニブやシスプラチン+ゲムシタビン+ネシツムマブを使用した報告はほとんどない。今回、作用機序の異なる抗 EGFR 薬を連続して使用した結果、重度の皮膚障害を認めた症例を経験したため報告する。【症例】77歳女性。X 年4月に右上葉肺扁平上皮癌（Stage 4A）と診断され、EGFR Exon19del 陽性であった。一次治療としてシスプラチン+ゲムシタビン+ネシツムマブを投与し、最良効果はPRであった。副作用としてG3好中球減少およびG2び瘡様皮疹を認めた。X 年11月PDとなったため二次治療としてオシメルチニブを導入し、再びPRを得たが、G3皮疹が出現した。ステロイド内服後に治療は中止され、三次治療へと移行した。【考察】EGFR 陽性肺扁平上皮癌に対して抗 EGFR 薬は有効な治療である。異なる抗 EGFR 薬を連続する場合には、重篤な皮膚毒性の発現に注意が必要である。

O-098

セルベルカチニブによる著明な低 Na 血症を発症した RET 融合遺伝子陽性非小細胞肺癌の一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○田中 佑磨, 池上 直弥, 藤本 尚子, 岡垣 暢紘,
坂本 裕人, 中西 司, 中村 哲史, 松村 和紀,
上山 維晋, 加持 雄介, 橋本 成修, 田中 栄作,
田口 善夫, 羽白 高

症例は80歳女性。胸部CTで右肺下葉結節影と胸膜肥厚があり、生検で右下葉肺腺癌の診断を得た。肺腺癌（cT1bN0M1a, Stage4A）と診断し、がん遺伝子パネル検査でRET 融合遺伝子変異陽性と判明しセルベルカチニブを導入した。導入10日目に低Na血症の進行があり、SIADHと診断し、セルベルカチニブ休薬およびデメチルテトラサイクリンを導入して徐々に低Na血症は改善した。2か月後にセルベルカチニブを減量して再導入し、低Na血症の再増悪を来すことなく治療継続できている。セルベルカチニブはSIADHを発症する可能性があり、発症した場合は休薬を要するが、改善後に再開が検討される。

O-099

乳癌の転移によるびまん性肺出血の一例

1) 市立吹田市民病院 呼吸器・リウマチ科
2) 同 外科

○東口 将佳¹⁾, 吉岡 節子²⁾, 水越大志郎¹⁾, 岡部 福子¹⁾,
山本有美子¹⁾, 角田 尚子¹⁾, 依藤 秀樹¹⁾, 鉄本 訓史¹⁾,
片田 圭宣¹⁾

症例は68歳女性。少量の血痰と胸部異常陰影で外科より紹介となった。乳癌術後再発にて、ホルモン治療や抗癌剤治療を受けていた。最近1年間は、アベマシクリブとエキセメスタンの併用で治療を行っていた。胸部CTでは両肺びまん性すりガラス陰影を認めた。気管支鏡検査では気管内に筋状の出血を認めたが、出血源は不明であった。右肺中葉（RB5b）より施行した気管支肺胞洗浄では、回収ごとに血性が増していった。気管支肺胞洗浄液では腺癌と考えられる細胞集塊とヘモジデリン貪食マクロファージが認められた。また、右肺上葉と下葉（RB3a and RB8a）から採取した経気管支肺生検で、腫瘍栓が認められた。以上から、乳癌の転移が原因のびまん性肺出血と考えられた。エリブリン、パクリタキセルによる抗癌剤治療を行ったが、奏功しなかった。CTでの肺野陰影はびまん性すりガラス陰影から多発結節陰影に変化した。肺出血の発症から約4ヶ月半後に死亡された。

O-100

肺癌脊椎浸潤が疑われた化膿性脊椎炎の1例

1) 石切生喜病院 呼吸器センター 呼吸器内科
2) 同 呼吸器センター 呼吸器腫瘍内科
3) 同 整形外科

○谷 恵利子¹⁾, 石川 遼馬¹⁾, 上野健太郎¹⁾, 引石 惇仁¹⁾,
中濱 賢治¹⁾, 吉本 直樹¹⁾, 南 謙一¹⁾, 平島 智徳²⁾,
高橋 佳史³⁾, 平田 一人¹⁾

【症例】45歳、男性【主訴】胸背部痛【既往歴】高血圧症、アトピー性皮膚炎【現病歴】4か月前より右胸痛、1か月前より右側腹部痛から腹部にかけてしびれを認めた。その後、背部痛が出現し、前傾姿勢しかとれなくなったため、X+1日、当科を受診した。CTから肺癌の脊椎浸潤が疑われ、緊急入院となった。【経過】Y+2日に、気管支鏡生検を行い、脊椎に除痛RTを開始した。しかし、病理で悪性所見が出ず、X+7日に同部位をCTガイド下生検したが同様の結果であった。X+8日のPETCTで肺病変にFDG集積なく、骨病変のみ軽度集積を認めた。整形外科コンサルトにて脊椎感染を疑われ、X+9に脊椎生検、培養提出し、MSSA検出した。化膿性脊椎炎の診断で整形外科に転科となった。【考察】肺癌の脊椎浸潤と化膿性脊椎炎から波及した炎症性肺腫瘍はしばしば鑑別に苦慮するが、治療方針が大きく異なる。どちらも緊急性のある疾患であり、早期鑑別の要点を考察の上報告する。

O-101

多発粒状影、すりガラス影を呈しサルコイドーシス悪化との鑑別を要した癌性リンパ管症の1例

近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科

○松原 若葉, 吉川 和也, 川端 慶之, 國田 裕貴,
山崎 亮, 西川 裕作, 大森 隆, 佐野安希子,
西山 理, 松本 久子

55歳女性。心臓サルコイドーシスで循環器内科通院しアミオダロン、MTXが投与されていた。X年3月CT検査で肺粒状影とすりガラス陰影を認め抗菌薬投与したが改善なくX年4月当科紹介。気管支鏡検査は低心機能のため施行できず臨床的にサルコイドーシスの肺病変や薬剤性肺障害を考え上記2剤休薬しPSL0.5mg/kg/日を開始した。X年5月に陰影は消退傾向となったが食道通過障害により入院。経過中に肺陰影増悪や両側胸水の増加を認めた。右胸水のセルブロックでp16陽性の腺癌を認め左胸水も同様であった。7年前に子宮頸癌（腺癌）手術歴があり肺病変は頸癌の再発と推察された。化学療法を検討したが病状の悪化に伴うPS低下のため積極的治療は行えず、X年6月死亡された。子宮頸癌の中で腺癌は再発が多く術後補助療法への感受性が低いことや骨盤内リンパ節転移をきたしやすく、5年以上無再発でも転移性肺腫瘍を考慮すべき症例であった。

O-102

抗がん剤治療中に傍腫瘍性神経症候群をきたした小細胞肺癌の1例

パナソニック健康保険組合 松下記念病院

○山岡 療平, 西川 晶, 梶井 太輝, 山田 崇央

背景、傍腫瘍性神経症候群（PNS）を呈する悪性腫瘍として小細胞肺癌が多いが、報告例はまだ少ない。抗がん剤治療中に神経症状を認め、診断と治療に苦慮したPNSの症例を報告する。症例、70歳、男性。X-1年4月に小細胞肺癌、cT1cN3M1cと診断し、カルボプラチンとエトポシドとアテゾリズマブの併用療法を4コース、アテゾリズマブ維持療法を4コース実施した。X-1年12月24日より行動異常を認め、画像検査で新規小脳転移を認めたが、髄液所見や脳波に異常はみられず、免疫関連有害事象による脳炎やPNSが鑑別として考えられた。PNS関連抗体からRi抗体とSOX1抗体が検出され、PNSの診断でステロイドパルスや免疫グロブリン大量静注療法を実施し、肺癌の悪化が原因と考えアムロピシンによる化学療法を実施したが改善を得られず、X年1月16日に死亡した。結論、PNSの主要な神経症状を理解し、神経症状を呈した場合はPNSを鑑別に挙げ、早期の診断と治療に繋げる必要がある。

O-103

小脳症状に異常言動を伴った小細胞肺癌による抗Hu抗体、抗SOX-1抗体陽性傍腫瘍性神経症候群の一例

- 1) 神鋼記念病院 呼吸器センター
- 2) 同 脳神経内科
- 3) 同 病理診断センター

○坂田 悟郎¹⁾, 門田 和也¹⁾, 高田 陽平¹⁾, 今尾 舞¹⁾,
難波 晃平¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 久次米知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾,
大塚浩二郎¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 梶屋 大輝¹⁾, 中村 航大²⁾,
高橋 正年²⁾, 大林 千穂³⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

症例は54歳男性。X年6月から呼吸困難、11月から呂律困難を自覚していた。X年12月に健診で胸部異常陰影を指摘されて紹介受診した。構音障害を認めたが、頭部造影MRIでは明らかな病変は認めなかった。胸部CTで右肺上葉の腫瘍および縦隔リンパ節の腫脹を認め、EBUS-GS-TBBで進展型右肺小細胞癌cT4N3M1a Stage4A、PS 2と診断し、CBDCA+ETPを開始した。1コース後に腫瘍は著明に縮小するも、異常言動が出現した。脳脊髄液所見に異常を認めなかったが血液検査で抗Hu抗体、抗SOX1抗体陽性と判明し、傍腫瘍性神経症候群と診断してステロイドパルス療法を行うも反応に乏しかった。化学療法は奏功していたため継続し、3コース終了時点で腫瘍はさらに縮小し、いずれの神経症状も改善し異常言動は消失した。【結語】小細胞肺癌では画像検査、脳波、脳脊髄液所見に異常を認めなくとも傍腫瘍性神経症候群を疑う症状を認めれば積極的に抗神経抗体の測定を検討する事が大切である。

O-104

EBUS-TBNA 検体のフローサイトメトリーが診断に有用であった濾胞性リンパ腫の1例

国立病院機構 神戸医療センター 呼吸器内科

○宮崎 菜桜, 杉山 陽介, 宮前 秀彬, 川口 重記,
寺下 智美, 土屋 貴昭

【症例】60歳女性。【現病歴】子宮体癌の術前検査で縦隔リンパ節腫大を認め、当科に紹介された。EBUS-TBNAを施行し、組織形態学的検査では診断はつかなかったが、フローサイトメトリーの結果から悪性リンパ腫が疑われたため、他院呼吸器外科へ紹介した。胸腔鏡下縦隔リンパ節生検にて濾胞性リンパ腫の診断を得たが、化学療法の開始基準を満たさず経過観察となった。子宮体癌はStage1B期として手術を施行し、現在は術後化学療法を施行している。【考察】縦隔リンパ節病変の診断にEBUS-TBNAは有用だが採取できる検体が小さく、悪性リンパ腫の診断が困難なことがある。本症例は通常の組織形態学的検査のみでは診断に結びつく結果は得られなかったが、フローサイトメトリーが診断の一助となった。縦隔リンパ節病変のある症例においてEBUS-TBNAを施行する際、悪性リンパ腫を考慮する必要がある場合にはフローサイトメトリーが有用な可能性がある。

O-105

陽子線治療関連気管支軟骨壊死に対して高圧酸素療法が奏効した一例

公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器内科

○平井 将隆, 北島 尚昌, 東 寿希也, 本田 郁子,
西田 湧也, 知念 重希, 久保 直之, 大倉 千明,
野原 瑛里, 神野 志織, 田嶋 範之, 森本 千絵,
井上 大生, 福井 基成, 丸毛 聡

【症例】67歳女性。X-16年に右肺腺癌（T4N2M0stage3B EGFR 遺伝子変異陽性）に対する右肺中下葉切除術後、術後化学療法を施行した。X-11年に再発し、EGFR チロシキナーゼ阻害薬を開始した。X-8年に認めた右上葉結節影に対し新規原発性肺癌を疑い陽子線治療を施行した。X年に慢性咳嗽のため当科に紹介され、咳喘息疑いとして吸入薬を開始した。咳嗽は軽減したが残存し、CTで右気管支の粘膜不整が経時的に顕在化した。気管支鏡で右上葉気管支粘膜不整を認め、TBLBで真菌の存在が疑われた。後日改めてクライオ生検を行うと軟骨壊死を認めた。陽子線照射野と粘膜変化部位が一致し、陽子線治療関連気管支軟骨壊死と診断した。壊死に対して高圧酸素療法を施行し、咳嗽は改善傾向で、再度施行した気管支鏡検査で壊死部分の消退傾向を認めた。【結論】陽子線治療の晩期合併症として軟骨壊死を鑑別に挙げる必要がある。また、高圧酸素療法が奏効する可能性がある。

O-106

器質化肺炎との鑑別が困難であった浸潤性粘液性肺腺癌と考えられる2例

奈良県西和医療センター呼吸器内科

○中井 昌弘, 田村 緑, 中 若菜, 新田 佑子

浸潤性粘液性肺腺癌（IMA）は2015年に行われた肺癌のWHO肺腫瘍組織型分類改訂（第4版）で追加された分類であり、以前は細気管支肺胞上皮癌（BAC）とされていた肺腺癌である。IMAは経気道的な転移を示し、HRCT上、Air bronchogramを伴うコンソリデーションが特徴的であり、器質化肺炎などとの鑑別を要することが多い。当院で器質化肺炎との鑑別が困難であった粘液性肺腺癌と考えられる症例を経験した。経皮肺生検によりIMAと診断された緩徐な経過を示した1例と、喀痰細胞診で肺腺癌と診断された比較的急速な経過を示した1例の計2例について症例提示を行い、器質化肺炎などの疾患との鑑別や予後について考察する。

O-107

気管支鏡下生検中の腫瘍脱落後に再発なく経過した、気管支原発炎症性筋線維芽細胞性腫瘍の一例

1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
2) 同 病理診断科

○杉山 貴康¹⁾, 田中 尚登¹⁾, 大塚 裕斗¹⁾, 寺元 智希¹⁾,
池田 陽呂¹⁾, 青木 勝平¹⁾, 西田 湧也¹⁾, 榛間 智子¹⁾,
中山真裕美¹⁾, 齋藤正一郎¹⁾, 庵坂 学外¹⁾, 笹田 剛史¹⁾,
神戸 寛史¹⁾, 白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾,
永田 一真¹⁾, 原 重雄²⁾, 富井 啓介¹⁾, 立川 良¹⁾

32歳女性。胸部CTで右主気管支内に腫瘍様病変を偶発的に認め、紹介受診となった。気管支鏡による生検操作中に腫瘍全体が脱落。病理検査ではALK陽性の紡錘形腫瘍細胞を認め、炎症性筋線維芽細胞性腫瘍（IMT）と診断された。外科的切除や放射線治療は行わず経過観察され、2, 9, 13ヶ月後の気管支鏡では局所に発赤や易出血性を認めるものの、31ヶ月後の現在も明らかな再発はなく経過している。IMTは若年者に好発する稀な中間悪性腫瘍であり、気管支原発例は極めて稀である。本症例は、非侵襲的に良好な経過を観察できており、治療方針を検討する上でも示唆に富むと考えられた。

O-108

EUS-FNAによる縦隔リンパ節生検が病期診断治療に有用であった食道癌と肺腺癌の重複癌の1例

1) 市立奈良病院 呼吸器内科
2) 済生会中和病院 内科

○児山 紀子¹⁾, 間瀬 史絵¹⁾, 水野 雄貴¹⁾, 田崎 正人²⁾

症例は82歳女性。多発関節痛を主訴に当院総合診療科を受診。鉄欠乏性貧血を指摘され上部消化器内視鏡を実施し早期食道癌と診断。初診時胸部レントゲンで左上肺野に腫瘍影を指摘され胸部CTで左上葉に4cmの腫瘍影を指摘され当科紹介。FDG-PET検査では左上葉腫瘍と大動脈下リンパ節に取り込み亢進を指摘。気管支鏡下生検で腺癌の病理診断を得た。免疫組織染色でTTF-1陽性、PD-L 150%、肺癌EGFR遺伝子解析検査でL858R変異が検出された。食道癌については内視鏡切除を実施。化学放射線治療追加の方針であった。縦隔リンパ節が肺癌転移か食道癌転移かで治療方針が異なることから呼吸器内科外科、放射線科で協議し、消化器内科担当医に縦隔リンパ節生検を依頼した。生検結果は腺癌で肺癌の縦隔リンパ節転移と診断。cT2bN2M0 Stage3A(8版)の診断となり食道癌化学放射線治療と同時に放射線治療を行った。5年経過現在食道癌肺癌ともに再発なく経過している。

O-109

局所麻酔下胸腔鏡下クライオ生検で診断した Burkitt リンパ腫の一例

- 1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科
- 2) 同 血液内科
- 3) 同 病理診断科

○長 佳純¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾, 森田 敦視¹⁾,
黒田 修平¹⁾, 佐伯 悠治¹⁾, 豊田 純貴¹⁾, 清原あすか¹⁾,
藤井 真央¹⁾, 多木 誠人¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾,
東目 亜湖²⁾, 岡村 篤夫²⁾, 市川 千宙³⁾

【症例】86歳男性。【経過】1ヶ月前からの右背部痛で近医受診し右胸水貯留を指摘され当院紹介となった。胸部 CT 検査で右胸水貯留や縦隔リンパ節腫大、肋骨浸潤を伴う多発軟部腫瘍が指摘され、胸水検査で異型リンパ球を認めた。局所麻酔下胸腔鏡検査では胸膜に不整な隆起性病変を認め、同部位でクライオ生検を行った。病理検査や染色体検査、免疫関連遺伝子再構成検査を提出し、Burkitt リンパ腫の診断となった。PET-CT 検査で胸部病変のほか多発骨病変を認めたことから4期と病期診断し、R-mini CHOP 療法を開始した。胸水減少しLDH値や可溶性IL-2受容体抗体値は低下したが、その後上昇に転じ、PS低下のためBest supportive care方針となった。【考察】胸水貯留契機に診断される Burkitt リンパ腫は稀である。また本症例ではクライオ生検によりサイズが大きく控減の少ない検体採取ができ、組織診断や遺伝子検査が可能であった。

O-110

切除不能肺腺癌に対する化学放射線療法後6年で病勢進行を認めた一例

- 1) 田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器内科
- 2) 同 腫瘍内科

○本田 郁子¹⁾, 丸毛 聡¹⁾, 平井 将隆¹⁾, 久保 直之¹⁾,
野原 瑛里¹⁾, 田嶋 範之¹⁾, 森本 千絵¹⁾, 北島 尚昌¹⁾,
井上 大生¹⁾, 西村 貴文²⁾, 福井 基成¹⁾

症例は73才男性。X-7年6月に偶発的に右上葉に腫瘤影を指摘され、精査の結果、右上葉肺腺癌 cT2aN1M0(cStageIIB)、ドライバー遺伝子変異陰性、PD-L1 TPS 85%であった。X-7年8月より化学放射線療法を開始し、デュルバルマブによる地固め療法を行った。デュルバルマブ14クール投与後にGrade3の心筋炎を発症し、ステロイドの全身投与を行った。その後は3ヶ月に1回フォローアップを継続し、5年にわたり無増悪となったため、以後は1年毎の経過観察の方針としていた。X年1月のCT評価で原発巣の増大を認め、再生検の病理診断から再燃と考えられた。骨転移と脳転移を認め二次治療としてカルボプラチン+ベメトレキセドを開始した。本症例は切除不能肺腺癌に対して化学放射線療法後にデュルバルマブ地固め療法を行い、長期間無増悪を維持したものの、6年後に病勢進行となった。デュルバルマブ地固め療法後の無増悪長期追跡後の再燃について文献的考察を行う。

O-111

両側胸水と心嚢水貯留を契機に診断された悪性リンパ腫の一例

社会医療法人愛仁会 明石医療センター

- 井上 拓弥, 畠山由記久, 宇都宮菜那, 古川 湧也,
池田 美穂, 岡村佳代子, 大西 尚

症例は89歳、女性。X-1年9月から1ヶ月続く咳嗽、両側胸水の精査目的に循環器内科を紹介受診した。心嚢水と両側胸水貯留があり、心嚢水は滲出性、ADA高値で異型リンパ球がみられた。亜急性心膜炎が疑われ、経過観察されていたが、左胸水の増加がみられた。リンパ球優位、ADA277U/Lであり、結核性胸膜炎や悪性リンパ腫を疑い、X年1月に左胸腔鏡検査を施行した。胸膜肥厚や隆起性病変はなく、生検でも悪性所見はみられなかった。その後、右胸水の増加がみられ、右胸腔鏡検査では、胸膜にフィブリンの析出が見られたが、胸膜に隆起性病変はなかった。右胸水のセルブロックで異型中型リンパ球様細胞がみられた。その異型細胞の免疫染色でCD20(+)であり、悪性リンパ腫の診断に至った。体液貯留、とくに胸水貯留の鑑別診断に悪性リンパ腫は重要であり文献的考察を踏まえて報告する。

O-112

両側肺野にびまん性の陰影を呈し、間質性肺炎と鑑別を要した肺癌肺転移の一例

京都桂病院 呼吸器内科

- 楠 咲, 尾崎 美樹, 柏木 郁実, 安田 直晃,
酒井 勇輝, 林 康之, 祖開 暁彦, 岩田 敏之,
西村 尚志

75歳男性。前医で胸部異常陰影を指摘され、精査目的に当院へ紹介。特発性器質性肺炎を疑い気管支肺胞洗浄検査を行うも、直後より呼吸状態が悪化した。抗菌薬、ステロイドパルスを行ったが呼吸状態は経時的に増悪した。各種検体検査では病原体や悪性細胞は認めなかった。PR3-ANCA陽性であり、ANCA関連血管炎を疑いエンドキサンパルスを行った。一部の陰影は改善し、酸素需要は消失した。ステロイドを漸減しつつ退院した。しかしながら、退院早期に呼吸困難で救急搬送された。CTで両肺に陰影と膈頭部癌を疑う所見を認め、喀痰から腺癌が検出された。一連の肺陰影から肺癌の肺転移およびそれに伴う器質性肺炎が疑われた。全身衰弱のため緩和ケアに専念された後、死亡した。病理解剖で膈管癌と器質性肺炎の診断となった。肺癌の肺転移は多彩な像をとり、間質性肺炎との鑑別、診断に苦慮した症例として報告する。

O-113

肺門部小細胞癌に伴う傍腫瘍神経症候群により2型呼吸不全を発症した1例

公益財団法人田附興風会 医学研究所 北野病院

○久保 直之, 田嶋 範之, 東 寿希也, 本田 郁子,
西田 湧也, 平井 将隆, 知念 重希, 大倉 千明,
野原 瑛里, 神野 志織, 森本 千絵, 北島 尚昌,
井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

症例：64歳女性。X年5月ごろから物忘れと体重減少を指摘され、近医で抗うつ薬を開始された。徐々に首下がりと上肢脱力が出現し、同年8月当院脳神経内科を受診。頭部MRIと血清マーカーからは原因を指摘できず、薬物調整で改善しなかった。9月初旬39℃台の発熱と意識障害で救急搬送となり、PaCO₂ 118 mmHgと高度な2型呼吸不全を認め、挿管人工呼吸器管理での入院となった。免疫介在性の病態が疑われ、ステロイドパルスとIVIgが実施されたが、改善は乏しかった。10月の髄液検体からHu抗体、SOX1抗体、zic4抗体が陽性となり、造影CTの再検で右肺門部結節が指摘された。気管支鏡下生検で小細胞癌の診断に至り、カルボプラチンとエトポシドによる化学療法を4コース実施し、腫瘍の縮小と一定の症状改善を認めた。考察：小細胞癌に伴う傍腫瘍神経症候群では、陽性となる自己抗体や治療への反応は、病型によって異なる傾向があると報告される。考察を加えて報告する。

O-114

器質化肺炎、肺癌との鑑別を要した悪性リンパ腫の1例

- 1) 公益社団法人天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
- 2) 同 病理診断科

○中村 哲史¹⁾, 藤本 尚子¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 坂本 裕人¹⁾,
田中 佑磨¹⁾, 中西 司¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾,
池上 直弥¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 田中 栄作¹⁾,
田口 善夫¹⁾, 羽白 高¹⁾, 住吉 真治²⁾

症例は79歳女性。X-6年に関節リウマチの治療強化目的に当院総合内科へ紹介となり、メトトレキサートを6mgより8mgに増量され経過観察されていた。X-3年3月、胸部CTで左下葉に新規の単発のconsolidationが出現し、関節リウマチに伴う器質化肺炎としてプレドニゾロン5mgが開始されたものの胸部陰影は十分に改善せず年単位で増悪を認めた。X年6月、38度台の発熱を認め、胸部CT上両肺にconsolidationが新出、増大したほか、縦隔リンパ節腫大を認めた為当科紹介となり、精査目的で入院となった。左下葉のconsolidationからCTガイド下生検を実施し、形質細胞分化を伴う肺MALTリンパ腫が疑われた。関節リウマチに伴う器質化肺炎や肺癌との鑑別を要した悪性リンパ腫の1例を経験した為報告する。