

第104回日本呼吸器学会近畿地方会 第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会近畿支部学術集会

プログラム・抄録集

日 時：2024年11月30日(土) 午前8時55分より

会 場：大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8丁目2番6号
TEL 06-6772-5931(代)

第104回日本呼吸器学会近畿地方会

会 長 川口 知哉

(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 教授)

第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会近畿支部学術集会

会 長 南方 良章

(国立病院機構 和歌山病院 病院長)

参加者，発表者へのご案内

《参加者の方へ》

本大会は現地開催となります。

事前参加登録の予定はございません。当日は会場までご来場いただきますようお願い申し上げます。

参加登録に関する留意事項

●参加費

参加区分	参加費
医師（会員・非会員）	3,000 円
研修医・メディカルスタッフ	1,000 円
名誉・功労・医学生	無 料

※研修医の方は、研修医証明書をご提出ください。

参加で取得できる単位は以下のとおりです。

- 日本呼吸器学会専門医 出席は5単位、筆頭演者は3単位加算。
- 日本結核病学会 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10点 筆頭演者10点
※日本呼吸ケア・リハビリテーション学会の取得単位につきまして、本地方会のみ単位数が異なります。
- 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地方会プログラムに参加いただけますが、第7会場のランチョンセミナーを除く、実技講習会は事前参加登録者以外は参加いただけません。
5. プログラム・抄録集につきましては、PDFデータを地方会ホームページ内に掲載いたしますので閲覧・ダウンロード等をお願いします。
→ <https://www.jrs.or.jp/shibu/kinki/no104/>

《発表者の方へ》

1. 全て現地会場でのご発表となります。オンラインでのご発表はできません。
2. 発表時間

セッション名（略称）	発表時間
若手アワード	9 分（発表 6 分 + 質疑応答 3 分）
一般演題	9 分（発表 6 分 + 質疑応答 3 分）
教育講演	50 分（質疑応答含む）
ケアリハ教育講演	50 分（質疑応答含む）
シンポジウム	各 25 分（発表 20 分 + 質疑応答 5 分） 総合討論なし

3. 発表演題に関する利益相反(COI)の開示について

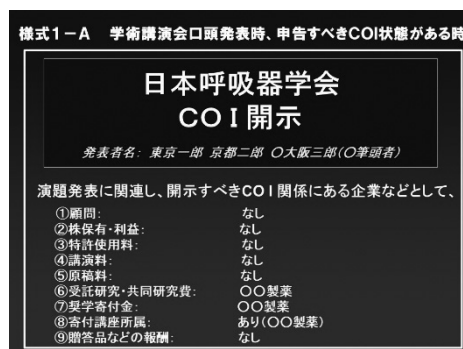
全ての発表・講演について、筆頭演者はCOI(利益相反)の開示が求められます。発表者はスライド2枚目にCOIの開示内容を提示してください。

スライド例

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



※詳細は利益相反ページをご覧ください。

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

一般社団法人日本呼吸器学会 リハビリテーション学会 利益相反(COI)について

URL : <https://www.jsrccr.jp/about/>

4. 全会場PCによる発表です。PowerPoint(Windows版)で作成したデータをUSBメモリーおよびCD-R、あるいはPCにてご持参ください。

なお、主催者側で用意するPCのOSはWindowsで、PowerPointのバージョンはMicrosoft Power Point 2019です。

5. 発表30分前までにPC受付(1F/ギャラリー)にて試写を終え、発表開始15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15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、およびMiniD-sub15ピンです。

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。

《近畿支部 理事会の案内》

会議名	時 間	場 所	出席対象
日本呼吸器学会 近畿支部 理事会	10：10 ～ 11：00	B1F/ 大ホール楽屋 5・6	支部長・理事・監事
日本呼吸ケア・リハビリ テーション学会 近畿支部 理事会	12：00 ～ 12：50	B1F/ 大ホール楽屋 5・6	支部長・理事

会場アクセス



【電車】

- ・新大阪駅より大阪メトロ谷町線・千日前線「谷町九丁目」駅まで約25分
- ・大阪メトロ谷町線・千日前線「谷町九丁目」駅下車 徒歩約7分
- ・大阪メトロ谷町線「四天王寺前夕陽ヶ丘」駅下車 徒歩約7分
- ・近鉄電車「大阪上本町」駅下車 徒歩約6分

【空港】

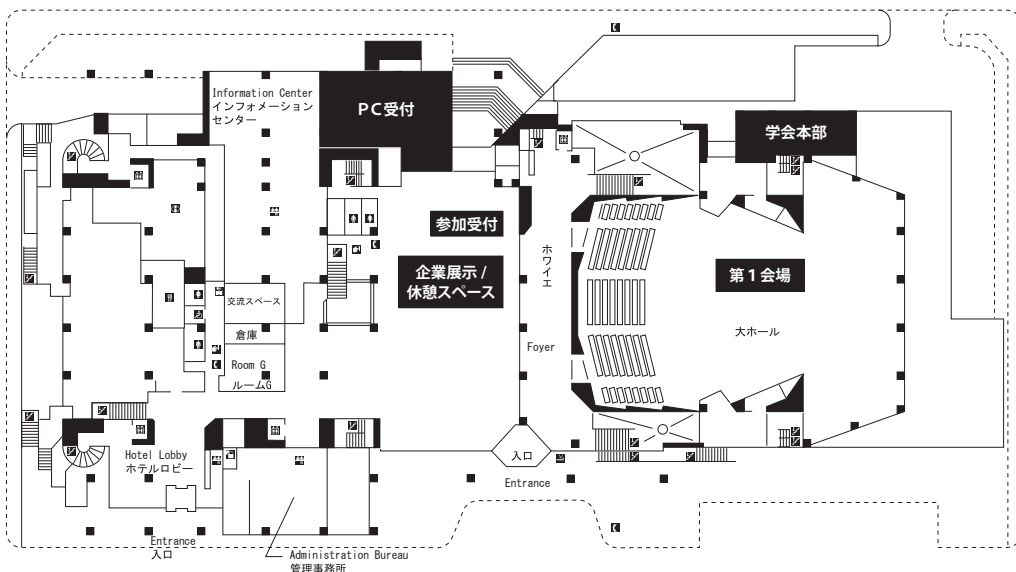
- ・関西国際空港よりリムジンバス上本町線「上本町」にて下車(所要時間約60分)
- ・大阪空港(伊丹空港)よりリムジンバス上本町線「上本町」にて下車(所要時間約40分)
- ・「上本町」バス停より徒歩約6分

【お車】

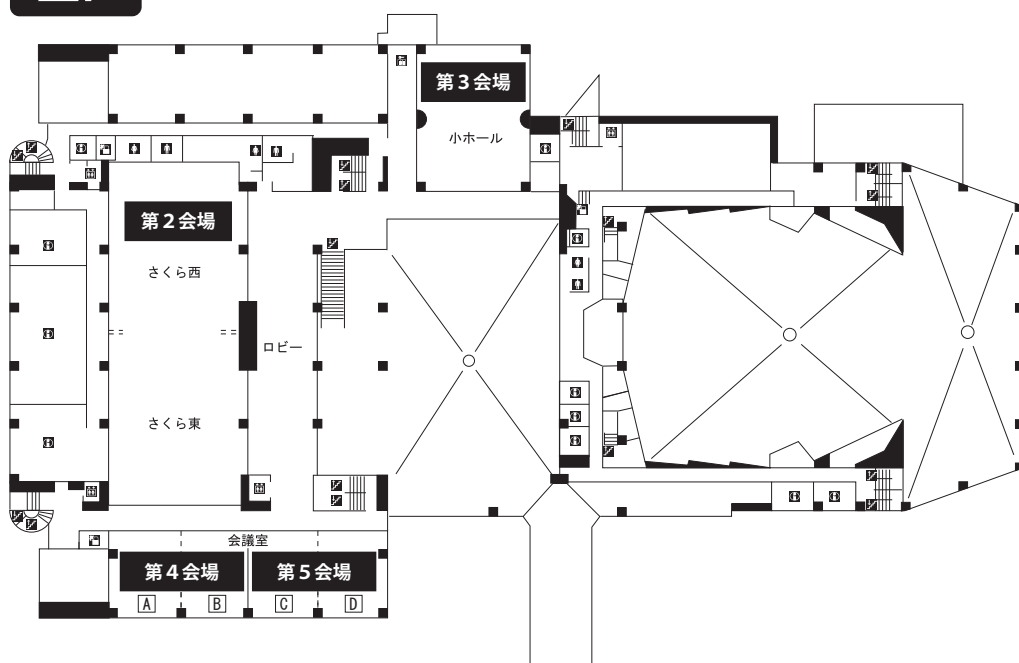
- ・京都・神戸・関西空港(湾岸)方面から(阪神高速経由)：
阪神高速 環状線「道頓堀」出口で降り直進、千日前通りを東へ約750m、上本町6丁目交差点を右折、南へ約400m
- ・阪和・西名阪・南阪奈方面から(松原JTC経由)：
阪神高速 松原線「文の里」出口で降り、すぐの交差点を左折し、あびこ筋を北へ約3km

会場案内図

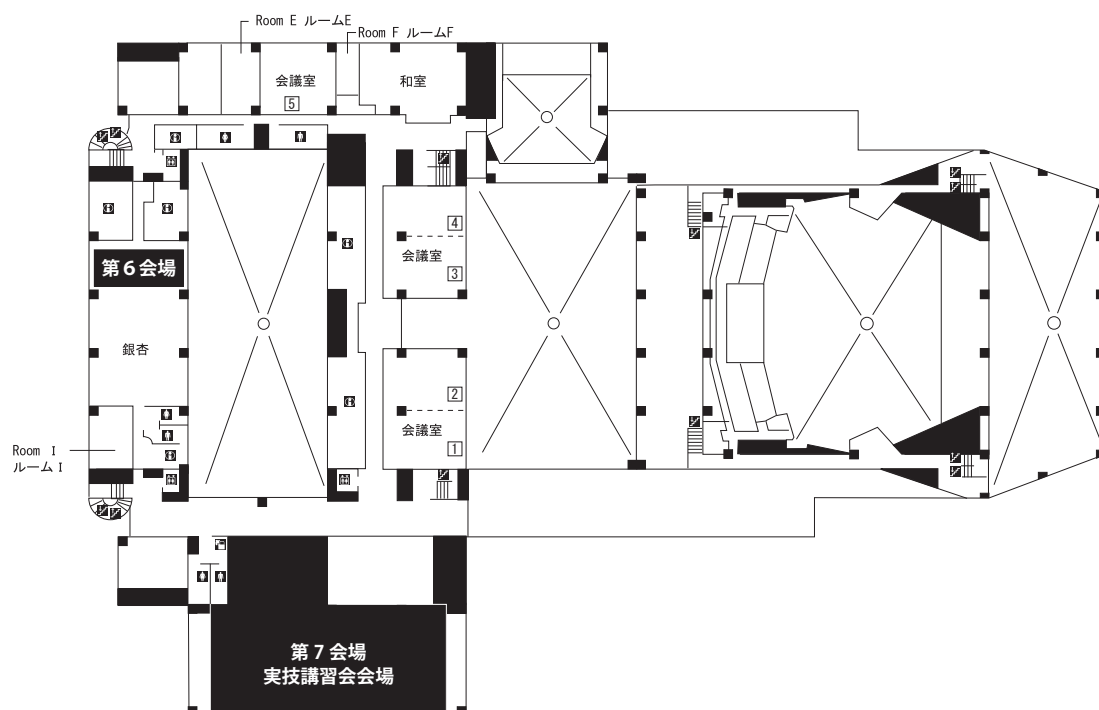
1F



2F



3F



学会進行予定表

	第1会場 (1F/大ホール)	第2会場 (2F/さくら東西)	第3会場 (2F/小ホール)	第4会場 (2F/会議室A+B)
8:55	開会の辞(呼吸器)	開会の辞(ケアリハ)		
9:00	若手アワード① (9:00-9:54) 座長：岩永賢司 佐藤佳奈子 (0-001~0-006)	シンポジウム (9:00-10:50) 座長：南方良章 演者：玉置伸二 佐藤 晋 玉木 彰 竹川幸恵	リンパ腫・リンパ増殖性疾患 (9:00-9:54) 座長：平田陽彦 (0-022~0-027)	希少疾患 (9:00-10:03) 座長：永野達也 (0-039~0-045)
10:00	教育講演1 (10:10-10:50) 座長：南 俊行 演者：岡田あすか		スポンサードセミナー1 (10:00-10:50) 座長：川村哲治 演者：西山 理 共催：日本ペーリンガーインゲルハイム株式会社	腫瘍・ドライバー変異 (10:05-10:50) 座長：沖塩協一 (0-046~0-050)
11:00	男女共同参画フォーラム (11:00-11:50) 座長：松本久子 立原素子	教育講演1 (11:00-11:50) 座長：小川恵美子 演者：東本有司	スポンサードセミナー2 (11:00-11:50) 座長：吉村千恵 演者：宮下修行 共催：アストラゼネカ株式会社	
12:00	ランチョンセミナー1 (12:00-12:50) 座長：藤原 寛 演者：浅井一久 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：宗 淳一 演者：津谷康大 共催：MSD株式会社	ランチョンセミナー3 (12:00-12:50) 講演1 座長：中村敬彦 演者：谷村和哉 講演2 座長：岡村佳代子 演者：渡辺徹也 共催：サノフィ株式会社/ リジェネロン・ジャパン株式会社	ランチョンセミナー4 (12:00-12:50) 座長：駄賀晴子 演者：秦 明登 共催：アムジェン株式会社
13:00	呼吸器学会近畿支部 総会 (13:00-13:30)	慢性呼吸不全 (13:00-13:45) 座長：古田勝之 (0-013~0-017)		
14:00	教育講演2 (13:30-14:10) 座長：掛屋 弘 演者：笠原 敬	教育講演2 (13:50-14:40) 座長：本田憲胤 演者：石川 朗	若手アワード③ (13:30-14:24) 座長：武田吉人 徳田深作 (0-028~0-033)	稀な腫瘍疾患 (13:30-14:24) 座長：光岡茂樹 (0-051~0-056)
15:00	教育講演3 (14:20-15:00) 座長：山本 傑 演者：竹内奈緒子	スイーツセミナー1 (14:50-15:40) 座長：南方良章 演者：大林浩幸 共催：クラシエ薬品株式会社	スイーツセミナー2 (14:50-15:40) 座長：大塚晶子 演者：杉山由香里 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社	スイーツセミナー3 (14:50-15:40) 座長：金田裕靖 演者：竹下正文 共催：ブリストル・マイヤーズスクイブ株式会社 小野薬品工業株式会社
16:00	若手アワード② (15:10-16:04) 座長：多田公英 真下周子 (0-007~0-012)		EGFR陽性肺癌 (15:50-16:44) 座長：吉本直樹 (0-034~0-038)	腫瘍・その他 (15:50-16:44) 座長：谷 陽子 (0-057~0-062)
17:00	教育講演4 (16:10-16:50) 座長：丸毛 聡 演者：田辺直也	呼吸ケア (16:10-16:46) 座長：角 謙介 (0-018~0-021)		
	表彰式・閉会の辞(合同)			

第5会場 (2F/会議室C+D)	第6会場 (3F/銀杏)	第7会場 (3F/フランダース)	
			8:55
			9:00
喘息・類縁疾患 (9:09-10:03) 座長：甲斐吉郎 (0-063～0-068)	呼吸器感染症① (9:00-10:12) 座長：吉井直子 (0-096～0-103)		
			10:00
気道疾患 (10:05-11:08) 座長：田中秀典 (0-069～0-075)	呼吸器感染症② (10:15-11:27) 座長：柳生恭子 (0-104～0-111)	実技講習(総論) (10:00-10:45) 講師：堀江 淳	
		実技講習(講義1) (10:50-11:20) 講師：沖侑太郎	11:00
		実技講習(講義2) (11:20-11:50) 講師：大島洋平	
			12:00
ランチョンセミナー5 (12:00-12:50) 座長：立原素子 演者：今林達哉 共催：株式会社アムコ	ランチョンセミナー6 (12:00-12:50) 座長：川口知哉 演者：田宮基裕 共催：アストラゼネカ株式会社	ランチョンセミナー7 (12:00-12:50) 座長：黄 文禧 演者：田宮朗裕 共催：日本イーライリリー株式会社	
			13:00
免疫チェックポイント阻害剤 (13:30-14:42) 座長：森 雅秀 (0-076～0-083)	肺結核 (13:30-14:42) 座長：永井崇之 (0-112～0-119)	実技講習会(実技1) (13:20-14:35) 講師：沖侑太郎 インストラクター	14:00
サルコイドーシス (15:05-15:50) 座長：半田知宏 (0-084～0-088)		実技講習会(実技2) (14:45-16:00) 講師：大島洋平 インストラクター	15:00
間質性肺疾患 (15:50-16:53) 座長：羽白 高 (0-089～0-095)	検査手技・治療手技 (15:50-16:53) 座長：中井俊之 (0-120～0-126)		16:00
			17:00

第104回日本呼吸器学会近畿地方会 教育講演

【1F/大ホール】

1. 胸部腫瘍のup to date

座 長：南 俊行(兵庫医科大学 呼吸器内科)

演 者：岡田あすか(大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科・腫瘍内科)

時 間：10:10～10:50

2. 呼吸器感染症のup to date

座 長：掛屋 弘(大阪公立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学)

演 者：笠原 敬(奈良県立医科大学 感染症内科学講座)

時 間：13:30～14:10

3. 間質性肺炎のup to date

座 長：山本 傑(大阪けいさつ病院 呼吸器内科)

演 者：竹内奈緒子(近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科)

時 間：14:20～15:00

4. 閉塞性肺疾患の画像解析の現在地

座 長：丸毛 聡(田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器内科)

演 者：田辺 直也(京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科)

時 間：16:10～16:50

男女共同参画推進フォーラム

働き方改革始動後の経過について

座 長：松本 久子(近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科)

立原 素子(神戸大学 呼吸器内科)

①呼吸器学会DEI委員会からの報告：立原 素子(神戸大学 呼吸器内科)

②ディスカッサント：高橋 憲一(市立岸和田市民病院)

丸毛 聡(北野病院)

武田 倫子(和泉市立総合医療センター)

山田 一宏(大阪公立大学大学院医学研究科)(※Beaconによる勤怠管理)

堀井 崇博(大阪公立大学大学院医学研究科)(※男性育児休暇を取得して)

他

第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会近畿支部学術集会 教育講演

【2F/さくら東西】

1. 呼吸器疾患に対する運動療法のエビデンス

座 長：小川恵美子(滋賀医科大学 健康管理センター)

演 者：東本 有司(近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室)

時 間：11:00～11:50

2. 呼吸ケア・リハビリテーションの展望

座 長：本田 憲胤(田附興風会 医学研究所北野病院 リハビリテーション科)

演 者：石川 朗(神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域
健康科学分野)

時 間：13:50～14:40

シンポジウム

【9:00～10:50】

『健康日本21におけるCOPDに対しどのように取り組むか』

座 長：南方 良章(国立病院機構 和歌山病院)

1. 早期診断の現状と対策

玉置 伸二(国立病院機構 奈良医療センター)

2. 医師の立場から(薬物・非薬物療法)

佐藤 晋(京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座)

3. 理学療法士の立場から(QOL、身体活動性、運動耐容能等も含めて)

玉木 彰(兵庫医科大学リハビリテーション学部/リハビリテーション科学研究科)

4. 看護師の立場から

竹川 幸恵(大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 看護部)

スポンサードセミナー

【2F/小ホール】

1. ILD診療 ～ MDD診断、抗線維化治療からTreatable traitsに至るまで～

座 長：川村 哲治(姫路医療センター)

演 者：西山 理(近畿大学医学部・大学院医学研究科 呼吸器・アレルギー内科)

共 催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

2. 感染症専門医が考える、喘息/COPDの最適アプローチ

座 長：吉村 千恵(大阪赤十字病院)

演 者：宮下 修行(関西医科大学附属病院 呼吸器感染症・アレルギー科)

共 催：アストラゼネカ株式会社

ランチョンセミナー

【12:00～12:50】

1. 稀な疾患ではない！肺MAC症の診断・治療

座 長：藤原 寛(淀川キリスト教病院)

演 者：浅井 一久(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

共 催：インスメッド合同会社

会 場：第1会場

2. キイトルーダによる術前・術後の免疫療法 ～ Cureを目指して～

座 長：宗 淳一(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器外科学)

演 者：津谷 康大(近畿大学医学部 外科学教室呼吸器外科部門)

共 催：MSD株式会社

会 場：第2会場

3. 講演1：Total controlを目指して –併存症を意識したDupilumab導入–

座 長：中村 敬彦(大阪医科薬科大学病院 呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科)

演 者：谷村 和哉(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

講演2：Multi –faceted approachを目指して

–治療前・後、好酸球上昇で諦めないDupilumab導入–

座 長：岡村佳代子(愛仁会 明石医療センター 呼吸器内科)

演 者：渡辺 徹也(大阪公立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/リジェネロン・ジャパン株式会社

会 場：第3会場

4. KRAS G12C陽性肺癌の治療戦略 ～ルマケラスを患者さんに確実に届ける～

座 長：駄賀 晴子(大阪市立総合医療センター 腫瘍内科)

演 者：秦 明登(神戸低侵襲医療センター 呼吸器腫瘍内科)

共 催：アムジェン株式会社

会 場：第4会場

5. クライオ生検の新展開

座 長：立原 素子(神戸大学 呼吸器内科)
演 者：今林 達哉(京都第一赤十字病院 呼吸器内科)
共 催：株式会社アムコ
会 場：第5会場

6. ES-SCLC 1st line treatment –SCLCの治療試験を紐解く–

座 長：川口 知哉(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)
演 者：田宮 基裕(大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 呼吸器内科)
共 催：アストラゼネカ株式会社
会 場：第6会場

7. 後治療も考慮した EGFR-TKI の治療選択 ～エルロチニブ+ラムシルマブの取説～

座 長：黄 文禧(大阪赤十字病院)
演 者：田宮 朗裕(国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科)
共 催：日本イーライリリー株式会社
会 場：第7会場

スイーツセミナー

【14:50～15:40】

1. COPD治療の限界と弱点を埋める新たな視点 ～漢方治療の可能性と期待～

座 長：南方 良章(国立病院機構 和歌山病院)
演 者：大林 浩幸(医療法人秀嶺会 東農中央クリニック)
共 催：クラシエ薬品株式会社
会 場：第2会場

2. 身近になった重症喘息診療

座 長：大塚 晶子(マツオカそらいろクリニック)

クリニックだからできる重症喘息診療 ～地域の現状とバイオ導入～

演 者：杉山由香里(すぎやま呼吸器内科クリニック)
共 催：グラクソ・スミスクライン株式会社
会 場：第3会場

3. Nivo+Ipiを再考する ～実臨床データから導かれるNivo+Ipiの使いどころ～

座 長：金田 裕靖(大阪公立大学大学院医学研究科 臨床腫瘍学)
演 者：竹下 正文(一宮西病院 呼吸器内科)
共 催： Bristol-Myers Squibb 株式会社/小野薬品工業株式会社
会 場：第4会場

第104回日本呼吸器学会近畿地方会

第1会場 (1F/大ホール)

開会の辞(8:55~9:00)

会長 川口 知哉

若手アワード①(9:00~9:54)

座長 岩永 賢司

(近畿大学病院 総合医学教育研修センター)

座長 佐藤佳奈子

(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

O-001

小細胞肺癌に対して免疫チェックポイント阻害薬併用化学療法が奏効した3例の検討
大阪鉄道病院

○石川 俊文, 青原 大介, 永井 貴彬, 戸田 詩織, 西田 浩平, 玉垣 学也

O-002

初診時D-ダイマー測定により早期に診断が得られた肺梗塞の1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 初期研修医

2) 同 呼吸器内科

3) 同 放射線診断科

○野田あかり¹⁾, 山之内義尚²⁾, 日隈 俊宏²⁾, 世利 佳滉²⁾, 永田 憲司²⁾, 平田 展也²⁾,
平岡 亮太²⁾, 小南 亮太²⁾, 東野 幸子²⁾, 加藤 智浩²⁾, 横井 陽子²⁾, 鏡 亮吾²⁾,
水守 康之²⁾, 塚本 宏壮²⁾, 東野 貴徳³⁾, 中原 保治²⁾, 佐々木 信²⁾, 河村 哲治²⁾

O-003

COVID-19, インフルエンザウイルス重複感染で加療中に侵襲性肺アスペルギルス症を発症した一例

関西電力病院 呼吸器内科

○新實 めぐ, 嶋田 有里, 坂井 俊介, 吉村聡一郎, 石山 福道, 服部 剛士,
松浦 弘幸, 稲田 祐也, 伊東 友好

O-004

腭頭部癌に対する化学療法中に発症したニューモシスチス肺炎の一例

国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科

○森下 丈, 伊藤 高範, 藤本 直輝, 吉村 才気, 今北 卓間, 大井 一成,
金井 修, 藤田 浩平, 谷澤 公伸

O-005

銀ろう付けの際に発生した金属ヒュームによる吸入性肺傷害の一例

1) 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院 臨床研修センター

2) 同 呼吸器内科

○平田 拓士^{1,2)}, 青木 勝平²⁾, 西田 湧也²⁾, 庵坂 学外²⁾, 的場 智也²⁾, 大倉 千明²⁾,
鶴井佐栄子²⁾, 貴志 亮太²⁾, 白川 千種²⁾, 平林 亮介²⁾, 佐藤 悠城²⁾, 永田 一真²⁾,
中川 淳²⁾, 富井 啓介²⁾, 立川 良²⁾

O-006

オシメルチニブ投与中にたこつぼ症候群を発症した肺腺癌の1例

大阪府済生会茨木病院 呼吸器内科

○稲田ちひろ, 岡本 翔一, 四宮真利子

教育講演 1 (10:10～10:50)

座長 南 俊行
(兵庫医科大学 呼吸器・血液内科)

『胸部腫瘍の up to date』

岡田あすか

(大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科・腫瘍内科)

男女共同参画フォーラム (11:00～11:50)

座長 松本 久子
(近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科)

座長 立原 素子
(神戸大学 呼吸器内科)

『働き方改革始動後の経過について』

①呼吸器学会DEI委員会からの報告: 立原 素子(神戸大学 呼吸器内科)

②ディスカッサント: 高橋 憲一(市立岸和田市民病院)

丸毛 聡(北野病院)

武田 倫子(和泉市立総合医療センター)

山田 一宏(大阪公立大学大学院医学研究科)
(※Beaconによる勤怠管理)

堀井 崇博(大阪公立大学大学院医学研究科)
(※男性育児休暇を取得して)

他

ランチョンセミナー 1 (12:00～12:50)

座長 藤原 寛
(淀川キリスト教病院)

『稀な疾患ではない! 肺MAC症の診断・治療』

浅井 一久

(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

共催: インスメッド合同会社

呼吸器学会近畿支部 総会 (13:00～13:30)

教育講演 2 (13:30～14:10)

座長 掛屋 弘
(大阪公立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学)

『呼吸器感染症の up to date』

笠原 敬

(奈良県立医科大学 感染症内科学講座)

教育講演3 (14:20～15:00)

座長 山本 傑
(大阪けいさつ病院 呼吸器内科)

『間質性肺炎の up to date』

竹内奈緒子

(国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科)

若手アワード② (15:10～16:04)

座長 多田 公英
(神戸市民病院機構 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科)
座長 真下 周子
(姫路赤十字病院 呼吸器内科)

O-007

経気管支クライオ肺生検でHTLV-1関連気管支肺病変 (HABA) と診断しステロイド治療が奏功した一例

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 呼吸器内科

○吉田 明可¹⁾, 西村美沙子²⁾, 中井 俊之²⁾, 山田 一宏²⁾, 渡辺 徹也²⁾, 浅井 一久²⁾, 川口 知哉²⁾

O-008

ED-SCLC加療中に生じた視力低下の鑑別に難渋し、肺癌進行に伴い全盲に至った腫瘍関連網膜症の1例

1) 兵庫医科大学病院 卒後臨床研修センター

2) 同 呼吸器・血液内科

3) 同 胸部腫瘍学

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

O-009

診断に難渋した肺結核の1例

1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科

2) 近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科学講座

○堤 勇樹¹⁾, 長崎 忠雄¹⁾, 川端 慶之¹⁾, 花田宗一郎¹⁾, 白波瀬 賢^{1,2)}, 山縣 俊之¹⁾, 村木 正人¹⁾, 東田 有智²⁾, 松本 久子²⁾

O-010

気胸を合併した非結核性抗酸菌症による有癭性膿胸の1例

1) 堺市立総合医療センター 診療局

2) 同 呼吸器内科

3) 同 呼吸器外科

○石井 佑佳¹⁾, 中野 仁夫²⁾, 榎本 悠里²⁾, 久瀬 雄介²⁾, 森 令法²⁾, 梶田 元²⁾, 西田 幸司²⁾, 岡本 紀雄²⁾, 郷間 巖²⁾, 福田 浩之³⁾, 山本 陽子³⁾, 池田 直樹³⁾

O-011

胸部CTで多発肺結節を認め、転移性肺腫瘍との鑑別を要したDiffuse pulmonary meningo-theliomatosisの1例

1) 住友病院 総合診療科

2) 同 呼吸器内科

3) 同 呼吸器外科

4) 同 病理診断科

○名和 聖貴¹⁾, 坂野 勇太²⁾, 長谷川 裕²⁾, 木高 早紀²⁾, 桂 悟史²⁾, 奥村 太郎²⁾,
後藤 健一²⁾, 重松三知夫²⁾, 小阪 周平³⁾, 橋本章太郎³⁾, 森本 真人³⁾, 山崎 薫⁴⁾,
藤田 茂樹⁴⁾

O-012

アレルギー性気管支肺真菌症として加療された悪性黒色腫気管支内転移の一例

1) 神戸大学 呼吸器内科

2) 済生会兵庫県病院

○山口 翔音¹⁾, 桂田 直子¹⁾, 三村 千尋²⁾, 羽間 大祐¹⁾, 立原 素子¹⁾

教育講演4 (16:10～16:50)

座長 丸毛 聡

(田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器内科)

『閉塞性肺疾患の画像解析の現在地』

田辺 直也

(京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科)

表彰式・閉会の辞 (17:00～)

第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会近畿支部学術集会

第 2 会 場 (2F/さくら東西)

開会の辞 (8:55～9:00)

会長 南方 良章

シンポジウム (9:00～10:50)

『健康日本21におけるCOPDに対しどのように取り組むか』

座長 南方 良章
(国立病院機構 和歌山病院)

1. 早期診断の現状と対策

玉置 伸二
(国立病院機構 奈良医療センター)

2. 医師の立場から(薬物・非薬物療法)

佐藤 晋
(京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座)

3. 理学療法士の立場から(QOL、身体活動性、運動耐容能等も含めて)

玉木 彰
(兵庫医科大学リハビリテーション学部/リハビリテーション科学研究科)

4. 看護師の立場から

竹川 幸恵
(大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 看護部)

教育講演1 (11:00～11:50)

座長 小川恵美子
(滋賀医科大学 健康管理センター)

『呼吸器疾患に対する運動療法のエビデンス』

東本 有司
(近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室)

ランチョンセミナー2 (12:00～12:50)

座長 宗 淳一
(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器外科学)

『キイトルーダによる術前・術後の免疫療法 ～Cureを目指して～』

津谷 康大
(近畿大学医学部 外科学教室 呼吸器外科部門)

共催: MSD株式会社

慢性呼吸不全 (13:00～13:45)

座長 古田 勝之
(和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科)

O-013

呼吸器疾患での身体障害認定審査の実例

国立病院機構 東京都病院 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-014

気胸合併のDuchenne型筋ジストロフィー患者における低換気の増悪に対してNPPV設定を試みた1例

1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

2) 国立病院機構 東京都病院

○岡垣 暢紘^{1,2)}, 坪井 知正²⁾, 荏原 雄一²⁾, 角 謙介²⁾, 羽白 高¹⁾, 佐藤 敦夫²⁾

O-015

RSTの積極介入により胸壁前経路食道癌術後のRTD患者に対して慢性期NPPVを導入し得た1例

1) 兵庫県立尼崎総合医療センター RST

2) 同 呼吸器内科

3) 同 脳神経内科

4) 同 リハビリテーション部

5) 同 看護部

6) 同 臨床工学課

○岡崎 航也^{1,2)}, 池田 拓真²⁾, 長岡 紗由^{1,3)}, 坂本 祥平^{1,4)}, 鳥越 俊宏^{1,5)},
田村 理恵^{1,5)}, 梶西 由美^{1,5)}, 濱井貴里恵^{1,6)}, 吉本 由衣^{1,6)}, 元永 善大^{1,6)},
遠藤 和夫²⁾

O-016

気管支喘息を伴う肺低換気症候群に在宅人工呼吸器療法を導入し、2年後に気切孔閉鎖まで至った症例

加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 呼吸器内科

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

O-017

COPD患者におけるフレイルと生活習慣・環境との関連

1) 京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科

2) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

3) 同 整形外科

○持丸浩太郎¹⁾, 田辺 直也^{1,2)}, 佐藤 晋²⁾, 青山 朋樹¹⁾, 松田 秀一³⁾, 池口 良輔^{1,3)},
大島 洋平¹⁾, 濱田 涼太¹⁾, 吉岡 佑二¹⁾, 小川 慈¹⁾

教育講演2 (13:50～14:40)

座長 本田 憲胤
(田附興風会 医学研究所北野病院 リハビリテーション科)

『呼吸リハビリの現状と将来』

石川 朗

(神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域 健康科学分野)

スイーツセミナー 1 (14:50～15:40)

座長 南方 良章
(国立病院機構 和歌山病院)

『COPD 治療の限界と弱点を埋める新たな視点 ～漢方治療の可能性と期待～』

大林 浩幸
(秀嶺会 東濃中央クリニック)

共催：クラシエ薬品株式会社

呼吸ケア (16:10～16:46)

座長 角 謙介
(国立病院機構 南京都病院 内科・呼吸器科)

O-018

肺結核患者における入院時の全身炎症は嚥下機能を低下させる

- 1) 神戸市民病院機構 神戸市立西神戸医療センター リハビリテーション技術部
- 2) 新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 理学療法学科
- 3) 神戸市民病院機構 神戸市立西神戸医療センター 脳神経外科
- 4) 同 リハビリテーション科

○垣内 優芳¹⁾, 井上 達朗²⁾, 小林 光¹⁾, 海老名 葵¹⁾, 中野 元¹⁾, 笥 哲也¹⁾,
田中 利明¹⁾, 西原 賢在^{3,4)}

O-019

気管支拡張症による高CO₂血症に対しHFNCを使用した運動療法が有用であった一症例

田附興風会 医学研究所北野病院 リハビリテーション科

○辻 歩高, 浦 慎太郎, 本田 憲胤

O-020

最期まで在宅療養を希望した間質性肺炎患者への看護専門外来での支援

大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター

○平田 聡子

O-021

フルティフォーム投与中の高齢喘息患者へのスピリーバ追加投与の臨床的検討

- 1) 関西医科大学 内科学第一講座
 - 2) 同 総合医療センター 呼吸器内科
- 石浦 嘉久^{1,2)}, 野村 昌作^{1,2)}, 玉置 岳史^{1,2)}, 清水 俊樹^{1,2)}, 宮下 修行¹⁾,
伊藤 量基^{1,2)}

第 3 会 場

(2 F/小ホール)

リンパ腫・リンパ増殖性疾患 (9:00~9:54)

座長 平田 陽彦
(大阪大学 呼吸器免疫内科)

O-022

肺 MAC 症、肺癌と鑑別を要する肺野浸潤影を呈し、肺 MALT リンパ腫と診断された 1 例

1) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

2) 同 血液内科

3) 同 病理診断科

4) 同 放射線科

○中村 哲史¹⁾, 外山 尚吾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⁾, 丸山 互²⁾, 金森 直美³⁾, 住吉 真治³⁾, 久保 武⁴⁾

O-023

前縦隔腫瘍により気道狭窄を呈し呼吸困難で発症した T リンパ芽球性リンパ腫の一例

1) 国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科

2) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

3) 同 放射線部

4) 同 病理診断部

○外山 尚吾^{1,2)}, 岡垣 暢紘²⁾, 田中 佑磨²⁾, 坂本 裕人²⁾, 中西 司²⁾, 松村 和紀²⁾,
中村 哲史²⁾, 上山 維晋²⁾, 池上 直弥²⁾, 加持 雄介²⁾, 橋本 成修²⁾, 田中 栄作²⁾,
田口 善夫²⁾, 久保 武³⁾, 野間 恵之³⁾, 住吉 真治⁴⁾, 小橋陽一郎⁴⁾, 羽白 高²⁾

O-024

偶然発見された気管 MALT リンパ腫の 1 例

1) 彦根市立病院 呼吸器内科

2) 同 呼吸器外科

○中村 祥吾¹⁾, 月野 光博¹⁾, 岡本 菜摘¹⁾, 渡邊 勇夫¹⁾, 林 栄一²⁾

O-025

原発性滲出性リンパ腫類似リンパ腫と診断し胸水排液のみで軽快し、3 年後に再燃した悪性リンパ腫の 1 例

愛仁会 明石医療センター 呼吸器内科

○池田 美穂, 岡村佳代子, 神野 裕子, 阪本萌永子, 藤本 葉月, 山寄 瞬, 畠山由記久,
大西 尚

O-026

浸潤影を呈したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の 2 例

大阪鉄道病院 呼吸器内科

○青原 大介, 永井 貴彬, 戸田 詩織, 西田 浩平, 玉垣 学也

O-027

10年以上の経過を追えたHyalinizing granulomaを呈する多中心性キャッスルマン病の一例
市立吹田市民病院

○水越太志郎, 鉄本 訓史, 佐々木裕弥, 宮本 愛子, 岡部 福子, 山本有美子,
稲田 怜子, 角田 尚子, 依藤 秀樹, 東口 将佳, 片田 圭宣

スポンサードセミナー1 (10:00～10:50)

座長 川村 哲治
(国立病院機構 姫路医療センター)

『ILD診療～MDD診断、抗線維化治療からTreatable traitsに至るまで～』

西山 理

(近畿大学医学部・大学院医学研究科 呼吸器・アレルギー内科)

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

スポンサードセミナー2 (11:00～11:50)

座長 吉村 千恵
(大阪赤十字病院)

『感染症専門医が考える、喘息/COPDの最適アプローチ』

宮下 修行

(関西医科大学附属病院 呼吸器感染症・アレルギー科)

共催：アストラゼネカ株式会社

ランチョンセミナー3 (12:00～12:50)

座長 中村 敬彦
(大阪医科薬科大学病院 呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科)

講演1：『Total controlを目指して－併存症を意識したDupilumab導入－』

谷村 和哉

(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

座長 岡村佳代子
(愛仁会 明石医療センター 副院長/呼吸器内科)

講演2：『Multi-faceted approachを目指して
－治療前・後、好酸球上昇で諦めないDupilumab導入－』

渡辺 徹也

(大阪公立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/リジェネロン・ジャパン株式会社

若手アワード③ (13:30～14:24)

座長 武田 吉人
(大阪大学医学系研究科 呼吸器免疫内科)

座長 徳田 深作
(京都府立医科大学 呼吸器内科)

O-028

Pro-GRP高値から診断した肺カルチノイドの二症例
神戸赤十字病院

○岩橋 真大, 山岡 貴志, 松本 千晶, 野海 拓, 田中隆一郎, 杉本 啓介

O-029

両肺びまん性に花火様陰影を呈した肺結核の1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 研修医

2) 同 呼吸器内科

3) 同 放射線科

4) 同 病理診断科

○豊川 瑠音¹⁾, 世利 佳滉²⁾, 日隈 俊宏²⁾, 永田 憲司²⁾, 竹野内政紀²⁾, 平田 展也²⁾,
平岡 亮太²⁾, 山之内義尚²⁾, 小南 亮太²⁾, 東野 幸子²⁾, 加藤 智浩²⁾, 横井 陽子²⁾,
鏡 亮吾²⁾, 水守 康之²⁾, 塚本 宏壮²⁾, 中原 保治²⁾, 佐々木 信²⁾, 東野 貴徳³⁾,
安松 良子⁴⁾, 河村 哲治²⁾

O-030

進展型小細胞肺癌の治療中に発症し、irAE腸炎との鑑別を要したCD腸炎

1) 姫路赤十字病院 研修センター

2) 同 呼吸器内科

○金子 博光¹⁾, 狩野 裕久²⁾, 田中 愛也²⁾, 中村 香葉²⁾, 真下 周子²⁾, 岸野 大蔵²⁾

O-031

ペバシズマブによる多発肝細胞癌治療中に肺胞出血を生じた1例

大阪府済生会吹田病院 初期臨床研修部

○山川 沙理, 乾 佑輔, 岡田あすか, 飯塚 正徳, 藤原 隆徳, 佐藤いずみ,
上田 将秀, 茨木 敬博, 美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人

O-032

ProGRP高値を示した肺定型カルチノイドの一例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

2) 同 病理

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

O-033

多臓器に病変を認めたが、無治療で改善したサルコイドーシスの一例

1) 近畿大学医学部 総合医学教育研修センター

2) 同 呼吸器・アレルギー内科

○梁間 敦¹⁾, 川端 慶之²⁾, 國田 裕貴²⁾, 吉川 和也²⁾, 御勢 久也²⁾, 山崎 亮²⁾,
大森 隆²⁾, 西川 裕作²⁾, 佐野安希子²⁾, 西山 理²⁾, 佐野 博幸²⁾, 岩永 賢司¹⁾,
原口 龍太²⁾, 東田 有智²⁾, 松本 久子²⁾

スイーツセミナー2 (14:50～15:40)

『身近になった重症喘息診療』

座長 大塚 晶子
(マツオカそらいろクリニック)

『クリニックだからできる重症喘息診療～地域の現状とバイオ導入～』

杉山由香里
(すぎやま呼吸器内科クリニック)

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

O-034

間質性肺炎との鑑別に苦慮したEGFR陽性乳頭型腺癌の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

○平田 展也¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳滉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 壮宏¹⁾,
水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 中原 保治¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 安松 良子²⁾

O-035

低アレル頻度で検出されたEGFR遺伝子変異陽性肺癌の1例

1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科

2) 同 病理診断科

○杉本 英司¹⁾, 神山友香梨¹⁾, 住谷 仁¹⁾, 関灘 大輔¹⁾, 岩橋 佑樹¹⁾, 塚口 晃洋¹⁾,
稲垣 雄士¹⁾, 谷口 善彦¹⁾, 中尾 桂子¹⁾, 田宮 朗裕¹⁾, 松田 能宣¹⁾, 清水 重喜²⁾,
沖塩 協一¹⁾

O-036

EGFR-TKIの耐性機構として肺小細胞癌に形質転換したが再度腺癌成分が再発したEGFR陽性肺腺癌の一症例

大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター

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

O-037

EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌に随伴してIgA血管炎を発症した一例

1) 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 呼吸器内科

2) 同 皮膚科

3) 同 腎臓内科

4) 同 病理診断科

○長 佳純¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾, 森田 敦視¹⁾, 佐伯 悠治¹⁾, 黒田 修平¹⁾,
多木 誠人¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 山田 陽三²⁾, 高木 泰尚³⁾,
今井 幸弘⁴⁾

O-038

オシメルチニブを導入した後に再生不良性貧血を発症した肺腺癌の1例

市立大津市民病院 呼吸器内科

○酒井 健紀, 中川 陸, 辻 尚朗, 古室 太誠, 井ノ口乃英瑠, 竹村 佳純

第 4 会 場

(2F/会議室A+B)

希少疾患 (9:00~10:03)

座長 永野 達也
(神戸大学 呼吸器内科)

O-039

VATS肺生検の病理所見から血管型エーラス・ダンロス症候群を疑い、遺伝子検査にて確定診断に至った一例

- 1) 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科
- 3) 同 病理診断科
- 4) 同 総合内科

○西田 湧也¹⁾, 永田 一真¹⁾, 青木 勝平¹⁾, 庵坂 学外¹⁾, 大倉 千明¹⁾, 的場 智也¹⁾, 鶴井佐栄子¹⁾, 貴志 亮太¹⁾, 白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 中川 淳¹⁾, 立川 良¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 宗田 桃子²⁾, 山田 徹²⁾, 浜川 博司²⁾, 大谷 宗理³⁾, 原 重雄³⁾, 吉崎亜衣沙⁴⁾

O-040

腹膜透析の経過中に両肺野びまん性粒状影が出現し粟粒結核との鑑別を要した異所性肺石灰化の一例

- 1) 大阪医科薬科大学 内科学I
- 2) 同 臨床研究センター
- 3) 同 腫瘍内科学

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

O-041

外科的生検で診断に至ったminute meningothelial-like nodulesの一例

- 1) 洛和会音羽病院 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科
- 3) 同 病理診断科

○宮本 瑛史¹⁾, 土谷美知子¹⁾, 佐村 和紀¹⁾, 柴原 一毅¹⁾, 岡崎 優太¹⁾, 榎本 昌光¹⁾, 田宮 暢代¹⁾, 堀本かな²⁾, 北村 将司²⁾, 一瀬増太郎³⁾, 嶋田 恵里³⁾, 安井 寛³⁾, 長坂 行雄¹⁾

O-042

間質性肺炎寛解後に増大する結節を認め、切除検体の病理組織所見から肺硝子化肉芽腫と考えられた一例

田附興風会 医学研究所北野病院

○久保 直之, 北島 尚昌, 平井 将隆, 池田 陽呂, 笹田 剛史, 矢野 翔平, 山中 諒, 神野 志織, 田嶋 範之, 森本 千絵, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

O-043

低酸素血症を呈した多発肺動静脈瘻の一例

奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター 呼吸器内科

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

O-044

気管支鏡検査から診断し得た慢性肺血栓塞栓症の1例

1) 和泉市立総合医療センター 呼吸器内科

2) 同 病理診断科

○新谷 穰¹⁾, 塚本 遥香¹⁾, 大島 友里¹⁾, 門谷 英昭¹⁾, 上西 力¹⁾, 久保 寛明¹⁾,
武田 倫子¹⁾, 田中 秀典¹⁾, 太田 善夫²⁾, 松下 晴彦¹⁾

O-045

薬剤性メトヘモグロビン血症の1例

大阪府済生会野江病院

○藤木 貴宏, 梶原 佑一, 金子 顕子, 日下部悠介, 中山 絵美, 田中 彩加,
山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

腫瘍・ドライバー変異 (10:05～10:50)

座長 沖塩 協一

(国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科)

O-046

肺腺癌の診断で治療中に急激な増悪を来し病理解剖にて多形癌の診断となった一例

済生会滋賀県病院 呼吸器内科

○佐井 那月, 菅 佳史, 長谷川 功

O-047

ブリガチニブ少量投与により治療効果を認めた一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○榛間 智子, 黄 文禧, 岩垣 慈音, 小川 亮, 高橋 祥太, 山野 隆史,
大木元達也, 石川 遼一, 高岩 卓也, 中川 和彦, 吉村 千恵

O-048

ロルラチニブ投与により著明な高血糖を認めた ALK 融合遺伝子陽性肺癌の1例

大阪大学医学部附属病院 呼吸器免疫内科

○柳澤 篤, 船内 敦司, 宮本 哲志, 金岡 賢輔, 徐 立恒, 吉村 華子,
内藤真依子, 益弘健太郎, 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-049

結核性胸膜炎合併の ALK 融合遺伝子陽性肺癌に対して抗結核薬併用下で Alectinib 投与を行った一例

京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科

○西村 直也, 西岡 直哉, 松本 祥生, 河内 勇人, 片山 勇輝, 濱島 良介,
山本 千恵, 岩破 將博, 金子 美子, 徳田 深作, 山田 忠明, 高山 浩一

O-050

外科的治療を行った肺病変単発の ALK 陽性組織球症の 1 例

1) 淀川キリスト教病院 呼吸器内科

2) 同 呼吸器外科

3) 同 病理診断科

○吉井 直子¹⁾, 中村 基寛¹⁾, 山田由希子¹⁾, 古田 寛人¹⁾, 山下 卓人¹⁾, 白浜かおり¹⁾,
上野 峻輔¹⁾, 吉田 也恵¹⁾, 大谷 恭子³⁾, 水窪由美子¹⁾, 西島 正剛¹⁾, 大谷賢一郎¹⁾,
稲葉真由美³⁾, 加地 政秀²⁾, 紙森 隆雄¹⁾, 藤原 寛¹⁾

ランチョンセミナー4 (12:00～12:50)

座長 駄賀 晴子

(大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター 腫瘍内科)

『KRAS G12C 陽性肺癌の治療戦略

～ルマケラスを患者さんに確実に届ける～』

秦 明登

(神戸低侵襲医療センター 呼吸器腫瘍内科)

共催：アムジェン株式会社

稀な腫瘍疾患 (13:30～14:24)

座長 光岡 茂樹

(地域医療機能推進機構 大阪病院 呼吸器内科)

O-051

肺腺癌に合併した Diffuse pulmonary meningotheliomatosis (DPM) の 1 例

1) 和泉市立総合医療センター 呼吸器内科

2) 同 病理診断科

○門谷 英昭¹⁾, 塚本 遥香¹⁾, 新谷 穰¹⁾, 大島 友里¹⁾, 上西 力¹⁾, 久保 寛明¹⁾,
武田 倫子¹⁾, 田中 秀典¹⁾, 太田 善夫²⁾, 松下 晴彦¹⁾

O-052

多発する胸膜外腫瘍を契機に神経線維腫症を疑った 1 例

田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器内科

○山中 諒, 平井 将隆, 池田 陽呂, 笹田 剛史, 久保 直之, 矢野 翔平,
神野 志織, 田嶋 範之, 森本 千絵, 北島 尚昌, 丸毛 聡, 福井 基成

O-053

縦隔原発セミノーマの一例

1) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

2) 同 泌尿器科

3) 同 放射線部放射線科 IVR 部門

○坂本 裕人¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 外山 尚吾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⁾, 小林 昂介²⁾, 谷口 尚範³⁾

O-054

肺癌前立腺転移の症例

財団聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院

○安藤 健介, 長野 昭近, 中島 康博

O-055

局所麻酔下胸腔鏡で診断した副腎癌胸膜転移の1例

大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター

○山田 貴俊, 三木 雄三, 石山 福道, レオン実賀, 藤井 裕子, 澤 信彦,
柳生 恭子, 眞本 卓司

O-056

多発遠隔転移を来した悪性胸膜中皮腫の一例

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

○北村 美華, 宮崎 慶宗, 井上裕加里, 清原あすか, 堀 靖貴, 北川 怜奈,
池内 美貴, 福島 有星, 野田 彰大, 春田 由貴, 佐渡 紀克, 齊藤 隆一,
東 正徳, 長谷川吉則, 上田 哲也

スイーツセミナー3 (14:50～15:40)

座長 金田 裕靖

(大阪公立大学大学院医学研究科 臨床腫瘍学)

『Nivo + Ipi を再考する

～実臨床データから導かれる Nivo+Ipi の使いどころ～』

竹下 正文

(一宮西病院 副院長 兼 呼吸器内科)

共催: ブリストル・マイヤーズスクイブ株式会社

小野薬品工業株式会社

腫瘍・その他 (15:50～16:44)

座長 谷 陽子

(大阪公立大学大学院医学研究科 臨床腫瘍学)

O-057

小細胞肺癌を合併した抗TIF1- γ 抗体陽性の皮膚筋炎の一例

1) 大阪府済生会野江病院 呼吸器内科

2) 同 リウマチ膠原病内科

○梶原 佑一¹⁾, 金子 顕子¹⁾, 藤木 貴宏¹⁾, 日下部悠介¹⁾, 中山 絵美¹⁾, 田中 彩加¹⁾,
山本 直輝¹⁾, 松本 健¹⁾, 相原 顕作¹⁾, 山岡 新八¹⁾, 三嶋 理晃¹⁾, 上杉 裕子²⁾

O-058

腫瘍随伴症候群と考えられたTIF1- γ 抗体陽性皮膚筋炎を合併した小細胞肺癌の一例.

大阪府済生会吹田病院

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

O-059

上大静脈症候群と閉塞性膵炎を同時期に発症し、抗癌剤投与で改善が得られた小細胞肺癌の一例

1) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

2) 同 病理診断部

○松村 和紀¹⁾, 外山 尚吾¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 田中 佑磨¹⁾, 坂本 裕人¹⁾, 中西 司¹⁾,
中村 哲史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⁾

O-060

肺原発上皮-筋上皮癌の1例

大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 肺腫瘍内科

○山内桂二郎, 小牟田里以子, 田邊 英高, 横山 将史, 高田 創, 柳瀬 隆文,
細野 裕貴, 佐藤 真吾, 森下 直子, 鈴木 秀和

O-061

剖検にて判明した偽中皮腫性肺癌の一例

1) 滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科

2) 同 感染制御部

3) 同 保健管理センター

○田中 伶於¹⁾, 成宮 慶子¹⁾, 堀内 智房¹⁾, 後藤 幸¹⁾, 植木 康光¹⁾, 大岡 彩¹⁾,
角田 陽子¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 重森 度¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 山口 将史¹⁾,
大澤 真²⁾, 小川恵美子³⁾, 中野 恭幸¹⁾

O-062

ドセタキセル単剤初回療法のみで6年間CRを維持している一例

愛仁会 明石医療センター

○神野 裕子, 畠山由記久, 畦倉 孝曉, 阪本萌永子, 藤本 葉月, 山嵜 瞬,
池田 美穂, 岡村佳代子, 大西 尚

第 5 会 場

(2F/会議室C+D)

喘息・類縁疾患 (9:09 ~ 10:03)

座長 甲斐 吉郎
(南奈良総合医療センター 呼吸器内科)

O-063

当院にて生物学的製剤を導入した難治性喘息患者についての検討

日本生命済生会 日本生命病院 呼吸器・免疫内科

○本郷 卓英, 田中 雅樹, 廣海 汐理, 村上 輝明, 二宮 隆介, 小中 八郎,
甲原 雄平, 井原 祥一, 立花 功

O-064

高齢者喘息に対するベンラリズマブの有効性と安全性の検討

大阪鉄道病院

○永井 貴彬, 青原 大介, 戸田 詩織, 西田 浩平, 玉垣 学也

O-065

デュピルマブによる乾癬様皮膚炎を発症した一例

天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院

○田中 佑磨, 外山 尚吾, 岡垣 暢紘, 坂本 裕人, 中西 司, 松村 和紀,
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-066

IgG4関連疾患に合併した気管支喘息に対してDupilumabを投与した一例

浅香山病院 呼吸器内科

○小島 和也, 櫻井 佑輔, 丸山 直美, 岡本 敦子, 芝寄 功行, 太田 勝康

O-067

CTガイド下生検が診断に有用であったIgG4関連肺疾患の一例

1) 大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 呼吸器内科

2) 同 画像診断科

3) 同 病理診断科

○細野 裕貴¹⁾, 小牟田里以子¹⁾, 田邊 英高¹⁾, 横山 将史¹⁾, 山内桂二郎¹⁾, 柳瀬 隆文¹⁾,
高田 創¹⁾, 佐藤 真吾¹⁾, 馬越 泰生¹⁾, 田村香葉子¹⁾, 竹下 徹²⁾, 森 秀夫³⁾,
上田 佳世³⁾, 森下 裕¹⁾

O-068

当院における肺非結核性抗酸菌 (NTM) 症を合併したABPM/ABPA症例の臨床経過の検討

国立病院機構 大阪刀根山医療センター 呼吸器内科

○長田 由佳, 新居 卓朗, 原 侑紀, 松本 隆典, 橋本 尚子, 辻野 和之,
三木 啓資, 木田 博

O-069

閉塞性肺炎を契機に集学的治療を行った気管支閉鎖症と嚢胞感染の1例

1) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

2) 同 呼吸器外科

○中西 司¹⁾, 外山 尚吾¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 坂本 裕人¹⁾, 田中 佑磨¹⁾, 小林 萌²⁾,
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⁾, 橋本 成修¹⁾,
田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 中川 達雄²⁾, 羽白 高¹⁾

O-070

肋軟骨陥凹を伴う気管支閉鎖症の1例

1) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

2) 同 がんゲノム・腫瘍内科学講座

3) 奈良県立医科大学附属病院 栄養管理部

4) 奈良県立医科大学 医学部看護学科 臨床病態医学

○永吉 琢真¹⁾, 堀本 和秀¹⁾, 太田 和輝¹⁾, 中村 真弥¹⁾, 古山 達大¹⁾, 佐藤 一郎¹⁾,
古高 心¹⁾, 宮高 泰匡¹⁾, 岩佐 佑美¹⁾, 新田 祐子¹⁾, 春成加奈子¹⁾, 坂口 和弘¹⁾,
谷村 和哉¹⁾, 長 敬翁¹⁾, 大田 正秀^{1,2)}, 藤田 幸男^{1,3)}, 山本 佳史¹⁾, 本津 茂人¹⁾,
山内 基雄^{1,4)}, 室 繁郎¹⁾

O-071

喘息加療中に発症した肺炎にて意識消失発作を起こし先天性声門下狭窄症と診断された一例
加古川市民病院機構 加古川中央市民病院

○戸谷 梨沙, 多木 誠人, 森田 敦視, 黒田 修平, 佐伯 悠治, 豊田 純貴,
長 佳純, 藤井 真央, 徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明, 繁治 純

O-072

治療抵抗性の再発性多発軟骨炎に対してトシリズマブが著効した一例

神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民医療センター

○鶴井佐栄子, 青木 勝平, 西田 裕也, 庵坂 学外, 大倉 千明, 的場 智也,
貴志 亮太, 白川 千種, 平林 亮平, 佐藤 悠城, 永田 一真, 中川 淳,
富井 啓介, 立川 良

O-073

気管支鏡にて診断のついた気管支型肺平滑筋腫の一例

兵庫医科大学医学部 呼吸器・血液内科

○村田 卓嗣, 藤本 大智, 森 麻子, 加藤 瑞貴, 太田 博章, 脇田 悠,
近藤 孝憲, 神取 恭史, 清田穰太郎, 徳田麻佑子, 東山 友樹, 多田 陽郎,
柊木 芳樹, 三上 浩司, 大搦泰一郎, 高橋 良, 南 俊行, 栗林 康造,
木島 貴志, 廣田 誠一

O-074

シェーグレン症候群に伴う濾胞性細気管支炎と臨床診断した一例

神戸市民病院機構 西神戸医療センター

○井上 拓弥, 益田 隆広, 吉山 史子, 藤本さやか, 吉村聡一郎, 徳重 康介,
佐藤 宏紀, 濱崎 直子, 三輪菜々子, 木田 陽子, 瀬瀬 力也, 桜井 稔泰,
多田 公英

O-075

化学療法後にびまん性汎細気管支炎と類似する気道病変を合併した一例

近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

○川端 慶之, 國田 裕貴, 吉川 和也, 御勢 久也, 山崎 亮, 大森 隆,
西川 裕作, 佐野安希子, 西山 理, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 原口 龍太,
東田 有智, 松本 久子

ランチョンセミナー5 (12:00～12:50)

座長 立原 素子
(神戸大学 呼吸器内科)

『クライオ生検の新展開』

今林 達哉
(京都第一赤十字病院 呼吸器内科)

共催：株式会社アムコ

免疫チェックポイント阻害剤 (13:30～14:42)

座長 森 雅秀
(国立病院機構 大阪刀根山医療センター 呼吸器内科)

O-076

Nivolumab + Ipilimumab 併用療法後、血球貪食症候群を来した1例

1) 藤井会 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 血液内科

○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⁾, 田中 一臣³⁾, 平島 智徳²⁾, 平田 一人¹⁾

O-077

進行非小細胞肺癌の二次治療以降におけるイピリムマブ+ニボルマブ (Ipi+Nivo) 併用療法の有効性

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-078

上皮型悪性胸膜中皮腫と肺腺癌の重複癌に対してNivolumab+Ipilimumab 併用療法が奏効した1例

1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科

2) 同 病理診断科

○関灘 大輔¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 神山友香梨¹⁾, 住谷 仁¹⁾, 岩橋 佑樹¹⁾, 塚口 晃洋¹⁾,
杉本 英司¹⁾, 稲垣 雄士¹⁾, 谷口 善彦¹⁾, 田宮 朗裕¹⁾, 松田 能宣¹⁾, 清水 重喜²⁾,
沖塩 協一¹⁾

O-079

限局型小細胞肺癌治療 11年後に照射部位から発生した二次癌の扁平上皮癌にペムブロリズマブが奏効した1例

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター

○田宮 朗裕, 住谷 仁, 神山友香梨, 塚口 晃洋, 岩橋 佑樹, 稲垣 雄士,
谷口 善彦, 沖塩 協一

O-080

肺扁平上皮癌に対しPembrolizumab単剤療法中に急性肝障害を認め、遠位胆管癌との重複癌の診断となった一例

大阪府済生会千里病院

○井上 孔介, 森本 彬人, 山口 統彦, 岡本祐希子, 多河 広史, 古川 貢,
藤原 綾子, 葛谷憲太郎, 松浦 良信, 伊藤 翔, 横山 茂和, 由谷 親夫,
山根 宏之

O-081

同時放射線化学療法が奏功した原発性気管扁平上皮癌の1例

京都市立病院機構 京都市立病院

○笹倉 美咲, 小熊 毅, 吉田 葵, 高田 直秀, 山添 正敏, 太田 登博,
吉岡 秀敏, 五十嵐修太, 小林 祐介

O-082

POSEIDON レジメンを投与した胸部SMARCA4欠損未分化腫瘍の一例

1) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

2) 同 臨床腫瘍学

3) 同 診断病理・病理病態学

○林 晃大¹⁾, 谷 陽子²⁾, 中井 俊之¹⁾, 山田 一宏¹⁾, 渡辺 徹也¹⁾, 田中さやか³⁾,
孝橋 賢一³⁾, 川口 知哉^{1,2)}

O-083

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⁾

サルコイドーシス (15:05 ~ 15:50)

座長 半田 知宏

(京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

O-084

肺癌との鑑別を要した孤立性単腫瘤影の肺サルコイドーシスの一例

愛仁会 明石医療センター

○山崎 瞬, 岡村佳代子, 阪本萌永子, 神野 裕子, 藤本 葉月, 池田 美穂,
畠山由記久, 大西 尚

O-085

巨大な皮下結節から診断された肺サルコイドーシスの一例

1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科

2) 同 皮膚科

3) 同 循環器内科

4) 同 バイオメディカルセンター

○上田 亮太¹⁾, 古田 勝之¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 中塚 瑞記²⁾, 風呂谷亜美²⁾, 太田 慎吾³⁾,
永井 隆寛¹⁾, 高倉 敏彰¹⁾, 高瀬 衣里¹⁾, 大西美帆子¹⁾, 加藤 真衣¹⁾, 中口 恵太¹⁾,
宮井 優¹⁾, 村上恵理子¹⁾, 柴木 亮太¹⁾, 赤松 弘朗¹⁾, 清水 俊雄¹⁾, 中西 正典¹⁾,
洪 泰浩^{1,4)}, 山本 信之^{1,4)}

O-086

多発結節影を認めたサルコイドーシスの2例

1) 高槻赤十字病院 呼吸器内科

2) 同 救急科

○三崎裕美子¹⁾, 野村奈都子¹⁾, 深田 寛子¹⁾, 中村 保清²⁾, 北 英夫¹⁾

O-087

MTXが有効であったサルコイドーシスの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

3) 同 放射線科

○世利 佳滉¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平田 展也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⁾, 横井 陽子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 中原 保治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 安松 良子²⁾, 東野 貴徳³⁾, 河村 哲治¹⁾

O-088

ステロイドの投与により肺サルコイドーシスの改善を気管支鏡検査で確認した1例

地域医療機能推進機構 大阪病院 呼吸器内科

○薮崎 興平, 田中 陽子, 津田 誉至, 阪上 和樹, 光岡 茂樹, 鴨井 博

間質性肺疾患 (15:50 ~ 16:53)

座長 羽白 高

(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

O-089

COVID-19後器質性肺炎の当院での治療法について

奈良県西和医療センター

○中井 昌弘, 杉村 裕子, 中 若菜, 田村 緑

O-090

自己免疫性肺胞蛋白症をきたした研磨作業従事者の1例

1) 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター 西市民病院

2) 埼玉県立病院機構 埼玉県立循環器・呼吸器病センター

○古川 湧也¹⁾, 岩林 正明¹⁾, 小林 裕¹⁾, 宮本 滉大¹⁾, 李 正道¹⁾, 松岡 佑¹⁾, 横田 真¹⁾, 網本 久敬¹⁾, 瀧口 純司¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 金子 正博¹⁾, 富岡 洋海¹⁾, 上原栄理子¹⁾, 勝山 栄治¹⁾, 河端 美則²⁾

O-091

抗ARS抗体陽性間質性肺炎の治療中に抗MDA5抗体陽性が判明し死亡に至った急速進行性間質性肺炎の1例

国立病院機構 姫路医療センター

○永田 憲司, 日隈 俊宏, 世利 佳滉, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 山之内義尚, 小南 亮太, 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

O-092

慢性気道感染を伴う肺病変先行型のRA-ILDに対し、低用量ステロイドとタクロリムスが有効であった1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

2) 同 リウマチ科

○平岡 亮太¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 平田 展也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⁾, 河村 哲治¹⁾, 藤森 美鈴²⁾

O-093

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症との鑑別に苦慮したが皮膚生検にて確定診断に至った顕微鏡的多発血管炎の一例

1) 西宮市立中央病院 呼吸器内科

2) 同 リウマチ・膠原病内科

○辻 哲顕¹⁾, 仲谷 勇輝¹⁾, 木島 涼¹⁾, 軸屋龍太郎¹⁾, 二木 俊江¹⁾, 日下部祥人¹⁾,
池田 聡之¹⁾, 竹中 祐子²⁾, 平井 宏和²⁾, 小川 恭生²⁾, 平野 亨²⁾

O-094

肺病変を有するANCA関連血管炎(AAV)に対してアバコパンを使用した3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, 原 侑紀, 三橋 靖大, 長田 由佳, 新居 卓朗, 松木 隆典,
辻野 和之, 三木 啓資, 木田 博

O-095

経過中にANCA陽性化を示し、ピルフェニドン開始後にFVC改善とANCA陰性化を認めた特発性肺線維症長期生存例

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 呼吸器内科

3) 同 放射線科

4) 同 病理

○新井 徹¹⁾, 竹内奈緒子²⁾, 滝本 宜之¹⁾, 澄川 裕充³⁾, 清水 重喜⁴⁾

第6会場 (3F/銀杏)

呼吸器感染症① (9:00～10:12)

座長 吉井 直子
(淀川キリスト教病院 呼吸器内科)

O-096

bronchial anthracofibrosisによる無気肺に非結核性抗酸菌症を合併した一例

1) 神鋼記念会 神鋼記念病院 呼吸器センター

2) 同 病理診断科

○今尾 舞¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 高田 陽平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⁾, 大林 千穂²⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

O-097

抗IFN- γ 抗体陽性の播種性非結核性抗酸菌症の一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○岩垣 慈音, 山野 隆文, 黄 文禧, 榛間 智子, 小川 亮, 高橋 祥太,
大木元達也, 石川 遼一, 高岩 卓也, 中川 和彦, 吉村 千恵

O-098

多剤抗菌薬治療が有効であった空洞形成型Mycobacterium kyorinense症の一例

神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院

○大倉 千明, 佐藤 悠城, 平林 亮介, 青木 勝平, 西田 湧也, 庵坂 学外,
的場 智也, 鶴井佐栄子, 貴志 亮太, 白川 千種, 永田 一真, 中川 淳,
富井 啓介, 立川 良

O-099

特発性横隔膜内膿瘍の一例

国立病院機構 大阪医療センター

○轟 はる加, 西松佳名子, 東 浩志, 松井 優紀, 二見 真史, 俊山 礼志,
安藤 性實, 南 誠剛, 高見 康二

O-100

侵襲性肺炎球菌感染症をきっかけに形質細胞白血病と診断された一例

1) 市立吹田市民病院 呼吸器・リウマチ科

2) 同 血液内科

○東口 将佳¹⁾, 高津 康人²⁾, 水越大志郎¹⁾, 佐々木裕弥¹⁾, 宮本 愛子¹⁾, 稲田 怜子¹⁾,
岡部 福子¹⁾, 依藤 秀樹¹⁾, 鉄本 訓史¹⁾, 片田 圭宣¹⁾, 前田 哲生²⁾

O-101

A群溶血性レンサ球菌 (GAS) による細菌性肺炎の2例

愛仁会 明石医療センター 呼吸器内科

○阪本萌永子, 岡村佳代子, 神野 裕子, 藤本 葉月, 山嵜 瞬, 池田 美穂,
畠山 由記久, 大西 尚

O-102

マイコプラズマ肺炎に寒冷凝集素症を合併し高度な溶血発作をきたした一例

1) 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

2) 同 血液内科

○青木 勝平¹⁾, 中川 淳¹⁾, 光行 智司²⁾, 西田 湧也¹⁾, 的場 智也¹⁾, 大倉 千明¹⁾,
斎藤正一郎¹⁾, 庵坂 学外¹⁾, 鶴井佐栄子¹⁾, 貴志 亮太¹⁾, 白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾,
佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 立川 良¹⁾

O-103

尿中抗原検査により診断し得たLegionella longbeachaeによるレジオネラ肺炎の一例

1) 神戸市民病院機構 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科

2) 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター西市民病院

○徳重 康介¹⁾, 松岡 佑²⁾, 吉山 史子¹⁾, 井上 拓弥¹⁾, 藤本さやか¹⁾, 吉村聡一郎¹⁾,
益田 隆広¹⁾, 佐藤 宏紀¹⁾, 濱崎 直子¹⁾, 三輪菜々子¹⁾, 木田 陽子¹⁾, 瀬瀬 力也¹⁾,
桜井 稔泰¹⁾, 多田 公英¹⁾

呼吸器感染症② (10:15 ~ 11:27)

座長 柳生 恭子

(大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター 呼吸器内科)

O-104

移動性肺結節と有痛性皮下出血斑を認めた肺トキシカラ症の一例

1) 淀川キリスト教病院 呼吸器内科

2) 宮崎大学医学部 寄生虫学教室

○中村 基寛¹⁾, 西島 正剛¹⁾, 古田 寛人¹⁾, 山田由希子¹⁾, 山下 卓人¹⁾,
上野 峻輔¹⁾, 白浜かおり¹⁾, 吉井 直子¹⁾, 水窪由美子¹⁾, 大谷賢一郎¹⁾,
紙森 隆雄¹⁾, 藤原 寛¹⁾, 田中 美緒²⁾

O-105

悪性リンパ腫治療中に出現した肺の浸潤影に対し気管支鏡を施行し、肺クリプトコッカス症と診断した一例

大阪けいさつ病院 呼吸器内科

○小山 広介, 森友 昂貴, 紅林 亮汰, 神島 望, 朝川 遼, 所司原奈央,
菅 泰彦, 仲谷 健史, 山本 傑

O-106

繰り返し培養検査を行うことで診断し得たノカルジア肺炎の一例

奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー内科

○宮本 誉, 古山 達大, 中村 真弥, 堀本 和秀, 佐藤 一郎, 古高 心,
宮高 泰匡, 岩佐 佑美, 新田 祐子, 藤岡 伸啓, 春成加奈子, 坂口 和宏,
谷村 和哉, 長 敬翁, 大田 正秀, 藤田 幸男, 山本 佳史, 本津 茂人,
山内 基雄, 室 繁郎

O-107

JAK阻害剤投与中の関節リウマチ(RA)患者に発症したニューモシスティス肺炎(PCP)の1例
大阪赤十字病院

○小川 亮, 黄 文禧, 岩垣 慈音, 榛間 智子, 高橋 祥太, 山野 隆史,
大木元達也, 石川 遼一, 高岩 卓也, 中川 和彦, 吉村 千恵

O-108

アデノウイルスによる大葉性肺炎の1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

2) 同 放射線科

3) 同 病理診断科

4) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 病理診断科

○日隈 俊宏^{1,2,3,4)}, 世利 佳滉¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 平田 展也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⁾, 横井 陽子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⁾, 東野 貴徳²⁾, 安松 良子³⁾, 小橋陽一郎⁴⁾

O-109

ハイフローセラピー中にpneumatoceleが形成されたCOVID-19肺炎の1例

田附興風会 医学研究所北野病院

○池田 陽呂, 北島 尚昌, 平井 将隆, 笹田 剛史, 久保 直之, 山中 諒,
矢野 翔平, 神野 志織, 森本 千絵, 田嶋 範之, 井上 大生, 丸毛 聡,
福井 基成

O-110

人工呼吸器管理中にヘパリン起因性血小板減少症(HIT)を発症した重症COVID-19の1例
大阪府済生会吹田病院

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

O-111

COVID-19後器質化肺炎と鑑別を要したCOVID-19関連肺アスペルギルス症の1例

1) 田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器内科

2) 同 消化器内科

○笹田 剛史¹⁾, 北島 尚昌¹⁾, 中神 聡太²⁾, 平井 将隆¹⁾, 池田 陽呂¹⁾, 久保 直之¹⁾,
矢野 翔平¹⁾, 山中 諒¹⁾, 神野 志織¹⁾, 田嶋 範之¹⁾, 森本 千絵¹⁾, 井上 大生¹⁾,
丸毛 聡¹⁾, 福井 基成¹⁾

ランチョンセミナー6 (12:00～12:50)

座長 川口 知哉

(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

『ES-SCLC 1st line treatment – SCLCの治療試験を紐解く –』

田宮 基裕

(大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 呼吸器内科)

共催: アストラゼネカ株式会社

O-112

アイリストを職業とする若年女性の結核の2例

1) 淀川キリスト教病院 呼吸器内科

2) 同 呼吸器外科

○古橋 侑輔¹⁾, 白浜かおり¹⁾, 中村 基寛¹⁾, 岡本 耀²⁾, 山田由紀子¹⁾, 古田 寛人¹⁾,
山下 卓人¹⁾, 上野 峻輔¹⁾, 吉田 也恵¹⁾, 岡田 諭志²⁾, 吉井 直子¹⁾, 水窪由美子¹⁾,
西島 正剛¹⁾, 大谷賢一郎¹⁾, 加地 政秀²⁾, 紙森 隆雄¹⁾

O-113

関節リウマチに対するオゾラリズマブ (TNF- α 阻害薬) により発症した肺結核, 結核性髄膜炎の1例

淀川キリスト教病院 呼吸器内科

○古田 寛人, 西島 正剛, 山下 卓人, 白浜かおり, 上野 峻輔, 吉井 直子,
大谷賢一郎, 紙森 隆雄, 藤原 寛

O-114

気管支鏡検査で器質化肺炎合併の肺結核を診断した一例

1) 近畿中央病院 呼吸器内科

2) 谷向病院

○杉澤 健太¹⁾, 藤本 豪¹⁾, 和田 紘実¹⁾, 國屋 研斗¹⁾, 二見 悠¹⁾, 長 彰翁¹⁾,
合屋 将¹⁾, 谷向 茂厚²⁾

O-115

局所進行肺癌が疑われた結核の一例

京都第一赤十字病院 呼吸器内科

○田中 聡行, 内匠千恵子, 弓場 達也, 今林 達哉, 宇田紗也佳, 田中 駿也,
陣野 一輝, 山本 航平

O-116

胸膜炎が自然軽快した後に排菌陽性肺結核を発症した一例

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 呼吸器内科

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

O-117

リファンピシンによる薬剤相互作用のためブコロームを併用してワルファリン投与量調整を行った一例

公立甲賀病院 呼吸器内科

○増井 孟司, 加藤 悠人, 徳岡 駿一, 福永健太郎, 山口 将史

O-118

肺結核の治療中に肝結核腫が出現し、抗結核薬投与継続で軽快した一例

神鋼記念会 神鋼記念病院 呼吸器センター

○高田 陽平, 稲尾 崇, 今尾 舞, 難波 晃平, 藤本 佑樹, 久米佐知枝,
門田 和也, 大塚浩二郎, 笠井 由隆, 梶屋 大輝, 生田 耕三, 大林 千穂,
鈴木雄二郎

O-119

RFP耐性肺結核の後遺症に細菌感染を合併し大量咯血を来し、右上葉切除術を施行した1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

2) 同 放射線科

3) 同 病理診断科

○小南 亮太¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 永田 憲司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⁾, 東野 貴徳²⁾, 安松 良子³⁾

検査手技・治療手技 (15:50 ~ 16:53)

座長 中井 俊之

(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

O-120

クライオバイオプシーにより陽子線治療関連気管支軟骨壊死と診断した一例

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, 池田 陽呂, 笹田 剛史, 久保 直之, 矢野 翔平,
山中 諒, 神野 志織, 田嶋 範之, 森本 千絵, 井上 大生, 丸毛 聡,
福井 基成

O-121

クライオバイオプシーにより診断した好酸球性細気管支炎の1例

田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器内科

○矢野 翔平, 井上 大生, 池田 陽呂, 平井 将隆, 久保 直之, 笹田 剛史,
山中 諒, 神野 志織, 田嶋 範之, 森本 千絵, 北島 尚昌, 丸毛 聡,
福井 基成

O-122

経気管支クライオ肺生検で診断した、多発小嚢胞を呈するリンパ脈管筋腫症の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 放射線科

3) 同 病理診断科

4) 同 臨床研究センター

○神山友香梨¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 住谷 仁¹⁾, 岩橋 佑樹¹⁾, 田中 悠也¹⁾,
新谷 亮多¹⁾, 倉原 優¹⁾, 澄川 裕充²⁾, 清水 重喜³⁾, 新井 徹⁴⁾

O-123

気管支動脈塞栓術後にクライオプローブで中枢気道の凝血塊を除去し呼吸困難の改善を得た大量咯血の1例

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科

○西原 昂, 杉本 英司, 龍華 美咲, 蓑毛祥次郎, 小林 岳彦, 滝本 宜之

O-124

対側損傷による外傷性肺嚢胞から咯血をきたした一例

神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院

○的場 智也, 立川 良, 青木 勝平, 西田 湧也, 庵坂 学外, 大倉 千明,
鶴井佐栄子, 貴志 亮太, 白川 千種, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,
中川 淳, 富井 啓介

O-125

緊急手術を要した自然血気胸の1例

京都保健会 京都民医連中央病院

○平尾聡一良, 扇谷 知宏

O-126

横隔膜下病変に対して経胸腔的アプローチにて診断を行った一例

田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器外科

○尾田 博美, 青野 泰正, 平山安見子, 長 博之, 黄 政龍, 大角 明宏

第7会場 (3F/フランダース)

実技講習(総論) (10:00～10:45)

呼吸リハビリテーション総論

講師 堀江 淳
(京都橘大学)

実技講習(講義1) (10:50～11:20)

フィジカル・アセスメント(講義)

講師 沖 侑太郎
(神戸大学)

実技講習(講義2) (11:20～11:50)

講師 大島 洋平
(京都大学)

ランチョンセミナー7 (12:00～12:50)

座長 黄 文禧
(大阪赤十字病院)

『後治療も考慮したEGFR-TKIの治療選択
～エルロチニブ+ラムシルマブの取説～』

田宮 朗裕
(国立病院機構 近畿中央呼吸器センター内科)

共催：日本イーライリリー株式会社

実技講習会(実技1) (13:20～14:35)

フィジカル・アセスメント(実技)

講師 沖 侑太郎
(神戸大学)
インストラクター

実技講習会(実技2) (14:45～16:00)

呼吸リハビリテーションで用いる手技(実技)

講師 大島 洋平
(京都大学)
インストラクター

抄 録

教育講演
シンポジウム
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

胸部腫瘍のup to date

岡田あすか

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科・腫瘍内科

我が国における肺癌の罹患率・死亡率は依然として高く、2022年にはがん死亡数の第1位を占めている。

免疫チェックポイント阻害剤（ICI）の登場や、非小細胞肺癌（NSCLC）におけるドライバー遺伝子に対する分子標的治療薬の開発により、肺癌治療は近年、急速な進歩を遂げている。しかしこの恩恵を受けるためには、まず適切な検体を採取し、マルチコンパニオン検査を実施して治療方針を決定する必要がある。

進行・再発 NSCLCにおいては、ドライバー遺伝子が確認されればそれに対応する分子標的薬が、なければ PD-L1 発現に基づいて ICI を中心とした単剤または併用療法が一次治療の標準となっている。またステージ III NSCLC に対する放射線化学療法後の維持療法や ICI および分子標的薬を用いた周術期治療の適応が拡大し、注目されている。

一方、小細胞肺癌（SCLC）の薬物治療は長年新たな進展が見られなかったが、2019年にアテゾリズマブが細胞障害性抗がん剤との併用療法で承認されて以降、ICI の適応が拡大し、新たな治療オプションが増えつつある。

このように、肺癌治療は年々進化しており、非専門医や一般の呼吸器内科医にとっても最新の治療知識を update していくことは不可欠である。そこで本教育講演では、肺癌の診断と治療についてマルチコンパニオン診断を含めて解説し、治療の現状を概説する。また、抗体薬物複合体（ADC）など最近のトピックスにも触れ、日々進化する肺癌診療における知識整理に役立つ内容を提供したいと考えている。

教育講演2

呼吸器感染症のup to date

笠原 敬

奈良県立医科大学 感染症内科学講座

呼吸器感染症は、現代の感染症領域において非常に重要なテーマであり、その病原体や予防・治療法に関する知見も日々進化している。本講演では、新型コロナウイルス、RSウイルス、肺炎マイコプラズマ、肺炎球菌などを含む呼吸器感染症について、最新の知見や今後の展望を整理し、臨床現場での対応について考察する。

新型コロナウイルス感染症に関しては、流行の一段落が見られるものの、今冬に向けた感染再拡大が予想されており、新たな変異株の動向が引き続き注目されている。特にワクチンに関しては、従来のワクチンの有効性と長期的な免疫持続性が検討され、次世代ワクチンが期待される段階にある。また、抗ウイルス薬も開発が進み、症状の軽減や感染拡大の抑制に対する効果が臨床現場での治療選択肢に影響を与えている。これらの知見を踏まえ、今後の新型コロナウイルスの管理方法についても展望する。

RSウイルスや肺炎マイコプラズマ感染症の流行も顕著であり、RSウイルスについては、これまでの予防が困難だったが、新たに複数のワクチンが承認されている。また、肺炎マイコプラズマ感染症では、マクロライド系薬に対する薬剤耐性が深刻化しており、これが今後の治療方針に影響を及ぼすことが予想される。肺炎球菌に関しても、異なる世代のワクチンが導入されている中、それぞれのワクチンの特徴とその適応が重要である。

本講演では呼吸器感染症におけるこれら最新の知見と課題を整理し、臨床現場における予防策や治療戦略の最適化について議論したい。

教育講演3

間質性肺炎のup to date

竹内奈緒子

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科

間質性肺疾患（ILD）は原因が不明とされる特発性と原因のあるものに分けられる。原因のある疾患としては膠原病を含む自己免疫性や過敏性肺炎、じん肺を含む職業関連性、薬剤性、その他などが挙げられる。周知の通り、2024年4月より指定難病「特発性間質性肺炎」の診断基準と重症度分類が改訂された。主な変更点としては、従来は蜂巣肺のない特発性肺線維症（IPF）やIPF以外の特発性間質性肺炎（特発性NSIPなど）の認定には必須とされていた外科的肺生検を施行せずに認定が可能となった。個別の管理が必要とされる特発性PPFEも認定の対象となった。また、現行の重症度分類がI度であっても運動時の低酸素血症（6分間歩行試験にて最低SpO₂が90%未満）を認めれば、公費助成の対象となる重症度Ⅲ度に認定されることとなり、6分間歩行試験の重要性が強調されるようになった。軽症高額に該当される際も公費助成の対象となっており、呼吸器科医にとってILDの日常診療において初診だけではなく再診においても診断や検査・治療内容の見直しが自ずと必要に迫られると思われる。早期に適切な診断と治療介入が不可欠とされるIPF、IPF以外の特発性間質性肺炎や特発性と鑑別を要する自己免疫性や過敏性肺炎、職業性、薬剤性などにおける診断とその確信度、進行性線維化を伴う間質性肺疾患（PF-ILD）、進行性肺線維症（PPF）を踏まえた治療開始のタイミング、また治療として抗線維化薬、抗炎症薬の薬剤の選択（あるいは両方）や優先度についてどうするかなど、呼吸器科医・放射線科医・病理医（可能であれば膠原病科医）を含めた多分野による集学的検討（MDD）を通じた内容について論じるとともに、気管支鏡検査（気管支肺胞洗浄、経気管支クライオ肺生検）・外科的肺生検の適応や進行性の評価の指標とされる呼吸器症状に加えて胸部画像検査（X線写真、HRCT）や肺機能検査の重要性についても述べたい。日々のILD診療のブラッシュアップにつながれば幸いである。

教育講演4

閉塞性肺疾患の画像解析の現在地

田辺 直也

京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科

COPDや喘息などの閉塞性肺疾患は、呼吸機能検査により気流制限を検出することで診断される。しかし、同程度の気流制限を認める症例であっても、臨床経過、背景に存在する病態は多様であり、特に重症例ではより個別化された対応が求められている。日常臨床において肺癌のスクリーニング目的や他の呼吸器疾患の鑑別のために胸部CTが使用される。CT画像解析により、例えば、COPD患者においては、症例毎に肺気腫病変と気道病変がさまざまな割合で混在し、気流制限や予後と関連することが明らかにされてきた。また、近年では肺気腫や気道構造変化に加え、気道の内腔を閉塞する粘液栓をCTによりスコア化する方法が確立され、粘液栓がCOPD患者の予後や健康寿命喪失と関連することも示されている。重症喘息患者においても、粘液栓がしばしば認められ呼吸機能の低下に関与することが明らかにされている。一方で、粘液栓は乏しいにもかかわらず、呼吸機能低下が著明な症例も経験される。この多彩な重症喘息の病態を理解し、生物学的製剤を含む治療介入を症例毎に適切に施行するためにCT画像解析が果たす役割は大きい。本講演では、COPD、喘息の画像解析の現在までの知見を概説し、今後の可能性について考察する。

ケアリハ教育講演 1

呼吸器疾患に対する運動療法のエビデンス

東本 有司

近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室

現在、呼吸器リハビリテーション料として算定可能な慢性呼吸器疾患に対する呼吸リハビリテーション（以下呼吸リハ）のエビデンスについて概説する。ここでいう、呼吸リハとは基本的に下肢持久力トレーニングあるいは筋力トレーニングを含むプログラムのことである。COPD 患者に対する呼吸リハの効果は様々なメタ解析結果により証明されており、国内外のガイドラインにおいて強く推奨されている。メタ解析結果によると、呼吸リハにより、呼吸困難、運動耐容能、QOLがMCIDを超えて改善することが証明されている。特に、増悪入院後の呼吸リハには生存率を向上する効果がある。間質性肺炎に対する呼吸リハのエビデンスも蓄積されつつあり、メタ解析では短期効果があるものの、長期効果には乏しいという結果になっている。気管支喘息患者に対する呼吸リハの効果に関するメタ解析結果によると、喘息コントロールや喘息症状に対する効果はなかったが、運動耐容能とQOLを改善することが示されている。特に、喘息症状のために活動量や運動耐容能が低下した症例では呼吸リハが有用である。気管支拡張症に対する呼吸リハの効果についてもメタ解析の結果、運動耐容能とQOLの短期的な改善効果が示されているが、症例数が少なく、エビデンスレベルとしては低いとされている。以上のエビデンスを総合すると、COPDと間質性肺炎に対しては、ほぼ全ての症例に呼吸リハの適応があるが、その他の疾患については、症例ごとに適応を考慮する必要があると考えられる。

また、近年、吸気筋トレーニング（以下IMT）の効果に関する報告が多くみられる。IMTの有効性に関するメタ解析結果によると、IMT単独ではQOL改善効果や運動耐容能の改善効果があるが、通常の呼吸リハと同時に実施した場合は、追加効果はないとの結果が示されている。したがって、合併症や居住地域などから外来呼吸リハに参加できない患者や呼吸筋力が弱い患者にはIMTが有用であるのかもしれない。

ケアリハ教育講演2

呼吸ケア・リハビリテーションの展望

石川 朗

神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域健康科学分野

■はじめに：2018年日本呼吸ケア・リハビリテーション学会などより発表された「呼吸リハビリテーションに関するステートメント」において、呼吸リハビリテーションはチーム医療が前提であり、シームレスな介入を実施するとされている。現在、このステートメントの改訂作業が進んでいるが、前ステートメントにて将来の課題とされていた点に加え、新規に検討すべきことも生じてきている。本講演では、「呼吸ケア・リハビリテーションの展望」として「COPDのマルチモビディティ」について検討したい。さらに、神戸市にて呼吸器疾患のシームレスな介入を目的の一つとして設立された、リハビリテーション地域連携協議会 CURE 神戸（Consortium of seamless and comprehensive rehabilitation in Kobe）を紹介する。

■マルチモビディティ（Multimorbidity）とは、2つ以上の慢性疾患が併存している状態で多疾患併存である。これまでの systematic review では、マルチモビディティの主な併存疾患の TOP5 は COPD・糖尿病・高血圧・悪性疾患・脳血管障害であり、TOP10 は先の5疾患に加え、認知症・うつ病・関節疾患・不安障害・うつ血性心不全が報告されている。

- 1) COPDの視点からの他慢性疾患：COPD診断と治療のためのガイドライン第6版においても、併存症は、増悪頻度、QOLの低下、予後に影響を及ぼすと示されており、併存症への介入が不可欠である。
- 2) 他慢性疾患の視点からの COPD：最も重要な問題は、COPDの認知度と考える。マルチモビディティの問題点である、死亡率上昇、身体機能低下は未診断の基礎疾患としての COPD の影響が大きいと推察される。啓蒙活動をより一層進め、COPDの認知度向上がマルチモビディティにおいては重要な課題と思われる。

■CURE 神戸：神戸市と神戸在宅医療・介護推進財団が事務局となり、各医療職能団体、基幹病院からの委員で構成されている。その主な趣旨は、①急性期・回復期・生活期リハビリテーションを包括する一体化プログラムを構築し運用する、②一体化プログラムを通じて各々に関わる医療機関の機能分化と相互連携を図る、③関係するセラピスト・医師・看護師・地域連携担当職などの教育育成と相互連携を図るなどであり、一体化プログラムによって患者本人が病態とリハビリテーションの見通しを持つことができ、行動変容を期待するものである。

■おわりに：ガイドライン等において、非薬物療法としての呼吸リハビリテーションの有効性が報告されているにも関わらず、COVID19の5年間を含めて呼吸リハビリテーションが普及したとは言い難い。本学会等を通じて、一層の呼吸リハビリテーションの発展を祈念する。

シンポジウム

1. 早期診断の現状と対策

玉置 伸二

国立病院機構 奈良医療センター

COPD は世界各国での主要な死亡原因の一つであり、わが国においても人口 10 万人対の死亡率は 2023 年には 14.0 となっており、予後不良で進行性の疾患である。わが国における一般住民調査による大規模疫学調査では、COPD の有病率は 8.6% と推測されているが、2020 年の厚生労働省の統計では実際に治療を受けている総患者数は 36.2 万とされており、大きな乖離がある。このことは多くの COPD 患者が適切に診断されておらず、見過ごされている現状を表している。健康日本 21（第三次）における COPD 死亡率減少の目標（令和 14 年度に 10.0）を達成するためには、早期発見・早期診断が重要となる。

スパイロメトリーは COPD の診断に必須の検査であるが、一般的に十分普及しているとは言い難い。医療機関を受診する患者のなかで、喫煙歴のある 40 歳以上の成人で、労作時の呼吸困難（息切れ）や慢性の咳・痰がある患者には COPD が疑われるためスパイロメトリーを実施することが望ましい。また COPD による患者の日常生活に対する影響を客観的に評価するためには、COPD-PS などの質問票も有用である。

高血圧や心不全などの心血管疾患において COPD の有病率が高いことが報告されており、これらの疾患は COPD を合併することにより予後不良となることが明らかになってきた。このため気流閉塞の危険因子を有する循環器外来受診患者に対してもスパイロメトリーを実施することが望ましいと考える。

GOLD 日本委員会による調査では、2023 年には COPD 認知度は 33.1% と未だ十分とは言えない。COPD 患者の早期発見・早期診断を行うためには COPD およびその症状に対する国民の意識を高めるための疾患啓発活動も重要となる。

当院の位置する奈良市においても、ヘルスアップ事業として健診受診者、医療従事者、一般住民を対象に COPD 予防・啓発事業に取り組んでいる。COPD の早期診断を行い、治療介入により予後を改善するためには、今後は地域における取り組みを積極的に行うことがより重要になると考える。

シンポジウム

2. 医師の立場から（薬物・非薬物療法）

佐藤 晋

京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座

2024 年、通称「健康日本 21（第三次）」が開始され、COPD に関して「認知度の向上」に加え、「COPD 死亡率を減少させる」という新たな目標案が掲げられ、COPD 死亡率減少プロジェクト・Project for COPD MOrtality REduction BY 2032（COMORE-By2032；通称 木洩れ陽 2032）が開始された。実行モデルには早期受診の促進、診断率向上、治療介入という Step が設けられ、適切な治療介入には薬物療法と“非”薬物療法が含まれている。既に GOLD 日本委員会や自治体の取組みが始まり、市民公開講座や様々な自治体の取組みが紹介されており、情報交換がなされ、木洩れ陽 2032 特設 HP には情報提供も始まっている。

WG の一員として、小生は昨年の総会では“非”薬物療法について、「薬物療法じゃないほうの治療戦略」という演目でランチョンセミナーを担当させて戴いた。今回はその内容をなぞりながら、薬物療法についてもこれまでの進化の歴史と最新知見のアップデートを紹介する。その知見を基にどのように取り組むか、医師の立場から自験例を踏まえ述べたいと思う。

最新統計を観ると、死亡率の増加（13.3 → 14.0%）がみられ、既に設定目標から後れを取っている。正に、待ったなしの状況にあると言える。

シンポジウム

3. 理学療法士の立場から（QOL、身体活動性、運動耐容能等も含めて）

玉木 彰

兵庫医科大学リハビリテーション学部/リハビリテーション科学研究科

健康日本 21（第三次）では、COPD の認知度を上げることで早期発見，早期介入に結び付け，健康寿命の延伸や死亡率減少に寄与することが期待されている。果たして理学療法士はこれらに対し，どのように貢献できるであろうか？

「COPD 診断の治療のためのガイドライン（第6版）」では，安定期の COPD に対する治療として呼吸リハビリテーション（以下，呼吸リハ）は，全ての病期において推奨されており，また「運動療法を含む呼吸リハプログラムを推奨するか？」の Clinical Question に対しては，「強く推奨する」，エビデンスの確実性も「強い」と結論付けられているように，呼吸リハは COPD に対する非薬物療法の 1 つとして重要であることは言うまでもない。

本シンポジウムでは，理学療法士の立場から呼吸リハの有効性を健康関連 QOL，身体活動性，運動耐容能の観点から示し，健康日本 21（第三次）に対してどのように貢献できるかについても言及したい。

シンポジウム

4. 看護師の立場から

竹川 幸恵

大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 看護部

健康日本 21（第三次）木洩れ陽 2032 では、「COPD 死亡率減少」「早期受診の促進」「診断率の向上と適切な治療介入」を目的とした 2Step の実行モデルが提唱された。看護師は、Step 1「早期受診の促進」においては、疾患啓発や受診勧奨、Step2「診断率の向上と適切な治療介入」においては、症状・QOL の改善や生活習慣の改善など、地域や病院などで実践している。中でも COPD 患者が、診断後の適切な治療の遂行や呼吸リハビリテーションの継続により急性増悪予防や身体的心理社会的スピリチュアルな苦痛の緩和を図り QOL を維持するためのセルフマネジメント支援において看護師の果たす役割は大きい。

セルフマネジメント支援は、2022 年に上梓された「呼吸器疾患患者のセルフマネジメント支援マニュアル」において、患者がセルフマネジメント能力の獲得やセルフマネジメント行動を継続できるよう、セルフマネジメント教育をコアとした、調整、意思決定、システム構築、専門職育成を柱とする「統合されたセルフマネジメント支援」として示された。

では、セルフマネジメント支援において、医療チームの一員として看護師は具体的にどのような役割を担い、どのような実践が求められるのだろうか。

地域や病院で、看護師はさまざまなセルフマネジメント支援を実践しているが、アドヒアランス向上への実践の困難さを感じていたり、ケアの言語化が不十分であり看護の独自性が見えない現状にある。

そこで本シンポジウムでは、セルフマネジメント支援における看護師の患者教育およびアドバンス・ケア・プランニング支援の実際をご紹介します。セルフマネジメント支援における看護師の役割や独自性を検討したい。また、健康日本 21 木洩れ陽 2032 に向けて看護師への期待についてご意見をいただけると幸いである。

スポンサードセミナー 1

ILD 診療 ～MDD 診断、抗線維化治療から Treatable traits に至るまで～

西山 理

近畿大学医学部・大学院医学研究科 呼吸器・アレルギー内科

間質性肺疾患（ILD: interstitial lung disease）には稀少なものから比較的頻度の高いものまで多くの疾患が含まれる。その診断は難しい場合もあるが、その後の疾患進行や生命予後に大きく関連するため重要である。臨床所見と画像のみでの診断が困難な場合は外科的肺生検が有用であるが、近年クライオ肺生検が普及してきておりこれを用いた MDD 診断についても複数の報告によってその有用性が示されつつある。MDD ではその診断のみならず、その後の疾患進行、治療反応についても予測し、最適な治療を検討することが望ましい。特に組織で UIP パターンの線維化所見を認める場合は、積極的に抗線維化薬による治療を検討することが必要となる。また近年、治療可能な患者特性に対して個別に介入する Treatable traits アプローチが ILD 領域でも取り上げられており、病因、肺、肺外、行動および生活習慣など種々の traits に対する評価も重要と考えられるようになっている。

本セミナーでは、主な ILD の診断アルゴリズム、抗線維化薬を含む治療選択、Treatable traits アプローチについて、包括的に概説したい。

スポンサードセミナー2

感染症専門医が考える、喘息/COPDの最適アプローチ

宮下 修行

関西医科大学附属病院 呼吸器感染症・アレルギー科

本講演においては、感染症専門医の立場から COPD と喘息の治療アプローチについて言及する。

高齢者の呼吸器感染症の予後は併存疾患の悪化が影響を与えており、健康寿命が損なわれている。COPD 管理ガイドライン第6版においても、「疾患進行の抑制および健康寿命の延長」が再掲され、予防の重要性が掲げられた。

国民の健康寿命が延伸する社会に向けた予防・健康管理に係る取組の推進が重要である。COPD に関しては感染症を契機に咳嗽が長引くことをしばしば経験し、COPD 増悪が引き起こされることも多い。

一度増悪を起こすと増悪を繰り返す患者さんも経験する。特にコロナ禍では避けがたい感染症による症状や病態の悪化をいかにマネジメントしていくかが重要である。

COPD は一度増悪を起こしてしまうと QOL や死亡にも影響を与え、喘息合併 (ACO) はそれをさらに助長するため、症状 (咳・痰) があれば、早期に治療介入が重要と考える。

また、喘息においても増悪に関連する因子として、感染症の頻度が高い。すなわち、喘息の安定化やコントロールにはウイルス感染の制御が重要である。

今回の講演では、高齢化が進む日本において健康寿命の観点から医師・患者が期待する治療ゴールを言及する。特に感染症専門医の立場から日常診療で咳嗽などの症状を治療するポイントを整理したうえで、COPD においてはトリプル製剤のビレーズトリの有用性を使用経験もふまえて紹介する。

トリプル製剤であるビレーズトリは dual 製剤 (ICS/LABA や LABA/LAMA) と比較して増悪率を検討した試験 (Ethos 試験)、呼吸機能改善を検討した試験 (Kronos 試験) がある。

重症喘息においても新たな治療選択が可能となっている。テゼペルマブは、上皮サイトカインである胸腺間質性リンパ球新生因子 (TSLP) を標的とすることで喘息の炎症カスケードの起点に対して作用する最初で唯一の生物学的製剤である。

外的因子であるウイルス感染の制御は TSLP の制御にも繋がり、喘息のコントロールをより良くする可能性がある。

ランチョンセミナー 1

稀な疾患ではない！ 肺MAC症の診断・治療

浅井 一久

大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

MAC（マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス）感染症は、結核菌とは異なる抗酸菌 MAC によって引き起こされる感染症であり、特に免疫力が低下している患者や慢性肺疾患を持つ患者において重要な健康問題となっている。治療は多剤併用療法が基本であるが、その治療期間の長さや薬剤耐性の問題から、治療の成功率は必ずしも高くない。MAC 症の有病率は増加しており、結核を上回るとの報告もある。

感受性のある多剤併用療法にても排菌陰性化を得られない症例では、薬剤の追加が検討され、2021年からアリケイス[®]が使用可能となっている。アリケイス[®]はアミカシンをリボソームに封入した製剤であり、ネブライザーにて気管支内に直接投与される吸入薬である。このリボソーム技術により、薬剤が感染部位に高濃度で到達し、全身副作用を最小限に抑えることができ、治療効果を高めつつ患者の生活の質を向上させることが期待されている。ピボタル試験である CONVERT 試験では、アリケイス[®]を含む治療群は、従来の治療群と比較して、治療開始から6か月後の時点で、アリケイス[®]を追加した治療を受けた患者の約29%が喀痰培養陰性化を達成したのに対し、対照の患者では約8.9%にとどまり、MACの陰性化率が有意に高いことが示された。また、この試験ではアリケイス[®]の安全性プロファイルについても検討され、主要な副作用としては嘔声、咳嗽、気管支痙攣が報告されたが、これらは管理可能な範囲であった。

本講演では、MAC治療における新たな希望として注目されるアリケイス[®]について、その作用機序、臨床試験結果、実臨床における使用経験、および将来的な展望について解説し、また、患者のアドヒアランス向上のための支援策や、多職種連携による包括的なケアの重要性についても触れ、聴講者と情報を共有したい。

ランチョンセミナー2

キイトルーダによる術前・術後の免疫療法 ～Cureを目指して～

津谷 康大

近畿大学医学部 外科学教室呼吸器外科部門

非小細胞肺癌の周術期治療として、2008年に5つのシスプラチン併用化学療法を用いた術後化学療法についての臨床試験のメタアナリシスが報告されており有効性が確認されている。また、術前化学療法は1つ1つの試験はNegativeでありながら、それらを統合したメタアナリシスでは術後化学療法と同程度の有用性があることが示されている。

近年、免疫チェックポイント阻害剤を用いた周術期治療への注目度が高まっている。免疫チェックポイント阻害剤を用いた周術期治療としては、IMpower010試験（術後のみ）、CheckMate 816試験（術前のみ）が先行して報告され、既に実臨床で導入されている。

Pembrolizumabを用いたKEYNOTE-671試験は、本邦で初めて臨床導入された免疫チェックポイント阻害剤を術前・術後に行うPerioperative療法である。

KEYNOTE-671試験は、国際共同の二重盲検ランダム化第Ⅲ相試験であり、UICC/AJCC病期分類第8版に基づき、切除可能なⅡ期、ⅢA期、ⅢB期（T3-4/N2）の非小細胞肺癌患者を対象とした。シスプラチンベース化学療法を術前のみに行う治療を標準治療群とし、術前にPembrolizumabを追加、術後にもPembrolizumab単剤を行う試験治療群を比較した。日本人82例を含む797例が登録され、Primary endpointはEFSとOSであった。EFSはハザード比0.58（95%信頼区間0.46～0.72）と、Pembrolizumabを追加する意義が示された。またOSについてもハザード比0.72（95%信頼区間0.56～0.93）であり、有意な生存期間の延長を認めていることは非常に意義が大きい。

現時点、術前・術後（Perioperative）免疫療法は、KEYNOTE-671試験以外にも複数の検証的試験が実施されており、今後の周術期治療において高いエビデンスレベルを持って中心を担っていくことが予想される。外科医として可能な限りのCureを目指す上で、外科切除に加えて免疫チェックポイント阻害剤をうまく使いこなすことも求められつつある。本会ではKEYNOTE-671試験の有効性、安全性についてのレビューを踏まえ、適切な臨床導入について議論を交わしたい。

ランチョンセミナー3

Total controlを目指して－併存症を意識した Dupilumab 導入－

谷村 和哉

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

喘息予防・管理ガイドラインで示されているように、気管支喘息の管理目標は症状のコントロールと将来のリスク回避の2点に集約される。症状がない／軽微であること、増悪がないこと、全身性ステロイド使用がないこと、呼吸機能が正常であることなどをアウトカムとした、臨床的寛解（clinical remission）が喘息治療における最近のトピックとなっている。これらの目標達成においては、気管支喘息の本態である気道の慢性炎症の制御が重要と考えられる。

気管支喘息患者のうち5-10%を占めるとされる重症喘息患者は、症状、増悪リスク、薬剤副作用、社会・経済的負担、さらには死亡リスクの観点から、特に重点的な対応が望まれる。その中で、生物学的製剤は気管支喘息の炎症病態の機序に関わる分子に特異的に作用するため、重症喘息治療における key drug となっている。本邦の80%以上の重症喘息患者はタイプ2炎症を有しているとされ、好酸球数や FeNO といったタイプ2炎症と増悪頻度や呼吸機能の経年低下との関連も報告されている。また、重症喘息患者は好酸球性副鼻腔炎、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎といったタイプ2炎症を生じる併存症を有することも多く、併存症を含めたタイプ2疾患の total control が究極的な目標といえる。

現在、重症喘息に対して5種類の生物学的製剤が上市されており、その選択・使い分けに関する議論は多い。例えば末梢血好酸球数、FeNO、血清総 IgE・特異的 IgE は代表的なバイオマーカーであるが、複数のバイオマーカーが陽性となる症例も少なくない。優位に上昇するバイオマーカーに基づき薬剤を選択することもあるが、気管支喘息は、“one airway, one disease” との語に代表されるように臨床的・病理学的機序において鼻・副鼻腔疾患との関連性が、外的環境に対するバリア機能を有し免疫応答を惹起する点で皮膚疾患との関連性が示唆されることから、併存症が気管支喘息の病態を反映し、適切な生物学的製剤選択の一助になる可能性があると考えられる。

本セッションでは併存症も踏まえた薬剤選択について Dupilumab 投与症例を通じて考えてみたい。

ランチョンセミナー3

Multi-faceted approachを目指して

ー治療前・後、好酸球上昇で諦めないDupilumab導入ー

渡辺 徹也

大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

近年本邦において、Dupilumab（ヒト型抗ヒトIL-4/13受容体モノクローナル抗体）のような生物学的製剤の登場により、重症（特に好酸球性）喘息治療において、その臨床効果や併存症治療は大幅に進歩している。また、生物学的製剤導入により、喘息疾患概念の変化や治療目標としてのいわゆる「臨床的寛解」を目指した診療をおこなっていくことが呼吸器専門医に求められている。一方、各種ガイドライン・手引きにおいては、バイオマーカーで分類した成人重症喘息の治療選択として、生物学的製剤を使い分けていく必要があるものの、主治医個々の裁量や判断に委ねられている。

Dupilumabは、Th2優位型喘息における肺機能改善効果（Wenzel SE, et al. Lancet. 2020）や鼻茸を伴う副鼻腔炎合併喘息（本邦では好酸球性副鼻腔炎）の治療（Oykhman P, et al. J Allergy Clin Immunol. 2022）にきわめて高い臨床効果が示されている。しかしながら、一過性好酸球上昇やその他副作用への懸念などから、そのような症例においても治療導入・継続が躊躇されることが、しばしば経験される。

本講演では、前項の「Total control を目指した Dupilumab 導入」における解説をうけ、長期的臨床的寛解を目指すべく、呼吸機能経年低下長期抑制および上気道病変・気道内好酸球制御の重要性など、さらなる喘息長期病態制御について解説したい。加えて、臨床試験からのエビデンスや、リアルワールドデータからのエフェクティブネス、自験例を提示しながら、一過性好酸球上昇で諦めない Dupilumab 導入についても検討したい。

ランチョンセミナー4

KRAS G12C 陽性肺癌の治療戦略 ～ルマケラスを患者さんに確実に届ける～

秦 明登

神戸低侵襲医療センター 呼吸器腫瘍内科

非小細胞肺癌の一次治療に関して、ドライバー遺伝子変化とPD-L1免疫染色の検査を実施し、治療方法を検討することが、肺癌診療ガイドラインで推奨されている。中でもドライバー遺伝子検索については、肺癌診療ガイドラインにおいて、それぞれの項目に対する単一遺伝子を対象としたコンパニオン診断薬に加えて、複数遺伝子を対象にコンパニオン診断機能を有するマルチ遺伝子検査が承認されており、BRAF 遺伝子検査やRET 遺伝子検査はマルチ遺伝子検査のみコンパニオン検査として承認されていることから、可能な限りマルチ遺伝子検査を行うよう推奨されている。

現在9種類のドライバー遺伝子に対する分子標的治療薬が日常臨床で使用可能となっており、EGFR, ALK, ROS-1, BRAF, MET, RET, KRAS, HER2, NTRK, といった遺伝子変異にはそれに対応した分子標的治療薬が使用可能である。KRAS 遺伝子変異においては、G12C 遺伝子変異に対応した分子標的薬であるソトラシブが二次治療以降の標準治療となっている。

しかしながら、EGFR 遺伝子変異以外の遺伝子変異については、その検出頻度も低く、各施設および医師の治療経験もそれほど多くないと予想される。KRAS G12C 遺伝子変異についても本邦では比較的検出頻度が低く、非小細胞肺癌においては約3%に認められるとの報告があり、ソトラシブが臨床導入されてから2年を経過しているが、その治療経験はさほど多くないことが想定される。

本講演では、マルチ遺伝子変異検査による希少遺伝子変異の診断についての重要性について当院の取り組みとデータを提示しつつ、考察していきたい。また、検出頻度が低く分子標的治療での治療経験が多くのないKRAS 遺伝子変異について、その概要と二次治療以降で使用可能な分子標的治療薬であるソトラシブについて現在報告されているデータを提示しつつ、KRAS G12C 遺伝子変異陽性肺癌の治療について考えたい。

ランチョンセミナー5

クライオ生検の新展開

今林 達哉

京都第一赤十字病院 呼吸器内科

クライオ生検は、2017年の薬事承認、2020年の保険収載、2021年のシングルユースクライオプローブの上市を経て、本邦でも急速に普及が進んでいる。導入当初と比べ、手法は大幅に洗練され、エビデンスも蓄積されてきた。

クライオ生検の利点として、i) 鉗子生検の面積3倍以上の大きな検体、ii) 挫滅が少ない良質な検体が採取でき、iii) 全周性の生検が可能である点が挙げられる。これらの恩恵は、対象病変によって変わる。中枢気道病変ではi)を生かすことで、気道閉塞解除を兼ねる際の時間的効果を高めることができる。びまん性肺疾患ではi, ii)により、外科的生検に匹敵する診断精度が期待できる。末梢肺病変ではiii)により、adjacent to 症例の診断率が向上する。

一方で、出血対策はクライオ生検における最大の課題である。これは、クライオプローブと気管支鏡を一緒に体外へ引き抜く際に、約15秒間出血に対して無防備になるためである。出血リスクは対象病変によって異なり、びまん性肺疾患や末梢肺病変（特にすりガラス結節）ではバルーン閉塞法や2スコープ法での予防的止血が必要であるが、中枢気道病変、リンパ節病変、胸膜病変では予防的止血は不要である。

1.1 mm 径クライオプローブの登場により、末梢肺病変とリンパ節病変に対するクライオ生検で新たな展開が見られる。凍結を短時間に留めることで、付属のオーバーシースや太径ガイドシース併用下に気管支鏡を引き抜かずにクライオ生検を繰り返すことが可能となった。最近では、細径気管支鏡を用いてガイドシース非併用でクライオ生検を繰り返す non-intubated cryobiopsy technique が報告されている。また、従来のリユースクライオプローブで不可能だったリンパ節病変に対するクライオ生検が、シングルユースクライオプローブでは可能となった。海外では3つの無作為化比較試験が行われており、クライオ生検が稀少腫瘍と良性疾患の診断に有用であることが示されている。

本講演では、肺癌に焦点を当てつつ、これらのクライオ生検に関する最新情報を紹介したい。

ランチョンセミナー6

ES-SCLC 1st line treatment – SCLCの治療試験を紐解く –

田宮 基裕

大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 呼吸器内科

わが国において肺癌は最も重要な癌種の一つであり、年間12万6,548人（2019年）が新たに肺癌と診断され、7万6,212人（2021年）が肺癌で死亡している。そのうち小細胞肺癌は約10%を占める。喫煙との強い関連があり、比較的男性に多いことが知られている。

小細胞肺癌（SCLC）は、増殖速度が速く早期にリンパ節転移や遠隔転移を認める悪性度の高い腫瘍であるが放射線治療や薬物療法に対する感受性が高いことが特徴である。

しかし、治療効果はあるもののその効果は一時的で、Ⅳ期の5年相対生存率（2013-2014年）は非小細胞肺癌の8.1%に比べ、小細胞肺癌は1.9%となっている。

進展型小細胞肺癌（ES-SCLC）における治療の主体は薬物療法であるが、PSや年齢で推奨されるレジメンが異なっている。2019年に免疫チェックポイント阻害薬（ICI）が承認され、ES-SCLCの新たな標準治療となり、全生存期間の延長と生存率の向上が期待されている。

ES-SCLC（PS0-1）に対して、プラチナ製剤／エトポシド併用療法に上乗せして併用できるPD-L1阻害薬はアテゾリズマブとデュルバルマブの2剤がある。本セミナーでは、アテゾリズマブ（Impower133試験）とデュルバルマブ（CASPIAN試験）の承認根拠となった臨床試験を紹介する。また、最近報告された臨床試験結果についても考察していければと考えます。

ランチョンセミナー7

後治療も考慮した EGFR-TKI の治療選択 ～エルロチニブ+ラムシルマブの取説～

田宮 朗裕

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科

EGFR 遺伝子変異（エクソン19欠失または L858R 変異）陽性の治療について、2024年度の肺癌診療ガイドラインでは、オシメルチニブ単剤療法、ゲフィチニブ+ペメトレキセド+カルボプラチン療法、エルロチニブに血管性障害薬を併用した治療、オシメルチニブ+プラチナ製剤+ペメトレキセド療法が推奨されている。このように、EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の一次療法では様々な治療法を選択することができる上に、今後も新規治療が出てくることが予想されている。

近年、エクソン19欠失と L858R 変異は、EGFR-TKI の治療効果が異なることが示唆されているが、エルロチニブ+ラムシルマブ療法は無増悪生存期間においてこの治療効果の差が生じないことが RELAY 試験で報告されているとともに、最近では長期フォローアップでの全生存期間においても長期生存が期待できることが報告されている。また後治療についても T790M が検出されオシメルチニブが投与できた場合にはより長期生存が期待できることも示唆されており、エルロチニブ+ラムシルマブ療法における後治療も含めた治療戦略は初回治療の治療選択の一つと考える。

今回、エルロチニブ+ラムシルマブ療法を中心に、他の EGFR-TKI 治療も含めて知っておきたいエビデンスを整理するとともに、エルロチニブ+ラムシルマブ療法を導入したいと思ひ患者に説明する時に押さえておきたいポイントについて、自身の説明の工夫も含めてお話したいと思う。そして、エルロチニブ+ラムシルマブ療法の EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の一次療法の位置づけについて皆様と考えていきたいと考える。

スイーツセミナー 1

COPD 治療の限界と弱点を埋める新たな視点 ～漢方治療の可能性と期待～

大林 浩幸

秀嶺会 東農中央クリニック

「健康日本21（第三次）」において、COPD 認知度の向上に加え、「COPD の発症予防，早期発見・治療介入，重症化予防」など総合的な対策を講じる必要性が示され，人口10万人当たりの COPD 死亡者数13.3人（令和3年度）を令和14年(2032年)までに10.0人まで減少させる目標が掲げられた。IMPACT 試験や ETHOS 試験で示されたように，LAMA+LABA+ICS 配合吸入薬（トリプル製剤）は，COPD 累積死亡率を有意に減少させ，生命予後を改善できる可能性がある。しかし2022年の COPD 死亡者数は16676人（対10万）と依然多く，吸入療法に限界が見える。

現行のガイドライン治療では，吸入薬が主軸の薬物療法と呼吸リハビリテーション等の非薬物療法が並立して行われる。COPD は様々な全身性併存症を伴い，これらは生命予後に大きく影響している。特にフレイルやサルコペニアは COPD 増悪の負のスパイラル形成に直接関与する。呼吸リハビリテーションは身体活動性を向上させ，有効な治療手段であるが，COPD 患者の大半が受診するプライマリーケア領域においては，呼吸リハビリを効果的に導入し継続できる医療資源が充足していない弱点がある。

漢方医学では，フレイルを健康の範囲だが病気に近い身心状態の“未病”と捉える。未病に対し，不足する生命維持エネルギー（気）を補う補気剤や，「血」により運ばれる栄養分が十分でない血虚を補う補血剤を用いるが，この双方を併せ持つ気血双補剤として，12種類の生薬から成る“人參養榮湯”がある。本講演では，全身倦怠感があるフレイル・サルコペニアを併存する COPD 患者に対し，人參養榮湯を用いた検討結果を示す。人參養榮湯は，食欲や意欲の向上，全身状態の改善と共に，運動機能や身体活動性，さらに呼吸器症状や呼吸機能にも影響を与える可能性がある。COPD 治療の土台となりうる，人參養榮湯への期待を考察したい。

スイーツセミナー2

クリニックだからできる重症喘息診療 ～地域の現状とバイオ導入～

杉山 由香里

すぎやま呼吸器内科クリニック

喘息患者の5～10パーセントが難治性の重症喘息と言われている。そのような治療抵抗性の重症喘息に対してもこの10年間で治療が大きな変遷を遂げてきた。生物学的製剤が次々と上市され、まさに治療のパラダイムシフトが起こり、臨床的寛解の意義が議論される時代である。また、重症喘息のうち約8割が好酸球性重症喘息であるとされ、その有効なバイオマーカーとして好酸球が挙げられるが、その活性化を抑制する抗体製剤としてIL-5中和抗体がある。中でも抗IL-5抗体製剤であるMepolizumabは、これまでの臨床試験において、有効性、高い安全性を認めており、それらを概説し、臨床的效果を検証する。例えば製剤導入後の増悪回数、OCS減量、ACTの改善、呼吸機能検査の改善などが挙げられる。

一方、重症喘息における生物学的製剤の早期導入例は未だ氷山の一角であり、地域医療における重症喘息に対する診療はいまだOCS併用が主体となっているのが現状である。患者の健康寿命延伸のため、可能な限り安易なOCS/SCSの連用、頻用を避けるため、地域医への働きかけ、連携も重要と考えられる。地域医療を担う専門医として、この2年間、喘息の早期診断と、重症喘息に対する早期の生物学的製剤の導入、導入前後での地域の総合病院との病診連携、非専門クリニックとの診診連携に尽力してきた。本講演では、生物学的製剤Mepolizumabの有効性と併せて、治療導入の際、当院が患者に行ってきた工夫、「クリニックだからできるバイオ導入の診療」について実際の症例を用いて紹介をする。

スイーツセミナー3

Nivo + Ipiを再考する

～実臨床データから導かれるNivo+Ipiの使いどころ～

竹下 正文

一宮西病院 呼吸器内科

進行期肺がんの薬物療法はここ 20 年間で目覚ましく進歩しており、5 年生存率も従来の約 3% から今では 20% 以上を目指せる時代になってきた。従来の殺細胞障害性抗がん剤に加えて分子標的薬、免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) の登場でおおきなパラダイムシフトがおこった。とくに ICI は長期奏功、長期生存が期待できる薬剤であり、実際の臨床において肺癌が根治しているような症例を経験することがある。一方で使用できる治療の選択肢が増加したことにより複雑化してきており、各々の症例における宿主や癌の状態、そして患者の価値観、希望などにより、それぞれのレジメンの特徴に応じた使い分けが求められる。

本邦の肺癌診療ガイドラインでは進行期非小細胞がんの薬剤選択においてまずドライバー遺伝子変異 / 転座陽性の場合は各々の ドライバー遺伝子に対する標準療法を行うことが推奨されており、陰性であれば PD-L1 発現を軸に薬剤を選択しておくことが推奨されている。

PD-L1 の発現割合はその腫瘍微小環境における免疫状態を反映しているとの報告があり、PD-L1 の発現が強くなるほど抗 PD-1/PD-L 1 抗体の効果が得られやすい一方で、PD-L1 発現の弱い腫瘍では抗 PD-1/PD-L 1 抗体のみの免疫賦活作用では効果不十分であると考えられている。そのため、そのような PD-L1 陰性肺癌においては、Ipilimumab をはじめとする抗 CTLA-4 抗体の併用によって長期生存を目指す治療戦略が重要であると考えられている。実際に Checkmate 227, Checkmate 9LA の長期フォローアップにおいていずれの試験も PD-L1 陰性の 5 年生存率が約 20% と再現性のある結果が報告されている。

昨年、JCOG2007 Study でサイトカイン放出症候群 (CRS) を含む治療関連死の増加の報告により、抗 CTLA-4 抗体併用に関して安全性を懸念する声もあるが、その後のリアルワールドデータの報告や、当院での治療経験を基に、ポイントを押さえて治療にあたることによって十分安全に使用できると考えている。

本講演において PD-L1 サブグループごとの治療方針や、Ipilimumab を使用する際におさえるべきポイントについて、実地臨床での経験も含めて共有する。

抄 錄

一 般 演 題

O-001

小細胞肺癌に対して免疫チェックポイント阻害薬併用化学療法が奏効した3例の検討

大阪鉄道病院

○石川 俊文, 青原 大介, 永井 貴彬, 戸田 詩織,
西田 浩平, 玉垣 学也

【症例1】74歳男性。進展型小細胞肺癌に対してCBDCA+VP-16+durvalumab療法を開始した。isaacs syndromeを発症して3コースで中止となったが、2年間縮小を維持している。【症例2】64歳男性。限局型小細胞肺癌に対してプラチナ製剤+VP-16+放射線療法を実施したが、1年後に再発し、CBDCA+VP-16+Atezolizumab療法を開始した。甲状腺機能低下症を認めたが、4年間縮小を維持している。【症例3】76歳女性。進展型小細胞肺癌に対してCBDCA+VP-16+Atezolizumab療法を開始した。肝障害が出現して2コースで中止となったが、3年間縮小を維持している。【考察】3例とも免疫学的有害事象(irAE)を発症し、長期にわたり縮小を維持した。非小細胞肺癌だけでなく、小細胞肺癌でもirAEを発症した症例は予後良好な可能性があると考えられる。

O-003

COVID-19、インフルエンザウイルス重複感染で加療中に侵襲性肺アスペルギルス症を発症した一例

関西電力病院 呼吸器内科

○新實 めぐ, 嶋田 有里, 坂井 俊介, 吉村聡一郎,
石山 福道, 服部 剛士, 松浦 弘幸, 稲田 祐也,
伊東 友好

症例は70歳女性。入院9日前からの咳嗽を主訴に当科を受診した。胸部CTにて両肺野にびまん性のすりガラス陰影を認め、COVID-19(中等症2)、インフルエンザウイルスの重複感染による肺炎の診断で入院となった。COVID-19に対しレムデシビル、デキサメタゾン、インフルエンザウイルスに対しペラミビル、細菌性肺炎の治療としてアンピシリン・スルバクタムを投与した。入院12日目の胸部CTで右下葉、右中葉に浸潤影が出現。入院13日目に血液検査で β -D-グルカンの上昇を認め精査したところ、血清アスペルギルス抗原陽性、喀痰Grocott染色でY字状の糸状真菌を認め、侵襲性肺アスペルギルス症と診断した。ポリコナゾールを開始したが、病勢の制御に難渋し入院23日目に永眠した。COVID-19、インフルエンザウイルスの重複感染に侵襲性肺アスペルギルス症を合併した症例は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-002

初診時D-ダイマー測定により早期に診断が得られた肺梗塞の1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 初期研修医,
2) 同 呼吸器内科,
3) 同 放射線診断科

○野田あかり¹⁾, 山之内義尚²⁾, 日隈 俊宏²⁾, 世利 佳晃²⁾,
永田 憲司²⁾, 平田 展也²⁾, 平岡 亮太²⁾, 小南 亮太²⁾,
東野 幸子²⁾, 加藤 智浩²⁾, 横井 陽子²⁾, 鏡 亮吾²⁾,
水守 康之²⁾, 塚本 宏壮²⁾, 東野 貴徳³⁾, 中原 保治²⁾,
佐々木 信²⁾, 河村 哲治²⁾

75歳男性。X年2月22日に右胸痛で近医受診。胸部X線異常なく経過観察となったが、咳嗽出現。胸痛も改善しなかったため4日後再受診。右下肺野すりガラス影にて当院紹介となった。来院時発熱はなくSpO₂は95%で呼吸音に異常はなかった。胸部単純CTで右少量胸水と右中葉に浸潤影とすりガラス影を認めたが、肺炎症状に乏しく胸痛が持続していたことから肺梗塞の可能性も考え血液検査を実施。WBC 11000, CRP 8.70, D-ダイマー 32.6と上昇を認めた。下肢静脈エコーで右下肢に広範な血栓。造影CTで右中下肺動脈に塞栓を認め、肺梗塞を伴う肺塞栓症と診断した。アピキサバンを開始。治療経過良好である。肺梗塞は炎症反応高値や画像所見から肺炎との鑑別が困難な症例が少なくない。本例はD-ダイマー測定で早い段階から胸部造影CT検査へ進むことができた。病歴聴取と身体所見の重要性を再認識した症例として報告する。

O-004

腭頭部癌に対する化学療法中に発症したニューモシチス肺炎の一例

国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科

○森下 丈, 伊藤 高範, 藤本 直輝, 吉村 才気,
今北 卓間, 大井 一成, 金井 修, 藤田 浩平,
谷澤 公伸

症例は現喫煙者の73歳女性。X年5月に進行期腭頭部癌と診断され、ゲムシタビン・ナブパクリタキセルの3コース目が同年7月に投与された。投与後26日目から呼吸困難があり胸部CTを撮影されると両肺にびまん性のすりガラス影と小葉間隔壁肥厚を認めた。ゲムシタビンによる薬剤性間質性肺炎が疑われたが、 β -D-グルカン(β DG) 40.7 pg/mL(Wako法)と上昇しておりニューモシチス肺炎(PcP)も疑われた。明らかな免疫抑制状態ではないが、 β DGは有意上昇と考えPcPと暫定診断し、ST合剤とステロイド剤で加療開始した。最重症時には6 L/分の酸素投与を要したが、治療により徐々に改善し第11病日には室内気で酸素化維持可能となった。また胸部レントゲン写真でも陰影改善を認め、 β DGも正常化した。以上の経過から臨床的にPcPと診断した。今回、我々は腭頭部癌に対する化学療法中に、明らかな免疫抑制状態ではないがPcPを発症した一例を経験したため報告する。

0-005

銀ろう付けの際に発生した金属ヒュームによる吸入性肺傷害の一例

1) 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院臨床研修センター、2) 同 呼吸器内科

○平田 拓士^{1,2)}、青木 勝平²⁾、西田 湧也²⁾、庵坂 学外²⁾、的場 智也²⁾、大倉 千明²⁾、鶴井佐栄子²⁾、貴志 亮太²⁾、白川 千種²⁾、平林 亮介²⁾、佐藤 悠城²⁾、永田 一真²⁾、中川 淳²⁾、富井 啓介²⁾、立川 良²⁾

症例はエンジンの修理工に就く81歳男性。入院6日前に銀ろう付けの業務にマスク無しで従事した。入院5日前から発熱があり、入院3日前に救急外来を受診した。胸部単純CT検査で両肺野にすりガラス影を認め、抗菌薬を処方され帰宅した。再度来院時も発熱があり精査加療目的に入院した。病歴から金属ヒュームによる吸入性肺傷害が疑われた。気管支肺胞洗浄検査にて肺胞出血を認め、細胞分画は顆粒球15%、リンパ球17%、好酸球15%であった。メチルプレドニゾロンで加療され、入院11日目に退院した。銀ろう付けは、銀を含むろう材を接合部に加熱して溶かすことで金属同士を接合する技術で、発生する金属ヒュームの吸入で肺傷害を生じることが知られている。本症例で原因として疑われた金属ヒュームは、亜鉛とカドミウムであった。昨今本邦では労働者の作業管理が徹底され、本疾患の症例数は減少傾向と考えられるが、今回我々は貴重な症例を経験したため報告する。

0-006

オシメルチニブ投与中にたこつば症候群を発症した肺腺癌の1例

大阪府済生会茨木病院 呼吸器内科

○稲田ひろ、岡本 翔一、四宮真利子

特記すべき既往のない81歳女性。呼吸困難を主訴に受診し、胸部CTで右胸水貯留、右上葉腫瘤影を認めた。精査の結果、EGFR 遺伝子L858R 変異陽性の肺腺癌、cT2bN2M1b, stage IVA の診断となり、オシメルチニブ80 mgを開始した。病変は縮小したが皮疹のため一時休業した。改善後に40 mgで再開したところ、6週間後に胸痛が出現した。CK-MBは正常範囲、心筋トロポニンTは陽性であった。心電図でV3からV6にかけてのST上昇、心エコーで左室駆出率低下および心尖部の無収縮を認めた。冠動脈造影検査で明らかな冠動脈狭窄を認めず、たこつば症候群(TTS)と診断した。翌日に症状は消失し、発症10週間後に心電図波形と心機能は正常化した。オシメルチニブはEGFR 阻害薬の中で心臓障害の頻度が高いがTTSは稀である。通常心臓障害は心疾患リスクを有する患者で見られることが多いが、本例のような心疾患リスクのない患者でもTTS発症に注意が必要である。

0-007

経気管支クライオ肺生検でHTLV-1関連気管支肺病変(HABA)と診断しステロイド治療が奏功した一例

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 呼吸器内科

○吉田 明可¹⁾、西村美沙子²⁾、中井 俊之²⁾、山田 一宏²⁾、渡辺 徹也²⁾、浅井 一久²⁾、川口 知哉²⁾

【症例】67歳男性、大阪府出身。半年前から労作時呼吸困難があり、前医胸部CTで両肺下葉優位に気管支血管束・小葉間隔壁肥厚及びすりガラス陰影を認め、当院に紹介。低酸素血症を認め両背部に捻髪音を聴取し、呼吸機能検査で拘束性換気障害・拡散能障害を認めた。血液検査でHTLV-1抗体陽性、経気管支クライオ肺生検でCD4陽性リンパ球の肺胞内腔への集簇を認め、CD25陽性細胞に乏しく悪性所見を認めず、間質性肺炎型のHTLV-1関連気管支肺病変(HABA)と診断。病理組織所見から細胞性炎症が主体とみられ、プレドニゾロン30mg(0.6 mg/kg)/日で治療を開始。治療反応性は良好で自覚症状・検査所見が改善し、現在ステロイド漸減中である。

【考察】HABAはHTLV-1キャリアに合併する肺病変であり、その診断・治療経過に関する症例報告は十分でない。今回経気管支クライオ肺生検で診断しステロイド治療が奏功したHABAの一例を経験したため文献的考察を加え報告する。

0-008

ED-SCLC 加療中に生じた視力低下の鑑別に難渋し、肺癌進行に伴い全盲に至った腫瘍関連網膜症の1例

1) 兵庫医科大学病院 卒後臨床研修センター、2) 同 呼吸器・血液内科、3) 同 胸部腫瘍学

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

【症例】83歳男性【病歴】X-1年2月に咳嗽を自覚し近医にて左下葉腫瘤影を指摘され当院紹介受診となった。気管支鏡検査および全身検索にてED-SCLC(cT3N3M1c)と診断した。IM133レジメンにて最良効果PRとなった。4コース目に左飛蚊症の訴えあるも、眼科にて単純糖尿病性網膜症として経過観察となった。その後維持療法中にsensitive relapseとなり、CBDCA+ETP再投与の方針となった。4コース目に両目視力障害の増悪を自覚し左手動弁・右軽度視力低下を認め、X年1月に腫瘍関連網膜症の診断と至った。2月に新規脳転移病変のためPD判定となり、AMR単剤に変更も奏効せず両眼全盲となった。【考察】突然の視力障害を契機にSCLCの診断に至った腫瘍関連網膜症の報告は散見されるが、本症例のようにSCLCの加療中に視力障害の出現を認め診断された報告は文献検索した限りこれまでなく、若干の文献的考察をふまえて症例報告する。

O-009

診断に難渋した肺結核の1例

- 1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科、
2) 近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科学講座

○堤 勇樹¹⁾、長崎 忠雄¹⁾、川端 慶之¹⁾、花田宗一郎¹⁾、
白波瀬 賢^{1,2)}、山縣 俊之¹⁾、村木 正人¹⁾、東田 有智²⁾、
松本 久子²⁾

症例は62歳男性で1ヶ月間の湿性咳嗽および発熱あり、当院救急外来を受診。受診時 WBC/CRP = 13630/22.78 と炎症反応上昇あり、胸部 CT で両中下葉を中心に小葉中心性の粒状影および気管支拡張所見、また、左上葉舌区に結節影を認めた。細菌性の気管支肺炎および非結核性抗酸菌症、肺結核などの可能性を考え、入院加療とした。入院時に3回の痰の抗酸菌検査を行った上で、アンピシリン/スルバクタムおよびエリスロシンで治療を開始した。痰の結果は、1, 2回目が抗酸菌塗抹陰性、3回目が抗酸菌塗抹1+であった。結核菌群 PCR 検査を1回目に加え3回目も行い、両回とも陰性であった。また、T-spot 検査も陰性であった。抗菌剤投与後の経過は良好で、全身状態の改善及び炎症反応の改善を認め、第13病日に退院した。その後、1回目および3回目の4週間培養で結核菌陽性と判明した。排菌例であるが、結核菌群 PCR 検査および T-spot 検査が陰性で、肺結核の診断が困難な症例であった。

O-010

気胸を合併した非結核性抗酸菌症による有癭性膿胸の1例

- 1) 堺市立総合医療センター 診療局、2) 同 呼吸器内科、
3) 同 呼吸器外科

○石井 佑佳¹⁾、中野 仁夫²⁾、榎本 悠里²⁾、久瀬 雄介²⁾、
森 令法²⁾、榊田 元²⁾、西田 幸司²⁾、岡本 紀雄²⁾、
郷間 厳²⁾、福田 浩之³⁾、山本 陽子³⁾、池田 直樹³⁾

【症例】87歳女性【主訴】胸痛【現病歴】X-1日より発熱、咳嗽、胸痛を認め、症状が継続していたためX日にA病院を受診した。胸部X線検査で右気胸を認め、同日当院を受診し、胸腔ドレーン留置となった。喀痰、胸水培養からMycobacterium avium が検出され、気胸を合併した非結核性抗酸菌症に伴う有癭性膿胸と診断した。エアリークが継続しており、第7病日に胸腔鏡下右肺縫縮術、膿胸腔搔爬術を行った。病理結果からも非結核性抗酸菌症の穿破に矛盾しない所見であり、手術翌日よりリファンピシン、エタンプトール、クラリスロマイシン、アミカシンで加療を開始した。薬剤による有害事象は認めず経過し、第76病日に退院となった。【考察】非結核性抗酸菌症に合併する気胸は再発率が高く、予後が不良である。本症例は、外科的治療後より抗菌薬加療を継続し、改善を認めている。非結核性抗酸菌症および続発性気胸の両方における適切な管理が重要と考えられる。

O-011

胸部 CT で多発肺結節を認め、転移性肺腫瘍との鑑別を要した Diffuse pulmonary meningotheiomatosis の1例

- 1) 住友病院 総合診療科、
2) 同 呼吸器内科、3) 同 呼吸器外科、
4) 同 病理診断科

○名和 聖貴¹⁾、坂野 勇太²⁾、長谷川 裕²⁾、木高 早紀²⁾、
桂 悟史²⁾、奥村 太郎²⁾、後藤 健一²⁾、重松三知夫²⁾、
小阪 周平³⁾、橋本章太郎³⁾、森本 真人³⁾、山崎 薫⁴⁾、
藤田 茂樹⁴⁾

【症例】64歳男性【現病歴】X-4ヶ月に前立腺癌と診断され、X-3ヶ月に遠隔転移検索目的の胸部 CT で両肺末梢優位にすりガラス状微小結節を多数認めた。X-1ヶ月の胸部 CT で増大があり、X日に呼吸器内科へ紹介された。気管支鏡検査で異型細胞を認めなかったが肺転移を否定できず、胸腔鏡下肺生検を施行した。肺結節は Minute pulmonary meningotheiomatosis (MPMN) と診断され、本例を Diffuse pulmonary meningotheiomatosis (DPM) と診断した。【考察】MPMN は組織学的に髄膜腫細胞と類似の形態を示す稀な肺良性病変であり、すりガラス状の小結節影を呈する。多発性に認めた場合には転移性肺腫瘍との鑑別は困難であり、本症例では外科的肺生検を行うことにより DPM の診断に至り、速やかな前立腺癌の病期と治療方針の決定が可能となった。

O-012

アレルギー性気管支肺真菌症として加療された悪性黒色腫気管支内転移の一例

- 1) 神戸大学 呼吸器内科、
2) 済生会兵庫県病院

○山口 翔音¹⁾、桂田 直子¹⁾、三村 千尋²⁾、羽間 大祐¹⁾、
立原 素子¹⁾

51歳男性。3年前に大腿悪性黒色腫に対し手術と術後化学療法が行われた。3か月前より咳嗽と喀痰あり、胸部単純X線写真で finger-in-glove sign、CT で両肺に拡張した気管支の内部に粘液栓を疑う所見が認められた。末梢血の好酸球数や非特異的 IgE の高値は示さず、微生物学的な確定を含めた精査を勧められたが希望しなかった。画像所見からアレルギー性気管支肺真菌症 (ABPM) として抗真菌薬とステロイドで加療されたが改善に乏しく、当科へ紹介受診した。当院 CT ではより中枢側へ病変が進展しており、拡張した気管支内に進展した中枢側の病変は軟部濃度を呈していた。気管支鏡で左主気管支と右 B1 入口部に褐色調の隆起性病変があり、生検組織で悪性黒色腫と診断された。画像上 ABPM が疑われても臨床所見と乖離する場合、気管支鏡検査を試みる事が重要である。

0-013

呼吸器疾患での身体障害認定審査の実例

国立病院機構 京都都病院
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

【背景】呼吸機能障害度の判定は、「指数」、PaO₂、労作時呼吸困難に基づいて行われる。発表者自身が実際に審査を行って見て、各基準の優先度に苦慮することが多い。【方法】COPD 140例・IP 82例・RTD 53例を含む慢性呼吸不全を呈する LTOT 241例、長期 NIV 90例を対象に3つの認定基準のうち2つ以上が1級に該当すれば「1級」認定する場合と、1つでも1級に該当れば「1級」認定する場合を調べた。【結果】認定基準のうち2つ以上が1級に該当する場合に「1級」と認定する場合には、NIV 症例ですら「1級」認定率は2割以下であった。認定基準のうち1つでも1級に該当すれば「1級」認定とする場合には、LTOT 症例では COPD と IP とで「1級」認定率に差があり (70% vs 48%)、NIV 症例では RTD で「1級」認定率が低かった (39%)。【まとめ】認定基準を見直す場合には、疾患ごとの認定率に差が少なく、施行中の呼吸管理にも配慮する必要がある。

0-014

気胸合併の Duchenne 型筋ジストロフィー患者における低換気の増悪に対して NPPV 設定を試みた1例

1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科,
2) 国立病院機構 京都都病院

○岡垣 暢紘^{1,2)}, 坪井 知正²⁾, 荏原 雄一²⁾, 角 謙介²⁾, 羽白 高¹⁾, 佐藤 敦夫²⁾

症例は35歳、男性。在宅 NPPV 中の Duchenne 型筋ジストロフィー患者である。呼吸困難と高 CO₂血症が増強したため当院に紹介となり、NPPV 調整目的に入院となった。入院後に気胸が判明し、気胸のサイズから胸腔ドレナージは施行できなかった。SpO₂モニター・PtcCO₂モニター・PSG・NPPV 機器データを用いて NPPV の設定調整を行ったところ、気胸を生じず高 CO₂血症が改善するような NPPV 設定を探ることができた。長期陽圧人工呼吸管理下で生じた気胸の管理に関する明確な指針はないが、各種データを用いた NPPV の設定調整が低換気のは正と気胸悪化の抑止に効果があったと考えられたため報告する。

0-015

RST の積極介入により胸壁前経路食道癌術後の RTD 患者に対して慢性期 NPPV を導入し得た1例

1) 兵庫県立尼崎総合医療センター RST, 2) 同 呼吸器内科,
3) 同 脳神経内科, 4) 同 リハビリテーション部,
5) 同 看護部, 6) 同 臨床工学課

○岡崎 航也^{1,2)}, 池田 拓真²⁾, 長岡 紗由^{1,3)}, 坂本 祥平^{1,4)}, 鳥越 俊宏^{1,5)}, 田村 理恵^{1,5)}, 梶西 由美^{1,5)}, 濱井貴里恵^{1,6)}, 吉本 由衣^{1,6)}, 元永 善大^{1,6)}, 遠藤 和夫²⁾

【症例】79歳男性【経過】15年前に食道癌に対して胸壁前経路遊離空腸再建術後で12年前に縦隔リンパ節再発し、放射線化学療法が行われた。放射線照射野の右肺収縮性変化が進行したため当科受診となった。RTD として NPPV 導入を検討したが、既報に同術式患者への NPPV 導入例がなく、躊躇して導入できずにいた。呼吸困難感の増悪のため緊急入院となった。急性期 NPPV を試みたが忍容性に乏しく断念し HFNC での管理とした。症状が落ち着いた第4病日より慢性期 NPPV の導入を試みた。NPPV による再建食道の圧迫感、心窩部不快感、マスクフィッティング不良のため導入に難渋したが、RST の積極介入により徐々に忍容性が出てきた。患者へ練習を促して IPAP を増量し、最終的に NPPV を導入 [T モード IPAP/EPAP:16/4cmH₂O, 呼吸回数:26回, 吸気時間:1.0秒] して第30病日にリハビリテーション転院となった。【結語】食道癌胸壁前経路再建術後患者に対して慢性期 NPPV の導入は可能である。

0-016

気管支喘息を伴う肺胞低換気症候群に在宅人工呼吸器療法を導入し、2年後に気切閉鎖まで至った症例

加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 呼吸器内科

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

【症例】62歳女性【主訴】呼吸困難【既往歴】気管支喘息、睡眠時無呼吸症候群、肺高血圧症【現病歴】高度肥満 (BMI 34kg/m²) の指摘あり、受診2日前からの咳嗽、呼吸困難のため当院を受診した。喘鳴が聴取され、気管支喘息発作として入院した。【経過】喘息治療で改善しない II 型呼吸不全 (pCO₂ 68mmHg) が残存し、高度肥満に伴う肺胞低換気症候群と診断した。NPPV でも低酸素状態が持続するため挿管人工呼吸器管理を開始し、気管切開後、在宅にて人工呼吸器療法を継続した。長期経過で体重は減少し、第737病日に人工呼吸器離脱および気管孔閉鎖に至った。【考察】気管支喘息は肺胞低換気症候群を修飾し、長期呼吸管理を要することが多い。本症例では長期人工呼吸器管理を通じて気管支喘息を有する肺胞低換気症候群の治療に至った経緯およびその経過について文献的考察を踏まえ報告する。

0-017

COPD 患者におけるフレイルと生活習慣・環境との関連

- 1) 京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科,
- 2) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学,
- 3) 同 整形外科

○持丸浩太郎¹⁾, 田辺 直也^{1,2)}, 佐藤 晋²⁾, 青山 朋樹¹⁾, 松田 秀一³⁾, 池口 良輔^{1,3)}, 大島 洋平¹⁾, 濱田 涼太¹⁾, 吉岡 佑二¹⁾, 小川 慈¹⁾

【背景】COPD 患者では気流制限など呼吸器的な問題に加え生活習慣・環境がフレイルの有病率に関連する、と仮説を立て検討した。【方法】安定期 COPD 患者を対象に基本チェックリストによりフレイル、運動機能、口腔機能、抑うつの評価を行った。生活習慣は活動量計を用い一日歩数を測定し、生活環境は独居の有無を確認した。【結果】188 例（平均年齢 74 歳、1 秒率 58%）が対象となり 102 例（54%）にプレフレイル/フレイルを認めた。一日歩数の減少は年齢、1 秒率と独立してプレフレイル/フレイル有病率と口腔機能低下率の増加（オッズ比 [95% 信頼区間] = 1.24 [1.06-1.45], 1.20 [1.00-1.42]）と関連した。独居はフレイルとは関連がなかったが、年齢、1 秒率と独立して運動機能低下率と抑うつ率の増加（オッズ比 [95% 信頼区間] = 4.82 [1.76-13.02], 2.93 [1.25-6.92]）と関連した。【結論】歩数低下や独居などの生活習慣・環境は COPD 患者のフレイルと関連する。

0-018

肺結核患者における入院時の全身炎症は嚥下機能を低下させる

- 1) 神戸市民病院機構 神戸市立西神戸医療センター リハビリテーション技術部,
- 2) 新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 理学療法学科,
- 3) 神戸市民病院機構 神戸市立西神戸医療センター 脳神経外科,
- 4) 同 リハビリテーション科

○垣内 優芳¹⁾, 井上 達朗²⁾, 小林 光¹⁾, 海老名 葵¹⁾, 中野 元¹⁾, 寛 哲也¹⁾, 田中 利明¹⁾, 西原 賢在^{3,4)}

【背景】結核治療中の嚥下機能低下に影響する因子は明らかではない。本研究の目的は肺結核患者における全身炎症が嚥下機能低下に及ぼす影響を明らかにすることである。【方法】研究デザインは後ろ向き観察研究。対象は 65 歳以上の肺結核患者とし、不参加の申し出、無排菌、死亡を除外した。入院時の全身炎症は mGPS で評価し、アウトカムは FOIS で評価した嚥下機能低下とした。その他の調査項目は基本情報、疾患情報、血液所見、SARC-F、低栄養とした。多重代入法による欠損値処理後に群間比較とロジスティック回帰分析を行った。【結果】解析対象は 162 名から 43 名を除いた 119 名であった。入院中に嚥下機能が低下した者は 31 名（26%）であった。ロジスティック回帰分析のモデル 1 では mGPS (OR:2.813, $p = 0.022$)、モデル 2 でも mGPS (OR:2.629, $p = 0.032$) が嚥下機能低下に影響を与えていた。【結論】肺結核患者の入院時における全身炎症は、嚥下機能低下のリスク因子である可能性が示唆された。

0-019

気管支拡張症による高 CO₂血症に対し HFNC を使用した運動療法の有用であった一症例

田附興風会 医学研究所北野病院 リハビリテーション科

○辻 歩高, 浦 慎太郎, 本田 憲胤

【症例】60 歳代女性。気管支拡張症にてフォロー中に高 CO₂血症 (PaCO₂:72.6mmHg) を呈し入院となる。夜間低換気による CO₂貯留の是正を目的に第 1 病日より夜間 NPPV 調整を実施した。夜間の低換気は改善を認めるも、PaCO₂は 70.4mmHg と高値であった。第 13 病日より日中の CO₂貯留改善のため、日中 HFNC 導入した。しかし、HFNC のみでは CO₂の洗い出しが不十分であったため、HFNC と運動療法を組み合わせた介入を行うことで高 CO₂血症の改善を目指すこととした。第 18 病日より HFNC 使用下での運動療法を開始した。HFNC を使用したトレッドミル歩行を行い、介入後の動脈血ガス測定にて PaCO₂は 60.7mmHg と改善を認めた。HFNC 使用下での運動療法を継続し、第 37 病日自宅退院となった。【考察】高 CO₂血症を呈した患者に対し、HFNC 使用下での運動療法を実施した。運動による換気量の増大と HFNC の CO₂洗い出し効果が組み合わせることで、高 CO₂血症の是正に寄与した可能性がある。

0-020

最期まで在宅療養を希望した間質性肺炎患者への看護専門外来での支援

大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター

○平田 聡子

【目的】最期まで在宅療養を希望した間質性肺炎（以下 IP）患者への看護専門外来での支援内容を明らかにする。【方法】1. 事例研究。2. A 氏、70 歳代女性。IP で在宅酸素導入。3 年半、1-2 ヶ月毎に面談を実施。3. 診療録から看護専門外来での看護師の関わり抽出し、支援内容を分析。4. 当センター研究倫理委員会の承認を得た。【結果】疾患の進行に伴う低酸素血症や ADL 及び自尊心低下が出現し以下内容を支援した。病状・生活変化を予測し 1. 低酸素血症予防：疾患への理解促進・酸素量及びデバイス検討 2. サービス調整：在宅医療との連携 3. 価値観の明確化：目標や価値観の共有 4. 価値転換：自身の存在価値を再認識 【結論】IP 患者は疾患の進行に伴う低酸素血症や ADL 低下、自尊心の低下が起きやすい。最期まで在宅で過ごすには病気の見通しや価値観を本人・家族と共有し希望に沿った酸素及び生活調整・終末期でも患者が自身の存在価値を再認識し自尊心を維持できる支援が必要である。

0-021

フルティフォーム投与中の高齢喘息患者へのスピリバ追加投与の臨床的検討

- 1) 関西医科大学 内科学第一講座
2) 同 総合医療センター 呼吸器内科

○石浦 嘉久^{1,2)}, 野村 昌作^{1,2)}, 玉置 岳史^{1,2)},
清水 俊樹^{1,2)}, 宮下 修行¹⁾, 伊藤 量基^{1,2)}

【目的】気管支喘息難治病態の1つである高齢喘息に対する治療は重要である。難治喘息の治療の一つに吸入ステロイド (inhaled corticosteroids; ICS) と長時間作動型β刺激薬 (long acting muscarinic antagonists; LAMA) を加えた三剤による併用療法が推奨されているものの本病態における前向き臨床試験は少ない。【方法】Fluticasone propionate/formoterole (FP/FM) 投与中の安定期高齢患者21名対象に tiotropium bromide をソフトミストにより追加投与した。 (UMIN 000039092) 【結果】ACO 患者への tiotropium bromide 追加投与により努力肺活量, 1秒量, モストグラフでの X5, ALX, Fres などの呼吸機能検査各種指標も有意に改善した。【結論】ソフトミストによる tiotropium bromide を追加した ICS/LAMA/LAMA 3 剤併用療法は, 難治性病態の一つである高齢喘息患者に有効である可能性がある。

0-022

肺 MAC 症, 肺癌と鑑別を要する肺野浸潤影を呈し, 肺 MALT リンパ腫と診断された1例

- 1) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科,
2) 同 血液内科, 3) 同 病理診断科, 4) 同 放射線科

○中村 哲史¹⁾, 外山 尚吾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⁾, 丸山 互²⁾, 金森 直美³⁾,
住吉 真治³⁾, 久保 武⁴⁾

症例は69歳女性。2020年10月, 胸部CTで中葉舌区浸潤影と小葉中心性粒状陰影を認め当科紹介初診となり, 喀痰抗酸菌培養検査でM.intracellulareが2回陽性で肺MAC症と確定診断した。リファンピシン, エタンブトール, クラリスロマイシンを開始し, 2か月間はストレプトマイシンを併用した。治療開始から5ヶ月後に排菌陰性化を確認しその後も治療を継続した。胸部CT上小葉中心性粒状陰影は消退したが, 肺浸潤影は拡大し両肺に新規陰影も見られたが, 本人の仕事の都合で延期となった。2023年8月, 38度台の発熱を認め更に肺野浸潤影が拡大した為, 精査加療目的で9月に入院とした。右中葉浸潤影から経気管支肺生検を実施し肺MALTリンパ腫の診断に至り, ベンダムスチン・リツキシマブによる化学療法を6コース実施したところ完全寛解を得, 両肺の浸潤影は全て消退した。肺MAC症, 肺癌と鑑別を要する浸潤影を呈し, 肺MALTリンパ腫と診断された1例を経験した為報告する。

0-023

前縦隔腫瘍により気道狭窄を呈し呼吸困難で発症したTリンパ芽球性リンパ腫の一例

- 1) 国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科,
2) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科,
3) 同 放射線部, 4) 同 病理診断部

○外山 尚吾^{1,2)}, 岡垣 暢紘²⁾, 田中 佑磨²⁾, 坂本 裕人²⁾,
中西 司²⁾, 松村 和紀²⁾, 中村 哲史²⁾, 上山 維晋²⁾,
池上 直弥²⁾, 加持 雄介²⁾, 橋本 成修²⁾, 田中 栄作²⁾,
田口 善夫²⁾, 久保 武³⁾, 野間 恵之³⁾, 住吉 真治⁴⁾,
小橋陽一郎⁴⁾, 羽白 高²⁾

症例は20代男性。X年7月末より嚥下困難を自覚し, 同年8月19日近医でCTを撮像され前縦隔腫瘍を指摘された。当院呼吸器外科に紹介予定であったが, 呼吸困難が増悪し, 8月25日に救急外来を受診した。左前胸部で呼吸音が低下し, 臥位で悪化する著明な呼吸困難と酸素飽和度の低下を認めた。胸部造影CTで前縦隔に16cm大の腫瘤影を認め, 下部気管から両主気管支が圧排され, 左上葉の一部に無気肺を伴っていた。心嚢液貯留を認めたが壁運動は良好で, 循環動態の破綻はなかった。ベタメタゾンを投与しつつ, 第2病日に超音波ガイド下経胸壁腫瘍穿刺を施行し, Tリンパ芽球性リンパ腫と診断した。本症例は, 巨大な前縦隔腫瘍により気道狭窄をきたし呼吸困難まで呈したTリンパ芽球性リンパ腫の一例であり, 文献的考察を加えて報告する。

0-024

偶然発見された気管 MALT リンパ腫の1例

- 1) 彦根市立病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科

○中村 祥吾¹⁾, 月野 光博¹⁾, 岡本 菜摘¹⁾, 渡邊 勇夫¹⁾,
林 栄一²⁾

症例は80歳台男性。虚血性心疾患疑いで施行した冠動脈CTで気管右側壁に隆起性病変を認めたため当科紹介受診。気管支鏡検査では気管上部の左側と気管中部の右側の気管粘膜下に隆起性病変を認めた。生検標本では粘膜内に小型異型リンパ球のびまん性浸潤を認め, 免疫染色ではCD20が陽性を示しMALTリンパ腫と診断した。全身検索目的の18FDG-PET検査では気管右側壁の腫瘍以外に右頸部リンパ節, 左腋窩リンパ節, 左外腸骨リンパ節に強いFDG集積を認め, 右頸部リンパ節生検でもMALTリンパ腫を確認した。MALTリンパ腫に関しては症状がなく経過観察中である。気管に発生するMALTリンパ腫はまれなため報告する。

0-025

原発性滲出性リンパ腫類似リンパ腫と診断し胸水排水のみで軽快し、3年後に再燃した悪性リンパ腫の1例

愛仁会 明石医療センター 呼吸器内科

○池田 美穂, 岡村佳代子, 神野 裕子, 阪本萌永子,
藤本 葉月, 山崎 瞬, 畠山由記久, 大西 尚

症例は84歳女性。心不全で近医通院中であった。3年前にリンパ節腫大を伴わない左大量胸水貯留があり入院した。胸腔鏡検査では可視範囲内の胸膜に腫瘤はみられなかったが、胸水セルブロックでびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された。PET-CTでは左胸膜に淡い集積がみられたがその他に異常集積はなかった。胸水排水のみでその後胸水の再貯留はみられなかった。3年間進展なく経過したが、1か月前から呼吸困難と倦怠感を自覚したため外来を受診し、右大量胸水と心嚢水貯留、縦隔腫瘤を指摘された。胸腔鏡検査で異常所見は指摘されず、気管支鏡検査で縦隔リンパ節生検を行いびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の再燃と診断された。リツキシマブを含む化学療法を施行され著効した。悪性リンパ腫の診断後に胸腔ドレーナージュ後無治療の期間を経て進展した珍しい経過であり、文献的考察を含めて報告する。

0-026

浸潤影を呈したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の2例

大阪鉄道病院 呼吸器内科

○青原 大介, 永井 貴彬, 戸田 詩織, 西田 浩平,
玉垣 学也

【背景】一般にメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)の画像所見として両肺多発結節影が知られている。またB細胞性リンパ腫が多く、T細胞性リンパ腫の報告は少ないとされている。

【症例1】72歳男性、関節リウマチ(RA)に対しメトトレキサート(MTX)内服中、COVID-19で入院。MTX休業・ステロイド治療を行うもステロイド終了後より左肺下葉浸潤影の増悪あり。気管支鏡検査を施行しリンパ球増多、BAL液にてTCR-β鎖遺伝子再構成陽性を認め、MTX-LPDの診断。ステロイド治療により軽快した。【症例2】80歳女性、RAに対しMTX内服中、呼吸困難で右肺下葉に浸潤影を認め細菌性肺炎疑いで入院。MTX休業し抗菌薬投与するも改善せず。気管支鏡検査を施行しリンパ球増多、BAL液のフローサイトメトリーにてT細胞の増多を認め、MTX-LPDの診断。ステロイド治療により軽快した。

【結論】浸潤影を呈しT細胞の増多を認めたMTX-LPDの報告は少なく文献的考察を交え報告する。

0-027

10年以上の経過を追えたHyalinizing granulomaを呈する多中心性キャッスルマン病の一例

市立吹田市民病院

○水越太志郎, 鉄本 訓史, 佐々木裕弥, 宮本 愛子,
岡部 福子, 山本有美子, 稲田 怜子, 角田 尚子,
依藤 秀樹, 東口 将佳, 片田 圭宣

症例は39歳女性。無症状であったX年の検診の胸部Xpで、異常陰影を指摘されたため当院に受診した。X-6年にも胸部Xpで異常陰影を指摘され胸部CTで多発性結節影を認めていたが、精査を希望されず通院されていた。X+3年には結節影が増大したため気管支鏡検査を行ったが診断には至らず。X+4年に胸腔鏡下肺生検を施行した。結節影はHyalinizing granulomaの病理組織像を呈し、胚中心を伴うリンパ濾胞や形質細胞の増生が認められ、キャッスルマン病に矛盾しない所見であった。血液検査ではCRPの上昇や貧血があり、臨床像と肺病理組織像から多中心性キャッスルマン病と診断した。Hyalinizing granulomaの病理像を呈し、長期経過を追えた多中心性キャッスルマン病の報告は少ないため、文献的な考察を加え報告する。

0-028

Pro-GRP高値から診断した肺カルチノイドの二症例

神戸赤十字病院

○岩橋 真大, 山岡 貴志, 松本 千晶, 野海 拓,
田中隆一郎, 杉本 啓介

【症例1】58歳、女性、X年9月の検診で異常陰影を指摘された。過去の画像を振り返ると、X-3年の時点でも同部位に陰影を指摘されており、僅かに増大傾向にあった。Pro-GRPは280pg/mlと高値。CTで左上区に胸膜陥入像を伴う結節影、左第3肋骨に骨硬化像を認め、各々の病巣に対し生検を施行し、左第3肋骨の検体から非定型カルチノイドの所見が得られた。【症例2】67歳、女性、Y年9月の検診で結節影を指摘された。CTで左舌区に径10mm大の辺縁整の結節影。形状から良性腫瘍を疑ったが、Pro-GRPが260と高値であり、CTガイド下生検でカルチノイドの診断を得た。【考察】今回報告した二症例は画像所見では悪性腫瘍を疑わなかったが、Pro-GRPが高値であったことから精査を行った。カルチノイド腫瘍は進展した場合適切な治療法がないと報告されており、Pro-GRPが高値を呈する肺腫瘍では積極的に診断を行うべきと考えた。

0-029

両肺びまん性に花火様陰影を呈した肺結核の1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 研修医,
2) 同 呼吸器内科, 3) 同 放射線科, 4) 同 病理診断科

○豊川 瑠音¹⁾, 世利 佳澁²⁾, 日隈 俊宏²⁾, 永田 憲司²⁾,
竹野内政紀²⁾, 平田 展也²⁾, 平岡 亮太²⁾, 山之内義尚²⁾,
小南 亮太²⁾, 東野 幸子²⁾, 加藤 智浩²⁾, 横井 陽子²⁾,
鏡 亮吾²⁾, 水守 康之²⁾, 塚本 宏壮²⁾, 中原 保治²⁾,
佐々木 信²⁾, 東野 貴徳³⁾, 安松 良子⁴⁾, 河村 哲治²⁾

60歳女性。労作時呼吸困難感・微熱にて前医を受診。両肺びまん性陰影を認め当科紹介となった。胸部CTで両肺に多数の粒状影が一部収縮性変化を伴いながら reversed halo sign様の濃度分布を呈する花火様の画像所見を認めた。鑑別として抗酸菌感染症やサルコイドーシスが考えられたが、喀痰結核菌陰性であったため、気管支鏡検査を施行した。BALF結核菌陽性。クライオ生検で壊死を伴わない肉芽腫性病変を認め、肺結核と診断。抗結核剤投与により症状・陰影の改善を見た。本例は粟粒結核ほどの重篤感はなく空洞も伴わなかったことから、鑑別として結核の順位はやや低めであったが、サルコイドーシスとしても広義間質病変が目立たないことが非典型的であり、診断に苦慮した興味深い症例として報告する。

0-030

進展型小細胞肺癌の治療中に発症し、irAE 腸炎との鑑別を要したCD 腸炎

1) 姫路赤十字病院 研修センター, 2) 同 呼吸器内科

○金子 博光¹⁾, 狩野 裕久²⁾, 田中 愛也²⁾, 中村 香葉²⁾,
真下 周子²⁾, 岸野 大蔵²⁾

81歳。男性。進展型小細胞肺癌と診断し、カルボプラチン＋エトポシド＋アテゾリズマブによる治療を開始した。1コース目で細菌性肺炎を発症し、レボフロキサシン内服の治療を要した。2コース目終了後に、頻回の下痢を認め入院となった。CD抗原・毒素陽性であり、CD腸炎と判断しメトロニダゾール(MNZ)による治療を開始した。しかし、下痢が改善せず、irAE腸炎も疑った。下部消化管内視鏡検査で著明な偽膜形成を認めたが、irAE腸炎を示唆する所見は認めなかったため、MNZ抵抗性のCD腸炎由来の下痢と判断した。治療をMNZからバンコマイシンに変更し、下痢は軽快した。CD腸炎は抗菌薬投与中のみならず、化学療法中にも発症する。また、免疫チェックポイント阻害薬(ICI)は、重篤な腸炎を起こしうる。本症例はICI投与中に重症のCD腸炎を発症したため、irAE腸炎との鑑別を要し、治療薬の選択に苦慮した一例である。文献的考察を加えて症例を提示する。

0-031

ペバシズマブによる多発肝細胞癌治療中に肺胞出血を生じた1例

大阪府済生会吹田病院 初期臨床研修部

○山川 沙理, 乾 佑輔, 岡田あすか, 飯塚 正徳,
藤原 隆徳, 佐藤いずみ, 上田 将秀, 茨木 敬博,
美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人

症例は53歳男性。X-1年9月に肝細胞癌に対して肝後区域切除術および胆嚢摘出術を施行された。X年4月26日より多発肝細胞癌に対してアテゾリズマブ＋ペバシズマブ投与中であつた。数日前から持続する発熱、食思不振、下痢を主訴に5月11日に当院救急外来を受診、感染を疑い入院の上で抗菌薬加療を開始した。入院時の胸部腹部CTでは明らかな異常はなかったが、第3病日より酸素化不良をきたし、胸部CTで両側肺野に小葉中心性濃度上昇を広範に認め当科紹介となった。気管支肺胞洗浄を施行し血性の洗浄液を回収した。病歴からペバシズマブによる薬剤性肺胞出血と診断し、ステロイド加療を開始したところ呼吸状態は改善、第11病日に退院となった。肺野に腫瘍や空洞のない症例においてペバシズマブによる肺胞出血は稀であり報告する。

0-032

ProGRP 高値を示した肺定型カルチノイドの一例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 同 病理

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

76歳女性。左肺下葉の結節にて当科へ紹介となった。造影CTで左下葉に造影効果のある2.5cm大の辺縁明瞭な結節を認め、PET-CTでは同結節にSUV maxが3.3のFDG集積を認めたが、他臓器に有意な集積は認めなかった。ProGRPが927.4pg/mLと高値を示し、小細胞肺癌やカルチノイドなどを鑑別に気管支鏡検査を行ったが診断に至らず、胸腔鏡下左下葉切除術を施行、肺定型カルチノイドと診断した。術後経過は良好で経過観察中である。定型カルチノイドでProGRPの上昇を来すことは比較的稀であり、当院で経験した肺カルチノイド症例の検討も含め報告する。

0-033

多臓器に病変を認めたが、無治療で改善したサルコイドーシスの一例

- 1) 近畿大学医学部 総合医学教育研修センター、
2) 同 呼吸器・アレルギー内科

○梁間 敦¹⁾、川端 慶之²⁾、國田 裕貴²⁾、吉川 和也²⁾、
御勢 久也²⁾、山崎 亮²⁾、大森 隆²⁾、西川 裕作²⁾、
佐野安希子²⁾、西山 理²⁾、佐野 博幸²⁾、岩永 賢司¹⁾、
原口 龍太²⁾、東田 有智²⁾、松本 久子²⁾

43歳女性。両手指の疼痛のため、整形外科を受診した。骨シンチグラフィでは、両手指骨・膝蓋骨・踵骨に集積あり。骨腫瘍疑いにて右手指骨の腫瘍を生検したところ、非乾酪性類上皮細胞肉芽腫の所見であり、呼吸器内科紹介となった。さらに皮下腫瘍の生検でも同様の結果であった。胸部CTでは、両側肺門部と縦隔リンパ節腫大、両肺の粒状影を認め、PETでは、肺門・縦隔・腹部リンパ節、骨、関節、皮膚、咽頭扁桃、鼻腔に多発集積を認めた。サルコイドーシス組織診断群としてステロイド治療も検討されたが、自覚症状は軽度で重要臓器の障害も認めないことから、各科と協議の上経過観察としたところ、約1年後病変は著明に改善した。サルコイドーシスは肺病変の頻度が最も高いため、他臓器病変が発見動機であっても、呼吸器内科で診療を行うことが多い。本症例のように多臓器病変がある場合、各専門分野と連携して治療方針を決定していくことが必要である。

0-034

間質性肺炎との鑑別に苦慮した EGFR 陽性乳頭型腺癌の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

○平田 展也¹⁾、日隈 俊宏¹⁾、世利 佳滉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 壮宏¹⁾、
水守 康之¹⁾、佐々木 信¹⁾、中原 保治¹⁾、河村 哲治¹⁾、
安松 良子²⁾

70歳男性。右肺のすりガラス・浸潤影で紹介。胸部CTでは肺気腫・間質性肺炎を背景に右上葉から一部右S6にかけて胸膜下浸潤影を認め、右上葉は肺癌が疑われたが、右下葉は間質性肺炎と肺癌の鑑別が困難であった。気管支鏡検査を施行、右上葉TBLBで乳頭型腺癌、右下葉クライオ肺生検(TBLC)で気腫・間質性変化を認めるも腫瘍性変化は認めなかった。肺腺癌cT4N0M0に対して右上葉切除+右S6区域切除を施行、病理は浸潤性粘液性腺癌のような進展パターンであったものの免疫染色や細胞内外の粘液が乏しいことから乳頭型腺癌と診断した。術後5ヶ月で右下葉のすりガラス陰影が増加したため、TBLCを行い乳頭状腺癌の再発と診断。EGFR Ex19 del 陽性にてosimertinibを開始、PRで経過している。間質性肺炎を背景として広範なすりガラスや浸潤影を呈し、診断に苦慮した乳頭型腺癌の1例を報告する。

0-035

低アレル頻度で検出された EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の1例

- 1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科、
2) 同 病理診断科

○杉本 英司¹⁾、神山友香梨¹⁾、住谷 仁¹⁾、関灘 大輔¹⁾、
岩橋 佑樹¹⁾、塚口 晃洋¹⁾、稲垣 雄士¹⁾、谷口 善彦¹⁾、
中尾 桂子¹⁾、田宮 朗裕¹⁾、松田 能宣¹⁾、清水 重喜²⁾、
沖塩 協一¹⁾

【症例】76歳男性【病歴】1ヶ月前からの呼吸困難を主訴に前医を受診し、右胸水貯留を指摘されX年4月当院を紹介受診した。CT検査で右肺下葉腫瘍影及び胸膜播種結節・単発肝転移・多発骨転移を認め、進行期肺癌が疑われた。右肺下葉腫瘍の生検組織から腺癌を認め、コンパクトパネル検査でEGFR exon21 L858R 陽性（アレル頻度0.4%）、PD-L1は高発現であった。EGFR 遺伝子変異陽性肺癌（cT4N3M1c cStageIVB）に対してX年5月よりエルロチニブ+ラムシマブで加療が行われたが、治療開始2週間後に右胸水の増加及び肝転移増大があり、早期の病勢進行を認めた。X年6月より複合免疫療法（カルボプラチン+パクリタキセル+ペバシズマブ+アテゾリズマブ）を開始され、腫瘍の縮小効果が得られた。【考察】コンパクトパネル検査はアレル頻度が低い場合でも遺伝子異常の検出が可能である。低アレル頻度のEGFR 遺伝子変異陽性肺癌では分子標的薬治療の効果が乏しい可能性がある。

0-036

EGFR-TKI の耐性機構として肺小細胞癌に形質転換したか再度腺癌成分が再発した EGFR 陽性肺腺癌の一症例

大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター

- 吉村 信明、横田 健斗、飛田 哲志、田中 智、
矢賀 元、上野 清伸

【症例】70歳男性【現病歴】X-5年4月右肺中葉腫瘍影の精査目的に当院紹介され、右中葉肺腺癌 cT4N2M1a StageIVA と診断した。EGFR del19 変異を検出し、1stline Osimertinib 療法を開始した。X-1年5月右背側の胸壁に腫瘍影を認め、pro-GRP の上昇を認めた。再生検を施行し小細胞癌であった。EGFR-TKI の耐性機構として小細胞癌へ形質転換したと判断し、2nd line CBDCA + ETP+Atezolizumab 療法を開始した。X年3月右背側の胸壁腫瘍は再増大し、CEA・Pro-GRP の上昇を認めた。再生検を施行し腺癌成分を優位に認め、腺癌の再発と判断した。3rd line CBDCA + PTX + Bev 療法を開始し、現在 Bev 維持療法を継続中である。【考察】EGFR-TKI の耐性機構として小細胞癌への形質転換は有名であるが、小細胞癌の治療後に再度腺癌成分が再発したという報告は認めない。癌の病勢を見極めるためには詳細な腫瘍マーカーの測定と、その変化を参考にして再生検を繰り返し施行することが重要である。

0-037

EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌に随伴して IgA 血管炎を発症した一例

1) 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 呼吸器内科,
2) 同 皮膚科, 3) 同 腎臓内科, 4) 同 病理診断科

○長 佳純¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 戸谷 梨沙¹⁾, 森田 敦規¹⁾,
佐伯 悠治¹⁾, 黒田 修平¹⁾, 多木 誠人¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾,
堀 朱矢¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 山田 陽三²⁾, 高木 泰尚³⁾,
今井 幸弘⁴⁾

症例は83歳男性。【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】数日前より労作時呼吸困難が出現しX年Y月に当院紹介となった。左胸水貯留を認め、胸腔鏡検査で肺腺癌と診断された。cT1cN1M1a Stage4A の病期診断となり、EGFR 遺伝子変異陽性 (Exon19 del) と判明した。診断後に下肢優位の紫斑、蛋白尿、血尿が出現し、皮膚生検で真皮表層の白血球破砕性血管炎の所見を認め、腎炎を伴う IgA 血管炎と診断した。感冒の先行や新規薬剤はなく肺癌に伴う腫瘍随伴血管炎と考えた。【経過】コルヒチン内服で紫斑は改善しY+1月よりオシメルチニブ80mg/日内服を開始した。Y+2月に薬疹と考えられる全身性紅斑が出現し、腎機能障害も進行したためオシメルチニブ休薬のうえプレドニゾン0.5mg/kg/day を開始し治療継続中である。【考察】成人発症の IgA 血管炎は悪性腫瘍と関連し、腎炎を高頻度で合併しやすい。肺癌診断後に IgA 血管炎を随伴した症例を経験したので報告する。

0-038

オシメルチニブを導入した後に再生不良性貧血を発症した肺腺癌の1例

市立大津市民病院 呼吸器内科

○酒井 健紀, 中川 陸, 辻 尚朗, 古室 太誠,
井ノ口乃英瑠, 竹村 佳純

【症例】68歳、男性【病歴】X年3月、検診の胸部X線検査で異常陰影の指摘を受け、当院を受診した。精査の結果、肺腺癌 cStageIVB, cT1bN1M1c と診断し、同年4月から化学治療を開始した。当初ドライバー遺伝子異常は発見されなかったが、化学治療を進める中でがんゲノムプロファイリング検査を追加したところ、EGFR exon19欠失変異が判明したため、X+2年4月から5次治療としてオシメルチニブを開始した。導入にあたっては大きな有害事象なく経過し、外来通院での治療を継続した。しかし、3ヶ月後、急にGrade4 の白血球数減少とGrade4 の血小板数減少が出現したため骨髄検査を行った結果、再生不良性貧血と判明した。【考察】オシメルチニブの副作用として皮膚症状や消化器症状、心電図異常の頻度は高いことが知られているが、血液毒性の発症頻度は比較的少なく重症例は稀である。中でも再生不良性貧血の報告は限られるため考察を加えて報告する。

0-039

VATS 肺生検の病理所見から血管型エーラス・ダンロス症候群を疑い、遺伝子検査にて確定診断に至った一例

1) 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 病理診断科,
4) 同 総合内科

○西田 湧也¹⁾, 永田 一真¹⁾, 青木 勝平¹⁾, 庵坂 学外¹⁾,
大倉 千明¹⁾, 的場 智也¹⁾, 鶴井佐栄子¹⁾, 貴志 亮太¹⁾,
白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 中川 淳¹⁾,
立川 良¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 宗田 桃子²⁾, 山田 徹²⁾,
浜川 博司²⁾, 大谷 宗理³⁾, 原 重雄³⁾, 吉崎亜衣沙⁴⁾

症例は、15年前に気胸の既往ある45歳男性。健診で胸部異常陰影を指摘され当院を紹介受診し、胸部CTで両肺に多発囊胞、石灰化を伴う小粒状影および急速に増大する結節影を認めた。血清学的検査で診断確定に至らず、確定診断目的でVATS肺生検を実施。病理学的には肺胞領域に散在性の骨化巣を認め、肺胞腔内にヘモジデリン貪食の見られる組織球の集簇を認めた。画像所見および病理所見から血管型エーラス・ダンロス症候群 (vEDS) が疑われたため遺伝子検査を提出し、COLA3A1 バリエントを認めたことから確定診断に至った。vEDSは、血管、腸管、皮膚の脆弱性および肺野の異常陰影を特徴とする常染色体優性遺伝疾患である。家族歴もしくは臨床症状から診断される症例が多く、本症例のように画像所見を契機に診断に至ることは稀であるため、文献的考察を踏まえて報告する。

0-040

腹膜透析の経過中に両肺野びまん性粒状影が出現し粟粒結核との鑑別を要した異所性肺石灰化の一例

1) 大阪医科大学 内科学I, 2) 同 臨床研究センター,
3) 同 腫瘍内科学

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

症例は45歳男性。19歳で悪性リンパ腫を発症し自家末梢血幹細胞移植を受け寛解状態を維持しているが、抗癌剤の副作用で慢性腎不全をきたし3年前から腹膜透析を受けている。1年前から臥床時に呼吸困難を自覚し徐々に増強。CTで肺野にびまん性粒状影を指摘され紹介。WBC13370/ μ L, Hb9.7g/dL, CRP 1.0mg/dL, PCT 1.18ng/L, Ca 9.3mg/dL, IP 4.1mg/dL, BNP654pg/mL, T-SPOT (-), KL-6_2655U/mL。腎不全による溢水と粟粒結核の合併を疑い、除水の増量で呼吸困難は軽減したが、喀痰培養、骨髄・肝生検では著変を認めなかった。呼吸困難が消失後に行った経気管肺生検で散在性の骨形成、骨シンチで肺野にびまん性の骨外集積を認め、異所性肺石灰化であった事が判明した。本病態は透析患者に多く見られるが、CTで多彩な画像を呈し診断に苦慮する事がある。

O-041

外科的生検で診断に至った minute meningotheial-like nodules の一例

1) 洛和会音羽病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科,
3) 同 病理診断科

○宮本 瑛史¹⁾, 土谷美知子¹⁾, 佐村 和紀¹⁾, 柴原 一毅¹⁾,
岡崎 優太¹⁾, 榎本 昌光¹⁾, 田宮 暢代¹⁾, 堀本かな²⁾,
北村 将司²⁾, 一瀬増太郎³⁾, 嶋田 恵里³⁾, 安井 寛³⁾,
長坂 行雄¹⁾

症例は62歳女性。気管支喘息で前医通院中であった。20XX年4月に咳嗽の精査で撮像した胸部CTにて肺多発小粒状影を認めた。20XX-2年に撮像されたCTでも多発小粒状影を認めていたが、性状・分布は著変なかった。抗酸菌含む感染症、サルコイドーシスや悪性腫瘍の転移などを念頭に精査を行った。血清学的検査で腫瘍マーカーやACEの上昇は認めなかったが、T-SPOTが陽性であった。喀痰抗酸菌検査は陰性であったが、組織学的精査を行う方針とし、7月に胸腔鏡下肺部分切除術を施行した。手術検体において抗酸菌感染を示唆する所見はなく、病理学的に minute meningotheial-like nodules の診断を得た。本疾患はまれな良性疾患である。女性に多く、無症状での経過が多い。そのため、CTでの偶発的発見や、他疾患による肺切除の標本から診断されることがある。肺悪性腫瘍に合併することが多いとの報告もあるが、本患者は肺内に悪性腫瘍を示唆する所見は認めなかった。

O-042

間質性肺炎寛解後に増大する結節を認め、切除検体の病理組織所見から肺硝子化肉芽腫と考えられた一例

田附興風会 医学研究所北野病院

○久保 直之、北島 尚昌、平井 将隆、池田 陽呂、
笹田 剛史、矢野 翔平、山中 諒、神野 志織、
田嶋 範之、森本 千絵、井上 大生、丸毛 聡、
福井 基成

症例:64歳女性。労作時呼吸困難と左胸部痛にて受診し、左上葉肺炎を指摘された。抗菌薬投与にて改善しないことから器質化肺炎が疑われた。BALF リンパ球分画35.0%と上昇しており、血清学的にはRFと抗CP抗体が陽性であった。関節所見は明らかではなく、間質性肺炎先行リウマチ性間質性肺炎としてPSL 40mgの投与を開始した。左上葉浸潤影は改善し、PSLの漸減中に再燃を認めなかったが、左下葉の気腫周囲に結節影が出現し徐々に増大した。悪性腫瘍を疑い外科的に切除したところ、血管分布が豊富で周囲にリンパ球浸潤を伴う膠原線維の結節状の増生を認め、肺硝子化肉芽腫(Pulmonary hyalinizing granuloma, PHG)が疑われた。考察:PHGは肺実質に発生し緩徐に増大する非腫瘍性病変であり、両側性に多発する場合が多いと報告される。間質性肺炎改善後に増大したPHGを経験したため報告する。

O-043

低酸素血症を呈した多発肺動静脈瘻の一例

奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター 呼吸器内科

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

症例は57歳女性。33歳時に他院CTで偶発的に多発肺動静脈瘻(AVM)を指摘されていたが、無症状であったため無治療で経過していた。労作時呼吸苦を主訴に他院を受診したところ低酸素血症を認め、胸部CTでAVMの増悪が疑われたため精査加療目的に当科紹介となった。造影CTで右上葉に1カ所、右下葉に4カ所、左下葉に3カ所の計8カ所のAVMを認め、心臓超音波検査ではマイクロバブル法により右左シャントの存在が確認できた。遺伝性出血性毛細血管拡張症の家族歴や脳動脈瘤の合併を認めなかった。右下葉の4カ所にコイル塞栓術を施行したところ低酸素血症は軽快した。労作時低酸素血症が残存したため5か月後に左下葉の3カ所にコイル塞栓術を施行したところ改善した。外来で定期的に画像検査を施行しているが、現在までに再燃や右上葉に残存する小病変の増悪は認めていない。低酸素血症の原因疾患としてAVMの頻度は低く、文献的考察を交えて報告する。

O-044

気管支鏡検査から診断し得た慢性肺血栓塞栓症の1例

1) 和泉市立総合医療センター 呼吸器内科,
2) 同 病理診断科

○新谷 穰¹⁾, 塚本 遥香¹⁾, 大島 友里¹⁾, 門谷 英昭¹⁾,
上西 力¹⁾, 久保 寛明¹⁾, 武田 倫子¹⁾, 田中 秀典¹⁾,
太田 善夫²⁾, 松下 晴彦¹⁾

【症例】43歳男性【主訴】血痰【現病歴】X-1年11月に近医を受診し、単純CTで左下葉胸膜に接する浸潤影を認めた。止血薬内服で経過観察され陰影は消長した。X年4月に陰影の増悪を認め、器質化肺炎の疑いでPSL30mgが開始された。一時的に陰影の改善を認めたが、6月に血痰・画像所見の再増悪を認め精査加療目的に当院紹介となった。胸部造影CTで微小血栓を認め、器質化肺炎の除外を目的として気管支鏡検査を施行し、病理診断でも典型的な器質化肺炎像は認めず、ヘモジデリンを伴う梗塞性変化を疑う所見を認めた。肺血流シンチグラフィーでRI欠損領域を認めたため慢性肺血栓塞栓症と診断し、アビキサパン10mg内服を開始し、症状・所見は改善した。【結語】気管支鏡検査の病理所見で肺梗塞が疑われ、慢性肺血栓塞栓症と診断した。気管支鏡検査から慢性肺血栓塞栓症の診断に至る例は報告が少ない。慢性肺血栓塞栓症は血痰を伴うことがあり、鑑別が必要と考えられた。

0-045

薬剤性メトヘモグロビン血症の1例

大阪府済生会野江病院

○藤木 貴宏, 梶原 佑一, 金子 顕子, 日下部悠介,
中山 絵美, 田中 彩加, 山本 直輝, 松本 健,
相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

【症例】88歳女性【主訴】倦怠感【現病歴】壊疽性膿皮症の治療において前医にてステロイドとジアフェニルスルホンが投与されていた。経過中に倦怠感を認め、SpO₂の低下およびチアノーゼが出現した。酸素投与に反応がなく肺血栓塞栓症が疑われ紹介となった。【臨床経過】胸部造影CT検査では肺血栓は確認されず、肺野にも異常所見は認められなかった。ネーザルハイフロー（流量50L, FiO₂ 80%）を使用もSpO₂は88%と低値かつチアノーゼを認めたが動脈血ガス検査ではPaO₂が384mmHgと高値でSpO₂との乖離を認めた。メトヘモグロビン（MetHb）血症が疑われMetHbの測定を実施した結果、15%と高値を示した。ジアフェニルスルホンによる薬剤性MetHb血症を疑い、ジアフェニルスルホンを中止しメチレンブルーを投与したところSpO₂および倦怠感の迅速な改善を認めた。【考察】通常診療においてMetHbは測定しないため診断に難渋することが多い。文献的考察と併せて発表する。

0-046

肺腺癌の診断で治療中に急激な増悪を来し病理解剖にて多形癌の診断となった一例

済生会滋賀県病院 呼吸器内科

○佐井 那月, 菅 佳史, 長谷川 功

症例は52歳、男性。X年8月16日に発熱を主訴に受診し、胸部CTで左肺下葉に直径3.6cmの腫瘤を認めた。縦隔リンパ節に対する超音波気管支鏡ガイド下針生検により非小細胞肺癌と診断したが組織量が不足していたため、日を改めて原発巣へのCTガイド下生検を行い、肺腺癌と診断し、マルチコンパニオン診断薬によりKRAS G12D陽性と判明した。多発骨転移、多発脳転移を認め、左下葉肺腺癌（cT2aN3M1c, cStage4B）と診断した。腫瘍の進行により左主気管支狭窄を来したため局所放射線治療を先行し、10月16日よりCarboplatin+nab-paclitaxel+Atezolizumabを投与した。しかし左気管支狭窄の進行により左無気肺となり急速に呼吸不全を来し、11月14日に永眠された。病理解剖を行ったところ肺多形癌の診断であった。急激な進行を来し、当初は肺腺癌の診断であったが、病理解剖により多形癌と診断した症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

0-047

ブリガチニブ少量投与により治療効果を認めた一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○榛間 智子, 黄 文禧, 岩垣 慈音, 小川 亮,
高橋 祥太, 山野 隆史, 大木元達也, 石川 遼一,
高岩 卓也, 中川 和彦, 吉村 千恵

症例は78歳女性。X4年に肺腺癌 cT4N3M1a stage4A（ALK融合遺伝子変異陽性）と診断。X4年12月からアレクチニブを開始したが、肝障害が出現しX3年1月に休薬。X3年2月に胸水、心嚢水が出現し、胸膜癒着術、心膜癒着術を施行。X3年4月からアテゾリズマブ、カルボプラチン、パクリタキセル、ペバシズマブ療法、6月からアテゾリズマブ、ペバシズマブを開始。X1年5月11日のCTで原発巣増大を認め、5月22日からブリガチニブに変更。6月19日に両側胸水が増加し、同日からブリガチニブを休薬したところ、両側胸水は自然軽快。経過からブリガチニブによる薬剤性胸水と考えた。その後治療希望がなく経過観察していたが、X年2月6日のCTで原発巣増大し、ブリガチニブ30mg/日に減量し再開。4月18日のCTで原発巣縮小し、薬剤性胸水の再燃もなく経過している。少量投与で副作用をコントロールした上で十分な治療効果がある可能性があり、文献的考察を加え報告する。

0-048

ロルラチニブ投与により著明な高血糖を認めた ALK 融合遺伝子陽性肺癌の1例

大阪大学医学部附属病院 呼吸器免疫内科

○柳澤 篤, 船内 敦司, 宮本 哲志, 金岡 賢輔,
徐 立恒, 吉村 孝子, 内藤真依子, 益弘健太郎,
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

症例は2型糖尿病を合併した65歳男性。X4年にALK融合遺伝子陽性肺癌に対してアレクチニブを導入後、腫瘍は縮小を維持し、HbA1c 6%程度と血糖コントロールも良好であった。X年4月に脳転移巣が増大しPDとなったため、ALK-TKIをロルラチニブに変更した。開始後急激に血糖コントロール不良となりX年8月に緊急入院となった。入院時のHbA1cは11.5%まで上昇していた。ロルラチニブ休薬と強化インスリン療法で血糖コントロールは改善し、ロルラチニブは一段階減量した上で再開した。ロルラチニブはALK陽性NSCLCに対して非常に良好な成績を示し、今後使用が増えてくることが予想される。ロルラチニブの副作用により高血糖に至った報告は乏しいが、ALKとインスリン受容体のATP結合部位の類似性からALK-TKIは潜在的に高血糖のリスクを高めると考えられ、実臨床でのロルラチニブ使用時には、特に耐糖能異常がある患者には高血糖に十分注意する必要があることが示唆される。

O-049

結核性胸膜炎合併の ALK 融合遺伝子陽性肺癌に対して抗結核薬併用下で Alectinib 投与を行った一例

京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科

○西村 直也, 西岡 直哉, 松本 祥生, 河内 勇人,
片山 勇輝, 濱島 良介, 山本 千恵, 岩破 将博,
金子 美子, 徳田 深作, 山田 忠明, 高山 浩一

49歳男性。前医で右下葉肺腺癌 (cT4N2M1c) と診断され、マルチ遺伝子検査で ALK 融合遺伝子陽性が判明した。転移性脳腫瘍に対してγナイフ治療施行後、X年7月10日に治療目的で当院に転院した。前医の胸水培養検査で結核菌陽性が確認され、結核性胸膜炎の合併も判明した。腫瘍による全身状態の悪化が著しく、早急な治療が必要であったため、まず7月11日から Alectinib を開始し、腫瘍縮小を確認後、7月24日からリファブチンの併用を開始した。9月の効果判定でも腫瘍縮小の維持と結核性胸膜炎の制御が確認された。切除不能の ALK 融合遺伝子陽性肺癌に対する一次治療は ALK 阻害薬が標準だが、リファンビシンは CYP3A4 誘導により効果を減弱させる可能性がある。本症例では、CYP3A4 誘導作用が弱いリファブチンを使用し、結核性胸膜炎を制御しながら腫瘍縮小を達成した。抗結核薬併用下での ALK 陽性肺癌治療の報告はなく、有効性と安全性について文献的考察を交えて報告する。

O-050

外科的治療を行った肺病変単発の ALK 陽性組織球症の1例

1) 淀川キリスト教病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科,
3) 同 病理診断科

○吉井 直子¹⁾, 中村 基寛¹⁾, 山田由希子¹⁾, 古田 寛人¹⁾,
山下 卓人¹⁾, 白浜かおり¹⁾, 上野 峻輔¹⁾, 吉田 也恵¹⁾,
大谷 恭子³⁾, 水窪由美子¹⁾, 西島 正剛¹⁾, 大谷賢一郎¹⁾,
稲葉真由美³⁾, 加地 政秀²⁾, 紙森 隆雄¹⁾, 藤原 寛¹⁾

40歳。男性。数か月前より咳嗽と血痰があり、胸部X線で異常を指摘され受診した。胸部CTでは右上葉に32mm大の腫瘍影と周囲のすりガラス影を認めた。気管支鏡下生検の結果、ALK陽性組織球症の診断となった。頭部MRIで病変を認めず、PETでは右肺腫瘍にのみFDGの高集積を認めた。肺単発であると判断し、右肺上葉切除術を施行した。切除検体の組織診断もALK陽性組織球症であり、TPM3-ALK融合遺伝子が検出された。ALK陽性組織球症は、肝臓と造血器病変を伴う乳児の3症例として2008年に最初に報告された。その後は造血器病変を伴わない多臓器型（中枢神経、骨、肝、肺、皮膚など）や単一臓器型（中枢神経が約50%）の症例が小児～成人で報告されている。多くにALK融合遺伝子のKIF5B-ALKが検出される。本例のような肺単発の症例はこれまで数例の報告にとどまり、非常に稀な疾患であるため報告する。

O-051

肺腺癌に合併した Diffuse pulmonary meningotheliomatosis (DPM) の1例

1) 和泉市立総合医療センター 呼吸器内科,
2) 同 病理診断科

○門谷 英昭¹⁾, 塚本 遥香¹⁾, 新谷 穰¹⁾, 大島 友里¹⁾,
上西 力¹⁾, 久保 寛明¹⁾, 武田 倫子¹⁾, 田中 秀典¹⁾,
太田 善夫²⁾, 松下 晴彦¹⁾

症例は77歳女性。胸部CTで両肺に多発すりガラス型結節、左下葉に長径13mmの部分充実型結節を指摘され当院を受診した。1年後のCTで部分充実型結節の濃度上昇を認めたため経気管支肺生検を行い、肺腺癌の診断に至った。左下葉切除を行ったところ、背景肺に髄膜細胞様結節 (meningothelial-like nodule) を多数認め、すりガラス型結節についてはDPMと診断した。DPMはCTで両肺びまん性に多発すりガラス型結節を呈し、通常無症状で偶発的に発見されることが多く予後良好と考えられている一方、原発性肺癌との関連が示唆されている。また、画像上は転移性肺腫瘍やmultifocal micronodular pneumocyte hyperplasia (MMPH)、異型腺腫様過形成などが鑑別となるものの、内科的診断は困難で外科的手術を要することが多い。今回我々は、肺腺癌に合併したDPMの1例を経験した。画像上DPMが疑われる場合には、悪性腫瘍を合併する可能性があり慎重な経過観察を行う必要がある。

O-052

多発する胸膜外腫瘍を契機に神経線維腫症を疑った1例

田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器内科

○山中 諒, 平井 将隆, 池田 陽呂, 笹田 剛史,
久保 直之, 矢野 翔平, 神野 志織, 田嶋 範之,
森本 千絵, 北島 尚昌, 丸毛 聡, 福井 基成

【症例】44歳。男性。【現病歴】健診胸部Xpで異常を指摘されたため、近医で胸部CTを撮影し、extrapleural signが陽性の多発胸膜外腫瘍を指摘され当院を紹介受診した。胸部単純MRIでは左腕神経叢や左右の肋間神経の走行上、左右腋窩等にT1WIで低信号、T2WIで高信号な腫瘍を多数認めた。頭部MRIでは、聴神経鞘腫は認めなかったものの、翼口蓋窩、頸静脈孔、側頭筋、側頭骨近傍、耳介背側等にT1WIで低信号、T2WIで高信号な腫瘍を多数認めた。以上の所見から神経線維腫症の可能性が考えられた。家族歴はなし。【結語】多発する胸膜外腫瘍を契機に神経線維腫症を疑った1例を経験した。Extrapleural signは胸膜外腫瘍と判断するのに有用な所見であり、また神経線維腫症は極めて稀な疾患であるため報告する。

0-053

縦隔原発セミノーマの一例

1) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科,
2) 同 泌尿器科, 3) 同 放射線部放射線科 IVR 部門

○坂本 裕人¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 外山 尚吾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⁾, 小林 昂介²⁾, 谷口 尚範³⁾

症例は37歳男性。X年6月発熱、顔面浮腫を自覚し、前医で前縦隔腫瘍を指摘され当科紹介受診。造影CTでは前縦隔に約8 cmの不均一に造影される腫瘍を認め、右鎖骨上窩・右肺門部リンパ節腫大、胸膜播種を疑う結節を伴い、いずれもPETで集積亢進を認めた。腫瘍により上大静脈は圧排され、上大静脈症候群を併発していると考えられた。X年7月にCTガイド下生検を行い、セミノーマに合致する病理所見を得、精巣超音波検査では腫瘍病変を認めず、縦隔原発セミノーマと診断した。当院泌尿器科にてEP療法(CDDP+ETP)を開始し、原発巣、リンパ節転移、胸膜播種は縮小した。腫瘍の縮小を得たが、右鎖骨下静脈から上大静脈および左鎖骨下静脈内に認めた造影不良域は拡大し、上大静脈症候群により生じた血栓の増大が疑われた。抗凝固療法(アピキサパン)を開始し造影不良域は縮小が得られた。以上、縦隔原発セミノーマと診断した一例を経験し、文献的考察を加えて報告する。

0-054

肺癌前立腺転移の症例

財団聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院

○安藤 健介, 長野 昭近, 中島 康博

【症例】60代 男性【現病歴】X-2年12月に肺腺癌 cT4N3M1c IVB期と診断され、X-1年1月に一次治療としてCBDCA + PTX + Atezolizumab + Bevacizumabを導入した。肺腺癌はRECIST PRであったがCEAとSLXが緩徐に上昇していた。X年2月にPSAの上昇があり骨盤部MRIで前立腺左葉移行域にT2WI低信号とADC低下を示す領域を認め精査を行った。【臨床経過】X年4月10日に経直腸的前立腺生検術を施行し、L1:Gleason score (GS) 3+3=6, L2:GS 3+3=6, R5:GS 5+5=10であった。R5の検体でPSA染色とTTF-1染色のいずれにも染まっていた。肺組織でもTTF-1陽性であり肺腺癌の前立腺転移と前立腺癌の併存と診断した。低悪性度前立腺癌のため経過観察となった。【考察】CEA上昇の原因として肺腺癌と前立腺癌のいずれも鑑別にあがる。前立腺の精査により低悪性度の前立腺癌と肺腺癌の前立腺転移を発見することができた。肺癌の前立腺転移は非常に稀であり文献的考察を交えて発表する。

0-055

局所麻酔下胸腔鏡で診断した副腎癌胸膜転移の1例

大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター

○山田 貴俊, 三木 雄三, 石山 福道, レオン実賀,
藤井 裕子, 澤 信彦, 柳生 恭子, 眞本 卓司

【症例】79歳、女性【現病歴】1ヶ月前からの左側腹部違和感を主訴に、CTで左胸水貯留・多発胸膜結節・多発肺内結節・左腎上部に接する巨大腹腔内腫瘍等を指摘され、当院に紹介受診となった。【血液検査】コルチゾール18.8 μ g/dL, DHEA-S 1884 μ g/dL, レニン10.7pg/mL, アルドステロン29.1pg/mL, アドレナリン<0.01ng/mL, ノルアドレナリン0.39ng/mL, ドーパミン<0.01ng/mL【経過】胸水穿刺では確定診断に至らず、局所麻酔下胸腔鏡を施行した。背側・肺底部を中心に、臓側・壁側胸膜にはポリープ状で光沢のある黄色の散在性結節を認めた。HE染色では淡明・好酸性細胞質の異型細胞が増生していた。免疫染色ではAE1/3(-), TTF-1(-), synaptophysin(+), α -inhibin(+), SF-1(+)で、Ki-67陽性細胞をびまん性に認め、画像と合わせて副腎癌の胸膜転移・多発肺転移・多発肝転移と診断した。【考察】希少癌である副腎癌の胸膜転移を局所麻酔下胸腔鏡で診断した1例を経験したため報告する。

0-056

多発遠隔転移を来した悪性胸膜中皮腫の一例

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

○北村 美華, 宮崎 慶宗, 井上裕加里, 清原あすか,
堀 靖貴, 北川 怜奈, 池内 美貴, 福島 有星,
野田 彰大, 春田 由貴, 佐渡 紀克, 齊藤 隆一,
東 正徳, 長谷川吉則, 上田 哲也

症例は74歳男性。X-2年に左胸水の精査目的で胸膜生検を行ったが、良性石棉胸水の診断であった。X年に胸部X線画像で異常陰影を指摘され当院呼吸器外科を受診した。胸腔鏡下左胸膜生検及び左上葉肺部分切除術を行い、上皮型悪性胸膜中皮腫と診断された。外科的手術の適応がなく、化学療法を開始し、休業や再開を繰り返していた。X+5年胸膜病変の急速な増大とともに、口腔底腫瘍や頸部リンパ節腫脹、脾腫瘍、大量腹水が出現した。口腔底腫瘍より生検したところ悪性胸膜中皮腫の転移であった。また腹水も細胞診セロブロックで悪性胸膜中皮腫の診断であったため、脾腫瘍や頸部多発リンパ節腫脹も同様に悪性胸膜中皮腫の転移性病変と考えられた。悪性胸膜中皮腫の進展再発形式は原発巣からの直接浸潤が主で遠隔転移は稀であり、若干の文献的考察を含めて発表する。

O-057

小細胞肺癌を合併した抗 TIF1 γ 抗体陽性の皮膚筋炎の一例

- 1) 大阪府済生会野江病院 呼吸器内科,
2) 同 リウマチ膠原病内科

○梶原 佑一¹⁾, 金子 顕子¹⁾, 藤木 貴宏¹⁾, 日下部悠介¹⁾,
中山 絵美¹⁾, 田中 彩加¹⁾, 山本 直輝¹⁾, 松本 健¹⁾,
相原 顕作¹⁾, 山岡 新八¹⁾, 三嶋 理晃¹⁾, 上杉 裕子²⁾

症例は60歳男性。皮疹、脱力、嚥下機能障害を主訴に当院紹介された。各種検査から抗 TIF1 γ 抗体陽性の皮膚筋炎と診断、ステロイド、タクロリムスによる治療を開始した。悪性腫瘍の合併が疑われたため全身精査を行ったところ、肺野に病変は指摘されなかったが、左鎖骨上窩、肺門、縦隔リンパ節の腫大がみられた。左鎖骨上窩リンパ節生検を施行し進展型小細胞肺癌と診断した。CBDCA+ETPで化学療法を開始したところ、腫瘍の縮小を認め、皮膚筋炎に伴う筋力低下に対しても一定の効果がみられた。悪性腫瘍を合併した抗 TIF1 γ 抗体陽性の皮膚筋炎について、文献的考察を加え報告する。

O-058

腫瘍随伴症候群と考えられた TIF1- γ 抗体陽性皮膚筋炎を合併した小細胞肺癌の一例

大阪府済生会吹田病院

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

【症例】79歳男性【現病歴】X年5月頃から血痰を認め、6月8日から左前腕部の腫脹、発赤を認め、翌日当院救急外来を受診。CTで右上葉に32mmの結節影、肺門・縦隔リンパ節腫大を認め、肺癌疑いおよび蜂窩織炎疑いで同日入院となった。【経過】抗菌薬治療にて皮膚症状の改善に乏しく、CK上昇が続き、膠原病内科にて皮膚筋炎と診断された。筋炎関連自己抗体でTIF1- γ 抗体が陽性であり、経過を含め腫瘍随伴症候群として皮膚筋炎が発症したと考えられた。肺腫瘍について気管支鏡検査施行し小細胞肺癌と診断したが、本人の希望にてBSCの方針となった。皮膚筋炎に対してステロイド治療を開始し、自覚症状の軽減、CKの正常化が認められた。皮膚筋炎に悪性腫瘍合併例が多い事は知られているが、腫瘍随伴症候群としての皮膚筋炎の報告は稀とされ、Fujitaらの報告では肺癌先行例の皮膚筋炎は4.7%とされており、文献的考察を含め報告する。

O-059

上大静脈症候群と閉塞性肺炎を同時期に発症し、抗癌剤投与で改善が得られた小細胞肺癌の一例

- 1) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科,
2) 同 病理診断部

○松村 和紀¹⁾, 外山 尚吾¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 田中 佑磨¹⁾,
坂本 裕人¹⁾, 中西 司¹⁾, 中村 哲史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72歳男性。X年3月より進展型小細胞肺癌としてCBDCA + ETP+Durvalumabで加療を開始。X年7月からDurvalumab維持療法を開始していた。X年8月の定期外来受診時に顔面浮腫、軽度の腹痛症状あり、採血で酢酸素の上昇と造影CTで腫瘍による上大静脈症候群と閉塞性肺炎を疑う所見があり、治療変更目的に入院となった。入院後より抗癌剤を変更してAMR療法を開始したところ、徐々に顔面の浮腫や腹痛は改善、採血での酢酸素の低下、造影CTでも腫瘍の縮小を認めた。本症例のように肺癌が臓転移並びに肺炎を起こす事は比較的稀と考えられ、文献的な考察を踏まえて報告する。

O-060

肺原発上皮-筋上皮癌の1例

大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 肺腫瘍内科

○山内桂二郎, 小牟田里以子, 田邊 英高, 横山 将史,
高田 創, 柳瀬 隆文, 細野 裕貴, 佐藤 真吾,
森下 直子, 鈴木 秀和

【症例】68歳男性【現病歴】血痰を契機に近医を受診し、精査目的に当院へ紹介された。胸部CTで左舌区気管支内に軟部陰影を認め、気管支鏡検査を行ったところ舌区気管支内に露出する白色腫瘍を認め、生検した。病理組織学的には核異型を伴う紡錘形細胞の増殖と一部に上皮様の充実性胞巣を認め、紡錘形細胞でAE1/AE3・S-100陰性、vimentin陽性、 α -SMA・calponin・GFAP一部陽性で、上皮様細胞でTTF-1陰性、AE1/AE3・CK7・EMA陽性、CK5/6・p63一部陽性であった。画像的に唾液腺に異常所見はなく、肺原発の上皮-筋上皮癌と診断した。病期はcT3N0M0、cStageIIBであったが、病変の位置から手術による根治的切除は困難と判断し、化学放射線療法を行った。治療後半年間、再発なく経過している。【考察】肺原発の上皮-筋上皮癌は非常に稀であり、文献的考察を交えて報告する。

O-061

剖検にて判明した偽中皮腫性肺癌の一例

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

○田中 伶然¹⁾, 成宮 慶子¹⁾, 堀内 智房¹⁾, 後藤 幸¹⁾,
植木 康光¹⁾, 大岡 彩¹⁾, 角田 陽子¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾,
重森 度¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 山口 将史¹⁾,
大澤 真²⁾, 小川恵美子³⁾, 中野 恭幸¹⁾

症例は81歳男性。経時的に増悪する全身倦怠感と呼吸困難を主訴に他院を受診した。胸部CTで左大量胸水を認め、癌性胸膜炎などが疑われ当院当科を紹介受診。胸腔穿刺を複数回施行するも、細胞診で有意な所見は得られず、その後行った胸腔鏡検査では胸膜癒着が著しく、観察や生検も困難であり、組織学的な確定診断がつけられなかった。その後、胸部CTで胸膜壁肥厚が急速に増悪し、胸水検査でヒアルロン酸が高値で、かつアスベスト暴露歴もあることから、臨床的に悪性胸膜中皮腫と診断した。高齢かつ多くの併存疾患があるためBSCの方針としたが、全身状態が徐々に悪化し、約3ヶ月の経過で永眠された。死後の病理解剖にて、主病態は偽中皮腫性肺癌（扁平上皮癌）と診断された。偽中皮腫性肺癌はその診断が難しく、更に組織型が扁平上皮癌であることは非常に稀であり、貴重な症例と考えられたため考察を交えて報告する。

O-062

ドセタキセル単剤初回療法のみで6年間CRを維持している一例

愛仁会 明石医療センター

○神野 裕子, 畠山由記久, 畦倉 孝暁, 阪本萌永子,
藤本 葉月, 山嵜 瞬, 池田 美穂, 岡村佳代子,
大西 尚

78歳男性。数年前からの咳嗽、喀痰を主訴に当院を紹介受診した。胸部X線で右上肺野に結節影があり、気管支鏡検査の結果、肺腺癌と診断された。PET-CTで多発肺内転移を認め、右上葉肺腺癌 cT2aN0M1a, Stage4A の診断となった。EGFR、ALKとも陰性でPD-L1は非発現であり、高齢であることから一次治療としてドセタキセル単剤治療を施行した。2コース施行後および4コース施行後のCTでは原発巣および多発肺転移は消失しており、完全奏功（CR）と判定した。その後6年間CRを維持している。第三世代細胞傷害性抗癌薬の単独療法でCRを得られた例は希少であり、文献的考察を加えて報告する。

O-063

当院にて生物学的製剤を導入した難治性喘息患者についての検討

日本生命済生会 日本生命病院 呼吸器・免疫内科

○本郷 卓英, 田中 雅樹, 廣海 洸理, 村上 輝明,
二宮 隆介, 小中 八郎, 甲原 雄平, 井原 祥一,
立花 功

【目的】難治性喘息に対する生物学的製剤の効果を評価する際、様々な指標が用いられるが、1秒量改善も重要な指標の1つである。しかし、1秒量を評価する際、加齢による気道リモデリングの進行を鑑み、生物学的製剤導入時の年齢を考慮することが重要と思われる。今回、生物学的製剤導入時の年齢で1秒量の改善の違いを評価した。【方法】2013年1月～2023年5月に生物学的製剤が導入された難治性喘息患者124例を対象とし、診療録を用いて後方視的に検討した。【結果】全体では1秒量は生物学的製剤の導入4か月後に平均40.6 mLの増加を認めた。70歳以下の患者群と71歳以上の患者群（高齢者群）で比較すると前者では約130mL程度の増加を認めた一方で後者では約21 mL減少していた。【結論】今回の検討では、高齢者群で生物学的製剤導入後も1秒量は減少していた。高齢者において生物学的製剤による1秒量の評価についてさらなる検討が必要と思われる。

O-064

高齢者喘息に対するベンラリズマブの有効性と安全性の検討

大阪鉄道病院

○永井 貴彬, 青原 大介, 戸田 詩織, 西田 浩平,
玉垣 学也

【背景】気管支喘息の有症率は小児と高齢者に多いことが報告されている。我が国では高齢化社会の進行に伴い、高齢者喘息が増加傾向にあり、喘息死においても高齢者が大半を占める。高齢者喘息の管理が重要となっているが、高齢者に対する生物学的製剤の有効性や安全性に関する検討は少ない。【方法】2018年4月から2023年3月までの期間で、当院で70歳以上の気管支喘息患者に対しベンラリズマブが投与された患者を調査対象とし、奏効率や副作用の割合を検討した。臨床的寛解の判断は、日本喘息学会：喘息診療実践ガイドライン2023の定義を使用した。【結果】ベンラリズマブが投与された症例は10名（男性5名、女性5名、平均年齢80歳）で臨床的寛解が得られたのは60%（n=6/10）であった。副作用は全例で認めなかった。【結論】本調査におけるベンラリズマブの奏効率は既報告とほぼ同等であり、明らかな副作用の出現もなく、高齢者の喘息においても有用な治療と考えた。

O-065

デュピルマブによる乾癬様皮膚炎を発症した一例

天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院

○田中 佑磨, 外山 尚吾, 岡垣 暢紘, 坂本 裕人,
 中西 司, 松村 和紀, 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

症例はアトピー性皮膚炎の既往がある35歳男性。X-3年9月に慢性好酸球性肺炎と診断し、プレドニゾロン35 mg 導入し、X-1年2月までプレドニゾロン3 mg に漸減した。そこで鼻閉の悪化が生じ好酸球性副鼻腔炎合併と診断した。内視鏡下副鼻腔手術施行後、副鼻腔炎や好酸球性肺炎の再燃はないが気管支喘息のコントロールが不良のため、X-1年9月よりデュピルマブを導入した。その後、気管支喘息も安定したが、X年1月に左下肢に皮疹が出現、徐々に頭部、両腕、体幹部に掻痒・鱗屑を伴う紅斑が拡大した。X年4月に左側腹部紅斑を生検し乾癬様皮膚炎と診断した。乾癬型薬疹と考えX年7月よりデュピルマブを中止、外用薬にて乾癬様皮膚炎は改善傾向にある。アトピー性皮膚炎に対してデュピルマブを使用し乾癬様皮膚炎を発症した既報もあり、Th2からTh17への免疫シフトによる機序が考えられている。デュピルマブの重要な合併症と考えられ報告する。

O-066

IgG4関連疾患に合併した気管支喘息に対して Dupilumab を投与した一例

浅香山病院 呼吸器内科

○小島 和也, 櫻井 佑輔, 丸山 直美, 岡本 敦子,
 芝崎 功行, 太田 勝康

症例は74歳男性。X-8年に右鼠径部の腫瘍性病変精査目的に他院を受診され、後腹膜生検を行った。IgG4関連疾患（大動脈炎、後腹膜線維症、自己免疫痔炎）の診断に至り、プレドニゾロンやアザチオプリンで治療された。また気管支喘息も合併してことからICS/LABA/LAMA吸入薬を併用されていた。X-1年4月より当院で加療を継続した。IgG4関連疾患については安定して経過していたが、尿路感染症や細菌性肺炎による入院加療を繰り返し、肋骨骨折などステロイド加療による副作用が頻発した。今後も長期間ステロイド加療が必要であり、副作用が懸念されたため、気管支喘息ならびにIgG4関連疾患に対してDupilumabを投与した。血清IgG4値や胸腹部CT検査などを行いつつプレドニゾロンを減量したが、IgG4値の上昇や画像上の悪化は認めなかった。IgG4関連疾患に対するDupilumabの効果についての報告が散見されており文献的考察を加えて報告する。

O-067

CTガイド下生検が診断に有用であったIgG4関連肺疾患の一例

1) 大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 呼吸器内科,
 2) 同 画像診断科, 3) 同 病理診断科

○細野 裕貴¹⁾, 小牟田里以子¹⁾, 田邊 英高¹⁾, 横山 将史¹⁾,
 山内桂二郎¹⁾, 柳瀬 隆文¹⁾, 高田 創¹⁾, 佐藤 真吾¹⁾,
 馬越 泰生¹⁾, 田村香葉子¹⁾, 竹下 徹²⁾, 森 秀夫³⁾,
 上田 佳世³⁾, 森下 裕¹⁾

77歳男性。X-1年12月、右肺下葉の浸潤影が指摘された。自覚症状が乏しく、他院で器質性肺炎が疑われTBLBを施行するも、病理診断にはいたらなかった。X年2月、肺陰影が増大しており当院に紹介となった。TBLCを実施すると、病理所見はやはり器質性肺炎と異なっており、多数の形質細胞浸潤が認められたことから肺MALTリンパ腫が鑑別として挙げられた。そこでPET-CTを行い、FDG集積部位を狙いCTガイド下生検を実施したところ、IgG4関連肺疾患の確定診断となった。TBLCの病理検体を見返すと、CTガイド下生検の検体と比較し、IgG4関連疾患としての確定診断はやや難しい結果であった。ステロイド加療を行い、肺陰影の改善を認めた。IgG4関連疾患は他疾患との鑑別が重要であり、組織学的診断が望ましい。肺浸潤影を呈している場合、診断率向上のため生検部位を適切に選択する必要がある、検査方法の検討を要する。

O-068

当院における肺非結核性抗酸菌（NTM）症を合併した ABPM/ABPA 症例の臨床経過の検討

国立病院機構 大阪刀根山医療センター 呼吸器内科

○長田 由佳, 新居 卓朗, 原 侑紀, 松木 隆典,
 橋本 尚子, 辻野 和之, 三木 啓資, 木田 博

【目的】気管支拡張症を背景としたABPM/ABPAは慢性下気道感染症を合併しやすく、ステロイド治療の障壁となることが懸念される。当院におけるABPM/ABPAに合併した肺NTM症の合併頻度、臨床経過を評価した。【方法】2015年4月から2024年4月で当院で診断・治療したABPM/ABPA患者58人を抽出、肺NTM症の診断の有無、治療経過（ABPM/ABPA治療薬、ABPM/ABPA再燃の有無、肺NTM症の治療経過）、検査データ情報を収集した。【結果】ABPM/ABPAと診断された58症例中、8症例（13.8%）が肺NTM症を合併していた。ABPM/ABPAの治療として、全例で経口ステロイド治療を導入、3症例で生物学的製剤を併用した。肺NTM症の治療として4症例で多剤併用療法を施行した。全症例で、ABPM/ABPA治療に伴う肺NTM症の増悪はなかった。【結論】ABPM/ABPAの慢性下気道感染症としての肺NTM症の合併頻度は高く、抗酸菌培養検査でのスクリーニング、症例に応じ肺NTM症の治療導入を検討する必要がある。

O-069

閉塞性肺炎を契機に集学的治療を行った気管支閉鎖症と 嚢胞感染の1例

1) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科,
2) 同 呼吸器外科

○中西 司¹⁾, 外山 尚吾¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 坂本 裕人¹⁾,
田中 佑磨¹⁾, 小林 萌²⁾, 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⁾, 橋本 成修¹⁾,
田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 中川 達雄²⁾, 羽白 高¹⁾

症例は35歳女性。当院総合内科で全身性エリテマトーデスに対し免疫抑制治療が行われ、寛解を維持していた。X年6月咳嗽を自覚し、右上葉に新規陰影を認め当科紹介。胸部CTで右上葉に浸潤影・嚢胞を認め、縦隔にかけて広がる液貯留を伴った嚢胞も認めた。画像上、右B2入口部の閉塞が疑われ、気管支鏡検査を施行したところ、右B2入口部が確認できず、右B2気管支閉鎖症と診断した。炎症反応の上昇もあり閉塞性肺炎と診断し、抗菌薬治療にて右上葉の浸潤影や嚢胞は縮小も陰影は残存した。今後の再燃予防を含めて外科的加療の方針となり第34病日に胸腔鏡下右S2区域切除術を施行。右S2背側に縦隔と癒着した嚢胞があり内部に白色調の液貯留を認めた。内視鏡所見と経過も踏まえ、気管支閉塞症、閉塞性肺炎および嚢胞感染に矛盾しなかった。閉塞性肺炎を契機に集学的治療を行った気管支閉鎖症と嚢胞感染の1例を経験し文献的考察を踏まえ報告する。

O-070

肋軟骨陥凹を伴う気管支閉鎖症の1例

1) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座,
2) 同 がんゲノム・腫瘍内科学講座,
3) 奈良県立医科大学附属病院 栄養管理部,
4) 奈良県立医科大学 医学部看護学科 臨床病態医学

○永吉 琢真¹⁾, 堀本 和秀¹⁾, 太田 和輝¹⁾, 中村 真弥¹⁾,
古山 達大¹⁾, 佐藤 一郎¹⁾, 古高 心¹⁾, 宮高 泰匡¹⁾,
岩佐 佑美¹⁾, 新田 祐子¹⁾, 春成加奈子¹⁾, 坂口 和弘¹⁾,
谷村 和哉¹⁾, 長 敬翁¹⁾, 大田 正秀^{1,2)}, 藤田 幸男^{1,3)},
山本 佳史¹⁾, 本津 茂人¹⁾, 山内 基雄^{1,4)}, 室 繁郎¹⁾

症例は42歳男性。小児期から複数回肺炎に罹患しており、X年2月に肺炎を機に前医を受診、胸部CTを撮影したところ右肋軟骨の陥凹、右B2の閉塞およびその近傍にfluid貯留を伴う数珠上の嚢胞がみられ同年4月に当科紹介となった。造影CTでは肺分画症を示唆する異常血管は見られず、気管支鏡検査ではB2が確認できず右上葉はB1、B3の2分岐で右上葉気管支に盲端の枝が確認された。以上より気管支閉鎖症と診断し右上葉切除の方針となった。先天性嚢胞性肺疾患に漏斗胸を合併することが報告されており、一つの機序として嚢胞性病変による呼吸容積の減少により胸腔に過剰な陰圧がかかることで肋軟骨の柔らかい小児期に前胸部が陥没することが想定されている。気管支閉鎖症と同側に生じた本症例の肋軟骨陥凹も同様の機序が想定される。肋軟骨陥凹を伴う嚢胞性肺疾患では先天的もしくは小児期に生じた可能性を考慮する必要がある。

O-071

喘息加療中に発症した肺炎にて意識消失発作を起こし先 天性声門下狹窄症と診断された一例

加古川市民病院機構 加古川中央市民病院

○戸谷 梨沙, 多木 誠人, 森田 敦視, 黒田 修平,
佐伯 悠治, 豊田 純貴, 長 佳純, 藤井 真央,
徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明, 繁治 純

症例は21歳の女性。高校生時より喉の違和感を自覚し近医にて喘息治療がなされたが喘鳴が消失しなかった。X年4月より保育士として就職した。4月某日、自宅内で突然の意識消失発作を起こし、総合病院へ救急搬送された。てんかんの疑いで3日後に退院したが、同日に酸素化低下を伴う発熱があり肺炎の診断で再入院となった。退院後も微熱が持続し、経過中に再び一過性の意識消失発作が確認されたという。5月某日、近医にて肺炎と診断されたが、短期間に肺炎を繰り返すこと、本人が「窒息しそうで怖い」としきりに訴え、精査加療目的に当科に紹介された。来院時、著明な喘鳴を頸部から聴取し、CTと内視鏡検査にて声門付近に輪状軟骨の一部が欠損しており同部位の気管に狹窄をみとめた。全身麻酔を伴う手術歴はなく、成人期発症の先天性声門下狹窄症と診断した。他院に依頼し気管支鏡下の気道再建術を行った。先天性声門下狹窄症の診断と治療法について考察する。

O-072

治療抵抗性の再発性多発軟骨炎に対してトシリズマブが 著効した一例

神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民医療センター

○鶴井佐奈子, 青木 勝平, 西田 裕也, 庵坂 学外,
大倉 千明, 的場 智也, 貴志 亮太, 白川 千穂,
平林 亮平, 佐藤 悠城, 永田 一真, 中川 淳,
富井 啓介, 立川 良

56歳男性。3年前に咳嗽と呼吸困難を主訴に受診した。両側耳介軟骨炎の既往とPETで気管気管支軟骨への集積を認め、抗Collagen Type II抗体陽性の再発性多発軟骨炎と診断した。初期治療としてステロイドが奏効したが、減量の過程で気道軟骨炎が悪化、ステロイドパルス療法やMTXなどの免疫抑制剤併用下でも再燃を繰り返し、気道症状と閉塞性換気障害の悪化を認めた。トシリズマブを開始後、速やかに閉塞性換気障害と呼吸器症状の改善が得られ、再燃なくステロイドを漸減終了することができた。また、CTでは気管支径の拡大と気管気管支軟骨の石灰化が確認された。ステロイド治療抵抗性の再発性多発軟骨炎に対しては、MTXを中心とする免疫抑制剤が用いられるが、最近では難治例に対する生物学的製剤の有効性も示されている。トシリズマブ投与にて進行性の軟骨破壊を抑制でき、気管気管支軟化症の改善が得られた一例を報告する。

0-073

気管支鏡にて診断のついた気管支型肺平滑筋腫の一例

兵庫医科大学医学部 呼吸器・血液内科

○村田 卓嗣, 藤本 大智, 森 麻子, 加藤 瑞貴,
太田 博章, 脇田 悠, 近藤 孝憲, 神取 恭史,
清田稔太郎, 徳田麻佑子, 東山 友樹, 多田 陽郎,
祢木 芳樹, 三上 浩司, 大嶋泰一郎, 高橋 良,
南 俊行, 栗林 康造, 木島 貴志, 廣田 誠一

【症例・経過】57歳男性。左腎盂癌に対してX-2年3月に胸腔鏡下左腎尿管全摘出術を施行され、その後外来で画像フォローをされていた。X-1年7月胸部CTで左肺下葉B9+10入口部にポリープ状の構造物を指摘された。X年1月胸部CTで増大傾向ではないが残存を認めたため、同年5月に呼吸器内科紹介初診となり同月に気管支鏡検査を行った。左下葉枝入口部に有茎性の白色、表面が平滑な隆起性病変を認め生検鉗子で摘出した。病理検査で核に異形を伴わない紡錘形の細胞が束状に増殖するのを認め、免疫染色で抗 α 平滑筋アクチン抗体や抗デスミン抗体が陽性であり平滑筋腫と診断された。退院後のX年7月胸部CTでは同部位に再発がないことを確認している。肺原発の平滑筋腫は稀な良性疾患であり当日は文献考察を交えて報告する。

0-074

シェーグレン症候群に伴う濾胞性細気管支炎と臨床診断した一例

神戸市民病院機構 西神戸医療センター

○井上 拓弥, 益田 隆広, 吉山 史子, 藤本さやか,
吉村聡一郎, 徳重 康介, 佐藤 宏紀, 濱崎 直子,
三輪葉々子, 木田 陽子, 瀬瀬 力也, 桜井 稔泰,
多田 公英

症例は76歳女性。数日前からの咳嗽と労作時呼吸困難を自覚し当院救急外来を受診。胸部CTでは気管支拡張、粒状影を認め、気管支肺炎あるいは非結核性抗酸菌症が疑われ、精査目的に入院となる。しかしセフトリアキソンによる治療で改善を認めず、喀痰抗酸菌塗抹検査を施行するも3回陰性であり、細菌感染や抗酸菌感染は否定的であった。抗SS-A、B抗体が陽性となり、ガムテストの陽性と合わせてシェーグレン症候群と診断し、シェーグレン症候群の細気管支病変を疑い気管支鏡検査を施行した。組織診断で濾胞形成を伴う高度のリンパ球集簇像所見を認め、シェーグレン症候群に伴う濾胞性細気管支炎と臨床診断した。副鼻腔炎も認め、副鼻腔気管支症候群を考慮してエリスロマイシンの少量投与を開始し、臨床症状の改善を認めた。シェーグレン症候群に伴う濾胞性細気管支炎の症例を経験したので文献的考察を付けて報告する。

0-075

化学療法後にびまん性汎細気管支炎と類似する気道病変を合併した一例

近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

○川端 慶之, 國田 裕貴, 吉川 和也, 御勢 久也,
山崎 亮, 大森 隆, 西川 裕作, 佐野安希子,
西山 理, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 原口 龍太,
東田 有智, 松本 久子

64歳女性。HER2陰性進行胃癌、多発肝転移の患者。1次治療として、ニボルマブ+CAPOX療法を開始するも、約2か月後、腫瘍増大の判断にて、サイラムザ+パクリタキセルによる治療へ変更となった。その約1か月後から、咳嗽・喀痰の増加と炎症反応の上昇があり、CT画像では、気管支壁肥厚を伴うびまん性の小葉中心性粒状影・分岐状影の出現を認めた。抗菌薬で治療を行い、一旦は改善傾向となるも、再燃を繰り返すため気管支鏡検査を行った。BALFはリンパ球分画優位であり、左肺下葉からのクライオ生検の病理組織では、細気管支領域にリンパ球の浸潤があり、細胞性細気管支炎(cellular bronchiolitis)と考える所見であった。十分な抗菌薬治療の後に少量マクロライド療法を開始し、症状と画像所見の改善は維持されている。報告は少ないが、化学療法による副作用として、気道病変も念頭に置く必要がある。

0-076

Nivolumab + Ipilimumab 併用療法後、血球貪食症候群を来した1例

1) 藤井会 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 血液内科

○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⁾, 田中 一臣³⁾,
平島 智徳²⁾, 平田 一人¹⁾

【症例】68歳、男性【主訴】発熱、ふらつき【現病歴】術後再発肺腺癌(TPS0%)に、Nivolumab+Ipilimumabで治療。4コース目投与14日後に上記主訴で救急搬送。サイトカイン放出症候群(CRS)を疑い緊急入院。【経過】入院後検査でTG高値、3系統骨髓細胞の低下、フェリチン高値、骨髓生検で血球貪食像を認め、血球貪食症候群(HLH)と診断した。CRS、DIC、肝機能障害も合併し、頻回の輸血を要した。ステロイドパルス後ブレドニゾロン、トシリズマブ、デキサメサゾン、シクロスポリン、 γ グロブリンで加療した。症状とデータは改善傾向であったが入院19日目、菌血症による突然の発熱に伴い重篤な心不全を発症し、同日死亡した。【考察】免疫療法関連・血球貪食症候群の報告例は少なく確立した治療法も無く、重篤な転帰を呈することが多い。本症例は各種治療を行いHLHの改善傾向を示したが突然死に至った。早期にCRS、HLHを検出するバイオマーカーが求められる。

0-077

進行非小細胞肺癌の二次治療以降におけるイピリムマブ＋ニボルマブ (Ipi+Nivo) 併用療法の有効性

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

目的：進行非小細胞肺癌の二次治療において PD-1 阻害薬または PD-L1 阻害薬の単剤療法は有効性のエビデンスが確率しているが、PD-1 阻害薬または PD-L1 阻害薬と CTLA-4 阻害薬の併用療法に関するエビデンスは不十分である。非小細胞肺癌に対する二次治療以降における Ipi+Nivo 併用療法の有効性について検討する。方法：2020年4月1日から2024年8月1日までの期間に二次治療以降で Ipi+Nivo を使用した非小細胞肺癌の症例の無増悪生存期間 (PFS) と全生存期間 (OS) を解析した。結果：男性7例と女性4例の合計11例で腺癌は8例、扁平上皮癌は3例であった。PD-L1は0%:3例, 1-49%:5例, 50%以上:2例, 1例が不明であった。PFSは1例, OSは3例が未達であった。PFSとOSの中央値は、それぞれ112日と689日であった。考察：二次治療以降でもイピリムマブ＋ニボルマブ併用療法は有用である可能性が示唆された。

0-079

限局型小細胞肺癌治療 11年後に照射部位から発生した二次癌の扁平上皮癌にペムブロリズマブが奏効した1例

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター

○田宮 朗裕, 住谷 仁, 神山友香梨, 塚口 晃洋, 岩橋 佑樹, 稲垣 雄士, 谷口 善彦, 沖塩 協一

症例は79歳の喫煙男性。X-11年に限局型小細胞肺癌 (cT3N2N0 stage IIIA; TNM 分類第7版) に対し放射線化学療法 (シスプラチン＋エトポシド, 加速過分割照射: 45Gy/30Fr) を行った。画像上CRとなり, proGRP が陰性化したため, 予防的全脳照射: 25Gy/10Frを行った。X-2年までCRであることを確認して治療終了としていたが, X年に近医で右上葉腫瘤を胸部単純写真で指摘, 当院再紹介。精査にて扁平上皮癌 (T4N0M0 Stage IIIA, PD-L1 80%), 照射部位に一致した部位の腫瘍で治療関連二次癌と診断した。照射部位での再発で根治治療不能であることから, ペムブロリズマブで治療を開始し, 腫瘍縮小の奏効を得た。治療関連二次癌に対してペムブロリズマブが奏効した症例を経験したので報告する。

0-078

上皮型悪性胸膜中皮腫と肺腺癌の重複癌に対して Nivolumab+Ipilimumab 併用療法が奏効した1例

1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科,
2) 同 病理診断科

○関瀬 大輔¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 神山友香梨¹⁾, 住谷 仁¹⁾, 岩橋 佑樹¹⁾, 塚口 晃洋¹⁾, 杉本 英司¹⁾, 稲垣 雄士¹⁾, 谷口 善彦¹⁾, 田宮 朗裕¹⁾, 松田 能宣¹⁾, 清水 重喜²⁾, 沖塩 協一¹⁾

【症例】70歳男性【主訴】労作時呼吸困難【病歴】X-6ヵ月頃から労作時呼吸困難を自覚し, X-4日に前医で撮影された胸部レントゲンにて, 胸部異常陰影を指摘された。X日に当院を受診し, 胸部CT検査で, 左前胸部胸膜腫瘍影, 左びまん性胸膜肥厚, 右下葉に約5cmの浸潤影, 縦隔リンパ節腫大を認めた。左前胸部胸膜腫瘍に対してCTガイド下肺生検を施行, 右下葉浸潤影に対して経気管支生検を施行し, それぞれ上皮型悪性胸膜中皮腫 (T2N1M0 cStage2B期), 肺腺癌 (T3N2M0 cStage3B期) と診断した。呼吸機能検査も踏まえ, 根治的外科的切除が困難と判断し, Nivolumab+Ipilimumab 併用療法を開始した。開始約12週後の胸部CTでは左前胸部胸膜腫瘍および右下葉浸潤影はいずれも縮小傾向であり, 治療奏効を示した。【考察】悪性胸膜中皮腫と肺腺癌の重複癌は極めて稀であるが, Nivolumab+Ipilimumab 併用療法が両者に奏効した1例を経験したので報告する。

0-080

肺扁平上皮癌に対し Pembrolizumab 単剤療法中に急性肝障害を認め, 遠位胆管癌との重複癌の診断となった一例

大阪府済生会千里病院

○井上 孔介, 森本 彬人, 山口 統彦, 岡本祐希子, 多河 広史, 古川 貢, 藤原 綾子, 葛谷憲太郎, 松浦 良信, 伊藤 翔, 横山 茂和, 由谷 親夫, 山根 宏之

77歳男性。X-2年10月に肺扁平上皮癌 (cT2bN0M1a Stage IVA) と診断された。PD-L1 TPS 75%以上陽性であり, Pembrolizumab 単剤療法を施行した。PRの状態では15サイクル施行後に不安定狭心症とGrade 4肝障害を認めた。免疫関連有害事象による肝障害と診断し, ステロイドパルス療法と冠動脈ステント留置を行い, 肝逸脱酵素は正常化した。ステロイドは漸減しMMF投与を行ったが, 肝胆道系酵素の再上昇と黄疸を認めた。MRCP, 腹部造影CTを施行したところ下部胆管狭窄を認めたため胆管ステント留置を行い, 胆汁細胞診にて腺癌疑い (class IV) の結果となった。遠位胆管癌と診断しX年7月臍頭十二指腸切除術, 肝生研を行ったが, 肝臓や胆管にリンパ球浸潤は認めなかった。免疫関連有害事象ではなく肺癌治療中に合併した遠位胆管癌の重複癌の診断となり, その診断は慎重になすべきと考えられた。

O-081

同時放射線化学療法が奏功した原発性気管扁平上皮癌の1例

京都市立病院機構 京都市立病院

○笹倉 美咲, 小熊 毅, 吉田 葵, 高田 直秀,
山添 正敏, 太田 登博, 吉岡 秀敏, 五十嵐修太,
小林 祐介

【症例】56歳 男性 【現病歴】X年夏頃から咳嗽、血痰を自覚し、11月頃から増悪したため前医を受診した。胸部CTで気管背側の腫瘤と気管狭窄を指摘され、12月28日に当院紹介受診した。【治療経過】腫瘤は急速に増大していたため、同部位に対して緊急照射を先行後、EUS-B-FNAを施行したところ扁平上皮癌の病理診断が得られた。遠隔転移は認めなかったが、腫瘍が頭尾方向に広く存在しており根治切除は不可能であった。CDDP + VNRによる化学療法を2コース施行し、2コース目に併せて放射線照射を追加した。放射線化学療法後にdurvalumab維持療法へ移行し、以降は再発なく経過している。【考察】原発性気管癌の頻度は全悪性腫瘍の0.1-0.4%と稀で、治療法は確立されていない。今回、同時放射線化学療法が奏功しdurvalumab維持療法を施行した症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

O-083

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) を用いた治療中にサイトカイン放出症候群 (CRS) の発症は稀ながら重篤な有害事象の一つである。CRSでは様々なサイトカインが放出され、その中でも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アテゾリズマブ+化学療法で治療を開始した。day 7にグレード3の発熱性好中球減少症として治療を開始するも、その後、汎血球減少と高炎症状態・呼吸状態の増悪を認め、免疫関連有害事象 (irAE) として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。その後、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-082

POSEIDONレジメンを投与した胸部 SMARCA4欠損未分化腫瘍の一例

1) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学,
2) 同 臨床腫瘍学, 3) 同 診断病理・病理病態学○林 晃大¹⁾, 谷 陽子²⁾, 中井 俊之¹⁾, 山田 一宏¹⁾,
渡辺 徹也¹⁾, 田中さやか³⁾, 孝橋 賢一³⁾, 川口 知哉^{1,2)}

【背景】胸部 SMARCA4欠損未分化腫瘍に対する免疫チェックポイント阻害薬の治療報告は少ない。【症例】59歳男性、Brinkman Index 780。X年3月背部痛を主訴に受診した。胸部CTで左多発胸膜病変結節、縦隔リンパ節腫大、左胸水貯留を認めた。胸腔鏡検査で胸膜結節を生検、腫瘍細胞の免疫染色結果はSMARCA4 (-), CD34 (+), SALL4 (+, focal), Claudin4 (+, focal) であり胸部 SMARCA4欠損未分化腫瘍と診断した。PD-L1 (22C3) は0%であった。X年5月よりCBDCA + nab-PTX+Durvalumab+Tremelimumabを開始し著明な縮小効果を得たが、4コース後リンパ節の再増大でPDとなった。【考察】POSEIDONレジメンが一時的にはあるが奏功した症例を経験した。文献的考察を加えて発表する。

O-084

肺癌との鑑別を要した孤立性単腫瘍影の肺サルコイドーシスの一例

愛仁会 明石医療センター

○山崎 瞬, 岡村佳代子, 阪本萌永子, 神野 裕子,
藤本 葉月, 池田 美穂, 畠山由記久, 大西 尚

症例は29歳男性。20本/日を15年間の喫煙歴があり、健診の胸部異常陰影を指摘されて紹介となった。CTでは軽度の縦隔リンパ節腫大を伴った右下葉の3cmの腫瘍影がみられ、肺癌が疑われた。右下葉腫瘍に対してEBUS-GSの生検と気管分岐下リンパ節に対してTBNAを行ったが、いずれも肉芽腫性炎症が疑われるのみで悪性所見はなかった。外科的に縦隔リンパ節生検を施行した結果、非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め、サルコイドーシスと診断した。サルコイドーシスの肺野病変では、リンパ路に沿うような小粒状影、小葉間隔壁の肥厚などが典型的である。本症例では単腫瘍影を呈しており、腫瘍周囲および他葉の肺野病変も乏しく、肺癌との鑑別を要した稀な症例と考えられた。孤立性単腫瘍影の場合には悪性腫瘍との鑑別のため、外科切除により診断された報告は多い。肺癌を疑うような腫瘍病変やリンパ節腫脹の場合に、稀ではあるが肺サルコイドーシスを念頭に置く必要がある。

0-085

巨大な皮下結節から診断された肺サルコイドーシスの一例

- 1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科,
2) 同 皮膚科, 3) 同 循環器内科,
4) 同 バイオメディカルセンター

○上田 亮太¹⁾, 古田 勝之¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 中塚 瑞記²⁾,
風呂谷亜美²⁾, 太田 慎吾³⁾, 永井 隆寛¹⁾, 高倉 敏彰¹⁾,
高瀬 衣里¹⁾, 大西美帆子¹⁾, 加藤 真衣¹⁾, 中口 恵太¹⁾,
宮井 優¹⁾, 村上恵理子¹⁾, 柴木 亮太¹⁾, 赤松 弘朗¹⁾,
清水 俊雄¹⁾, 中西 正典¹⁾, 洪 泰浩^{1,4)}, 山本 信之^{1,4)}

【症例】72歳, 女性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】5年前からの労作時呼吸困難を主訴に近医を受診。画像検査にて間質性肺炎が疑われ精査目的に当科を受診。【身体所見】右前腕伸側に4×7cmの弾性硬で可動性のある皮下腫瘍, 両側肘頭に同様の腫瘍あり。【経過】CTで両肺びまん性に多発粒状影を認め, 多発縦隔リンパ節腫大を認めた。PET-CTで肺野, 縦隔リンパ節, 両上肢の皮下結節にFDGの集積を認め, 心筋にも限局するFDG集積を認めた。BAL/TBLBでは組織診断に至らず, 皮下腫瘍の生検で類上皮性肉芽腫の所見を認め, サルコイドーシスの組織診断となった。肺サルコイドーシスとしてはStageIIでプレドニゾロン30mg/dayから治療を開始。皮下結節は著明に縮小し肺病変についても消退傾向を認めた。現在プレドニゾロンは漸減中で, 無増悪で経過している。【結語】皮膚サルコイドーシスとして典型的とは言えないサイズの皮膚病変から診断がついた症例を経験した。

0-086

多発結節影を認めたサルコイドーシスの2例

- 1) 高槻赤十字病院 呼吸器内科,
2) 同 救急科

○三崎裕美子¹⁾, 野村奈都子¹⁾, 深田 寛子¹⁾, 中村 保清²⁾,
北 英夫¹⁾

症例1. 50代男性。検診で両側肺門リンパ節腫脹(BHL)を指摘された。胸部CTでBHLに加えて肺野の多発結節影を認めた。超音波気管支鏡ガイド下針生検にて類上皮性肉芽腫を認めサルコイドーシスと診断。1か月後, BHLと多発結節は縮小した。症例2. 70代男性。多発の小結節にてフォロー中であったが, 肺野の多発結節の増大傾向と縦郭リンパ節の腫大を認めた。PET-CTでは一部の小結節と縦郭肺門リンパ節にFDGの取り込みを認めた。胸腔鏡下手術生検を施行し, 肺野の小結節を含む肺組織と縦郭リンパ節より類上皮性肉芽腫をみとめサルコイドーシスと診断した。3年後に縮小を認めた。肺サルコイドーシスの中で結節型は比較的稀とされ, 文献的考察を加え報告する。

0-087

MTXが有効であったサルコイドーシスの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, 3) 同 放射線科

○世利 佳澁¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 竹野内政紀¹⁾,
平田 展也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⁾, 横井 陽子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 中原 保治¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
安松 良子²⁾, 東野 貴徳³⁾, 河村 哲治¹⁾

47歳女性。X-2年に視力低下と皮疹にて他院を受診。虹彩毛様体炎を認め, 皮膚生検でサルコイドーシスと診断された。X-2年9月の胸部CTでは微細粒状影や肺門縦隔リンパ節腫大が認められ, X-1年4月に視力低下や咳嗽が出現。プレドニゾロン(PSL)40mg/日を開始し, 肺野陰影はあまり改善なかったが視力はわずかに改善した。20mg/日まで減量したところ肺野陰影が増悪, さらに5mg/日まで減量した時点でX年1月に当院を紹介受診となった。胸部CTにて多発する肺結節を認め, TBLBを実施。サルコイドーシスと診断した。ステロイド投与下で陰影の悪化があったためステロイドは不応と判断しPSL5mg/日にMTX5mg/週を追加。咳嗽および陰影は改善した。サルコイドーシスにおけるMTX投与について文献的考察も含め発表する。

0-088

ステロイドの投与により肺サルコイドーシスの改善を気管支鏡検査で確認した1例

地域医療機能推進機構 大阪病院 呼吸器内科

○薮崎 興平, 田中 陽子, 津田 誉至, 阪上 和樹,
光岡 茂樹, 鴨井 博

【症例】55歳女性【現病歴】20XX-6年12月両眼ぶどう膜炎, 血中ACE高値のため当院眼科を紹介された。胸部CT検査にてサルコイドーシスを疑う所見を認めたため, 呼吸器内科紹介となった。以降当科フォロー継続していたが20XX年4月縦隔肺門リンパ節の増大, 肺野の粒状影の悪化を認め気管支鏡検査を行うこととなった。サルコイドーシスの悪化が疑われ同年6月ステロイド導入のための入院を行った。【考察】20XX年の気管支鏡検査では左右気管支上皮の広範に隆起性病変を認めていた。プレドニゾロン内服を開始後, 胸部CT検査でリンパ節の縮小, 粒状影の改善があり, 患者の希望で行った気管支鏡検査でも上皮の隆起性病変は改善していた。ステロイド投与後に気管支鏡検査で肺サルコイドーシスの改善を確認した症例は珍しく若干の文献学的考察を加えて発表する。【結語】ステロイドの投与により肺サルコイドーシスの改善を気管支鏡検査で確認した症例を経験した。

O-089

COVID-19後器質性肺炎の当院での治療法について

奈良県西和医療センター

○中井 昌弘, 杉村 裕子, 中 若葉, 田村 緑

【背景】2020年より世界的に流行しているCOVID-19感染症についてその後遺症が問題となっている。その1つにCOVID-19後器質性肺炎 (post COVID-19 Organizing Pneumonia, PCOP) が生じるという報告が散見される。しかし、その治療法については、特発性器質性肺炎の治療に準じてグルココルチコイドで加療開始し、漸減していくという方法が多いが、治療薬剤、初期投与量、減量スピードなどについて統一した見解がないのが現状である。【方法】当院では、大抵の症例でプレドニゾロン (PSL) を0.5mg/kg/dayで加療開始し、1～2週間毎に5～10mg/dayずつ減量する。【結果】当院では同加療で全症例で速やかに改善を得られ、再増悪なく経過している。【結語】PCOPに対して、PSLによる加療が奏功し、速やかなテーパリングでも再増悪なく改善する可能性が示唆される。典型的な3症例の症例提示も含め報告する。

O-091

抗ARS抗体陽性間質性肺炎の治療中に抗MDA5抗体陽性が判明し死亡に至った急速進行性間質性肺炎の1例

国立病院機構 姫路医療センター

○永田 憲司, 日隈 俊宏, 世利 佳澁, 竹野内政紀,
平田 展也, 平岡 亮太, 山之内義尚, 小南 亮太,
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

症例：76歳女性 病歴：X年4月に膝関節痛があり、他院を受診、抗CCP抗体陽性等より関節リウマチと診断された。5月初旬に発熱が持続し他院へ入院、抗ARS抗体陽性の間質性肺炎と診断、ステロイドが投与されたが反応性乏しく、6月初旬に当院へ転院となった。メカニックハンド、逆ゴットロン徴候等認め、CADM関連の急速進行性間質性肺炎を疑いステロイド・パルス、タクロリムス、シクロホスファミド投与を行ったが反応性乏しく、入院第10病日に抗MDA5抗体陽性と判明、多臓器不全で第21病日に死亡した。考察：抗MDA5抗体と抗ARS抗体の同時陽性例は稀であり、先に抗ARS抗体陽性が判明した場合、抗MDA5抗体に気づかず診療を継続する可能性がある。まれな症例と考えられたため文献的考察を加えて報告する。

O-090

自己免疫性肺胞蛋白症をきたした研磨作業従事者の1例

1) 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター 西市民病院
2) 埼玉県立病院機構 埼玉県立循環器・呼吸器病センター

○古川 湧也¹⁾, 岩林 正明¹⁾, 小林 裕¹⁾, 宮本 混大¹⁾,
李 正道¹⁾, 松岡 佑¹⁾, 横田 真¹⁾, 網本 久敬¹⁾,
瀧口 純司¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 金子 正博¹⁾, 富岡 洋海¹⁾,
上原榮理子¹⁾, 勝山 栄治¹⁾, 河端 美則²⁾

症例は52歳男性。機械加工を20年間、その後研磨関連部門に13年間従事していた。X-2年に職場健診の胸部単純X線検査で異常陰影を指摘され前医を受診した。自覚症状や膠原病を示唆するような所見はなく、胸部CT検査で間質性肺炎が疑われたため当科紹介となった。無症状のため経過観察していたが、X年4月に軽度労作時呼吸困難があり、KL-6の上昇と胸部CT検査でcrazy-paving patternの陰影悪化を認めたため、BAL、クライオ肺生検を行った。BALFは米のとぎ汁様で放置すると沈殿し、細胞診では泡沫状マクロファージを認めた。病理所見では肺胞腔内に好酸性無構造物が充満しており、PAS染色陽性であった。抗GM-CSF抗体陽性であったことから自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。肺組織の元素分析を行ったところ、多彩な元素が検出されたが特にアルミニウムの検出が目立った。自己免疫性肺胞蛋白症においても粉塵暴露の関与が指摘されており、文献的考察を踏まえて報告する。

O-092

慢性気道感染を伴う肺病変先行型のRA-ILDに対し、低用量ステロイドとタクロリムスが有効であった1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 同 リウマチ科

○平岡 亮太¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳澁¹⁾, 永田 憲司¹⁾,
平田 展也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⁾, 河村 哲治¹⁾, 藤森 美鈴²⁾

77歳男性。半年ほどの経過で労作時呼吸困難と湿性咳嗽の増強を認めたため、当院紹介となった。胸部CTでUIPパターンの間質性肺炎とびまん性気道病変を認めた。関節所見は認めなかったが抗CCP抗体陽性よりヒア病変先行型関節リウマチ関連肺疾患を疑い、ICS/LABAとエリスロシンを開始した。経過中にMSSA肺炎や薬剤性肝障害が出現したため、上記薬剤中止の上、対症療法で経過観察を行っていたが、初診より約1年後に関節リウマチを発症した。関節症状に対してプレドニゾロン5mgとタクロリムス1mgを開始したところ、痰量減少・呼吸機能の改善を認めた。慢性気道感染合併のRA-ILDに対する治療方針に関して考察を加え報告する。

0-093

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症との鑑別に苦慮したが皮膚生検にて確定診断に至った顕微鏡的多発血管炎の一例

- 1) 西宮市立中央病院 呼吸器内科,
2) 同 リウマチ・膠原病内科

○辻 哲顕¹⁾, 仲谷 勇輝¹⁾, 木島 涼¹⁾, 軸屋龍太郎¹⁾,
二木 俊江¹⁾, 日下部祥人¹⁾, 池田 聡之¹⁾, 竹中 祐子²⁾,
平井 宏和²⁾, 小川 恭生²⁾, 平野 亨²⁾

【症例】54歳, 女性。【主訴】両側下腿腫脹。【現病歴】20XX年7月10日より両側下腿紫斑が出現し, 蜂窩織炎疑いとしてセファレキシン投与されるも改善なく, 当院に紹介となった。血液検査では好酸球数 $844/\mu\text{L}$ と高値であり, 既往歴に気管支喘息や副鼻腔炎の既往を認めたことから, 当初は好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (以下, EGPA) を疑った。一方, 両下腿に単神経炎を疑う症状が出現し, 気管支肺胞洗浄にて肺胞出血の所見を認め, 下腿の皮膚生検にて顕微鏡的多発血管炎 (以下, MPA) の所見を認めたことから, MPA の確定診断に至った。ステロイドパルス療法とエンドキサンパルス療法にて寛解導入療法を施行した。【考察】当患者は, 気管支喘息やの既往に加えて, 末梢血好酸球および MPO-ANCA 高値, 紫斑や多発単神経炎を認めたため, 診断基準に照らし合わせて EGPA を疑った。しかし, 腎機能障害や肺胞出血の所見に加えて, 皮膚生検にて MPA の確定診断に至った。

0-094

肺病変を有する ANCA 関連血管炎 (AAV) に対してアバコパンを使用した3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, 原 侑紀, 三橋 靖大, 長田 由佳,
新居 卓朗, 松本 隆典, 辻野 和之, 三木 啓資,
木田 博

ANCA 関連血管炎 (AAV) は全身の臓器病変を伴う壊死性の血管炎であり, 呼吸器領域では肺胞出血や間質性肺炎, 壊死を伴う肉芽腫病変などを診療する機会がある。グルココルチコイド (GC) と免疫抑制薬を組み合わせた標準療法により AAV の予後は大きく改善されているものの, GC 使用に伴う副作用など対処すべき問題が残されている。ANCA 関連血管炎診療ガイドライン2023では経口投与可能な補体 C5a 受容体阻害薬であるアバコパンの使用も選択肢として記載されている。腎病変に関するデータの報告はあるものの, 肺病変に対するアバコパンの使用経験は乏しく, 文献的報告も少ない。今回, 顕微鏡的多発血管炎 (MPA) または多発血管炎性肉芽腫症 (GPA) で肺病変を有する3症例に対して, GC 毒性の低減を目的に GC とアバコパンの併用療法を施行したため報告する。

0-095

経過中に ANCA 陽性化を示し, ピルフェニドン開始後に FVC 改善と ANCA 陰性化を認めた特発性肺線維症長期生存例

- 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 呼吸器内科, 3) 同 放射線科, 4) 同 病理

○新井 徹¹⁾, 竹内奈緒子²⁾, 滝本 宜之¹⁾, 澄川 裕充³⁾,
清水 重喜⁴⁾

症例は初診時68歳の既喫煙, 男性。修正 MRC2度の労作時呼吸困難を自覚し, 間質性肺炎疑いで当院紹介。胸部 CT では下肺野背側優位に網状陰影, 牽引性気管支拡張を認めた。自己抗体陰性で内科的精査で診断確定に至らず, 外科的肺生検施行。特発性肺線維症と診断。3年の経過で %FVC72% から42%に低下し, CT では網状陰影の増強を認めた。MPO-ANCA 32EU と陽性化を示した。ピルフェニドンを開始し, 1年後 FVC75% に改善し, MPO-ANCA 陰性化を示し, 血管炎の発症はなかった。ピルフェニドン800mg を継続内服し, 発症後, 15年の長期生存が可能であった。

0-096

bronchial anthracofibrosis による無気肺に非結核性抗酸菌症を合併した一例

- 1) 神鋼記念会 神鋼記念病院 呼吸器センター,
2) 同 病理診断科

○今尾 舞¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 高田 陽平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⁾, 大林 千穂²⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

75歳女性。X-1年6月にシェーグレン症候群と診断された際に施行した胸部 CT で右中葉に浸潤影を認め, 一部無気肺を呈していた。気管支鏡では右 B4 の閉塞と右中葉支に炭粉沈着を認めた。炭粉沈着部の生検を行い bronchial anthracofibrosis と診断した。洗浄液の細菌学的検査はすべて陰性であった。経過観察中の X 年4月に発熱と右中葉浸潤影の拡大を認めた。喀痰抗酸菌検査で M. avium を2回検出したため M. avium 症と診断して RFP+EB+CAM による治療を開始した。症状と陰影の改善を認めず細菌性肺炎として抗生剤加療を行うも不応性のため気管支鏡下に生検および洗浄を施行した。細菌学的検査はすべて陰性であったが, 病理学的に多核巨細胞を含む類上皮細胞性肉芽腫が指摘されたため M. avium 症の治療を継続し, 症状および陰影は改善傾向である。bronchial anthracofibrosis による無気肺に合併した抗酸菌感染症について文献的考察を加えて報告を行う。

O-097

抗 IFN- γ 抗体陽性の播種性非結核性抗酸菌症の一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○岩垣 慈音, 山野 隆文, 黄 文禧, 榛間 智子,
小川 亮, 高橋 祥太, 大木元達也, 石川 遼一,
高岩 卓也, 中川 和彦, 吉村 千恵

【症例】66歳女性。腰痛，右鼠径部痛を主訴に来院した。CT画像で肺野に異常は認めないが，両側鎖骨上窩・縦隔リンパ節腫大，多発肋骨・胸腰椎・恥骨の融解像，脾腫を認め，FDG-PET/CT画像で同部位に高集積を認めた。頸部リンパ節生検および脾生検で *Mycobacterium intracellulare* PCR 陽性，培養で *Mycobacterium intracellulare* PCR 陽性を認めたため，播種性非結核性抗酸菌症と診断した。QuantIFERON-3G が判定不可であり抗 IFN- γ 抗体を測定したところ陽性であった。リファンピシン，エタンブトール，クラリスロマイシンで治療開始し，治療開始2年後までは骨融解像の悪化を認めたが，以降は悪化なく経過している。【結語】抗 IFN- γ 抗体陽性の播種性非結核性抗酸菌症の一例を経験した。播種性非結核性抗酸菌症の患者において，QuantIFERON が判定不可の場合は抗 IFN- γ 抗体の存在を考慮すべきである。

O-099

特発性横隔膜内膿瘍の一例

国立病院機構 大阪医療センター

○轟 はる加, 西松佳名子, 東 浩志, 松井 優紀,
二見 真史, 俊山 礼志, 安藤 性實, 南 誠剛,
高見 康二

【症例】62歳男性 【主訴】右胸痛，発熱 【現病歴】X-1年に急性胆嚢炎に対する胆嚢摘出歴があり，X年に上記主訴で近医を受診。胸部X線で右下肺野に透過性低下を認め当科紹介。CTで右胸水と右下葉無気肺，肝表面に高吸収域を認め，既往から横隔膜下膿瘍を疑った。横隔膜下膿瘍は手術の方針とし，胸腔内の病変は膿胸を疑ったが胸水量から胸腔ドレーンの留置は難しく，抗菌薬加療を開始した。第5病日に胸水増加に伴う呼吸不全をきたし，ドレーン留置，人工呼吸器管理となった。ドレナージ不良を認め第13病日に胸腹同時手術を行った。胸腔や腹腔内に膿瘍なく横隔膜内に限局した膿瘍形成を認め，横隔膜内膿瘍と診断しドレナージ治療を行った。膿瘍の細菌培養から *E.coli* を検出した。第28病日に人工呼吸器を離脱した。【考察】横隔膜内膿瘍の機序は不明である。本症例は横隔膜と肝臓・肺の癒着は軽度で胸腔及び腹腔内からの炎症の波及の可能性は低く，特発性と考えた。

O-098

多剤抗菌薬治療が有効であった空洞形成型 *Mycobacterium kyorinense* 症の一例

神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院

○大倉 千明, 佐藤 悠城, 平林 亮介, 青木 勝平,
西田 湧也, 庵坂 学外, 的場 智也, 鶴井佐栄子,
貴志 亮太, 白川 千種, 永田 一真, 中川 淳,
富井 啓介, 立川 良

61歳男性が右上葉の空洞影を指摘され，X年2月に精査目的で来院。CTで空洞壁の肥厚と不整を認め，喀痰培養から *M. kyorinense* が発育した。生活環境改善で症状が軽快したため無治療経過観察としたが，X+1年1月に発熱し，CTで空洞内の液貯留と壁肥厚を確認。喀痰培養からは *M. kyorinense* と *Haemophilus influenzae* が検出され，感染増悪として *H. influenzae* をターゲットに抗菌薬加療を開始した。一時的に改善の経過を辿ったが，治療終了3ヶ月後に症状が再燃，空洞影が増大し，喀痰培養から *M. kyorinense* が検出され，菌数の増加を認めた。同感染症として LVFX と CAM の併用療法を行い，症状は改善した。 *M. kyorinense* 症は稀な非結核性抗酸菌症で，既報ではニューキノロンとマクロライドの併用療法が有効とされるが，統一的な見解は得られていない。

O-100

侵襲性肺炎球菌感染症をきっかけに形質細胞白血病と診断された一例

1) 市立吹田市民病院 呼吸器・リウマチ科, 2) 同 血液内科

○東口 将佳¹⁾, 高津 康人²⁾, 水越大志郎¹⁾, 佐々木裕弥¹⁾,
宮本 愛子¹⁾, 稲田 怜子¹⁾, 岡部 福子¹⁾, 依藤 秀樹¹⁾,
鉄本 訓史¹⁾, 片田 圭宣¹⁾, 前田 哲生²⁾

症例は71歳男性。34日前からの湿性咳そう，40度の発熱にて受診。胸部CTで左肺下葉を中心に浸潤影，すりガラス陰影を認めた。喀痰と血液培養で肺炎球菌が検出され，侵襲性肺炎球菌感染症と診断し，メロペネムによる抗生剤治療を行った。血液検査で形質細胞が6.5%検出され，骨髓検査の結果とあわせて形質細胞白血病と診断し，ボルテゾミブ＋レナリドミド＋デキサメサゾンによる化学療法を開始した。形質細胞白血病は多発性骨髓腫の予後不良の亜型であり International Myeloma Working Group の診断基準では末梢血形質細胞5%以上となっている。多発性骨髓腫はB細胞障害を含め，さまざまな機序で免疫不全を起こし，実際，侵襲性肺炎球菌感染症を含めた感染症のリスクが高いことが報告されている。侵襲性肺炎球菌感染症では基礎疾患として多発性骨髓腫など免疫不全を起こす疾患が原因になっている可能性に注意が必要と考えられた。

0-101

A 群溶血性レンサ球菌 (GAS) による細菌性肺炎の2例

愛仁会 明石医療センター 呼吸器内科

○阪本萌永子, 岡村佳代子, 神野 裕子, 藤本 葉月,
山崎 瞬, 池田 美穂, 畠山由記久, 大西 尚

症例1: 56歳, 女性。気管支喘息の既往あり。肺炎の診断で入院した数時間後, 呼吸状態の悪化, ショックをきたし, 敗血症性ショックの診断で気管挿管, 人工呼吸管理となった。入院時の喀痰培養より *Streptococcus pyogenes* を検出し, A 群溶血性レンサ球菌 (GAS) による重症肺炎と診断した。一時アドレナリンの持続投与が必要な循環不全となったが, 集中治療管理により軽快した。症例2: 80歳, 男性。肺気腫の既往あり。数日前からの倦怠感, 喀痰増加あり, 当院に搬送となった。喀痰培養, 血液培養の結果, GAS 肺炎, 菌血症と診断した。抗菌薬投与で全身状態は改善した。GAS 肺炎は稀だが重症化することがあり, 特に高齢者や基礎疾患を持つ患者では劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (STSS) を合併するリスクが高い。また, ウイルスとの混合感染が重症化に寄与する可能性も示唆されている。GAS 肺炎の重症化因子や予後に関し, 文献的考察を交えて報告する。

0-102

マイコプラズマ肺炎に寒冷凝集素症を合併し高度な溶血発作をきたした一例

1) 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,
2) 同 血液内科

○青木 勝平¹⁾, 中川 淳¹⁾, 光行 智司²⁾, 西田 湧也¹⁾,
的場 智也¹⁾, 大倉 千明¹⁾, 斎藤正一郎¹⁾, 庵坂 学外¹⁾,
鶴井佐栄子¹⁾, 貴志 亮太¹⁾, 白川 千種¹⁾, 平林 亮介¹⁾,
佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 富井 啓介¹⁾, 立川 良¹⁾

特に既往がない28歳女性。X日に発熱があり近医で抗菌薬加療を受けるも改善せず, X+9日に左下葉の肺炎像と炎症反応高値で前医に入院し, 直接 Coombs 試験陽性の溶血性貧血が判明した。レボフロキサシンを含んだ抗菌薬治療が開始された翌日には貧血がさらに進行し, 精査加療目的にX+10日当院に紹介となった。貧血は寒冷凝集反応が強陽性で, 直接・間接 Coombs 試験陽性の溶血性貧血を呈していた。入院時のマイコプラズマの鼻咽頭 PCR 検査は陰性だったが, 後にマイコプラズマ抗体価の著明な上昇が判明した。アジスロマイシンを含んだ抗菌薬治療にて臨床所見は改善し, 貧血も一度は濃厚赤血球 2単位の輸血を要したが改善傾向であった。【考察】寒冷凝集素症はマイコプラズマ肺炎の発症後1~2週間でみられ, 割合は約30~40%であるとされ, 溶血は通常は軽度である。今回我々は輸血を要する高度な溶血発作を呈する寒冷凝集素症を経験した。

0-103

尿中抗原検査により診断し得た *Legionella longbeachae* によるレジオネラ肺炎の一例

1) 神戸市民病院機構 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科,
2) 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター西市民病院

○徳重 康介¹⁾, 松岡 佑²⁾, 吉山 史子¹⁾, 井上 拓弥¹⁾,
藤本さやか¹⁾, 吉村聡一郎¹⁾, 益田 隆広¹⁾, 佐藤 宏紀¹⁾,
濱崎 直子¹⁾, 三輪菜々子¹⁾, 木田 陽子¹⁾, 額額 力也¹⁾,
桜井 稔泰¹⁾, 多田 公英¹⁾

症例は85歳男性。温泉入浴歴はないが, 2年前から公園での水やりを日常的に行っていた。咳嗽を主訴に近医を受診し, 肺炎の診断でクラリスロマイシンでの加療が開始された。2日後に呼吸困難を認め再び前医を受診したところ, SpO₂の低下を指摘され当院へ救急搬送された。胸部CTで左肺の広範囲に浸潤影を認め, リボテスト® レジオネラを用いて尿中レジオネラ抗原検査を施行したところ陽性となった。喀痰培養検査では, MWY 培地でコロニー形成を認め, 同定検査により *Legionella longbeachae* 血清群1を分離したことから, *L. longbeachae* によるレジオネラ肺炎と診断した。入院後は一時, 非侵襲的陽圧換気での呼吸管理を要したが, レボフロキサシンで軽快した。尿中レジオネラ抗原検査で, 検査対象でない *L. longbeachae* が陽性となったことが診断の一助となったため, 文献的考察を加え報告する。

0-104

移動性肺結節と有痛性皮下出血斑を認めた肺トキソカラ症の一例

1) 淀川キリスト教病院 呼吸器内科,
2) 宮崎大学医学部 寄生虫学教室

○中村 基寛¹⁾, 西島 正剛¹⁾, 古田 寛人¹⁾, 山田由希子¹⁾,
山下 卓人¹⁾, 上野 峻輔¹⁾, 白浜かおり¹⁾, 吉井 直子¹⁾,
水窪由美子¹⁾, 大谷賢一郎¹⁾, 紙森 隆雄¹⁾, 藤原 寛¹⁾,
田中 美緒²⁾

【症例】50歳, 男性【主訴】血痰, 胸痛【現病歴】X-14日に血痰, X-3日に右胸痛を認め前医CTで左肺尖部に結節影を認めた。X-1日に強い腹痛がありCT再検で左肺尖部結節は縮小も右肺底部に新規結節影を認め当院へ紹介となった。【既往歴】なし【生活歴】喫煙なし, 犬飼育あり, 馬刺し生食あり, X-4月下旬に別宅屋根裏で数十kgの動物糞尿を処理【経過】末梢好酸球 19.6%, IgE 1680 IU/mlで, 経過中に圧痛を伴う皮下出血斑も出現した。抗寄生虫抗体スクリーニング検査は擬陽性のみも, 宮崎大学医学部寄生虫学教室に依頼したトキソカラ抗原に対する半定量的酵素抗体法, Western blotting法が陽性でトキソカラ症と診断し, アルベンダゾールにて治療を開始した。【考察】トキソカラ症はイヌ回虫もしくはネコ回虫がヒトに感染し幼虫移行症により肺, 肝, 筋肉, 眼, 中枢神経等に多彩な病態を呈する。病歴, 臨床経過で疑わしい際は積極的な寄生虫抗体検査が望ましい。

O-105

悪性リンパ腫治療中に出現した肺の浸潤影に対し気管支鏡を施行し、肺クリプトコッカス症と診断した一例

大阪いさつ病院 呼吸器内科

○小山 広介, 森友 昂貴, 紅林 亮汰, 神島 望, 朝川 遼, 所司原奈央, 菅 泰彦, 仲谷 健史, 山本 傑

症例は79歳女性。びまん性大細胞型リンパ腫に対して近医でPola-CHPによる化学療法を受けていた。4コース目開始後Day22の外来でCRP高値・右下葉浸潤影を指摘され、細菌性肺炎疑いでタゾバクタム・ピペラシリンを開始された。6日経過するもCRP改善は乏しく浸潤影は増悪傾向にあり当院紹介となった。胸部CTでは右下葉に浸潤影を認め、抗菌薬不応性の肺炎として気管支鏡検査を施行した。組織検体では墨汁染色でCryptococcus属を検出、肺クリプトコッカス症と診断し、フルコナゾール開始により症状・画像共に改善した。肺クリプトコッカス症は健康人から免疫低下者まで発症する。胸部CTでは健康人は通常結節影を呈するが免疫低下者では浸潤影を呈することがあり、本症例のように血清クリプトコッカス抗原陰性例では気管支鏡検査による診断が有用である。今回免疫低下者における肺クリプトコッカス症で診断に気管支鏡検査が有用であった一例を経験したため報告する。

O-106

繰り返し培養検査を行うことで診断し得たノカルジア肺炎の一例

奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー内科

○宮本 譽, 古山 達大, 中村 真弥, 堀本 和秀, 佐藤 一郎, 古高 心, 宮高 泰匡, 岩佐 佑美, 新田 祐子, 藤岡 伸啓, 春成加奈子, 坂口 和宏, 谷村 和哉, 長 敬啓, 大田 正秀, 藤田 幸男, 山本 佳史, 本津 茂人, 山内 基雄, 室 繁郎

症例は84歳男性。ACTH単独欠損症に対してヒドロコルチゾン10mg/日内服中であった。また以前に起因菌が不明の肺炎を何度も繰り返していた。起床時からの意識障害を主訴に当科を救急受診した。バイタルサインはJCS1-3、体温36.1度、室内気97%であった。低血糖と炎症反応高値と胸部CT検査で肺野にすりガラス陰影を伴う浸潤影を認め、肺炎と相対的副腎不全と考えた。入院時の血液検査、喀痰検査は有意な菌を認めずピペラシリン/タゾバクタムを開始したが経過は不良であり再度施行した喀痰検査でNocardia farcinicaを認めた。頭部CTで中枢病変を認めずST合剤を開始した。徐々に全身状態は改善したが副作用が出現したためイミペネム、その後ミノサイクリンへと変更し現在は外来にて投薬加療を継続している。肺炎に対しての抗菌薬加療による経過が不良であれば非典型的な病原体も想定し培養検査を繰り返し行うことが重要であると考えられた。

O-107

JAK 阻害剤投与中の関節リウマチ (RA) 患者に発症したニューモシスティス肺炎 (PCP) の1例

大阪赤十字病院

○小川 亮, 黄 文禧, 岩垣 慈音, 榛間 智子, 高橋 祥太, 山野 隆史, 大木元達也, 石川 遼一, 高岩 卓也, 中川 和彦, 吉村 千恵

【症例】78歳女性、X-5年に肺癌に対し右上葉部分切除術施行され、再発なく経過、X年3月よりRAに対しJAK阻害剤単剤治療が開始された。X年8月、肺癌の術後再発確認目的の胸部CTで両側肺野にびまん性すりガラス陰影を認め、ウイルス肺炎、PCP、薬剤性肺炎やRA関連間質性肺炎などが考えられ、精査・加療目的に入院となった。入院翌日に気管支鏡検査を施行し、ST合剤とステロイドの投与を開始、抗菌薬も併用した。ウイルス関連検査は陰性、気管支洗浄液培養検査陰性、Pneumocystis jirovecii PCR陽性であったことから、PCPと考え治療を継続、陰影は改善した。【考察】JAK阻害剤は関節リウマチをはじめ、難治性免疫性炎症性疾患の治療薬として広く用いられるようになったが、日和見感染症としてのPCPの既報は少ない。しかし非HIV(Human Immunodeficiency Virus)患者のPCPは死亡率も高く、早期治療のための気管支鏡検査も含めた積極的な精査が必要である。

O-108

アデノウイルスによる大葉性肺炎の1例

- 1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
- 2) 同 放射線科, 3) 同 病理診断科,
- 4) 天理よろづ相談所 天理よろづ相談所病院 病理診断科

○日隈 俊宏^{1,2,3,4)}, 世利 佳混¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 平田 展也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⁾, 横井 陽子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⁾, 東野 貴徳²⁾, 安松 良子³⁾, 小橋陽一郎⁴⁾

67歳女性。発熱・咽頭痛・全身倦怠感にて前医を受診、右下葉の大葉性肺炎を認め、抗菌薬不応のため当院へ転院となった。胸部CTで気管支透亮像を伴う浸潤影と小葉間隔壁肥厚を伴うすりガラス影を認め、鼻咽頭PCR検査でアデノウイルス陽性、経気管支肺生検で肺胞出血と白血球の核片・壊死性変性を認め、アデノウイルス肺炎と診断した。大葉性肺炎は肺炎球菌等の細菌性肺炎の特徴的所見と考えられるが、アデノウイルス肺炎でコンソリデーションや大葉性肺炎を来す例も比較的多いとされる。本例では病理学的に出血性肺炎の像を認めたが、アデノウイルス肺炎の病理像に関する報告は稀少である。コロナ禍におけるPCR検査の普及に伴いアデノウイルス肺炎の報告例増加が予想され、本症例のような臨床・画像・病理所見の蓄積が、その病態解明に寄与すると期待される。

O-109

ハイフローセラピー中に pneumatocele が形成された COVID-19 肺炎の1例

田附興風会 医学研究所北野病院

○池田 陽呂¹, 北島 尚昌¹, 平井 将隆¹, 笹田 剛史¹,
久保 直之¹, 山中 諒¹, 矢野 翔平¹, 神野 志織¹,
森本 千絵¹, 田嶋 範之¹, 井上 大生¹, 丸毛 聡¹,
福井 基成¹

【症例】56歳男性。X年7月9日に COVID-19 を発症し、13日に当院に入院した。胸部 CT では両肺野にすりガラス影、浸潤影を認め、COVID-19 肺炎（中等症1）と診断した。レムデシビルを開始したが低酸素血症が進行したため、16日よりデキサメタゾンを開始した。重症化したためバリシチニブと低用量ヘパリンを追加し、ハイフローセラピー（HFT、総流量 30L/分）を開始した。呼吸不全は遷延したが侵襲的人工呼吸療法には至らず、24日に HFT を離脱した。26日の胸部 CT で、新規に右中葉から下葉に7cm のニボーを伴う嚢胞性病変を認め、pneumatocele と考えられた。各種検査で細菌や真菌の合併は否定的であり、保存的加療で嚢胞は縮小認めた。【考察】肺基礎疾患がなく、人工呼吸を行っていない COVID-19 肺炎に pneumatocele を形成した症例は稀である。COVID-19 肺炎に合併する pneumatocele では気胸や感染を合併することがあるため、人工呼吸だけでなく HFT 下でも留意する必要がある。

O-110

人工呼吸器管理中にヘパリン起因性血小板減少症（HIT）を発症した重症 COVID-19 の1例

大阪府済生会吹田病院

○藤原 隆徳¹, 美藤 文貴¹, 飯塚 正徳¹, 佐藤いずみ¹,
乾 佑輔¹, 上田 将秀¹, 茨木 敬博¹, 岡田あすか¹,
竹中 英昭¹, 長 澄人¹

症例は高血圧、Ⅱ型糖尿病などで近医通院中の81歳男性。新型コロナウイルス感染症に合併した肺炎のため、発症後11日に当院紹介受診となった。P/F ratio 83mmHg と著明な低酸素血症および頻呼吸を認めたため、受診日より人工呼吸器管理かつ ICU 入室となった。入院翌日より D ダイマー上昇を認め、COVID-19 の重症例による血栓症などを考え、未分画ヘパリン持続静注を開始した。入院7日目より血小板減少を認め、同10日目にヘパリンの中止により軽快した。後日、ヘパリン起因性血小板減少症抗体が陽性が確認された。COVID-19 の重症例では抗凝固療法が推奨されているが、COVID-19 で HIT を発症しやすい可能性が指摘されている。HIT は血栓症を合併すると 17～30% と死亡率が高いとされており、適切な対応が求められる。

O-111

COVID-19 後器質性肺炎と鑑別を要した COVID-19 関連肺アスペルギルス症の1例

1) 田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器内科,
2) 同 消化器内科

○笹田 剛史¹, 北島 尚昌¹, 中神 聡太², 平井 将隆¹,
池田 陽呂¹, 久保 直之¹, 矢野 翔平¹, 山中 諒¹,
神野 志織¹, 田嶋 範之¹, 森本 千絵¹, 井上 大生¹,
丸毛 聡¹, 福井 基成¹

症例は非代償性肝硬変治療中の64歳男性。COVID-19 発症8日目に咳嗽と呼吸困難が出現した。胸部 CT で両肺野に散在したすりガラス陰影が指摘され、COVID-19 肺炎中等症 I と診断された。Remdesivir と Dexamethasone の投与を行い、症状改善を認め、発症14日目に治療終了となった。非代償性肝硬変の薬剤調整目的に入院継続し、発症21日目に再度発熱と炎症反応の上昇を認めた。熱源検索の胸部 CT では、入院時に認めた陰影と新規の斑状影を認められ、COVID-19 後器質性肺炎を疑い、ステロイド再投与を考慮した。しかし、同日の検査で β D グルカン 748 pg/mL、血中アスペルギルス抗原陽性、喀痰培養で *Aspergillus fumigatus* が検出された。COVID-19 関連肺アスペルギルス症（CAPA）と診断し、ミカファンギンで治療開始したが、発症25日目に死亡した。COVID-19 肺炎後に再増悪を認めた際、器質性肺炎に加え、CAPA を含む感染症の除外が必要である。

O-112

アイリストを職業とする若年女性の結核の2例

1) 淀川キリスト教病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科

○古橋 佑輔¹, 白浜かおり¹, 中村 基寛¹, 岡本 耀²,
山田由紀子¹, 古田 寛人¹, 山下 卓人¹, 上野 峻輔¹,
吉田 也恵¹, 岡田 諭志², 吉井 直子¹, 水窪由美子¹,
西島 正剛¹, 大谷賢一郎¹, 加地 政秀², 紙森 隆雄¹

アイリストとは近年増加するまつ毛の美容施術を専門に行う職業である。今回我々はアイリストの結核症例を2例経験したため報告する。【症例1】25歳女性、海外居住歴はなく、結核曝露歴や家族歴もない。半年前からの咳嗽、胸痛のため当院を紹介受診し、上肺野中心に空洞影や浸潤影を認めた。喀痰抗酸菌塗抹/TB-PCR が陽性で排菌陽性の肺結核と診断した。結核専門施設で入院加療を行った。【症例2】26歳女性、海外居住歴はなく、結核曝露歴や家族歴もない。1ヵ月前からの発熱、左胸痛のために当院を紹介受診した。ADA 高値の片側性滲出性胸水を認め、QFT 陽性のため、結核性胸膜炎と診断し加療を開始した。【考察】アイリストは客がマスクをしていても呼吸がかかる近さで1～2時間の施術を行う。結核罹患のリスクがある職業として医療従事者が知られているが、アイリストも人との密な接触がある点で、結核罹患リスクが一般より高い可能性があると考えられる。

O-113

関節リウマチに対するオゾラリズマブ (TNF- α 阻害薬) により発症した肺結核、結核性髄膜炎の1例

淀川キリスト教病院 呼吸器内科

○古田 寛人, 西島 正剛, 山下 卓人, 白浜かおり,
上野 峻輔, 吉井 直子, 大谷賢一郎, 紙森 隆雄,
藤原 寛

症例は80歳女性。X-1年9月から関節リウマチに対し TNF- α 阻害薬で治療中であった。意識障害のため X 年7月12日に救急搬送された。胸部 CT ではランダム分布のびまん性小粒状影と小葉中心性粒状影を認め、髄液検査で単核球優位の細胞数増加を認めた。TNF- α 阻害薬使用中である背景を鑑み、結核性髄膜炎として RFP+INH+PZA+EB とデキサメタゾンで治療を開始した。後日、喀痰の結核菌 PCR 陽性が判明したが、髄液からは結核菌の証明はできなかった。結核性髄膜炎の確定診断は得られなかったが、治療継続により症状の改善を認め、経過中に微小な脳梗塞を合併したが後遺症を残さず退院した。結核性髄膜炎は全結核患者の0.3%と比較的稀であるが致死率は高く、診断・治療の遅れによる生命予後や神経学的予後の悪化が問題となっている。本症例は早急な診断・治療介入により良好な転帰が得られた症例であり、診断法や治療を中心に文献的考察を含めて報告する。

O-114

気管支鏡検査で器質化肺炎合併の肺結核を診断した一例

1) 近畿中央病院 呼吸器内科,
2) 谷向病院

○杉澤 健太¹⁾, 藤本 豪¹⁾, 和田 紘実¹⁾, 國屋 研斗¹⁾,
二見 悠¹⁾, 長 彰翁¹⁾, 合屋 将¹⁾, 谷向 茂厚²⁾

【症例】38歳 女性【主訴】発熱、咳嗽【現病歴】約1カ月間の発熱と咳嗽が持続したため、前医を受診。胸部レントゲン検査で両側肺尖部の陰影を指摘され、当科へ紹介。胸部 CT を施行し左下葉の浸潤影および両側肺尖部の粒状影を認めた。血液検査では CRP や好中球優位の白血球数上昇を認めており、細菌性肺炎を疑い抗菌薬加療を行ったが発熱や自覚症状の改善は乏しかった。抗菌薬不応の肺炎と考え抗菌感染や真菌感染、器質化肺炎などの精査目的に気管支鏡検査を施行したところ、左肺尖部から結核菌が検出された。また、左下葉の気管支肺泡洗浄液ではリンパ球優位であり、同部位で施行した組織診で Masson 体を認めたため器質化肺炎と診断した。【考察】本症例の検討から、CT 検査で性状の異なる陰影を複数認めた場合は気管支鏡検査を施行し、培養検査や組織診検査などで適切に診断していくことが重要である。

O-115

局所進行肺癌が疑われた結核の一例

京都第一赤十字病院 呼吸器内科

○田中 聡行, 内匠千恵子, 弓場 達也, 今林 達哉,
宇田紗也佳, 田中 駿也, 陣野 一輝, 山本 航平

【症例】72歳、男性。【主訴】咳嗽、呼吸困難【喫煙歴】40本×52年間【症例】咳嗽、呼吸困難を主訴に受診し、胸部 CT で左肺門部腫瘍影と末梢側に浸潤影を認め、肺癌と閉塞性肺炎が疑われた。血液検査で CRP 5.44 mg/dL、白血球 19160/mL と上昇を認めたが、腫瘍マーカー、インターフェロン γ 遊離試験 (IGRA) は陰性であった。EBUS-TBNA を施行したところ、迅速細胞診、組織診で悪性所見を認めなかった。後日喀痰とリンパ節穿刺液から TB-PCR 陽性と判明し、肺結核、結核性リンパ節炎の診断となった。抗結核薬で治療開始後はリンパ節の縮小を認めている。【考察】当初、重喫煙歴と画像所見、IGRA 陰性の点から肺癌を疑った。肺結核は多彩な画像所見を示すことを念頭に置き、肺癌を疑う場合でも常に肺結核を鑑別に挙げる必要がある。特に迅速細胞診で悪性所見を認めない場合は検査中の気管支洗浄や、検査後の喀痰検査の追加が重要である。

O-116

胸膜炎が自然軽快した後に排菌陽性肺結核を発症した一例

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 呼吸器内科

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

症例は初診時80歳の女性。右胸水で前医入院となり、胸水検査でリンパ球優位、ADA 高値、TSPOT 陽性であり結核性胸膜炎が疑われたが、その後胸水は自然に消失したため経過観察となっていた。しかしその9ヶ月後に右上葉に空洞および左右肺に多発結節の出現を認め、喀痰抗酸菌塗抹陽性、結核菌 PCR 陽性と判明したため当院入院となった。INH, RFP, EB による治療を開始し、全剤感受性であり問題なく治療継続でき退院となった。結核性胸膜炎は自然軽快することがあるがその後再燃することがあり慎重な対応が必要である。

0-117

リファンピシンによる薬剤相互作用のためプロコームを併用してワルファリン投与量調整を行った一例

公立甲賀病院 呼吸器内科

○増井 孟司, 加藤 悠人, 徳岡 駿一, 福永健太郎,
山口 将史

症例は50歳代男性。2年前に大動脈弁置換術を受けワルファリン内服中であった。発熱で近医を受診され、胸膜炎の疑いで当院を紹介受診された。胸腔穿刺で結核菌が検出され、結核性胸膜炎と診断した。結核に対し標準治療を開始したが、リファンピシンとの薬物相互作用のためワルファリン投与量調整に難渋した。プロコームを併用することでPT-INRは安定したが約1か月間を要した。また計6か月間の治療完遂後にも、治療導入時と同様にワルファリン投与量調整に難渋し安定するまでに約2か月間を要した。リファンピシンはワルファリンの代謝酵素を誘導するため、併用時はワルファリンの増量が必要である。プロコームは薬物相互作用を逆に利用することでワルファリン投与量を減ずるために心臓血管外科領域で時折使用される薬剤である。今回我々はプロコームを併用してワルファリン投与量調整を行った一例を経験したので文献学的考察を加えて報告する。

0-118

肺結核の治療中に肝結核腫が出現し、抗結核薬投与継続で軽快した一例

神鋼記念会 神鋼記念病院 呼吸器センター

○高田 陽平, 稲尾 崇, 今尾 舞, 難波 晃平,
藤本 佑樹, 久米佐知枝, 門田 和也, 大塚浩二郎,
笠井 由隆, 榎屋 大輝, 生田 耕三, 大林 千穂,
鈴木雄二郎

症例はインド出身でヴィーガンの30歳女性。2ヶ月間持続する咳嗽を主訴に当院を受診した。胸部CTにて空洞形成を伴う多数の結節が認められ、喀痰検査の結果から排菌結核と診断されたため他院に入院し、INH・RFP・EB・PZAの4剤併用で加療が開始された。喀痰塗抹陰性が確認されたため退院し、2ヶ月間のINH・RFP・EB・PZA投与終了後、当院外来にてINH・RFP内服加療が継続された。治療開始5ヶ月後に経過観察目的で実施した胸部CTにおいて肝S7に3cm大の低吸収腫瘍が認められた。精査目的に肝生検が実施され、病理所見で多数の類上皮肉芽腫が認められたため、臨床像と合わせて肝結核腫と診断された。当初の検出菌は感受性良好であったためINH・RFP投与継続したところ、肝腫瘍は6ヶ月で消退した。肺結核としての治療中であっても、播種病変が隠れている可能性は念頭に置いておく必要がある。

0-119

RFP 耐性肺結核の後遺症に細菌感染を合併し大量咯血を来し、右上葉切除術を施行した1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 同 放射線科, 3) 同 病理診断科

○小南 亮太¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳澁¹⁾, 永田 憲司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⁾, 東野 貴徳²⁾,
安松 良子³⁾

3年前にRFP耐性結核に対する治療歴(4HEZL + 14HEL)のある53歳男性。突然の大量咯血と呼吸不全のため当院へ救急搬送され、緊急での気管挿管・人工呼吸管理を開始した。結核後遺症のため右上葉が荒蕪肺となっていたが抗酸菌培養は陰性で、 β -D-グルカン高値、アスペルギルス沈降抗体陽性より肺アスペルギルス症の合併も考え、抗菌薬および抗真菌薬を投与した。陽圧換気で止血が得られ抜管した後、再発予防目的に右上葉切除術を施行した。組織培養でS.anginosusを検出、病理所見では乾酪壊死を伴う類上皮肉芽腫を背景に空洞・壊死・膿瘍の所見を認めたが、真菌は認めなかった。陳旧性肺結核病巣に細菌感染を続発し咯血を来したものと考えられた。本例は比較的若年の耐性結核治療例であり、咯血に対する外科的切除が妥当であったと考える。考察を加え報告する。

0-120

クライオバイオプシーにより陽子線治療関連気管支軟骨壊死と診断した一例

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, 池田 陽呂, 笹田 剛史,
久保 直之, 矢野 翔平, 山中 諒, 神野 志織,
田嶋 範之, 森本 千絵, 井上 大生, 丸毛 聡,
福井 基成

【症例】67歳女性。202X-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、術後化学療法が行われた。202X-11年に再発し、EGFR チロシンキナーゼ阻害薬が開始された。202X-8年に出現した右上葉結節影に対して新規原発性肺癌を疑い陽子線治療(66GyE/10回)が行われた。202X年に慢性咳嗽のために当科に紹介され、咳喘息疑いとして吸入薬が開始された。咳嗽は軽減したもの残存し、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の粘膜不整を認め、TBLBでは真菌の存在が疑われた。吸入薬中止の上、改めてクライオ生検を行うと粘膜壊死、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ており、陽子線治療関連気管支軟骨壊死と診断した。【結論】陽子線治療後には肺癌再発や感染症以外に、陽子線治療の晩期合併症として、粘膜壊死や軟骨壊死を鑑別に挙げる必要がある。

O-121

クライオバイオペシーにより診断した好酸球性細気管支炎の1例

田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器内科

○矢野 翔平, 井上 大生, 池田 陽呂, 平井 将隆,
久保 直之, 笹田 剛史, 山中 諒, 神野 志織,
田嶋 範之, 森本 千絵, 北島 尚昌, 丸毛 聡,
福井 基成

【症例】77歳女性【現病歴】好酸球性副鼻腔炎合併の気管支喘息に対してフルチカゾン・ホルモテロールの吸入や内服薬にて治療しており、5年前から安定していた。X4月頃から咳嗽や呼吸困難が増加し、ピークフローや1秒量も低下していた。同月の胸部CTでは両肺に粒状影・小葉間隔壁肥厚を認め、血液検査では好酸球数が $920/\mu\text{L}$ と増加していた。ANCA・T-SPOT・抗MAC抗体は陰性で、喀痰培養でも病原微生物は認めなかった。診断目的にX月気管支鏡検査を行った。検査前には喘鳴を認め、気管支喘息の増悪と考え、ベタメタゾンを投与した。BALF中の好酸球比率は18.2%と軽度上昇しており、クライオバイオペシーでは、終末細気管支領域周囲間質に好酸球浸潤を認め、好酸球性細気管支炎と診断した。治療後からステロイドの内服を開始し、症状は改善傾向である。【考察】クライオバイオペシーにより好酸球性細気管支炎を診断した報告は少ないが、有用性が期待される。

O-122

経気管支クライオ肺生検で診断した、多発小嚢胞を呈するリンパ脈管筋腫症の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 放射線科, 3) 同 病理診断科,
4) 同 臨床研究センター

○神山友香梨¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 住谷 仁¹⁾,
岩橋 佑樹¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 倉原 優¹⁾,
澄川 裕充²⁾, 清水 重喜³⁾, 新井 徹⁴⁾

【症例】30代女性【喫煙歴】なし【病歴】X年5月に右気胸を発症し、他院でドレナージを行い軽快した。胸部CTで両肺多発小嚢胞を認め、リンパ脈管筋腫症(LAM)が疑われX年7月に当院を紹介受診した。血清VEGF-Dは 1707 pg/mL と高値であったが、画像上、肺外病変はなかった。経気管支クライオ肺生検組織で、嚢胞壁に平滑筋様の紡錘形細胞の増殖を認め、免疫染色で $\alpha\text{-SMA}$ 、HMB45陽性を示すことからLAMと診断した。【考察】LAMは妊娠可能年齢の女性に発症する稀な嚢胞性疾患である。胸部CTの定量解析で、本症例の嚢胞総体積は肺野の約5%と気管支鏡実施例中央値10%(Koba, Respirology 2017)よりも低値であったが、小嚢胞が多数認められた。嚢胞の総体積が少ない例でも、そのサイズと分布によっては、経気管支クライオ肺生検はLAMの組織診断に有用な可能性がある。

O-123

気管支動脈塞栓術後にクライオプロープで中枢気道の凝血塊を除去し呼吸困難の改善を得た大量咯血の1例

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科

○西原 昂, 杉本 英司, 龍華 美咲, 蓑毛祥次郎,
小林 岳彦, 滝本 宜之

症例は68歳男性。大量咯血のため入院。胸部CTで右肺に広範な浸潤影を、右主気管支から右下葉枝にかけて凝血塊と思われる気管支内充満影を認めた。第2病日に気管支動脈塞栓術を行い止血は得られたが、術後もmMRC Grade 3の呼吸困難が残存した。第12病日にCTを再検したところ凝血塊が入院時と変わらない量で残存しており、これによる低換気が症状の原因として疑われた。そのため第15病日にクライオプロープで凝血塊の除去を試みたが、(1)凝血塊が崩れやすく断片的にしか回収できない(2)挿管チューブ内に血餅がスタックする等の事象もあり完全除去には1時間以上を要した。呼吸困難は消失し、第21病日に軽快退院された。クライオプロープは止血術後の凝血塊除去に有用であることは知られているが、報告はまだ少なく、実施手順については検討の余地があると考えられた。

O-124

対側損傷による外傷性肺嚢胞から咯血をきたした1例

神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院

○的場 智也, 立川 良, 青木 勝平, 西田 湧也,
庵坂 学外, 大倉 千明, 鶴井佐栄子, 貴志 亮太,
白川 千種, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,
中川 淳, 富井 啓介

症例は肝硬変が背景にある56歳男性。X-1月に転倒し右腋窩から臀部の皮下血腫で入院した。その後X月に繰り返す咯血、呼吸困難を主訴に救急外来を受診した。胸部CT検査でX-1月にみられなかった左下葉の薄壁嚢胞と内部CT値の高い液体貯留、両肺に咯血の吸い込み像がみられた。精査のため入院としたが止血剤の投与のみで咯血は改善した。入院2週間後のCTで嚢胞が縮小していることを確認した。以上の病歴と他の空洞影を来す疾患の可能性が低いことから除外的に外傷性肺嚢胞と診断した。左側の外傷歴はなかったが右側胸部外傷の対側損傷として左肺野に病変が出現したと考えた。外傷性肺嚢胞は受傷時より無症状で経過することも多く本症例のように経時的に記録できることはまれである。若干の文献的考察を加えて報告する。

O-125

緊急手術を要した自然血気胸の1例

京都保健会 京都民医連中央病院

○平尾聡一良, 扇谷 知宏

41歳女性。特記すべき既往歴はない。突然の前胸部痛を主訴に当院に搬送された。胸部CTにて左肺の虚脱を認めたため、左自然気胸と診断し胸腔ドレナージを開始した。入院後にドレーンから少量の血性排液がみられ胸部CT検査を再検した所、左胸水の著明な増加を認めた。血性排液とCT所見から血気胸と診断し、呼吸器外科手術が可能な病院へ転院搬送した。搬送先の病院にて出血性ショックとなり、緊急手術を施行された。左肺上葉とその対側の胸壁とに索状血管の断端があり、胸壁側から少量の持続出血を術中に認め、自然血気胸と診断された。自然血気胸は、自然気胸のうち1.4～5.5%に合併し、13.3～50%が出血性ショックを呈すると報告されている。よって、自然気胸を認めた際は自然血気胸を念頭においた迅速な対応が求められる。

O-126

横隔膜下病変に対して経胸腔的アプローチにて診断を行った一例

田附興風会 医学研究所北野病院 呼吸器外科

○尾田 博美, 青野 泰正, 平山安見子, 長 博之,
黄 政龍, 大角 明宏

横隔膜下病変へのアプローチは経腹腔で行うのが一般的である。我々は横隔膜下結節に対し経胸腔的に診断・治療を行った1例を経験したため報告する。症例は84歳男性。進行胃癌術後の経過観察中、左横隔膜胸壁付着部近傍の結節と左胸水貯留を認めた。結節はPETで高度集積あり、胃癌の胸膜播種または胸壁転移が疑われ当科紹介された。まず胸腔鏡下に胸腔内の観察を行うが播種病変を認めず、横隔膜下に硬結を伴った隆起病変が確認された。横隔膜を切開して結節の生検を行い、内腔から膿汁の流出と異物を認めた。悪性所見なきことを確認し手術を終了した。結節は病理検査で食物残渣様組織を認め、細菌検査でE. coliが検出された。7ヶ月前に他院で腸穿孔に対する開腹術既往があり、遺残した食物残渣による横隔膜下膿瘍と診断した。術後、抗菌加療を行い膿瘍の再燃は認めない。本例は横隔膜下病変であったが、病変の局在から胸腔鏡下手術が有効だった。

第104回日本呼吸器学会近畿地方会
第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会近畿支部学会
協賛企業一覧

共催セミナー

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	アストラゼネカ株式会社 2 枠
インスメッド合同会社	MSD 株式会社
株式会社アムコ	アムジェン株式会社
クラシエ薬品株式会社	日本イーライリリー株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社	
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 / 小野薬品工業株式会社	
サノフィ株式会社 / リジェネロン・ジャパン株式会社	

企業展示

インスメッド合同会社	株式会社アムコ
クラシエ薬品株式会社	中外製薬株式会社

広 告

ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社	中外製薬株式会社
杏林製薬株式会社	日本化薬株式会社
大鵬薬品工業株式会社	

2024年11月20日現在
敬称略・順不同