抄　　録

教育講演

スポンサードセミナー

ランチョンセミナー

スイーツセミナー

教育講演1

臨床医が知っておくべき臨床研究と生物統計の基本

今井　匠
神戸大学医学部附属病院　臨床研究推進センターデータサイエンス部門　特命准教授

本講演は，臨床研究の結果をより深く理解したい医師や，これから研究を始めようとする医師を対象に，生物統計学の基本的な考え方を分かりやすく解説するものである．臨床医が研究結果を適切に解釈し，さらに自ら研究を計画・実施する際の土台となる視点を整理することを目的とする．個々の統計手法の数理的詳細に立ち入るのではなく，「なぜ研究結果は時に誤った結論に至るのか」「どのようにすればより妥当な因果解釈に近づくことができるのか」という思考の枠組みに焦点を当てる．

日常診療から得られる観察データは臨床的示唆に富む一方で，その解釈には慎重な視点が求められる．観察研究では，データの収集過程や比較方法の違いによって結果が左右され得る．解析対象となった集団が本来想定する母集団を十分に代表していない場合には選択バイアスが生じうる．また，比較する群の間で治療開始前から存在する予後因子の分布が異なれば，交絡が問題となる．これらの要因により，見かけ上の関連が生じたり，真の関連が過大あるいは過小に評価されたりすることがある．本講演では，こうしたバイアスがどのように生じるのかを整理し，単純な群間集計や比較がどのような誤解につながり得るのかを分かりやすく説明する．

さらに，治療介入効果を評価するうえでゴールドスタンダードとされるランダム化比較試験についても概説し，選択バイアスや交絡をできる限り抑えるための基本的な考え方を紹介する．研究デザインの違いが結果の信頼性にどのように影響するのかを整理し，臨床研究を批判的に読み解く視点と，研究を計画する際に役立つ基本的な考え方をお伝えする．

教育講演2

肺癌薬物療法の進歩

池田　慧
関西医科大学呼吸器腫瘍内科　准教授

近年，肺癌の薬物療法は目覚ましい進歩を遂げ，進行肺癌においても「長期生存」を見据える時代が一気に到来した．ほんの十数年前まで殺細胞性抗癌薬しかなかった治療体系は，分子標的薬と免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の開発により，劇的なパラダイムシフトを起こしている．本講演では，複雑化する肺癌薬物療法の「現在地」と「近年の進歩」を，シンプルかつダイレクトに整理して解説する．

非小細胞肺癌では，マルチ遺伝子検査に基づく新規標的治療や複合免疫療法が次々と導入されている．さらに，次世代のモダリティである「ADC（抗体薬物複合体）」の登場により，治療の選択肢は一層の広がりを見せている．特筆すべきは，これら強力な治療の活躍の場がIV期に留まらず，周術期や局所進行期へと拡大し，早期から「治癒」を底上げしている点である．

また，長らく予後改善が乏しかった小細胞肺癌もついに歴史が動き始めている．ICIの導入に加え，T細胞を腫瘍細胞へ直接引き寄せる「BiTE抗体」は，難治性小細胞肺癌における待望のブレイクスルーとして，今後の治療戦略を一変させる可能性を秘めている．

治療選択肢の増加と生存期間の延長は大きな希望をもたらす一方，複雑な治療選択や副作用管理などの課題も生んでいる．結びに，長期生存時代にこそ医療者に求められる「Shared Decision Making」と「治療と仕事の両立支援」の視点にも触れ，明日からの実地臨床の羅針盤となる全体像をお届けしたい．

教育講演3

新呼吸器専門医制度について

髙山　浩一
京都府立医科大学大学院　呼吸器内科学　教授

呼吸器専門医の数は同じ内科系の消化器，循環器の各領域と比較していまだに半数以下であり，増え続ける需要とのバランスにおいても全く不足しているのが現状です．呼吸器診療に従事する先生方には一人でも多く専門医，指導医資格を取得され，日本の呼吸器診療の向上に貢献いただきたいと願っております．呼吸器専門医を目指す皆さんは呼吸器内科専門研修プログラムに従って研修を受けていただく必要がありますが，ご存知のとおり2018年4月からプログラムが新しくなりました（以下，新制度）．この新制度によって認定された専門医が2022年に初めて誕生しています．認定基準の詳細については日本呼吸器学会のホームページを参照ください．また，必要な条件を満たせば2027年には新制度下で誕生した専門医が初めて指導医に認定される予定です．旧制度下での呼吸器専門医資格の申請もまだ可能ですが，早めの申請がすすめられます．

呼吸器専門医を目指す上ではこの新制度の内容をよく理解しておく必要があります．内科研修で始まったJ-OSLERシステムと同じく，症例および病歴要約を規定に従ってJ-OSLER-呼吸器に登録しなければなりません．評価するのにも時間がかかりますので，締切間際に慌てて登録するのではなく余裕をもって準備をお願いします．また，研修病院群は基幹施設，連携施設，特別連携施設で構成されており３年間の研修が必要です．内科専門研修期間である３年間のうち，施設によっては2年間の連動研修が認められます．そのため，内科専門研修を申請する段階から，呼吸器専門医の取得を見据えた研修計画をたてる必要があります．本講演では新制度における呼吸器専門研修の概要，修了認定要件をあらためて確認し，症例，病歴要約の登録における注意点などお話しするようにします．本講演が専門医育成の一助となれば幸いです．

教育講演4

喘息診断・治療UP TO DATE：バイオ製剤を含む

浅井　一久
大阪公立大学大学院医学研究科呼吸器内科学　准教授

喘息診療では，単なる症状改善や増悪抑制にとどまらず，増悪がなく，症状コントロールが良好で，肺機能が安定し，経口ステロイドを必要としない臨床的寛解（clinical remission：CR）を治療目標として意識する流れが強まっている．多くの喘息患者では，吸入ステロイド（ICS）を中心とした吸入薬治療により良好なコントロールが得られる．一方で，ICS/LABA，さらにはICS/LABA/LAMAによるtriple therapyを用いても十分なコントロールが得られない重症喘息患者が存在することも事実である．喘息患者全体に適用可能な治療ステップを踏まえつつ，重症喘息では病態，併存症，治療反応性を統合し，Treatable traitsを意識した個別化治療へと移行しつつある．

重症喘息に対する生物学的製剤としては，抗IgE抗体，抗IL-5抗体，抗IL-5受容体抗体，抗IL-4/13受容体抗体，抗TSLP抗体に加え，26週間隔で投与可能な新たな抗IL-5抗体も使用可能となり，治療選択肢はさらに広がっている．今後は，type 2炎症をはじめとする喘息フェノタイプ，増悪歴，経口ステロイド依存性，好酸球性副鼻腔炎などの併存症に加え，患者のライフスタイル，通院負担，医療費なども考慮した生物学的製剤の選択が重要になると考えられる．

本講演では，喘息の診断から治療における最近の話題を概説する．特に，非専門の呼吸器内科医にも実臨床で役立つよう，可逆性・変動性，呼気一酸化窒素，末梢血好酸球数，IgE，画像所見としての粘液栓などの位置づけを整理する．また，triple therapyの適応と実践，生物学的製剤導入のタイミング，薬剤選択の考え方，治療効果判定のポイントについて，最新の知見を踏まえて共有したい．

ケア・リハ教育講演1

呼吸リハビリテーションの再評価は何を見ればいい?
～“効いてない”を原因分解して介入を変える～

三木　啓資

独立行政法人国立病院機構大阪刀根山医療センター　呼吸器内科　臨床研究部呼吸学研究室長

「しっかり動けて，長く生きたい」と疾患に拘わらず多くの患者はそう願っている．殊に，呼吸器疾患では換気制限に伴う息切れがその妨げになることが多い．息切れを伴う不調を軽減するだけでなく，日常生活を末永く快適に過ごすための一助になればと呼吸リハビリテーションに期待がかかる．一方で，日常診療では，殊の外，呼吸リハビリテーションの効果が得られず，呼吸リハビリテーションをどう進めるべきか戸惑うことも少なくない．心肺運動負荷検査（CPX）は，酸素摂取に絡む呼吸，循環，筋クロストークを評価でき，呼吸リハビリテーションにおける有用な情報源となる．CPX評価では，運動耐容能を向上させるべく，何が運動制限因子なのかを把握することから始まり，次に，CPXが，殊に，「換気能」と「体全体での酸素抽出能」を評価出来ることを踏まえ，「換気能」と「体全体での酸素抽出能」の何れに余力があるのか？更には，換気能を伸ばすにはどこに注目すればいいのか？体全体での酸素抽出能を高めるにはどうすればいいのか？などについて臨床経過中，患者毎にその都度検討することが求められる．今回は，呼吸器疾患のみならずパーキンソン病などの神経筋疾患において，CPXの結果を踏まえながら呼吸リハビリテーションをどんな塩梅で行うべきか検討する．加えて，予後改善に繋げるにはどうすべきなのかについても考えてみたい．

ケア・リハ教育講演2

『呼吸リハビリテーションの“今”をアップデートする ～ガイドラインから日常臨床への橋渡し～』について

玉木　彰
兵庫医科大学 副学長，（一社）日本呼吸理学療法学会 理事長

呼吸リハビリテーション（呼吸リハ）は，慢性呼吸器疾患患者の呼吸困難，運動耐容能，健康関連QOLを改善する包括的介入として，その有効性が確立されている．近年では，安定期COPDのみならず，増悪後，間質性肺疾患，肺高血圧症などへ対象が広がり，遠隔リハビリテーションを含む新たな提供方法についてもエビデンスが蓄積されている．一方，患者の高齢化や併存症の増加に伴い，運動耐容能だけでなく，身体活動，フレイル・サルコペニア，栄養，心理社会的問題などを包括的に捉え，個々の患者に応じた介入を行うことが重要となっている．しかし，ガイドラインで「推奨されていること」と，限られた人的・時間的資源の中で「実践できること」には，なお隔たりがある．

本講演では，最新のガイドラインとエビデンスをもとに呼吸リハの“今”を整理し，評価，運動療法，身体活動への介入，増悪後の対応，サルコペニア・フレイル，遠隔リハビリテーションなどを取り上げる．そして，エビデンスを目の前の患者にどのように適用するのかを考え，「明日からの臨床をどう変えるか」という視点から，ガイドラインと日常臨床をつなぐ具体的な方策を提示したい．

シンポジウム

1. 急性期に退院後を“見据えた介入”の方法と考え方

大島　洋平
京都大学医学部附属病院　リハビリテーション部　理学療法士

急性期の呼吸ケア・リハビリテーションは，呼吸状態の改善だけでなく，治療に関連する全身的な機能障害の進行を予防し，退院後も患者が生活機能を維持・向上できるよう支援することを目的としている．しかし，DPC制度のもと在院日数の短縮が進む急性期医療では，限られた期間で集中的かつ的確な介入が求められる一方，マンパワーや教育体制などの課題も多く，量・質の両面を備えた十分な支援が提供できない場面も少なくない．また，患者背景の多様化や治療の高度化･複雑化により，急性期のみで治療が完結しないことも多い．そのため，急性期における呼吸ケア・リハビリテーションでは，「退院まで」の視点ではなく，「退院後の継続支援を見据えた」視点が不可欠である．

退院後の継続支援には，自施設で外来呼吸リハビリテーションまで継続的に提供できる施設は限られている．多くの患者では，地域の医療施設や介護施設，在宅サービスでの継続支援が必要となることから，病態や治療経過，予後の見通し，リハビリテーションの目標などを適切に共有することが重要である．

本講演では，急性期から退院後を見据えて，外来・地域での継続支援を途切れさせないために必要な連携のあり方について考えたい．また，そのためには近畿圏における多職種・多施設間で「顔の見える関係」を構築することも重要であり，本学会が果たすべき役割や展望も交え，皆様とともに議論したい．

シンポジウム

2. 外来リハビリテーションを“続けられる医療”にするにはどうするか

久堀　陽平
やすだ医院　主任

安定期の慢性呼吸器疾患に対する呼吸リハビリテーション（呼吸リハ）はエビデンスが確立されており，その特性上，外来診療で実施される場合が多い．呼吸リハは一旦中断すると得られた効果が徐々に減衰することが分かっているが，適正な実施期間に関して一致した見解は得られていない．呼吸リハには「生涯にわたり継続して支援していくための医療」としての側面があり，長期的な支援体制について議論の深化が望まれる．

外来呼吸リハの継続には様々な障壁がある．まず多くの患者はスタートラインにさえ立っていない．本邦の医療レセプトデータを用いた検証では，1年間で1回以上外来呼吸リハを利用したCOPD患者は全体のわずか0.9％であったと報告されており，普及率の低さは極めて深刻である．この要因としては医療者側の外来呼吸リハに対する認識不足や，低水準な紹介率等が指摘されている．またスタートラインに立てたとしても，プログラムの継続率は50％程度と報告されている．継続率が下がる要因としては，患者の参加意欲やアクセスの問題が挙げられている．

当院の外来呼吸リハでは，患者の生活圏に位置するプライマリケアクリニックとしての特性を活かすことで，年単位で継続して通院する症例も増えている．本シンポジウムでは，当院における取り組みや経験を共有し，“続けられる医療”としての外来呼吸リハの在り方について参加者の皆様と議論を深める場を提供できればと考えている．

シンポジウム

3. 地域・在宅で専門性をどう届けるか～“続く”呼吸ケアの仕組み～
①リハビリテーションの視点より

本田　憲胤
公益財団法人田附興風会　医学研究所北野病院　リハビリテーション科　技士長

当院呼吸器内科からのリハ依頼患者は急性増悪による再入院が一定数をしめる．このような患者は，回復期病院を経由せず直接在宅復帰となる症例が多く，退院後の継続した呼吸ケアが課題となっている．そこで地域との切れ目のない支援体制の構築を目的に，①急性期病院から直接介入する訪問リハビリテーションの運用，②連携実績のある事業所の病院ホームページでの公開，③多職種による地域連携症例検討会の定期開催，④ICTを活用した地域医療情報連携の構築を進めてきた．これらの取り組みは，急性期から在宅まで継続した支援を実現するための地域連携基盤として位置付けている．今後は，ICTを単なる情報共有ツールではなく，病院と地域が共通評価指標を用いて介入内容を検討するためのプラットフォームとして活用し，急性期から在宅まで一貫した呼吸ケアの質向上と，多職種・多機関が継続的に支援できる地域連携体制の構築を目指す．

シンポジウム

3. 地域・在宅で専門性をどう届けるか～“続く”呼吸ケアの仕組み～ ②看護の視点より

鬼塚真紀子

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センター　慢性呼吸器疾患看護認定看護師

在宅で呼吸療法を続ける患者がその人らしい生活を送りながら療養を進めるためには，生活に根ざした専門的な呼吸ケアと，主体的なセルフマネジメントを支える仕組みを組み合わせた「生活と医療をつなぐ継続的な呼吸ケア」が重要である．呼吸器看護専門外来では，患者の価値観や生活背景，治療に対する思いを丁寧に把握し，アドヒアランスを阻害する要因を評価した上で，精神的支援を行いつつ，機器を生活に取り入れる工夫や状況に応じた調整を患者とともに検討し，療養行動を自ら選択し続けられるようセルフマネジメント支援を行っている．こうした関わりによって患者が治療効果を実感し「これなら続けられる」と感じることは，自己効力感を高め，療養の継続につながる．さらに，地域の多職種と連携し，ICT ツールや日誌を活用して呼吸状態や機器使用状況，アドヒアランスの変化を共有することで，在宅療養中の変化を早期に把握し，適切な対応につなげている．このような患者のセルフマネジメントを支える看護の関わりと，地域の多職種が継続して支える体制が重なり合うことで，「続く呼吸ケア」の仕組みが形づくられると考える．本シンポジウムでは，当センターの取り組みを通して，地域・在宅で専門性を届ける看護師の役割と，その実践を支える体制のあり方について検討する．

スポンサードセミナー

非小細胞肺癌におけるICIを用いた治療戦略

釼持　広知
静岡県立静岡がんセンター　呼吸器内科

ドライバー遺伝子異常陰性の非小細胞肺癌（NSCLC）の薬物療法は，免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の登場により大きく進歩した．特にPD-1/PD-L1阻害薬は，従来のプラチナ併用化学療法と比較して生存期間延長を示し，進行・再発NSCLCの一次治療において中心的な役割を担っている．

PD-L1高発現（TPS≧50%）症例では単剤療法が標準治療として位置付けられ，さらにPD-L1発現状況にかかわらず，ICIと化学療法の併用療法を含む複数の治療選択肢が利用可能となっている．

また近年では，周術期治療や化学放射線療法後の維持療法においてもICIが標準治療として導入されており，早期から局所進行期，進行期まで幅広い病期で使用されるようになった．

このような治療環境の変化に伴い，再発後治療を含めた治療シークエンス，局所治療の追加など治療戦略も複雑になっている．

本セミナーでは，進行期NSCLCにおけるICI治療の最新エビデンスを整理するとともに，自施設での治療経験も交えながら，実臨床における最適な治療選択について考察する．

ランチョンセミナー1

肺線維症治療のアップデート：ネランドミラストへの期待

冨岡　洋海
神戸市立医療センター西市民病院

日本人の死因分類統計（厚労省2025年）によると，間質性肺疾患は第11位で，毎年，順位を上げており，死因分類に「間質性肺疾患」がはじめて記載された2017年からは5千人以上の死亡者数増加が示されている．肺がん，COPD，喘息死亡者数がそれぞれ減少傾向にあるのとは対照的である．このように間質性肺疾患は致死的疾患であるとの認識のもと，代表的な特発性間質性肺炎である特発性肺線維症（IPF）の治療の最終目標は「生命予後の改善」である．IPFの有病率は増加しているものの，間質性肺疾患死亡者数増加の背景には，IPF以外の様々な疾患においても，ステロイドや免疫抑制薬などによる原疾患の標準的治療や管理を行っても，線維化が進行し，呼吸機能，QOLが障害され，IPFと同じような予後不良の経過をたどる一群の存在がある．このような疾患挙動を呈する集団に対し，2022年ATS/ERS/JRS/ALATガイドラインでは，progressive pulmonary fibrosis（PPF）という新たな用語とその基準が発表された．抗線維化薬の登場によって，IPFの生存期間の延長や，急性増悪のリスクや肺がん発症リスクの低下が報告されているが，その治療導入率，副作用，治療継続率など課題も多く，また，呼吸機能の改善や悪化停止は望めず，予後不良であることに変わりはない．このような状況の中，新たな抗線維化・免疫調整剤としてネランドミラスト（ジャスケイド®）がIPF，PPF治療薬として承認された．Game-changerとしてのネランドミラストへの期待も込めて，肺線維症治療のアップデートを解説する．

ランチョンセミナー2

EGFR陽性肺癌治療2026 MARIPOSAレジメンを使いこなすための トリセツ

佐藤　悠城
神戸市立医療センター中央市民病院　呼吸器内科　医長

EGFR遺伝子変異陽性非小細胞肺癌（NSCLC）の一次治療において，第3世代EGFR-TKIは標準治療として広く普及しているが，獲得耐性の克服はいまだ最大の臨床的課題である．この課題に対し，耐性克服をコンセプトとして開発されたのが，EGFRおよびMETを標的とする二重特異性抗体アミバンタマブと第3世代EGFR-TKIラゼルチニブの併用療法である．第III相MARIPOSA試験では，本併用療法はオシメルチニブ単独療法に対して無増悪生存期間（PFS）および全生存期間（OS）の有意な延長を示し，一次治療における新たな標準治療の一つとして位置付けられた．

一方で，本レジメンの導入にあたっては，infusion-related reaction（IRR），皮膚毒性，静脈血栓塞栓症（VTE）などの有害事象が課題とされてきた．しかし近年，これらに対する支持療法や投与方法は大きく進歩し，本レジメンを実臨床で使いこなすための「トリセツ」が整いつつある．IRR軽減を目的とした事前デキサメタゾン内服（SKIPPirr試験），皮膚障害に対する予防的介入（COCOON試験），VTEリスクを考慮したDOAC併用など，実践的なマネジメントが確立されつつある．さらに，アミバンタマブ皮下注（SC）製剤の登場により，IRRのさらなる軽減と投与時間の短縮が期待され，外来治療における安全性と利便性は大きく向上した．

本講演では，MARIPOSA試験を中心とした最新エビデンスに加え，支持療法やSC製剤を含めた実践的なマネジメントについて概説する．さらに当施設での使用経験を交えながら，従来の毒性への懸念を克服し，MARIPOSAレジメンの有効性を最大限に引き出し，安全かつ継続的に治療を行うための実践的なポイントを共有したい．

ランチョンセミナー3

慢性呼吸不全に対するNPPV ～HFNCの時代にNPPVをどう使うか～

永田　一真
兵庫県立尼崎総合医療センター　呼吸器内科　医長

慢性Ⅱ型呼吸不全を伴うCOPDに対し，在宅ハイフローセラピー（HFNC）が保険適用となり，その高い快適性や操作の簡便さから臨床現場での活用が拡大している．

しかし，高度な高二酸化炭素血症や著明な呼吸仕事量の増加を伴う重症例ではHFNCのみでの対応は困難であり，適応を見極めた上で確実なNPPVを導入することが現在もなお極めて重要である．

近年の慢性Ⅱ型呼吸不全を伴うCOPDを対象としたランダム化比較試験では，NPPVにより十分なサポート圧をかける高圧換気（High-intensity）戦略による予後改善効果が示され，その重要性が再認識されている．一方で，高圧下での忍容性を維持するためには，患者に応じたモード設定，同調性に関わる設定の調整，インターフェース（マスク）選定など，緻密な調整が求められる．

このように，NPPVの効果的な運用は医療者や施設の習熟度に大きく依存するため，教育体制の充実が重要である．現在我々は，設定調整に関する実践的なシミュレーションセミナーの開催や，シミュレーションアプリの活用を通じ，実際の調整を担う医療者の育成に取り組んでいる．

HFNCの活用が定着・拡大している今だからこそ，NPPVの強みを再評価し，適切に使いこなす技術と知識をアップデートする必要がある．

本講演では，NPPVとHFNCの役割分担を整理するとともに，導入・調整における教育的取り組みや今後の展望について概説する．

ランチョンセミナー4

ニボルマブ+イピリムマブが目指すもの
～エビデンスと現場思考の交差点，長く生きるというアウトカム～

田宮　朗裕
独立行政法人国立病院機構近畿中央呼吸器センター　腫瘍内科　医長

免疫チェックポイント阻害薬は，ドライバー遺伝子変異陰性の非小細胞肺癌治療において中心的な役割を担っている．しかし，PD-L1陰性例はPD-1/PD-L1阻害薬単剤の効果が乏しい集団であり，初回治療としてプラチナ併用化学療法＋PD-1/PD-L1阻害薬を選択するか，あるいはPD-1阻害薬＋CTLA-4阻害薬併用療法を選択するかについて，臨床現場でしばしば議論の対象となる．

ニボルマブ＋イピリムマブ療法は，CheckMate 227試験および9LA試験により，PD-L1発現に依存しない有効性が示されており，特にPD-L1陰性例における長期生存が期待されている．一方で，実臨床においては有害事象への懸念や，プラチナ併用化学療法を使用しないことによる治療強度に対する不安が，治療選択に影響している可能性がある．

本講演では，当院における非小細胞肺癌症例に対するニボルマブ＋イピリムマブ療法の使用経験を後方視的に検討し，本療法を選択した患者背景について考察する．さらに代表的な自験例を提示し，患者因子や腫瘍因子を踏まえた意思決定のプロセスを整理することで，PD-L1陰性症例においてどのような思考でニボルマブ＋イピリムマブ療法を選択しているのかを，現場視点から共有したい．

ランチョンセミナー4

脈々（ミャクミャク）と効き続ける —CM227が描くlong tailの系譜 ～大阪発、chemo-freeで目指す長期生存～

田宮　基裕
大阪国際がんセンター　呼吸器内科　副部長

進行非小細胞肺癌（NSCLC）に対する免疫チェックポイント阻害薬は，抗PD-1抗体に抗CTLA-4抗体を上乗せすることで，癌腫を問わず生存曲線のlong tailを押し上げ，維持し得ることが再現性をもって示されてきた．NSCLCにおいてもニボルマブ＋イピリムマブ（CM227）は5年時点で約20%の全生存を示し，driver遺伝子変異陰性例でも長期生存を目指せる時代となっている．一方で，肺癌患者の高齢化や「より効くが，より毒性も高い」という近年の治療傾向を背景に，どの患者に化学療法を上乗せすべきかの見極めが臨床的課題となっている．

本講演ではまず，多施設リアルワールドデータ（RWD）を用いた検討を提示する．CM227とCM9LA（Ipi+Nivo＋化学療法）の間でOS・PFSに大きな差は認められず，組織型やPD-L1発現によらず一定の有効性が示された．有害事象では化学療法併用群でGrade3以上の頻度が高い傾向にあり，irAEに対するステロイド使用は高頻度である一方，治療関連死は両群とも4～5%程度であった．当院症例でも，病勢進行例の多くが後治療へ移行可能であり，PS良好かつ腫瘍量の少ない症例では年齢を問わず，特にPD-L1陰性例においてIpi+Nivo単独が有力な選択肢と考えられた．

適切な患者選択とマネジメントを前提に，「PD-L1陰性＝免疫療法が効かない」ではなく，抗CTLA-4抗体併用により長期生存を目指す治療戦略の実際を，臨床試験・RWD・自験例から考察する．

ランチョンセミナー5

デュピルマブが活きるCOPDの臨床像

寺田　邦彦
医療法人社団寺田内科・呼吸器科　院長

COPDは好中球性気道炎症を特徴とするが，好酸球をはじめとする2型気道炎症が目立つ症例もあり多様性に富む．喘息合併例ではICS併用が推奨され，IMPACTやETHOS試験などにより好酸球性気道を認め頻回増悪を来す症例に対してはICS/LAMA/LABA吸入療法により増悪抑制，呼吸機能，QOL改善効果が確認されたが，上記治療でも不応の2型気道炎症を伴う症例が一定数存在する．2025年3月2型炎症を標的とするデュピルマブが本邦初のCOPDに対する生物学的製剤として承認された．BOREAS/NOTUS試験の統合解析において，ICS/LAMA/LABA吸入療法下でも増悪を繰り返し血中好酸球数300/μL以上を呈する2型炎症優位な難治性COPDに対してデュピルマブを上乗せすることで，プラセボ群に比して年間急性増悪率を約30%減少させ，早期かつ持続的な肺機能およびQOLの優位な改善を示した．我々が実施した呼吸器クリニックと大学病院に受診中のCOPD症例の臨床像の比較において，喘息既往について差はなかったものの，呼吸器クリニックの症例では症状が強い傾向があり，アレルギー性鼻炎合併例が優位に多かった（Terada K, Tanabe N, et al. Respir Inv 2023）．この結果からは，プライマリケアの現場ではTh2炎症が潜在した喘息非合併COPD症例が少なからず存在することが示唆された．実際日常診療において好中球性気道炎症主体の喘息非合併COPDと考えていた症例が，増悪契機に2型炎症主体にシフトし病状が不安定化することをしばしば経験する．デュピルマブが活きるCOPDは，ICS/LAMA/LABA吸入療法＋併存症を含む全身管理でもTh2気道炎症が制御しきれない難治例であり，喘息合併の有無を問わない．本講演では，自験例を踏まえてCOPD診療におけるデュピルマブの活かし方について述べたい．

ランチョンセミナー5

Remission時代にデュピルマブをどう位置づけるか?
～難治性喘息治療における新たな価値を再考する～

岩田　敏之
京都桂病院呼吸器センター・呼吸器内科　副部長

喘息は慢性的な気道炎症を背景に，気道過敏性の亢進，気道平滑筋の収縮，気道粘液の過分泌を生じ，可逆性の気流制限を呈する疾患である．また，持続する炎症や増悪の反復は気道リモデリングを惹起し，不可逆的な呼吸機能低下につながる．吸入ステロイド（ICS）を中心とした抗炎症治療の普及により，喘息コントロールや喘息死は大きく改善した．一方で，高用量ICS/LABAを含む標準治療下でも増悪を繰り返し，経口ステロイド依存を余儀なくされる重症・難治性喘息は，依然として重要な臨床課題である．

本邦ではこの十数年で6種類の生物学的製剤が使用可能となり，治療選択肢は飛躍的に拡大した．それに伴い，重症喘息治療の目標は単なる症状や増悪の改善にとどまらず，経口ステロイドからの離脱やClinical Remissionの達成を目指す時代へと移行している．しかし，実臨床では複数の生物学的製剤の中から，どの患者にどの薬剤を選択すべきかが大きな課題となっている．

本講演では，生物学的製剤選択において重要となるClinical Remissionの達成率やその予測因子，さらに達成した寛解がどの程度維持されるのかに関する最新の知見を概説する．加えて，Clinical Remissionを目指すうえで重要となるFeNOをはじめとしたバイオマーカーによる患者選択，鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎合併例に対する有効性，さらに近年注目される粘液栓（mucus plug）の改善と呼吸機能改善との関連について，最新のエビデンスを紹介する．当院での使用経験も交えながら，Clinical Remissionを目標とした重症喘息診療において，デュピルマブをどのような患者に，どのようなタイミングで選択すべきか，その臨床的価値と位置づけについて考察したい．

ランチョンセミナー6

肺がん診療におけるCGPの現在地
―検査結果を次の治療へつなげるために―

石田　真樹
京都府立医科大学大学院医学研究科　呼吸器内科学　助教

肺がん個別化医療では適切な遺伝子診断戦略が極めて重要である．マルチプレックス検査の普及により主要ドライバー遺伝子の検査率は向上したが，検査法ごとの検出・報告対象の違いや偽陰性リスクにより，治療標的となる変異が見逃される課題が存在する．実際に，初回検査陰性例であっても包括的がんゲノムプロファイリング（CGP）検査を行うことでEGFR変異などの標的が再検出され，分子標的薬の投与に至った症例が確認されている．さらに，小細胞肺癌におけるERBB2増幅の同定やNRG1融合遺伝子など，CGPは治験や新薬アクセスの道も拓く．検査の保険適応は全身状態が良好な治療可能患者に限られ，結果返却まで4～6週間を要するため，1次治療PD時や2次治療中といった適切なタイミングでの出検が求められる．初回の遺伝子検査が陰性であっても，CGP検査による積極的な再評価が新たな治療機会を創出し，治療成績の向上に寄与する．

ランチョンセミナー6

IMpower150の可能性を考える

野口　　進
京都第二赤十字病院　呼吸器内科　副部長

非小細胞肺癌に対する一次治療として免疫複合療法が標準化するなか，IMpower150試験（ABCP療法）が切り拓いた臨床的可能性を再考する．本試験では，抗VEGF抗体ベバシズマブ併用により，ICI治療抵抗性因子とされる肝転移例やEGFR変異陽性例を含めた幅広い集団においてPFSおよびOSの延長が示された．基礎的見地からも，VEGF阻害による腫瘍血管の正常化や樹状細胞の活性化がICIの効果増強に寄与することが示唆されている．さらに，自験例10例でも奏効率70.0%と高い抗腫瘍効果を確認した．4剤併用特有の有害事象管理は不可欠である一方，抗VEGF抗体による間質性肺炎リスク低減効果も示唆されている．既存のICI治療で十分な恩恵が得られにくい難治性集団に対し，血管新生阻害と免疫療法の相乗効果をもたらす本治療戦略は，個別化医療において極めて有望な選択肢となり得る．

スイーツセミナー1

NTMと慢性気道疾患の悪循環を考える

浅井　一久
大阪公立大学大学院医学研究科　呼吸器内科学　准教授

非結核性抗酸菌（NTM）は環境中に広く存在する抗酸菌であり，慢性気道疾患を背景に発症・進展しやすい．気管支拡張症，COPD，喘息，陳旧性肺結核後遺症などでは，気道構造異常，粘液貯留，線毛クリアランス低下，局所免疫応答の変化によりNTMの定着・感染が成立しやすい．肺NTM症は好中球性炎症を主体とした慢性気道炎症性疾患の側面を持ち，気道壁傷害や気管支拡張を進行させ，咳嗽，喀痰，血痰，増悪，QOL低下をもたらす．好中球性炎症，慢性気道感染，肺の破壊，粘液線毛クリアランス障害は互いに増悪し合うvicious vortexを形成し，NTMの定着・増殖をさらに促進する．すなわち，慢性気道疾患と肺NTM症は一方向の関係ではなく相互に病態を増幅する悪循環を形成する．

本講演では，肺NTM症を「慢性気道炎症疾患」として捉え直す視点を提示したうえで，診断と治療の基本を概説する．気管支拡張症，COPD，喘息におけるNTMリスクを整理し，吸入・経口ステロイド使用，粘液クリアランス障害，反復する気道感染，全身・栄養状態の低下が病態に及ぼす影響を考察する．NTM陽性例は症状，画像所見，菌種，排菌量，進行性，患者背景を総合して治療適応を判断することの重要性も示す．

さらに，抗菌薬治療に加え，排痰指導，気道クリアランス療法，呼吸リハビリテーション，栄養管理を組み合わせた包括的介入を解説する．最近の話題として，好中球性炎症をターゲットとする新規DPP-1阻害剤 Brensocatibの機序や臨床的な有用性についても解説する．これらの実践には医師・薬剤師・理学療法士・管理栄養士・看護師による多職種連携が不可欠であり，その展望についても言及する．

肺NTM症を慢性気道疾患の文脈で捉え，悪循環を断つ包括的戦略を共有することで，早期発見，適切な治療選択，長期管理の質向上につなげたい．

スイーツセミナー2

慢性呼吸不全の呼吸管理とリハビリテーション ー急性期から在宅までー

立川　　良
神戸市立医療センター中央市民病院　呼吸器内科部長

慢性呼吸不全患者では，疾患の進行や増悪に伴い，低酸素血症や高二酸化炭素血症，呼吸仕事量の増大など，さまざまな呼吸障害を呈する．適切な呼吸管理は，単にガス交換を改善するだけでなく，呼吸困難を軽減し，身体活動の維持やリハビリテーションの継続を支えるうえでも重要となる．

非侵襲的な呼吸管理の選択肢は近年広がっており，急性期には酸素療法に加え，high-flow nasal cannula（HFNC）や非侵襲的陽圧換気（NPPV）が広く用いられている．

一方，慢性期・在宅期においても，在宅酸素療法（HOT）や在宅NPPVに加え，在宅HFNCが選択肢となり，患者の病態や生活に応じた個別化された呼吸サポートが求められる．

呼吸リハビリテーションを実践するうえでは，これらの呼吸管理を，患者の活動を安全かつ効果的に支える手段として活用する視点も重要である．呼吸状態が不安定な急性期から，回復期の離床・運動療法，さらに在宅での身体活動や生活の維持まで，病期を通じて呼吸管理とリハビリテーションを適切に組み合わせて提供することが，慢性呼吸器疾患のケアには欠かせない．

本講演では，慢性呼吸不全に対する酸素療法，HFNC，NPPVなどの標準的な呼吸管理について概説するとともに，各呼吸管理の特徴と実践上のポイント，そしてリハビリテーションとの接点について，急性期から在宅期までを通じて考えたい．

スイーツセミナー3

EGFR L858R陽性NSCLCの一次治療：REVOL858Rと最新エビデンスから深掘りする

原武　直紀
九州がんセンター　呼吸器腫瘍科

EGFR変異陽性NSCLCに対する治療は，第三世代EGFR-TKIを中心に大きく進歩してきた．一方でL858R陽性NSCLCでは，19Delと比較してEGFR-TKI単剤治療の効果が相対的に限定的である可能性が複数の臨床試験で示されており，依然として重要なclinical unmet needsが残されている．

このような背景から，L858R陽性NSCLCに対する一次治療として，様々な併用療法による治療戦略の確立が期待されている．REVOL858R試験では，L858R陽性進行NSCLCを対象に，エルロチニブ＋ラムシルマブ併用療法（E+RAM）とオシメルチニブ単剤療法（OSI）を比較し，治療シークエンス全体を評価する指標としてtime to failure of strategy（TFS）が主要評価項目に設定された．本試験ではTFSの有意な延長は示されず，E+RAMの優越性は確認されなかった．E+RAMではAE治療中止が36%と高く，病勢進行による中止23%を上回っていたことから，十分な治療継続が得られなかったことが主因の一つと考えられる．一方でOSI群ではILDが約10%に認められたのに対し，E+RAM群では約2%にとどまった．同併用療法の治療効果を最大限に発揮するには，皮膚障害を中心とした有害事象の予防，早期介入，用量調整を含む適切なAE managementが重要である．

本講演では，EGFR変異サブタイプ別の基礎的・臨床的特徴を整理し，REVOL858R試験の結果を踏まえつつ，L858Rに対する最適な一次治療戦略，治療継続性を高める支持療法，今後求められる新規治療開発の方向性について考察する．

抄　　録

一般演題

O-001

肉腫型悪性胸膜中皮腫に対して checkmate743 レジメンで CRS を発症し肝障害，SJS/TEN，DIC を合併した1例

1）医療法人　伯鳳会　赤穂中央病院　呼吸器科
2）岡山大学　呼吸器内科

○塩田　哲広[1)]，槇本　　剛[2)]，富樫　庸介[2)]

症例は81歳，男性．主訴は発熱，全身倦怠感．現病歴は右肉腫型悪性胸膜中皮腫の診断にて checkmate743 レジメンで治療開始．1クール目施行後腫瘍は縮小し PR が得られた．食思不振（G1）皮疹（G1）を認めたため投薬を中止して検査を施行．甲状腺機能，下垂体機能に異常はみられなかったが，IL6は19.1pg/ml と軽度上昇していた．プレドニン20mg 投与したところ全身状態は著明に改善したため2クール目の化学療法を施行した．2クール目の化学療法施行後4日目から38℃の発熱，6日目から全身に皮疹，8日目に低酸素血症，血圧低下で当院救急搬送された．意識は清明であったが全身に皮疹が出現しており，血液検査では著明な肝酵素の上昇，DIC の所見を認めた．サイトカイン放出症候群の診断にてトシリズマブ200ｍｇ，ステロイドの投与，トロンボモジュリンなどの投与を施行したが効果なく救急搬送翌日に死亡した．後日判明した IL6は30700pg/ml であった．

O-002

セミプリマブ投与後に免疫チェックポイント阻害剤関連視神経炎を発症した肺扁平上皮癌の1例

医学研究所北野病院

○東　寿希也，井上　大生，江原　佳輝，大塚　裕斗，
池田　陽呂，山本　　香，青木　勝平，中山真裕美，
大倉　千明，野原　瑛里，神野　志織，安田　有斗，
田嶋　範之，森本　千絵，北島　尚昌，福井　基成，
丸毛　　聡

症例は50代男性．左上葉肺扁平上皮癌，多発遠隔転移を認め cStage IVB と診断した．PD-L1 TPS 100% であり，セミプリマブ単剤療法を開始し4コース施行した．最終投与の約2か月半後に両側視力低下が出現し，左視力は0.01まで低下した．頭部造影 MRI で両側視神経に STIR 高信号および造影効果を認めた．抗 AQP4抗体，髄液細胞診は陰性であり，臨床経過と併せて免疫チェックポイント阻害剤（ICI）関連視神経炎と診断した．メチルプレドニゾロン1g/ 日を5日間投与後，プレドニゾロン内服へ移行した．治療16日目には左視力は1.0まで改善し，頭部造影 MRI 上の異常所見も軽減し，プレドニゾロン漸減後も再燃を認めなかった．ICI 関連視神経炎は稀であるが，不可逆的な視力障害を来しうる．視機能予後の観点から早期の診断と治療介入が求められる．ICI 治療歴のある患者に視力低下を認めた際には本症を鑑別に挙げ，早期診断・治療が重要である．文献的考察を加えて報告する．

O-003

Pembrolizumab 投与で腫瘍壁が崩壊して気胸を来した１例

1）医療法人　伯鳳会　赤穂中央病院　呼吸器科
2）岡山大学　呼吸器内科

○塩田　哲広[1)]，槇本　　剛[2)]，富樫　庸介[2)]

症例は74歳，男性．主訴は突然の胸痛と呼吸困難．既往歴は72歳，右下葉肺扁平上皮癌　cT4N2M0 stage3B PD-L1 TPS 80%の診断にて Pembrolizumab 単剤による治療を開始．2回投与後に右肺に ILD を発症したため2カ月間 Pembrolizumab を中止してステロイドの投与を施行．その後 Pembrolizumab を再開し計15クール施行．当初長径10cm SUV max 17.9あった原発巣は長径5cm まで縮小し原発巣への FDG の取り込みは消失していた．その後突然の胸痛，呼吸困難で来院．胸部レ線，CT にて右気胸を認めた．胸部 CT にて右腫瘍内に空気を認め腫瘍の被膜が破綻している部位が確認されたため免疫反応により腫瘍壁が崩壊したことによって発症した続発性気胸と診断した．空気漏れのコントロールに難渋したが，最終的に局所麻酔下胸腔鏡下にミノマイシンの投与を施行したところ空気漏れは消失しドレーン抜去可能となった．Pembrolizumab によって発生した気胸を経験したので報告する．

O-004

メカニクスハンドを契機に抗合成酵素症候群と診断した免疫チェックポイント阻害薬関連肺障害の１例

1）国家公務員共済組合連合会　大手前病院　呼吸器内科
2）兵庫医科大学　医学部　呼吸器内科学
3）同　胸部腫瘍学特定講座

○太田　博章[1,2)]，高橋　　良[2,3)]，村上　美沙[2)]，清田穣太朗[2)]，
高岸　　樹[2)]，森　　麻子[2)]，近藤　孝憲[2)]，西村　　駿[2)]，
安岡　瑞貴[2)]，河村　直樹[2)]，神取　恭史[2)]，藤岡　　毅[2)]，
東山　友樹[2,3)]，多田　陽郎[2,3)]，祢木　芳樹[2,3)]，
大搗泰一郎[2,3)]，藤本　大智[2,3)]，南　　俊行[2,3)]，
栗林　康造[2,3)]，木島　貴志[2,3)]

【症例】76歳男性．肺腺癌（IVA 期）に対しカルボプラチン，ペメトレキセド，ペムブロリズマブ併用療法を受けていた．3コース終了後に Grade 2の免疫チェックポイント阻害薬関連肺障害（ICI-P）を発症し，プレドニゾロン（PSL）治療により改善した．PSL10 mg/ 日まで漸減後，肺障害が再燃した．同時期にメカニクスハンドが出現したため，膠原病関連自己抗体を測定し，抗 PL-12抗体陽性であった．臨床経過と併せて抗合成酵素症候群（ASyS）と診断された．PSL30 mg/ 日に増量後，肺病変および皮膚症状は速やかに改善し，現在も維持量で加療を継続されている．【考察】本症例は ICI-P 再燃と考えられた経過中に，メカニクスハンドが出現したことが診断の契機となった．ICI 投与後，抗 ARS 抗体陽性 ASyS が発症あるいは顕在化したことは少数ながら報告されている．ICI-P の再燃時には新たな皮膚所見や筋症状など全身を再評価し，ASyS を含む鑑別診断を再考することが重要である．

O-005
維持血液透析中の肺扁平上皮癌に対してセミプリマブ単剤療法が奏効した１例

1）社会医療法人財団　聖フランシスコ会
　姫路聖マリア病院　呼吸器内科
2）兵庫医科大学　呼吸器内科学

○前迫　哲史[1,2]，中島　康博[1,2]，村田　卓嗣[1,2]，
　南　　大輔[1]，金廣　有彦[1]，南　　俊行[2]，栗林　康造[2]，
　木島　貴志[2]

【背景】抗 PD-1 抗体セミプリマブは，2025 年 9 月に切除不能な進行・再発非小細胞肺癌に対する適応が追加された．一方，血液透析患者における使用経験は限られている．【症例】76 歳，男性．血液透析で通院中，X 年 1 月の胸部 CT で左上葉に長径 53 mm の腫瘤影を認め，当科紹介となった．気管支鏡下生検で肺扁平上皮癌と診断し，FDG-PET-CT および頭部 MRI で cT3N1M0，Stage IIIA，PD-L1 IHC 22C3 TPS 95%，ドライバー遺伝子変異なしと診断した．根治的局所治療を含む治療選択肢を提示したが，患者背景および本人・家族の意向を踏まえ，X 年 2 月よりセミプリマブ単剤療法を開始した．4 コース施行後，左上葉原発巣は著明に縮小し，RECIST で PR を得た．有害事象として Grade 1 の皮膚障害を認めたが，支持療法で対応可能であった．【考察】血液透析中の肺扁平上皮癌患者に対しても，セミプリマブ単剤療法により良好な抗腫瘍効果が得られ，忍容性も良好であった．

O-006
Cemiplimab により Wells 症候群を発症したが再投与し得た肺腺癌の１例

1）神戸市立医療センター中央市民病院　呼吸器内科
2）同　皮膚科
3）同　病理診断科

○柏木　郁実[1]，神戸　寛史[1]，平田　拓士[1]，中山　怜那[1]，
　吉村倫太朗[1]，杉山　貴康[1]，田中　尚登[1]，打谷　美沙[1]，
　平井　将隆[1]，西田　湧也[1]，齊藤正一郎[1]，伊部　匡晃[1]，
　白川　千種[1]，平林　亮介[1]，佐藤　悠城[1]，富井　啓介[1]，
　立川　　良[1]，長野　　徹[2]，山下　大祐[3]，原　　重雄[3]

症例は 82 歳男性．肺腺癌 (cTxN2bM1c cStage IVB)，PD-L1 TPS100％に対して，X 年 3 月より Cemiplimab 単剤療法を開始した．2 コース投与後の X 年 5 月に末梢血好酸球の著明な増加，両上肢及び両大腿に掻痒を伴う発赤，浮腫が出現し ,Cemiplimab を休薬した．皮膚生検にて真皮の広範囲に好酸球主体の炎症細胞浸潤を認め，Wells 症候群と診断した．PSL20 mg/ 日による治療を開始し，末梢血好酸球は低下し，皮膚症状は改善した．PSL5 mg/ 日まで漸減後 Cemiplimab を再開し，Wells 症候群の再燃なく腫瘍縮小を維持している．ICI 関連皮膚障害は T 細胞などを主体とした炎症だが，Wells 症候群は好酸球を主体とした炎症である．本症例のように好酸球増多を伴う皮膚障害では，好酸球性疾患を鑑別し，他臓器障害の合併に留意する必要がある一方，病勢制御後にはその他 irAE と同様に慎重な観察の下 ICI の再投与可能な場合がある．

O-007
タルラタマブによる薬剤性肺障害が疑われた１例

大阪赤十字病院　呼吸器内科

○安藤　勇哉，矢野　翔平，福田　考生，山田　拓実，
　池田　拓真，岩垣　慈音，山野　隆史，石川　遼一，
　西　　健太，高岩　卓也，濱川　瑤子，笠松　知子，
　中川　和彦，吉村　千恵，黄　　文禧

【症例】78 歳女性【現病歴】X 年 Y-5 月に労作時呼吸困難で来院，精査の結果進展型小細胞肺癌 cT4N3M1b(PLE，BRA) cStageIVB と診断した．カルボプラチン＋エトポシド＋アテゾリズマブを 4 コース投与したが，終了後に脳転移の増大を認めた．2nd line として X 年 Y 月にタルラタマブを開始した．投与後 Day2 に発熱があり CRS grade1 としてアセトアミノフェン，デキサメタゾンを投与した．Day3 に呼吸困難と軽度の酸素化低下が出現，胸部 CT で両肺野にすりガラス影を認め Grade2 の薬剤性肺障害が疑われた．無治療経過観察で発熱・酸素化，肺陰影は改善傾向となった．Day8 以降の投与は中止した．投与後 1 か月時点で胸腔病変は増大を認めなかったが，脳転移は増大傾向であった．【考察】臨床試験でのタルラタマブによる肺臓炎発症までの日数の中央値は 40 日，発症率は 0.8% とされ，比較的まれである．投与早期から肺障害を来す可能性も念頭に置き，慎重な経過観察が必要である．

O-008
食道内へ直接浸潤が疑われる症例に対し ABCP 療法を使用し気管食道瘻を認めた一例

淡海医療センター

○菅　　佳史，松井　遥平，西村　直也

症例は 59 歳男性，飲み込み辛さを主訴に紹介となった．既往に右下葉肺腺癌に対し手術歴もある．胸部 CT 検査にて縦隔リンパ節と一塊となった腫瘍を認め，食道及び左主気管支へと進展し，食道狭窄による嚥下障害が疑われた．気管支鏡検査にて右下葉肺腺癌術後再発と診断し，全身化学療法として ABCP 療法を行った．治療開始後 8 日目に湿性咳嗽が顕著となり胸部 CT 再検した所，腫瘍サイズの縮小と気管食道瘻を認めた．ステント留置を考慮したが，支える残存組織が少ない事から断念とした．食道再建術も考慮されたが，薬剤性腎障害，細菌性肺炎と全身状態も悪く，食道瘻造設術での症状緩和を行った．経時的に全身状態の増悪を認め 3 か月後に死亡退院となった．食道内への病変の浸潤が疑われる場合にもアバスチンの投与は慎重に検討が必要であると考えられ症例報告とする．

O-009
食道裂孔ヘルニアに伴う無気肺に NPPV が有効であった一例

1）南奈良総合医療センター
2）南和広域医療企業団　吉野病院

○永吉　琢真[1)]，鈴木健太郎[1)]，有山　　豊[2)]，村上　伸介[2)]

82歳男性．X-2年より食道裂孔ヘルニアの経過観察中であった．X年4月，呼吸困難が出現し前医入院，室内気でSpO285% と低酸素血症を認め，保存的加療に反応乏しく精査加療目的に同年5月当院転院となった．胸部 CT で食道裂孔ヘルニア増悪に伴う左下葉圧迫性無気肺を認め，気管支鏡検査では気道閉塞や喀痰貯留は認めなかった．リザーバー付き鼻カニュラ5L/ 分を要する酸素需要があったが，高齢かつ全身状態不良のため外科的修復は困難と判断し，夜間のみ NPPV を導入したところ，経時的に酸素需要低下と CT 上の無気肺改善を認めた．夜間の陽圧換気が吸気時の胸腔内陰圧を軽減しヘルニア増悪を抑制したことが改善に寄与したと考えられる．最終的に夜間 NPPV および在宅酸素療法を導入し退院した．食道裂孔ヘルニアに伴う圧迫性無気肺に NPPV が有効であった報告は検索した限り認めず，外科的治療困難例への治療選択肢として報告する．

O-010
気道確保に難渋し事前評価の重要性を再認識した末期 Duchenne 型筋ジストロフィーの1例

京都民医連中央病院

○河原　一磨，植田　寛生，扇谷　知宏，竹村　知容

症例は36歳男性．9歳時に Duchenne 型筋ジストロフィー（DMD）と診断され，15歳時より NPPV で呼吸管理されていた．呼吸状態の増悪により当院へ救急搬送され，胸部 CT で左気胸に加え高度な気管・胸郭変形を認めた．胸腔ドレナージ後も改善に乏しく，NPPV での管理継続は困難と判断し気管挿管を行ったが，高度な気管変形のため難渋した．挿管後も変形した気管とカフの間から著明なエアリークが持続し，気管切開後も体位調整やチューブ径変更を要したが安定した換気を確保できなかった．進行期 DMD では単に気道確保困難を予測するだけでなく，気管径の不均一性や周囲血管との位置関係を画像から把握し，気管切開時の解剖学的リスクを評価するとともに，カフ径との適合性や長さ･柔軟性など個々の気道形態に応じたチューブ選択まで考慮する必要がある．このような高度な気道変形を有する DMD 患者の気道管理について文献的考察を加え報告する．

O-011
機種変更により患者・人工呼吸器同調性が改善した慢性 II 型呼吸不全の一例

1）特定医療法人　健和会　うえだ下田部病院
2）大阪医科薬科大学病院　呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科
3）市立伊丹病院　呼吸器内科

○藤田　守美[1)]，金岡　聖恵[1)]，木村　壮太[1)]，竹崎　一皓[3)]，
伊東　邦泰[2)]，浅井　優希[3)]，中村　敬彦[2)]，閔　庚火華[1)]

【症例】中枢神経系原発悪性リンパ腫治療後に体重減少および高度混合性換気障害を認め，慢性 II 型呼吸不全を呈した69歳女性．細菌性肺炎を契機に重度の呼吸性アシドーシスを来し，気管切開下人工呼吸管理となった．肺炎治療後，在宅人工呼吸器導入の目的で当院へ転院した．転院後，Astral 150 の使用を開始したが，呼吸困難感を訴え，SpO2低下と頻脈を認めた．同様の設定条件で Trilogy Evo へ変更すると呼吸困難感・頻脈が改善して長時間装着が可能となった．その後 Vivo45LS の導入を試みたが，再び患者・人工呼吸器間の同調性不良を認め，Trilogy Evo へ戻すと安定した．【考察・結語】人工呼吸器は機種ごとに制御アルゴリズムや呼吸補助特性が異なり，同様の設定条件でも患者・人工呼吸器同調性や装着時の快適性が異なる可能性がある．在宅人工呼吸器導入時には機種選択も重要と考えられた．

O-012
夜間 NPPV で管理されていた成人期先天性中枢性低換気症候群（CCHS）における無自覚の日中低酸素血症の1例

明石医療センター　呼吸器内科

○奥田　有沙，岡村佳代子，佐々木和子，畦倉　孝暁，
井上　拓弥，古川　湧也，池田　美穂，畠山由記久，
大西　　尚

31歳女性．新生児期に CCHS と臨床診断され，小児専門病院で8歳まで気管切開下人工呼吸管理を受け，その後夜間 NPPV へ移行した．自覚症状はなく就労していたが，X-4年に成人期の NPPV 管理目的に当院へ紹介になり，外来で継続フォローされていた．日中の高二酸化炭素血症が持続し，肺高血圧も徐々に進行したため，X 年に精査目的に入院した．SpO2および EtCO2の連続モニタリングを行ったところ，夜間 NPPV 装着中はむしろ過換気であったのに対し，朝の NPPV 離脱後は早期から EtCO2が上昇し，SpO2は70％台まで低下した．高度の低酸素血症にもかかわらず，呼吸困難などの自覚症状はなかった．覚醒時の低酸素血症に対して在宅酸素療法を導入した．CCHS では自覚症状に乏しいまま低換気が継続し，肺高血圧や心不全をきたす．近年呼吸管理の進歩により成人期に移行する CCHS 患者が増加しており，疾患の病態および成人期呼吸管理について文献的考察を加えて報告する．

O-013
シネ MRI が呼吸リハビリに有効であった咳失神で受診した BMI 32.7 70歳，男性

1）医療法人　伯鳳会　赤穂中央病院　呼吸器科
2）同　リハビリテーション科
3）同　放射線部
4）岡山大学　呼吸器内科

○塩田　哲広[1)]，國重　俊樹[2)]，万波　康介[3)]，白木　遼[3)]，
槇本　剛[4)]，富樫　庸介[4)]

肺機能検査では拘束性や閉塞性換気障害の鑑別ができても胸壁運動と横隔膜運動を個別に評価できない．シネ MRI では胸壁運動と横隔膜運動を個別に評価して病態の把握可能である．症例は70歳，男性．主訴は6カ月以上持続する激しい咳とともにおこる失神．現病歴は上記主訴で当科外来を受診．身長 168cm　体重 98kg　BMI 32.7　血液ガス分析は PH 7.398　PO2 68.6　PCO2 43.3　SpO2 93.8　肺機能検査では VC 2.23L，%VC 60.1，FVC 2.14L，% FVC 59.2%，FEV1.0 1.15L，1秒率 53.7%と混合性換気障害を認めた．シネ MRI では横隔膜運動は保たれていたが胸壁運動が全くみられなかった．肥満によって胸壁運動が制限されたことによる拘束性換気障害と診断し，減量と呼吸筋ストレッチを主体とする呼吸器リハビリテーションを施行．4カ月で体重は11ｋｇ減量．シネ MRI でも胸壁運動は著明に改善がみられ VC も 2.23L から2.77L まで改善し咳失神もみられなくなった．

O-014
在宅酸素療法を導入した外国人 COPD 患者に対して当院で行った海外渡航支援の実際

洛和会音羽病院　呼吸器内科

○小國　莉子，小間　圭祐，佐村　和紀，可児　啓吾，
柴原　一毅，宮本　瑛史，榎本　昌光，小倉　由莉，
細谷　和貴，田宮　暢代，土谷美知子，長坂　行雄

【症例】64歳日本在住のペルー人男性．【現病歴】X 年4月に，COPD に肺炎を合併したことによる急性呼吸不全で入院した．抗菌薬加療を行い，肺炎像は緩徐に改善したが呼吸不全が遷延したため，在宅酸素療法を導入して退院した．患者よりペルー渡航希望が出されたため，多職種スタッフと協働して，海外渡航時に使用できる酸素機器レンタルの手配，航空機での移動中や現地滞在中の酸素流量の決定，および航空会社や渡航先の医療機関への診断書や診療情報提供書の作成などを行なった．X 年6月に3週間のペルー渡航を実現させた．【考察】在宅酸素療法患者の国内旅行については各酸素機器レンタル会社による支援体制が整っている．一方で，海外渡航については，日本国内で使用している酸素機器を海外に持ち出すことができないなど，様々な障壁が存在している．医療者は在宅酸素療法中患者の QOL 向上のために海外渡航支援の方策を把握しておく必要がある．

O-015
地域中核病院における RST 介入自宅退院患者の90日以内呼吸器関連再入院の実態と関連因子の検討

1）綾部市立病院　看護部
2）同　リハビリテーション科

○高橋　嘉宏[1)]，村上　有美[1)]，宮田　聖歩[2)]

【目的】RST 回診介入症例のうち自宅退院患者の退院後90日以内の呼吸器関連再入院有無による特性の違いを検討する．【方法】2025年度 RST が介入した自宅退院20例を解析対象とし後方視的調査を実施した．退院後90日以内の呼吸器関連再入院の有無で2群に分け，患者背景，併存疾患，入退院時評価指標を診療録より抽出し比較した．【結果】90日以内の呼吸器関連再入院あり群は4例（20%）なし群16例（80%）であった．再入院あり群となし群で年齢中央値，併存疾患数，独居率，高齢者世帯割合，BMI，Alb，入院前 BI に大きな差はみられなかった．併存症は，心血管疾患は，再入院なし群の方が多く（あり群3名，なし群10名）退院時 CFS 中央値は再入院あり群5.3，なし群4.4であった．【結論】RST 介入を受けた自宅退院患者では，既往呼吸器関連入院歴，心血管・脳血管疾患併存，退院時 CFS 高値が，90 日以内呼吸器関連再入院の有無による群間差であった．

O-016
著明な好酸球性胸水を伴った好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）の1例

1）京都府立医科大学　呼吸器内科学
2）同　免疫内科学

○辻　尚朗[1)]，石田　真樹[1)]，森戸　翔基[1)]，山岡　燎平[1)]，
井上　弘之[2)]，妹尾　高宏[2)]，澤田　凌[1)]，西岡　直哉[1)]，
河内　勇人[1)]，岩破　將博[1)]，金子　美子[1)]，山田　忠明[1)]，
髙山　浩一[1)]

背景：好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）において胸膜病変や好酸球性胸水を伴う症例は比較的稀である．著明な好酸球性胸水を契機に診断した EGPA の1例を報告する．症例：75歳男性．気管支喘息，好酸球性副鼻腔炎および両肺底部優位の軽度間質性陰影の経過観察で当科通院中であった．定期胸部CTで右優位の両側胸水を認めた．好酸球5,660/ μ L，IgE 3,090 IU/mL，MPO-ANCA 49.1 U/mL と高値であった．胸水は黄色混濁の滲出性で，好酸球72%を占め，細胞診・培養は陰性であった．心臓超音波検査では左室駆出率の低下を認めなかった．両下肢のしびれを伴い，腎生検で ANCA 関連血管炎に矛盾しない所見を認め，EGPA と診断した．プレドニゾロンおよびメポリズマブ導入後，しびれは改善し，好酸球数は速やかに正常化，胸水も減少した．結語：著明な好酸球性胸水を認めた場合には，喘息や好酸球性副鼻腔炎などの背景にも留意し，EGPA を鑑別疾患として考慮する必要がある．

O-017

大腸癌化学療法中に生じ，免疫療法により増悪をきたした肺サルコイドーシス / サルコイド反応の一例

1）京都府立医科大学大学院　医学研究科　呼吸器内科学
2）同　消化器内科学

○田中　聡行[1)]，澤田　　凌[1)]，石田　真樹[1)]，河内　勇人[1)]，
西岡　直哉[1)]，岩破　將博[1)]，土井　俊文[2)]，山田　忠明[1)]，
髙山　浩一[1)]

【現病歴】34歳，男性．X-1年に大腸癌に対して結腸右半切除術および術後補助化学療法を施行された．経過中，両肺多発結節影，縦隔・肺門リンパ節腫大を認め，FDG集積も伴ったため転移が疑われ当科紹介となった．【経過】中葉結節のCTガイド下生検で非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め，サルコイド反応／サルコイドーシスとして経過観察した．X年に腹膜播種で再発し，MSI-highのためイピリムマブ・ニボルマブ併用療法を開始した．4クール後，腹膜播種は縮小したが肺結節，縦隔・肺門リンパ節は増大した．EBUS-TBNAでは非乾酪性類上皮細胞肉芽腫のみで悪性所見を認めず，同病変の増悪と診断した．以後明らかな悪化なく免疫療法を継続した．【結語】悪性腫瘍患者の肺・リンパ節病変では，悪性疾患を鑑別し，組織学的評価を行うことが重要である．

O-018

経気管支クライオ肺生検で診断した加湿器肺炎の1例

近畿大学病院　呼吸器・アレルギー内科

○長谷川隆貴，山崎　　亮，松本　久子，西山　　理，
佐野安希子，西川　裕作，上桝　　潔，吉川　和也，
松原　若葉，富田　淳史

【症例】70歳男性．X年12月末に発熱で前医を受診し，炎症所見の上昇とCTで両肺に陰影を認めてX+1年1月に当院紹介となり，精査目的で入院となった．fine cracklesを聴取し，KL-6は1051mg/dlと上昇を認めた．CTでは上肺野優位にモザイクパターンのすりガラス陰影を認めた．古い加湿器をX年12月初旬より使用しており，過敏性肺炎が示唆され，クライオ肺生検とBALを施行した．BALの分画はリンパ球52.3%であった．病理所見では胞隔炎・器質化肺炎・細気管支病変を認めた．MDDで加湿器肺と診断し，入院後は抗原回避のみで陰影の改善を認め，使用していた加湿器を廃棄して退院とした．退院して半年後の経過でも再燃を認めていない．【結論】クライオ肺生検を施行し，MDDで加湿器肺と診断された症例は稀である．他の過敏性肺炎との違いも含め，文献的考察を加えて報告したい．

O-019

作為症が疑われていた気管支喘息合併声帯機能不全の一例

1）国立病院機構　奈良医療センター　内科
2）同　リハビリテーション科
3）同　耳鼻咽喉科

○熊本　牧子[1)]，宇和田若菜[1)]，冨田　　大[1)]，田中小百合[1)]，
芳野　詠子[1)]，板東　千昌[1)]，久下　　隆[1)]，梅景　洋介[2)]，
赤羽　　誉[3)]，玉置　伸二[1)]

症例は25歳女性．12歳時に気管支喘息と診断され病状は安定していたが，18歳頃から発作が頻回に出現するようになり発作時は近医より処方された経口ステロイドを自己判断で内服する状況が続いていた．その間，精神科にて家庭環境を一因とした適応障害と診断された．25歳時に喘息発作にて前医に入院となり以降通院していたが，本人の希望で当院に転医した．前医からの紹介状には発作時はwheezeを聴取せず頸部のstridorのみであり，上気道の器質的疾患も認めないため，作為症の可能性について言及されていた．発作時に喉頭ファイバーによる観察を行ったところ吸気時に声帯の外転障害を認め，気管支喘息に合併した声帯機能不全（VCD）と診断し，理学療法士による呼吸法指導を行った．VCDは若年女性に多く，ストレスや性格的要因の関与が考えられている．難治性喘息の鑑別の一つとしてVCDを想起することは重要である．

O-020

デペモキマブの初回治療導入が奏功した好酸球性副鼻腔炎合併の難治性好酸球性喘息の1 例

1）社会医療法人財団　聖フランシスコ会
姫路聖マリア病院　呼吸器内科
2）兵庫医科大学　呼吸器・血液内科学

○村田　卓嗣[1)]，中島　康博[1,2)]，前迫　哲史[1,2)]，南　　大輔[1)]，
南　　俊行[2)]，金廣　有彦[1)]，栗林　康造[2)]，木島　貴志[2)]

【背景】デペモキマブは好酸球の増殖・成熟・生存に重要なIL-5に結合する長時間作用型抗IL-5抗体で，2026年4月に本邦で発売された．【症例】63歳女性．43歳時より好酸球性副鼻腔炎に対して手術を含む治療を継続していた．気管支喘息に対し高用量吸入ステロイド，気管支拡張薬，ロイコトリエン受容体拮抗薬を使用していたが，年2回以上の増悪を認めた．末梢血好酸球450/ μ L，FeNO 21 ppb，IgE 161 IU/mLで好酸球性喘息と考えた．自己注射への抵抗も考慮し，26週毎投与のデペモキマブを導入した．1か月後，1秒量は1570 mLから1910 mL，ACTは20点から23点へ改善した．【考察】好酸球性副鼻腔炎を合併する難治性好酸球性喘息に対し，デペモキマブは初回生物学的製剤として有効であり，投与頻度の少なさは治療負担軽減や継続性の面でも有用と考えられた．

O-021

神経障害性疼痛に対する治療が有効であった難治性慢性咳嗽の1例

1）大阪医科薬科大学病院　呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科
2）大阪医科薬科大学内科学講座　腫瘍内科学教室
3）大阪医科薬科大学病院　臨床研究センター

○伊東　邦泰[1)]，中村　敬彦[1)]，鈴木　淳史[1)]，山口隆太郎[1)]，
川口　秀亮[1)]，土田　　澪[1)]，垣内　俊佑[1)]，石川　翔一[1)]，
島津　保之[1)]，新井　将弘[1)]，満屋　　奨[1)]，船本　智哉[1)]，
辻　　博行[1,3)]，松永　仁綜[1)]，鶴岡健二郎[1)]，田村　洋輔[1,2)]，
池田宗一郎[1)]，藤阪　保仁[1,2,3)]

難治性慢性咳嗽（RCC/UCC）の背景には咳過敏症症候群があり，P2X3受容体拮抗薬の有効性が示されている．一方，プレガバリン等のニューロモデュレーターは本邦ガイドライン内にも記載されているが咳嗽に対する適応はなく，その位置づけは限定的である．症例は49歳女性．1年間持続する咳嗽を主訴にICS/LABA，LTRA，抗ヒスタミン薬で治療するも症状改善に乏しく当科紹介となった．喉元の違和感を伴い会話により咳嗽が誘発された．夜間症状は無くFスケールも低値で，原因の特定は困難であった．LAMAは効果乏しくゲーファピキサントは味覚障害により5日で自己中断となった．他科にて神経障害性疼痛に対しプレガバリンが開始されたところ，1週間で咳嗽は消失した．なおICS中止による咳嗽の再増悪を認めたため，喘息要因をもつRCCとして現在も治療継続している．プレガバリンはゲーファピキサント継続困難な症例において有効な治療選択肢となる可能性が示された．

O-022

sIL-2R 著増の ABPM に対しステロイドを回避し，経過中に末梢性 T 細胞リンパ腫の診断に至った1例

大阪公立大学大学院医学研究科　呼吸器内科学

○新名　航平，小川　晃一，山田　一宏，浅井　一久，
等々力　輝，豊後みどり，石山　福道，新谷　　穣，
永井　貴彬，上田　隆博，杉本　　亮，覺野　重毅，
長嶺　宏明，松本　吉矢，中井　俊之，渡辺　徹也，
川口　知哉

症例は83歳女性．左下葉のhigh-attenuation mucusを伴う多発浸潤影，縦隔リンパ節腫大，sIL-2R 11,918 U/mLを認めた．#4Rと#7に対するEBUS-TBNAおよびIFBでは悪性所見を認めず，粘液栓から糸状菌と好酸球浸潤を検出しアレルギー性気管支肺真菌症（ABPM）と診断した．ABPMでもsIL-2Rは上昇し得るが，リンパ腫の合併を除外できずステロイド回避目的でX年4月にITCZ単剤で加療し，肺病変は改善が得られ，縦隔リンパ節もやや縮小した．sIL-2Rは低下したものの高値(2,777-4,335 U/mL)で遷延し，5月にC. difficile感染症を発症，治療後も腹痛が持続した．CTで小腸壁肥厚と周囲リンパ節腫脹を認めたため6月に小腸内視鏡を施行し，空腸に巨大潰瘍を認め生検にて末梢性T細胞リンパ腫と診断した．sIL-2R著増を伴うABPMではリンパ腫合併を念頭に置く必要があり，除外困難例ではITCZ単剤治療が有用な選択肢となる．

O-023

アスペルギルス・テレウスによるアレルギー性気管支肺アスペルギルス症を発症した続発性免疫不全症の1例

1）淀川キリスト教病院　呼吸器内科
2）同　血液内科

○中村　基寛[1)]，吉井　直子[1)]，堀川　真衣[1)]，朝岡　拓哉[1)]，
梁間　　敢[2)]，古田　寛人[1)]，上野　峻輔[1)]，曽根　莉彩[1)]，
水谷　　萌[1)]，吉田　也恵[1)]，水窪由美子[1)]，西島　正剛[1)]，
大谷賢一郎[1)]，紙森　隆雄[1)]，藤原　　寛[1)]

【症例】73歳男性．【経過】気管支喘息で吸入治療中．X-1年7月より多発性骨髄腫に対して寛解導入療法を開始した．その後自家末梢血幹細胞移植を実施したが，低ガンマグロブリン血症を呈し，免疫グロブリン製剤を定期投与していた．X年1月より末梢血好酸球数が上昇し，同4月にCTで肺野に高吸収粘液栓を伴う陰影を認めた．総IgEは基準値内，アスペルギルス特異的IgEは陽性であった．ISCZを内服中であったが，喀痰と粘液栓からA. terreusを検出した．ABPAと診断し同8月からPSL内服を開始した．この時点でIgA，IgMの低値は持続していたが，IgGは基準値内，総IgEは上昇していた．【考察】検出されたA. terreusはISCZに感受性があるにも関わらず，喀痰から持続的に検出された．粘液栓内では抗真菌薬の効果が不十分であった可能性が示唆された．IgEは免疫応答の回復に伴い遅れて上昇した可能性がある．続発性免疫不全状態でABPAを発症した症例は希少であり報告する．

O-024

免疫化学療法が奏効したSMARCB1（INI1）欠損を呈する肺未分化腫瘍の1例

京都府立医科大学付属病院　呼吸器内科

○中川　　陸，金子　美子，岩破　將博，田中　聡行，
澤田　　凌，石田　真樹，河内　勇人，西岡　直哉，
山田　忠明，髙山　浩一

【背景】SMARCB1（INI1）はSWI/SNFクロマチンリモデリング複合体の構成因子であり，その欠損を呈する胸部腫瘍は極めて稀で，疾患概念や標準治療は確立されていない．【症例】78歳女性．右肺腫瘍に対する気管支鏡下生検では未分化な組織像を呈し，INI1免疫染色で腫瘍細胞の核発現消失を認め，SMARCB1欠損を呈する肺未分化腫瘍と診断された．PD-L1 TPSは20%で，治療標的となる遺伝子異常は認められなかった．右肺中葉切除術および縦隔リンパ節郭清術が施行され，pT2bN2bM0，Stage ⅢBであった．術後補助療法は施行されず，術後4か月で縦隔リンパ節再発を認めた．非小細胞肺癌に準じカルボプラチン，nab-パクリタキセル，アテゾリズマブ併用療法が開始され，2コース終了後にRECISTv1.1による部分奏効（PR）を認めた．【結語】SMARCB1欠損を呈する肺未分化腫瘍に対し，免疫化学療法が奏効した貴重な症例と考え，当日はその後の経過と文献的考察を交えて報告する．

O-025

術前化学免疫療法により MPR を得た ALK 陽性肺癌の 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
3）同　呼吸器外科
4）姫路赤十字病院　内科

○吉川　和志[1)]，塚本　宏壮[1)]，田中　愛也[4)]，高田　正浩[1)]，
日隈　俊宏[1)]，永田　憲司[1)]，竹野内政紀[1)]，平岡　亮太[1)]，
山之内義尚[1)]，小南　亮太[1)]，加藤　智浩[1)]，東野　幸子[1)]，
鏡　　亮吾[1)]，横井　陽子[1)]，水守　康之[1)]，佐々木　信[1)]，
中原　保治[1)]，河村　哲治[1)]，印藤　貴士[3)]，竹井　雄介[2)]

症例は45歳男性．健康診断を契機に右上葉腫瘤影を指摘され紹介となった．肺腺癌 cT2aN2aM0（ALK 融合遺伝子変異陽性，TPS 70%）と診断，術前化学療法としてシスプラチン＋ペメトレキセド＋ペムブロリズマブ療法を導入した．4コース実施後に原発巣とリンパ節の縮小を確認し，胸腔鏡下右上葉切除と ND2a-1 郭清による根治的切除を施行した．病理学的に ypT0N2a で，原発巣 EF.3 の病理学的完全奏効を得た．術後はペムブロリズマブ単剤療法を実施し，現在まで11コース完遂し無再発を維持している．局所進行 ALK 陽性肺癌に対する周術期化学免疫療法の有効性は確立されていないが，術前治療が許容されているペムブロリズマブについては治療選択肢となり得るものと考える．

O-026

薬剤性肺障害後にタルラタマブを導入した間質性肺疾患併存進展型小細胞肺癌の 1 例

市立福知山市民病院　呼吸器内科

○江上　正史，権藤　航星，倉橋希美花，渡邊　理愛，
谷村　恵子

【背景】タルラタマブの間質性肺疾患合併例に対する安全性の報告は限られている．【症例】74歳男性．気腫合併肺線維症を有する進展型小細胞肺癌に対し，X-2年から化学療法を施行していた．X 年，5次治療のノギテカン療法1コースを施行したが，Y-17日に薬剤性肺障害 Grade2 を発症し，中止してステロイドで治療した．画像検査で肺陰影が改善傾向であったため，Y 日よりタルラタマブ療法を開始し，速やかな腫瘍縮小を認めた．サイトカイン放出症候群 Grade2 を認めたが，ステロイドおよびトシリズマブ投与で軽快した．その他の有害事象はいずれも管理可能で，病勢増悪後も次治療へ移行し，15か月以上の長期生存を確認している．【考察】本症例では薬剤性肺障害によるノギテカン中止17日後という早期でタルラタマブを導入したが，良好な忍容性が得られた．間質性肺疾患を有する進展型小細胞肺癌におけるタルラタマブの安全性について，さらなる症例の蓄積が必要である．

O-027

複合免疫療法後の oligoprogression に対する集学的治療により長期病勢制御が得られた肺腺癌の 1 例

1）大阪府済生会吹田病院
2）吹田徳洲会病院

○佐藤いずみ[1)]，岡田あすか[2)]，宮川　　伸[1)]，本保たろう[1)]，
蟻本　亜美[1)]，岡田　吉弘[1)]，古室　太誠[1)]，飯塚　正徳[1)]，
綿部　裕馬[1)]，乾　　佑輔[1)]，上田　将秀[1)]，竹中　英昭[1)]，
長　　澄人[1)]

症例は67歳男性．2020年，右上葉肺腺癌に対して右上葉切除術を施行し，pT4N2M0，stage IIIB と診断した．術後補助化学療法後，縦隔・後腹膜リンパ節および左副腎転移で再発し，CBDCA + PEM + Pembrolizumab を開始した．治療経過中，リンパ節病変は縮小した一方，左副腎転移のみ増大したため，oligoprogression と判断し2022年3月左副腎摘除術を施行した．切除標本の病理所見から，肺癌の副腎転移と診断した．術後，摘出部に腫瘤影が残存し，腫瘍残存が疑われた．DOC + RAM および S-1 による薬物療法を継続し，PET-CT で同病変および傍大動脈リンパ節に限局した FDG 集積を認め，両病変に2023年6月放射線治療（55Gy/22回）を施行した．以後 S-1 継続し，2026年現在まで画像上明らかな再発なく経過している．進行非小細胞肺癌において，薬物療法と局所治療の併用により長期病勢制御が得られた示唆に富む症例と考え報告する．

O-028

腸骨転移巣の針生検後に自然退縮し，その後出現した多発肺転移に ICI 併用化学療法を施行した肺腺癌の 1 例

大津赤十字病院　呼吸器内科

○阪本　哲紀，池上佳那美，山下　奈央，北原　健一，
佐藤　将嗣，嶋　　一樹，八木　由生，高橋　珠紀，
伊藤　　穣，酒井　直樹

症例は70歳男性，PS 0，喫煙歴あり．X-1年1月，CT で偶発的に指摘された肝腫瘤の精査で，左肺下葉結節，多発肝・骨転移を認めた．肺結節の経気管支生検と右腸骨転移巣 CT ガイド下針生検から肺腺癌 cT2aN0M1c2，Stage IVB（PD-L1 TPS 85%，ドライバー遺伝子変異陰性）と診断した．薬物療法導入前の X-1年3月，右腸骨病変を除く原発巣と転移巣が著明に縮小したため，無治療で経過観察した．X 年1月，右腸骨転移増大による疼痛に対し緩和的放射線治療（60 Gy/20 Fr）を施行した．X 年4月に多発肺転移が新規に出現し，ペムブロリズマブ，カルボプラチン，ペメトレキセド併用療法を開始した．2コース後に肺転移は増大したが，4コース後には一部縮小し，維持療法へ移行した．腫瘍生検後に原発巣および多発転移巣の自然退縮を認め，生検を契機とした免疫応答の関与が示唆された稀な症例であり，その後の治療経過を含めて報告する．

O-029
切除不能胸膜中皮腫における一次治療ニボルマブ+イピリムマブ後の二次治療非移行要因の検討

1）兵庫医科大学　医学部　呼吸器内科学
2）同　胸部腫瘍学特定講座

○東山　友樹[1,2]，長谷川　裕[1]，森　麻子[1]，横田　健斗[1]，
安岡　瑞貴[1]，近藤　孝憲[1]，河村　直樹[1]，神取　恭史[1]，
藤岡　毅[1]，村上　美沙[1]，清田穣太朗[1]，西村　駿[1]，
多田　陽郎[1,2]，祢木　芳樹[1,2]，大搗泰一郎[1,2]，
藤本　大智[1,2]，高橋　良[1,2]，南　俊行[1,2]，
栗林　康造[1,2]，木島　貴志[1,2]

【背景】オランダのFLORA研究では，胸膜中皮腫に対する一次治療ニボルマブ＋イピリムマブ後に病勢進行した218例中，二次治療へ移行したのは102例（46.8%）で，非移行の主因はPS不良であった．しかし，非移行に至る具体的要因の詳細な報告は限られている．【方法】2021年5月～2024年3月に当院で同療法を導入した切除不能胸膜中皮腫68例のうち，2026年6月30日までにPDを認めた52例を対象とし，7月31日時点で二次治療非移行となった19例を後方視的に解析した．【結果】年齢中央値77歳，上皮様11例，非上皮様8例，治療開始時PS0/1/2以上は1/12/6例であった．非移行要因はTRAE6例，合併症（non-TRAE）4例，PS低下3例，患者希望6例であった．【結論】二次治療非移行要因としてTRAEと患者希望が最多であった．

O-030
同時性多発肺癌に対して術前補助薬物療法が著効した１例

1）洛和会音羽病院　呼吸器内科
2）同　呼吸器外科

○小間　圭祐[1]，白田　全弘[1]，可児　啓吾[1]，柴原　一毅[1]，
宮本　瑛史[1]，榎本　昌光[1]，田宮　暢代[1]，土谷美知子[1]，
長坂　行雄[1]，北村　将司[2]

58歳男性．胸部検診異常を機に，左上葉LCNEC（cT2bN0M0，PD-L1 TPS 50%）および右上葉肺腺癌（cT2aN0M0，PD-L1 TPS＜1%）の同時性多発肺癌と診断した．低肺機能であり，根治切除を可能とする腫瘍縮小を目的にCBDCA＋PTX＋Nivolumabによる術前補助薬物療法を開始した．1サイクル後にGrade 3の皮膚障害（irAE）を認め，術前治療を中止したが，両病変の縮小を認めたため皮膚障害改善後に手術を行った．左LCNECに左上葉切除術を施行しypT0N0M0（病理学的完全奏功），続いて右肺腺癌に右上葉部分切除術を施行しypT1aN0M0であった．組織型やPD-L1発現が異なる同時性多発肺癌においても，術前補助薬物療法は根治切除を可能とする治療選択肢となり得ることが示唆された．

O-031
肺扁平上皮癌，大腸癌の重複癌に対してPembrolizumabが奏効した一例

1）洛和会音羽病院　呼吸器内科
2）洛和会京都健診センター

○宮本　瑛史[1]，土谷美知子[1]，小國　莉子[1]，小間　圭祐[1]，
可児　啓吾[1]，佐村　和紀[1]，柴原　一毅[1]，榎本　昌光[1]，
小倉　由莉[1]，細谷　和貴[1]，田宮　暢代[1]，長坂　行雄[2]

73歳男性．1か月で10kgの体重減少を主訴に前医を受診した．PET/CTで左肺門部腫瘤および上行結腸の全周性壁肥厚を認めた．気管支鏡検査で左肺扁平上皮癌（cT4N2aM1a），PD-L1（TPS）：95%，ドライバー遺伝子変異陰性と診断した．下部消化管内視鏡検査で上行結腸癌（cT4N3M0）と診断し，組織学的に重複癌と判明した．上行結腸癌は手術非適応と判断され，予後規定因子は肺癌と考えられた．肺癌に対してPembrolizumab単剤療法を導入したところ，PRが得られた．一方，上行結腸癌に対してはpCRが得られた．Pembrolizumabは肺癌のみならず治癒切除不能・転移性MSI-H/dMMR大腸癌においても有効性が報告されている．今回，免疫チェックポイント阻害薬治療により重複癌に対して奏効を得られた症例について報告する．

O-032
胸水培養陰性で結核性胸膜炎として治療した症例についての検討

加古川中央市民病院

○川崎　初姫，桐山　大樹，赤松　歩美，戸谷　梨沙，
森田　敦視，坂田　悟朗，藤本　葉月，松岡　史憲，
石井　達也，藤井　真央，友國　佳奈，徳永俊太郎，
堀　朱矢，西馬　照明

【背景と目的】結核性胸膜炎ではリンパ球優位の滲出性胸水と胸水ADA高値を示すが，培養結果判明前に治療を開始することが多い．当院にて結核性胸膜炎と暫定診断し治療した症例を解析し，診断の妥当性を検討した．【方法】2020年1月から2026年8月までに胸水抗酸菌塗抹･結核菌PCR陰性で，結核性胸膜炎として治療した15例を後方視的に解析した．喀痰培養陽性例は除外した．【結果】男性10例，女性5例，年齢中央値88歳であり，Shimodaらの診断基準に合致したのは9例（60%）であったが培養陰性判明後も14例は治療を継続された．T-SPOT陽性は8例で，治療効果は9例に認めた．【考察】診断基準で合致しない症例もあり，症例に応じて判断する必要がある．

O-033

急性膿胸様の高度な隔壁形成を呈し，胸腔鏡下膿胸腔掻爬術により診断に至った結核性胸膜炎の1例

1）市立福知山市民病院　呼吸器内科
2）同　呼吸器外科

○倉橋希美花[1)]，権藤　航星[1)]，中川　拓水[2)]，江上　正史[1)]，
渡邊　理愛[1)]，谷村　恵子[1)]，池部　智之[2)]

ベトナム出身の23歳男性．14日前から発熱，咳嗽，胸痛が出現し，同僚が肺結核で治療中であることから肺結核が疑われ，当科紹介となった．胸部CTにて左被包化胸水を認め，胸水は単核球優位の滲出性胸水でADA高値であることから結核性胸膜炎を疑った．第4病日に局所麻酔下胸腔鏡検査を行った．胸腔内は著明なフィブリン析出と隔壁形成を認め，十分な視野の確保及び胸膜生検が困難であり，病理学的診断には至らなかった．胸腔ドレナージ不良のため，第11病日に胸腔鏡下膿胸腔掻爬術を施行した．フィブリン塊を掻爬して得られた胸膜組織より乾酪壊死やラングハンス巨細胞を伴う肉芽腫を認め，フィブリン塊の結核菌PCRが陽性であったことから，結核性胸膜炎と診断した．結核性胸膜炎では急性膿胸に類似した高度なフィブリン析出・隔壁形成を呈することがあり，外科的掻爬により得られた検体が診断に有用となる可能性がある．

O-034

結核性胸膜炎に膀胱結核と結核性リンパ節炎を合併した稀な一例

松下記念病院

○西機　恵実，上田　雄也，田中　大賀，桝井　太輝，
山田　崇央

【症例】78歳，男性【現病歴】2026年1月からの食思不振と倦怠感，3月からの症状増悪，呼吸困難，咳嗽を認めた為に紹介された．【経過】胸部X線と胸腹部造影CTで左胸水・膀胱壁在病変を認め，左胸水から胸水リンパ球優位の上昇，ADA高値，胸水培養からMycobacterium tuberculosis complexが検出され，結核性胸膜炎と診断した．膀胱壁在病変から乾酪性の類上皮肉芽腫を認め，尿抗酸菌検査から膀胱結核と診断した．その後に左顎下の腫脹を認め，擦過検体から同様の菌が検出され，結核性リンパ節炎と診断した．【考察】結核性胸膜炎，膀胱結核，結核性リンパ節炎を併発した症例を経験した．結核は血行性やリンパ行性で体内に感染が広がる．本症例では肺病変はなく，血行性に胸膜，膀胱，リンパ節に感染したと考えられる．肺外結核の一つである結核性胸膜炎は日本の結核患者において12．7%，腎臓・尿路の結核は0．5%，他のリンパ節結核は3．7%であり，3病変の同時期併発が稀であり報告する．

O-035

治療抵抗性結核との鑑別を要した，免疫抑制患者における多彩な奇異性反応（paradoxical reaction）の一例

1）神戸市立医療センター中央市民病院　呼吸器内科
2）同　膠原病・リウマチ内科

○中山　怜那，神戸　寛史，吉村倫太朗，平田　拓士，
杉山　貴康，田中　尚登，打谷　美沙，柏木　郁実，
平井　将隆，西田　湧也，齊藤正一郎，伊部　匡晃，
白川　千種，平林　亮介，佐藤　悠城，富井　啓介，
立川　　良

症例は77歳男性．感覚性運動失調症に対しX-3年よりタクロリムス・プレドニゾロンを内服中であった．X年3月，胸部CTで多発結節影を指摘された．喀痰検査から活動性肺結核と診断され，抗結核薬による治療を開始し，タクロリムスは休薬とした．X年5月の胸部CTでは粟粒結核を疑う多発粒状影の出現を認めた．さらにX年11月に体幹部CTで，粟粒結核は改善傾向であったものの，結核性腹膜炎を疑う多発腹腔内結節を偶発的に指摘された．無症候性であったため経過観察の方針となった．X+1年4月のCTでは多発結節は縮小・消失していた一方，新たに無症候性の腹腔内膿瘍の形成を認めた．ドレナージを施行し，結核菌PCRは陽性であったが塗抹・培養検査はいずれも陰性だった．治療完遂2ヶ月後のCTでも増悪なく経過している．このように，免疫抑制下の結核では，治療中後期にも多彩な表現型の奇異性反応を呈することがあり，治療抵抗性結核との鑑別が重要である．

O-036

難治性結核性横隔膜下膿瘍に対して外科的掻爬が有効であった一例

1）神戸市立西神戸医療センター　呼吸器内科
2）同　外科・消化器外科
3）同　病理診断科
4）甲南医療センター　呼吸器内科

○佐々木俊輔[1)]，桂田　雅大[1)]，河野　湖起[1)]，宇都宮莱那[1)]，
坂井　俊介[1)]，藤井　一起[1)]，吉山　史子[1)]，益田　隆広[1)]，
佐藤　宏紀[1)]，山本　正嗣[1)]，木田　陽子[1)]，纐纈　力也[1)]，
久保　硯生[2)]，土佐　明誠[2)]，中矢日奈子[4)]，関谷　怜奈[4)]，
伊丹　　淳[2)]，兵頭　俊紀[3)]，中田　恭介[4)]，多田　公英[1)]

症例：58歳男性　現病歴：発熱と呼吸不全，ショックで前医に搬送された．CT検査で肺野浸潤影と右横隔膜下膿瘍を認め，CT下経皮的ドレナージで排液結核菌-PCRが陽性だった．喀痰抗酸菌塗抹も陽性となり，肺結核および結核性横隔膜下膿瘍の診断で当院転院となった．HREZ4剤投与にて肺野病変と膿瘍の縮小を認め，治療23日後に膿瘍内留置カテーテルを抜去した．薬剤耐性はなく，HR2剤へ移行後も肺野病変は再燃せず，喀痰培養で6週目培養が陰性化したため，前医に転院した．しかし，転院後のCT検査で横隔膜下膿瘍が再増大し，排液抗酸菌塗抹が陽性のため当院に再紹介となった．HREZ4剤へ再強化し，カテーテル再挿入や膿瘍腔洗浄，透視下掻爬を施行するも改善せず，開腹掻爬術を施行した．術後はHR2剤に移行したが現在まで再燃を認めていない．結核性横隔膜下膿瘍は乾酪壊死により経皮的ドレナージや内服加療が奏効し難く，外科加療を積極的に考慮することが望まれる．

O-037
肺腺癌術後再発病変と同時期に出現した肺結核の診断に難渋した一例

天理よろづ相談所病院　呼吸器内科

○木下　英尊，橋本　成修，黒河内堂皓，橋本　文蔵，
須賀　大貴，藤本　尚子，坂本　裕人，田中　佑磨，
松村　和紀，上山　維晋，池上　直弥，西原　昂，
加持　雄介，田中　栄作，田口　善夫，羽白　高

症例は66歳男性 . 既往歴は気腫合併間質性肺炎 .X-3年12月に肺腺癌に対し左上葉部分切除術を行い ,UFT での術後補助薬物療法を行っていた .X-1年7月に左 S1+2と両側 S6に新規の結節影と縦隔リンパ節腫大を認め , # 4L リンパ節に対する胸腔鏡下生検で腺癌を検出し , 術後再発と診断した . 同年11月から CBDCA+nab-PTX を開始し , 両側 S6の結節影とリンパ節腫大は縮小したが , 左 S1 + 2の結節影は増大した .X 年4月に精査目的に気管支鏡検査を行ったところ , 悪性所見は認めず , 一部に類上皮細胞肉芽腫を認めたが抗酸菌検査は陰性であった . 陰影はさらに増悪し ,X 年9月に CT ガイド下生検を行うも診断に至らなかった . 再度気管支鏡検査を行い , 抗酸菌塗抹2+, 結核菌 PCR 陽性が判明し , 後に抗酸菌培養陽性となり肺結核と診断した . 肺癌術後再発病変と同時期に出現した肺結核の診断に難渋した症例を経験し , 文献的考察も加え報告する .

O-038
乳癌術前化学療法中に顕在化した抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎の一例

1）神鋼記念病院　呼吸器センター
2）同　膠原病リウマチ科
3）同　乳腺科
4）同　病理診断センター

○堀　秀輔[1)]，稲尾　崇[1)]，米田　勝彦[2)]，橋本　岳史[3)]，
小西　宏侑[1)]，中山聡一郎[1)]，高田　陽平[1)]，
三ツ井あすか[1)]，今尾　舞[1)]，難波　晃平[1)]，
大木元達也[1)]，門田　和也[1)]，大塚浩二郎[1)]，山田　徹[1)]，
桝屋　大輝[1)]，大林　千穂[4)]，鈴木雄二郎[1)]

40代女性．左乳癌（cT2N1M0 StageIIB）に対し，術前化学療法としてカルボプラチン，パクリタキセル，ペムブロリズマブ併用療法を開始された．2コース目の Day 9に発熱が出現し，Day 14に救急外来を受診した．胸部 CT で両側下葉背側に非区域性のすりガラス陰影を認め，精査加療目的に当科に緊急入院した．KL-6と LDH 高値，抗 ARS 抗体陽性と合わせて抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎と診断された．呼吸状態が悪化し，メチルプレドニゾロン大量投与を開始されたが効果に乏しく，シクロホスファミド静注療法の追加後，改善した．その後，抗 EJ 抗体および抗 Ro52抗体陽性が判明した．乳癌術後にエピルビシン，シクロホスファミド併用療法を継続中である．乳癌の術前化学療法中には抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎が顕在化する可能性があることを認識する必要がある．

O-039
血清 Ca 値が正常であった異所性肺石灰化症の一例

1）石切生喜病院　呼吸器内科
2）同　呼吸器腫瘍内科

○石川　遼馬[1)]，松井恵利香[1)]，青原　大介[1)]，引石　惇仁[1)]，
桑原　学[1)]，中濱　賢治[1)]，吉本　直樹[1)]，南　謙一[1)]，
平島　智徳[2)]，平田　一人[1)]

【症例】60歳男性．健康診断で胸部異常陰影を指摘され他院を受診し，胸部 CT で両肺野びまん性の斑状影を認め当院紹介受診となった．自覚症状はなく，既往歴に甲状腺機能亢進症と甲状腺腫瘍亜全摘術後を認めた．血液検査では PTH 115 pg/mL と高値で，Ca 9.4 mg/dL と正常であった．動脈血液ガス分析では低酸素血症やアルカローシスは認めなかった．気管支鏡検査では BAL 所見は正常であったが TBLB で肺胞壁に Ca 沈着を認め異所性肺石灰化症と診断した．【考察】異所性肺石灰化症は高 Ca 血症や高 P 血症などの代謝異常を背景に肺胞間質や気管支壁，血管壁に Ca が沈着して発症し，慢性腎不全，原発性あるいは二次性副甲状腺機能亢進症，長期血液透析患者などが原因として知られている．典型的には高 Ca 血症を伴うが，血清 Ca 値が正常または低値の報告例も散見される．無症状で高 Ca 血症を伴わない症例は比較的稀であり，文献的考察を加えて報告する .

O-040
妊娠中にびまん性肺胞出血を発症し，MPO-ANCA 陽性が判明したシェーグレン症候群の1例

大阪赤十字病院

○福田　考生，山野　隆史，安藤　勇哉，山田　拓実，
池田　拓真，岩垣　慈音，矢野　翔平，西　健太，
石川　遼一，濱川　瑶子，高岩　卓也，笠松　知子，
中川　和彦，吉村　千恵，黄　文禧

症例はシェーグレン症候群関連間質性肺炎を有する妊娠18週の40歳女性．呼吸困難を主訴に受診し，胸部 CT で両肺にびまん性すりガラス影を認めた．気管支肺胞洗浄所見からびまん性肺胞出血と診断し，ステロイドパルス療法を開始するとともに人工妊娠中絶を施行した．腎機能障害および尿所見異常は認めなかったが，後日 MPO-ANCA 陽性が判明し，ANCA 関連血管炎による肺胞出血と診断した．MPO-ANCA は6年前の初診時には陰性であった．シクロホスファミド投与および血漿交換療法を追加したところ，呼吸状態と肺陰影は改善した．前回妊娠時にも間質性肺炎の悪化のため誘発分娩を要しており，2回の妊娠で肺病変の増悪を認めたことから，妊娠に伴う免疫学的変化の関与が示唆された．妊娠と ANCA 関連血管炎および肺胞出血との関連について文献的考察を加えて報告する．

O-041
ニンテダニブが原因のネフローゼ症候群が疑われた1例

大阪赤十字病院　呼吸器内科

○矢野　翔平，安藤　勇哉，福田　考生，岩垣　慈音，
山野　隆史，西　　健太，石川　遼一，濱川　瑶子，
高岩　卓也，笠松　知子，中川　和彦，吉村　千恵，
黄　　文禧

【症例】79歳女性【現病歴】2年前頃から咳嗽，喀痰，労作時呼吸困難が出現し，1年前に当科紹介となり，慢性過敏性肺炎などの慢性線維化性間質性肺炎が考えられた．肺機能が悪化傾向を示したためニンテダニブを導入したところ，約3週間後より下腿浮腫が出現した．血清アルブミン 2.4 g/dL，尿蛋白 /Cr 比 22.42 g/g・Cr とネフローゼ症候群を呈した．腎生検を検討したが，息止めに懸念があることなどから実施せず，ニンテダニブ休薬し経過観察方針とした．その後下腿浮腫は改善し，休薬3ヶ月後時点で血清アルブミンは2.3 g/dL と横ばいも，尿蛋尿蛋白 /Cr 比 1.18 g/g・Cr と改善傾向である．臨床経過からニンテダニブ関連ネフローゼ症候群が疑われた．【考察】ニンテダニブは VEGF 阻害作用による腎障害の可能性があり，ネフローゼ症候群の報告は稀ながら散見される．投与中は定期的な尿検査による蛋白尿の早期発見が重要と考えられた．

O-042
Trastuzumab Deruxtecan による重症薬剤性肺障害の一例と自施設における薬剤性肺障害の臨床的検討

天理よろづ相談所病院　呼吸器内科

○松村　和紀，黒河内堂皓，橋本　文蔵，木下　英尊，
須賀　大貴，藤本　尚子，坂本　裕人，田中　佑磨，
上山　維晋，池上　直弥，西原　　昂，加持　雄介，
橋本　成修，田中　栄作，田口　善夫，羽白　　高

【背景】Trastuzumab Deruxtecan（T-DXd）は胃癌，乳癌，肺癌など幅広い悪性腫瘍に使用される一方，薬剤性肺障害（ILD）は重篤化し得る重要な有害事象である．【症例】78歳男性．胃癌術後再発に対し3次治療として T-DXd を15コース施行後，労作時呼吸困難と微熱が出現した．CT で両側肺野にすりガラス影を認め，当初は Grade1 ～ 2相当の T-DXd 関連 ILD を疑い休薬の上，経過観察としていた．しかし呼吸困難および画像所見が急速に増悪し緊急入院となった．BAL ではリンパ球優位の所見を認めた一方で，検査後数時間後に急激な呼吸不全を来し，HFNC 管理を要する Grade4 相当の ILD と判断した．早急にステロイド治療を開始したところ呼吸状態および画像所見は改善を認めた．自施設における T-DXd の使用状況および肺障害の発生頻度に関する検討結果とともに，治療に苦慮した重症薬剤性障害の一例として文献的考察を加えて報告する．

O-043
20年以上のメトトレキサート投与後に発症したメトトレキサート肺炎の一例

兵庫県立西宮総合医療センター　呼吸器内科

○西川　　晶，小山　広介，堺本　瑞穂，轟　はる加，
安部　祐子，二木　俊江，日下部祥人，合屋　　将

症例は85歳女性．関節リウマチに対し20年以上メトトレキサート（MTX）6 mg/ 週を継続していた．X 年4月より発熱と倦怠感が出現し，抗菌薬投与後も改善せず，5月に当院を受診した．40℃の発熱と低酸素血症を認め，胸部 CT 検査で両側びまん性すりガラス影，小葉中心性粒状影，mosaic attenuation および air trapping を認めた．感染性肺炎，過敏性肺炎，MTX 肺炎などが鑑別に挙がり，第6病日に気管支鏡検査を施行した．BALF ではリンパ球34％，好酸球14％，CD4/CD8比3.7と高値であり，各種培養は陰性であった．トリコスポロン抗体は陰性で，MTX の DLST は陽性であった．MTX 中止後，発熱は第3病日に消失し，低酸素血症および呼吸困難も改善した．約1か月後の胸部 CT 検査で肺野陰影は著明に改善しており，以上より MTX 肺炎と診断した．長期間 MTX を継続している症例においても，MTX 肺炎を鑑別に挙げる必要がある．

O-044
adenoid cystic carcinoma の縦隔転移により，重症喘息と診断された一例

1）大阪医科薬科大学病院　呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科
2）大阪医科薬科大学内科学講座　腫瘍内科学教室
3）大阪医科薬科大学病院　臨床研究センター

○鈴木　淳史[1)]，中村　敬彦[1)]，伊東　邦泰[1)]，山口隆太郎[1)]，
川口　秀亮[1)]，土田　　澪[1)]，垣内　俊祐[1,2)]，
石川　翔一[1,2)]，島津　保之[1)]，新井　将弘[1)]，
満屋　　奨[1,2)]，船本　智哉[1,2)]，辻　　博行[1,3)]，
松永　仁綜[1)]，鶴岡健二郎[1)]，田村　洋輔[1,2)]，
池田宗一郎[1)]，藤阪　保仁[1,2,3)]

77歳女性．X 年より喘鳴を主訴に近医で気管支喘息と診断され治療を開始されていたが，X+5年1月頃から歩行中の呼吸困難が出現．呼吸機能検査で FEV1：0.7 L，%FEV1：47%，1秒率 31％と閉塞性換気障害の進行を認め治療を強化されたが改善しないため，7月当科へ紹介された．初診時左顎下に圧痛を伴う3 cm 大の腫瘤を触知し，前胸部で呼気時に喘鳴を聴取した．胸部 CT で末梢肺には気管支壁肥厚や粘液栓は認めなかったが，スパイログラムで吸気側の波形の平坦化を認めたため，CT を再確認したところ＃3p 気管後リンパ節の腫大による気管内腔の狭窄を認めた．経食道リンパ節生検と左顎下腺の生検で同一組織を認め，縦隔リンパ節転移を伴う顎下腺原発の adenoid cystic carcinoma と診断した．喘鳴を聴取した場合，スパイログラムの数値だけでなく波形の確認が大切である．

O-045
胸水培養から *Cryptococcus neoformans* を検出したクリプトコッカス胸膜炎の一例

JCHO 神戸中央病院　呼吸器内科

○羽藤　沙恵，大杉　修二

ADL の自立した90歳男性．約1か月前より呼吸困難感を自覚し，近医を受診したところ，胸部 X 線で左胸水貯留を認め当院へ紹介となった．胸部 CT では左大量胸水，左胸膜肥厚および左下葉の無気肺を認めた．免疫不全をもたらす明らかな基礎疾患はなく，免疫抑制薬の使用歴もなかった．胸水はリンパ球優位の滲出性胸水で，培養から Cryptococcus neoformans を検出し，クリプトコッカス胸膜炎と診断した．血液培養および髄液培養は陰性で，頭部造影 MRI でも中枢神経病変を認めなかった．L-AMB + 5-FC による治療を4週間施行し，胸水培養は陰性化した．その後 FLCZ へ変更し，全身状態の改善を認め退院した．クリプトコッカス症において胸膜炎を呈し，胸水培養から C．neoformans を分離・同定した点で稀な症例と考え，文献的考察を加えて報告する．

O-046
EWS, 自己血癒着 , ブドウ糖癒着後に膿胸を発症した難治性気胸の1例 .

パナソニック健康保険組合　松下記念病院

○田中　大賀，上田　雄也，西機　恵実，桝井　太輝，
山田　崇央

【症例】83歳，男性【既往歴】左上葉肉芽腫術後【現病歴】COPD で近医通院中の症例．2026年4月に呼吸困難を主訴に救急搬送され，胸部 X 線写真にて左気胸を認め入院となった．【臨床経過】胸腔ドレーン留置後，陰圧を徐々に上げたが，エアリークは持続し，十分な肺拡張が得られなかった．難治性気胸として他院で，自己血癒着術，左 B10c に対して EWS, ブドウ糖癒着術を施行して頂き , 当院に再度転院となった．ドレーン抜去前のクランプテスト中に発熱，左胸水貯留，CRP 上昇を認めた．胸水検査で膿胸と診断し，ドレナージ継続と抗菌薬加療を行った．膿胸改善後に気管支充填物を抜去し，退院とした .【考察】胸膜癒着術や EWS 後の膿胸は稀である．長期間胸腔ドレーン留置により膿胸の素因ができているところに，癒着術や EWS を行ったことで感染が助長され，膿胸を発症したと考えられる．

O-047
末期腎不全にて維持透析中に特発性血胸を発症した一例

京都第一日赤病院　呼吸器内科

○田邉　道夫，塩谷　郁代，徳田　深作，橋本　寛之，
高橋　祐希，二村　　俊，宇田紗也佳，吉村　彰紘，
今林　達哉，弓場　達也，内匠千恵子

56歳男性．末期腎不全のため12年前から血液透析を継続していた．呼吸困難，酸素化悪化と血圧低下を認めたため当院へ紹介となった．胸部 CT で右大量胸水と左側に新たな胸水貯留を認めた．右胸腔穿刺では暗赤色の胸水を少量しか採取できなかった．左胸腔穿刺を施行したところ血性胸水を認め，ヘマトクリット値 28.1%（血液ヘマトクリット値32.5%）であり血胸と診断した．胸水検査，血液検査や画像検査では胸水貯留・血胸の明らかな原因は認めなかった．左胸腔ドレナージを行い肺の拡張が得られ，在宅酸素療法を導入して退院となった．特発性血胸は外傷などの明らかな原因がなく生じる血胸であり，まれな病態として知られている．本症例では動脈硬化や抗血小板薬の内服，透析時に使用される抗凝固薬などが誘因となった可能性があると考えられた．

O-048
孤立性線維性腫瘍に対し外科的切除を試みたが困難であったため放射線治療を施行した1 例

1）済生会滋賀県病院　呼吸器内科
2）同　呼吸器外科
3）同　病理診断科
4）同　放射線科

○土井　悠暉[1)]，長谷川　功[1)]，高橋　京聖[2)]，河村　太陽[2)]，
陣野　一輝[1)]，宮城　那月[1)]，苗村　　智[3)]，町田　和隆[4)]，
三浦　寛司[4)]，馬場　正道[3)]，加藤大志朗[2)]

【背景】孤立性線維性腫瘍（SFT）は稀な間葉系腫瘍である．治療の第一選択は外科的切除で，切除不能例や高リスク症例では放射線治療や抗血管新生療法および化学療法を組み合わせることがあるが，標準治療は確立していない．【症例】70代男性，呼吸困難を主訴に受診した．右横隔膜上に巨大腫瘤影を認め，同側に胸水貯留を呈していた．腫瘤は右下横隔膜動脈が栄養血管となり肺静脈へ還流していた．動脈塞栓術後に外科的切除を試みたが，術中に下葉から上中葉間にかけて腫瘤の浸潤を認め，根治性および肺機能の観点から断念した．腫瘤に対し針生検を施行し，胸水制御目的にユニタルクを散布した．病理検査で SFT と診断し，術後第64病日から放射線治療（60Gy/30fr）を施行した．術後第156病日時点で腫瘤は増大なく，胸水は少量の貯留に留まっている．【結論】孤立性線維性腫瘍に対し外科的切除を試みたが困難であったため放射線治療を施行した1例を経験した．

O-049
肋骨骨折断端による肺損傷と胸腔ドレーン挿入に伴う医原性気胸との診断に苦慮した緊張性気胸の1例

1）市立福知山市民病院　呼吸器外科
2）同　救急救命科
3）京都府立医科大学附属病院　呼吸器外科学

○中川　拓水[1)]，池部　智之[1)]，辻　　克規[2)]，西村　沙貴[1)]，
西井真知子[1)]，村尾　允弥[2)]，井上　匡美[3)]

症例は80歳男性，交通外傷で救急搬送．酸素化低下と胸部レントゲンで右気胸を認めたため胸腔ドレーンを挿入した．挿入後に呼吸状態が保てず，気管内挿管された．胸部CT撮像中に血圧低下，縦隔偏位を認めたため緊張性気胸と判断し，緊急脱気と胸腔ドレーン追加挿入により状態改善を得た．著明な気漏，前方の肋骨骨折が呼吸状態に影響すると考え，胸腔鏡下右肺上葉部分切除術＋肋骨整復固定術を行った．右肺上葉の肋骨骨折部直下に2カ所の肺損傷を認めた．術後経過は良好で術後14日目に自宅退院となった．肺再拡張に伴う肋骨骨折断端による肺損傷とドレナージ不良があり陽圧換気が加わったことで緊張性気胸に至ったと考える．胸腔内に突出した肋骨骨折では受傷時のみならず，遅発性の気胸や今回のような再拡張に伴う気胸の進行に留意が必要である．後者が予想される場合には術前ドレナージを行わず，手術に臨む選択肢も必要と考える．

O-050
胸膜炎が先行していると考えられた膠原病関連胸膜炎の1例

大阪公立大学大学院　医学研究科　呼吸器内科学

○永木佑一良，杉本　　亮，榎本　光志，上野健太郎，
坂野　勇太，大島　友里，堤　　将也，平井　佳歩，
上田　隆博，長嶺　宏明，覺野　重毅，小川　晃一，
松本　吉矢，中井　俊之，山田　一宏，渡辺　徹也，
浅井　一久，川口　知哉

【症例】74歳女性．X年12月に右胸水貯留の精査目的に当院へ紹介された．胸水はリンパ球優位の滲出性胸水であり，胸腔鏡下胸膜生検では非特異的胸膜炎の所見であった．血液検査では抗SS-A/B抗体，抗Scl-70抗体が陽性であったが，シェーグレン症候群や強皮症を示唆する身体所見がなく非特異的胸膜炎として経過観察していた．X+1年7月に右胸水増加および呼吸困難をみとめ治療目的に入院とした．シルマー試験やガムテストを行ったがシェーグレン症候群の診断基準はみたさなかった．その他の膠原病の診断基準もみたさなかったが，胸膜炎が先行する膠原病関連胸膜炎としてプレドニゾロン60mg/日で治療開始したところ胸水は減少し呼吸困難も改善した．【考察】胸膜炎が先行した膠原病の症例報告もあり，本症例も胸膜炎が先行した膠原病関連胸膜炎と考えられた．今後，膠原病を示唆する症状の出現に注意して慎重に経過を追う必要がある．

O-051
ステロイドが奏功した両側好酸球性胸水の1例

天理よろづ相談所病院　呼吸器内科

○須賀　大貴，加持　雄介，黒河内堂皓，橋本　文蔵，
木下　英尊，藤本　尚子，坂本　裕人，田中　佑磨，
松村　和紀，上山　維晋，池上　直弥，西原　　昂，
橋本　成修，田中　栄作，田口　善夫，羽白　　高

【主訴】発熱，吸気時胸痛【現病歴】50歳台男性．発熱と吸気時胸痛が出現し，前医で両側胸水を指摘され当院を受診した．【臨床経過】両側とも滲出性かつ好酸球性胸水で明らかな肺実質病変や肺塞栓は認めず，悪性疾患，感染症，膠原病等の検索でも原因を特定できなかった．胸腔鏡下胸膜生検では好酸球浸潤を含む炎症細胞浸潤を認めたが，腫瘍性変化や肉芽腫は認めなかった．特発性好酸球性胸水として，プレドニゾロン1mg/kg/日を開始したところ，速やかに解熱，CRP陰性化し，胸水も減少した．【考察】好酸球性胸水は悪性疾患，感染症，薬剤性，寄生虫症などの多彩な原因を有する．本症例は著明な末梢好酸球増多や肺実質病変を認めない一方で胸膜への好酸球浸潤を組織学的に確認しステロイド治療で良好な反応を認めた．原因不明の好酸球性胸水では十分な原因検索を行った上で治療方針を検討し，治療後も原因疾患の顕在化や再発に注意した経過観察が重要と考える．

O-052
早期リハビリテーション提供体制下における肺炎患者の理学療法介入遅延要因

1）若草第一病院　医療技術部　リハビリテーション課
2）畿央大学大学院　健康科学研究科
3）若草第一病院　呼吸器内科
4）同　外科

○玉村　悠介[1,2)]，田平　一行[2)]，山口　晴美[1)]，姜　　成勲[3)]，
山中　英治[4)]

【目的】当院は365日リハビリテーション（リハ）提供体制，肺炎クリニカルパスへの早期リハ処方の組込み等，早期リハ介入体制を整備している．今回，早期介入体制下でも介入が遅延した肺炎患者の要因を調査した．【方法】対象は2026年1～6月に肺炎で入院し，入院2日以内にリハ処方された162例．入院4日目以降の初回介入を介入遅延とし，遅延理由を診療録より後方視的に調査した．【結果】介入遅延は21例（13.0%）．遅延理由は38℃以上の発熱10例，収縮期血圧≦90mmHg 3例，SpO2≦90% 2例，酸素投与量≧6 L/分3例であり，重複を除くと14例（遅延例の66.7%）に全身・呼吸循環状態の不安定性を認めた．その他，骨折や脳梗塞など他疾患・合併症の精査による遅延5例，リハ体制上の要因による遅延1例，残る1例は入院前からADL全介助で早期に施設退院した症例であった．【結論】早期介入体制下でも遅延例が存在し，その多くは患者の全身状態や診療上の要因に関連していた．

O-053
肺癌術後より HOT 導入となった患者に対し，訪問看護の介入が身体活動量向上に繋がった1例

1）ぽると訪問看護ステーション
2）きしもと整形外科リハビリテーションクリニック

○横山　功馬[1)]，岸本　英樹[2)]，前田　和成[1)]

84歳男性，元々 COPD を指摘されており，術前呼吸機能検査は FEV1 1.26L，FEV1.0% 77.8，VC 1.70L であった．X 年に右肺 S6 区域切除を施行，術後より安静時2.0L，労作時3.0L で HOT 導入となった．退院時の6MWD は278m で実施後 SpO2 97→88 %，PR84→114，修正 Borg Scale 息0.5→9，下肢0→8．活動量に関しては1日の平均歩数450歩，歩行時間12分であり，1日の92.8％を座って過ごしているような状況であった．在宅での呼吸リハビリを継続しながら，酸素供給機器の運搬方法を検討（手引き→カート→リュック＋ノルディック杖），また介入9カ月経過時には活動範囲を拡げるために外来リハビリへの紹介を行った．その結果，介入3ヶ月後には1日の平均歩数が7000歩まで増加しており，6MWD も 369m まで向上していた．また介入1年後においても平均歩数3801歩，歩行時間53分と退院時より高い活動量を維持できていた．

O-054
慢性緑膿菌感染症を呈した気管支拡張症患者に対する排痰指導により増悪予防に寄与した1例

1）近畿大学病院　リハビリテーション部
2）近畿大学医学部　リハビリテーション医学

○武田　　優[1)]，白石　　匡[1)]，宮田　友誉[1)]，水澤　裕貴[1)]，
野口　雅矢[1)]，神吉　健吾[1)]，夏目　帆花[1)]，東本　有司[2)]

【はじめに】気管支拡張症では，増悪の反復が不良な臨床転帰と関連し，気道分泌物の排出を促進する排痰管理が重要である．今回，増悪を反復する患者に排痰指導を実施した結果，排痰管理に対するアドヒアランスが向上し，増悪予防に寄与した症例を経験した．【症例紹介】70歳代女性，BMI 17．9，慢性緑膿菌感染症を伴う気管支拡張症で，年に複数回の増悪を反復していた．呼吸リハビリテーション目的に2週間の包括的教育入院を実施した．【介入】PT は運動療法，OT は振動呼気陽圧療法器具や体位ドレナージを併用した排痰法および排痰管理についての患者教育を実施した．【結果】CRP は3．46から0．65 mg/dL，6分間歩行距離は60 m から120 m へ改善した．排痰管理に対するアドヒアランスも向上し，退院後8ヶ月間，増悪を認めず経過している．【考察】排痰手技の習得に加え，継続可能な方法を習慣化したことがアドヒアランス向上につながり，増悪回避に寄与した可能性が示唆された．

O-055
高齢 ACO 患者の吸入療法継続を支えた看護実践 ―吸入デバイス選択への関わり―

奈良県立医科大学附属病院

○宮本　朋子

【目的】高齢 ACO 患者への吸入療法において，患者に適した吸入方法を検討し，在宅での継続を支援した看護実践を報告する．【方法】pMDI とスペーサー使用下で十分な吸入が確認できなかった患者に対し，吸気，噴霧との同調，口唇閉鎖，操作性，家族の支援体制，退院後の継続性を評価し，複数の吸入デモ器を用いて適合性を比較した．【考察】吸入確認音が得られ，吸入後の残薬を確認できるデバイスでは，家族からも「吸えていることが確認できて安心」との発言が得られた．評価内容を医師へ報告し吸入薬変更となり，退院後は外来看護師へ継続支援につなげた．患者の身体機能に加え，家族が吸入状況を確認できることや生活背景まで含めた評価が，在宅で継続可能な吸入療法の選択につながったと考える．【結語】看護師には，患者が実際に吸入でき，在宅で継続できる方法を多職種とともに検討する役割がある．

O-056
行動変容と活動量の変化した左肺癌術後の1症例の考察について

ぽると訪問看護ステーション

○高場裕一朗

【目的】肺癌患者の活動量・生活空間の制限には外出への不安や自己効力感低下などの行動変容要因が関与する可能性がある．行動変容の視点を踏まえた訪問看護の介入の経過を詳細に示した症例報告は少ない．【方法】左肺下葉切除術施行した 70 歳代女性に対し身体活動量・活動範囲・自己効力感を経時的に評価・考察を行った．【結果】1年間の介入し，1日平均歩数は1750歩から3125歩，3Mets 以上の活動時間が31分から417分，6 分間歩行試験の歩行距離は370m から392m，LSA は40点から76点，SEMCD-6は16点から20点と各項目で向上を認めた．【結論】本症例では肺癌術後1年間の訪問看護を継続的に介入したことにより運動耐容能・生活空間・自己効力感が改善した．本症例は肺機能指標の回復にとどまらず心理・行動面を含めた包括的評価の重要性と術後長期介入の有用性を示唆されたが単一症例であるため，今後症例数を増やしさらなる有効性を検討していきたい．

O-057

院内多職種と院外在宅医療施設との壁を越えた連携による安全な在宅人工呼吸療法の実現

1）医療法人伯鳳会　赤穂中央病院　臨床工学部
2）同　医療安全管理室
3）同　看護部
4）同　リハビリテーション部

○長尾　建治[1)]，田村　尚三[2)]，横溝　七海[1)]，杉原みずほ[3)]，
高田　景子[3)]，金子　靖代[3)]，柏木　風花[3)]，吉澤　奏美[4)]，
石原　李恋[4)]

【目的】地域密着型の医療連携として在宅診療所・訪問看護と協働し ALS 患者への在宅人工呼吸器（HMV）導入を経験した．複雑な療養環境下となる中，病院主導で安全な在宅移行を図った取り組みを報告する．【方法】病院と在宅の代表者会議で課題を抽出した．臨床工学技士は呼吸管理の最適化を図り指導プランを作成後，家族や在宅医療チームへ説明．また看護師・リハビリと協働し回路固定法や車椅子・リフト移乗手順を確立した．院内はチャットでオープンに情報共有し院外へはメールで進捗を報告した．【結果】多職種での手順確立とオープンな情報共有により連携が円滑化した．家族や在宅医療チームへ正確に情報が伝わり手技が標準化され，安全に在宅移行を完了した．【結論】病院主導の確実な情報共有はシームレスな連携体制構築に不可欠である．また，生活ニーズを共有し管理がしやすくなる工夫を凝らすことは，在宅療養における医療安全の向上に重要である．

O-058

超音波評価に基づくポジショニングが有効であった Pierre Robin sequence の1症例

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院
リハビリテーション科

○富　　謙伸，亀山　千尋，大洞佳代子，本田　憲胤

【目的】Pierre Robin sequence（PRS）児の上気道狭窄や努力呼吸に対し，横隔膜超音波評価を用いて最適なポジショニングを検討した1例を報告する．【症例】在胎37週5日，体重2916g で出生した女児．小下顎および巨舌による上気道狭窄と著明な陥没呼吸を認めていた．【方法】超音波診断装置を用いて，zone of apposition にて B モードで右横隔膜の筋厚変化率（DTF）を算出した．背臥位姿勢と，座位保持装置を用いた体幹 Tilt up 45度・頭頸部軽度伸展位とした姿勢について，それぞれ5分間観察し比較検討した．【結果】背臥位では DTF 33%，呼吸数44回 / 分，SpO2 88-93% であったが，座位保持装置使用時は DTF 18%，呼吸数35回 / 分，SpO2 95-99% と呼吸仕事量軽減および酸素化の改善を認めた．【結語】今回，頭頸部伸展による気道確保と Tilt up による横隔膜の負担軽減が奏功した児を経験した．超音波評価は新生児のポジショニングの一助となり得ると考えられる．

O-059

横隔膜機能が保たれた重症 COPD 患者に対する酸素療法と SABA アシストユースが有効であった一症例

1）近畿大学病院　リハビリテーション部
2）近畿大学医学部　リハビリテーション医学

○夏目　帆花[1)]，白石　　匡[1)]，水澤　裕貴[1)]，野口　雅矢[1)]，
神吉　健吾[1)]，木村　　保[1)]，東本　有司[2)]

【背景】重症肺気腫を有するが横隔膜運動性が保たれた COPD 症例で，運動制限因子を評価し，酸素療法と SABA 併用が著効した症例を経験した．【症例】65歳女性．FEV1 0.61 L（31.4％予測値）．高度の気腫性変化を認め，横隔膜移動距離は46.6 mm であった．【経過】心肺運動負荷試験では Peak W 39 W，Peak VO2 7.3 mL/min/kg，運動終了時 SpO2 84% であった．定常負荷運動試験では，室内気で運動持続時間308秒に対し，酸素3 ～ 5 L/ 分で678秒へ延長した．さらに喘鳴を認めSABA を併用したところ，運動持続時間は1200秒，SpO2 96%，最高一回換気量は522 mL から807 mL へ改善した．【結語】運動時低酸素血症と労作時気道狭窄が運動制限に関与した．横隔膜機能が保たれていても運動時病態を評価し，酸素療法と SABA で運動環境を調整することが重要である．

O-060

胸椎伸展エクササイズと運動療法の併用が横隔膜移動距離増加および身体機能改善に寄与した一症例

医学研究所北野病院　リハビリテーション科

○辻　　歩高，富　　謙信，浦　慎太朗，本田　憲胤

【はじめに】胸郭可動性低下は横隔膜機能や運動耐用能を制限する．今回，胸椎伸展エクササイズと運動療法を併用し改善を認めた一例を報告する．【症例】60歳代男性．CPFE フォロー中に感染契機の呼吸困難増悪にて入院となる．抗生剤加療後，酸素需要が改善した X+11日より理学療法開始した．円背と著明な胸郭可動性低下を認め，コンディショニングおよび運動療法を実施した．1週目終了時点で横隔膜移動距離（DEmax）は33.8mm，6分間歩行距離（6MWD）は133m であった．胸郭可動性改善を目的とした胸椎伸展エクササイズを2週目より追加した．X+27日の DEmax は54.6mm，6MWD は195m まで改善を認め，X+30日に自宅退院となった．【考察】呼吸理学療法として実施される胸郭可動性の改善を目的とした胸椎伸展エクササイズは DEmax を増加させ，身体機能の改善に寄与したことが示唆された．

O-061
小児生体肺移植後1年までの換気能力および6分間歩行距離の回復：脳死肺移植との比較

1）京都大学医学部附属病院　リハビリテーション部
2）同　呼吸管理睡眠制御学
3）同　呼吸器外科

○大島　洋平[1)]，浅野　伝美[1)]，吉岡　佑二[1)]，濱田　涼太[1)]，
太田垣あゆみ[1)]，丹羽　祐斗[1)]，南角　　学[1)]，
山城　春華[1)]，佐藤　　晋[2)]，田中　里奈[3)]，中島　大輔[3)]，
芳川　豊史[3)]，池口　良輔[1)]

【目的】小児生体肺移植後の機能的予後について明らかにすること．【方法】当院にて初回の生体または脳死肺移植を実施した17歳以下の症例を対象とし，術前 mMRC，術後3ヶ月 /6ヶ月 /1年での換気能力（%FVC）および6分間歩行距離（6MWD）を調査し，術式間で比較した．【成績】55例に初回の肺移植が実施された（生体37例，脳死15例）．術前 mMRC 4の症例は生体46%，脳死13% であり生体で有意に高率であった（$p < 0.001$）．% FVC 中央値は術後3ヶ月 /6ヶ月 /1年の順に生体57.9%/66.6%/68.6%，脳死72.3%/62.4%/62.2% であり，各時期において術式間での有意差を認めなかった．6MWD は生体290m/373m/420m，脳死429m/488m/515m であり，術後3ヶ月において生体で有意に低値であったが（$p < 0.05$），術後6ヶ月以降は有意差を認めなかった．【結論】生体肺移植の術前は重症例が多く，術後早期の6MWD の回復は緩徐であるが，その後6ヶ月以降の回復は脳死肺移植に劣らないことが明らかとなった．

O-062
特発性肺線維症急性増悪例における体液状態を考慮した骨格筋量評価の有用性

1）近畿大学奈良病院　リハビリテーション部
2）畿央大学大学院　健康科学研究科

○城山　　潤[1)]，内賀嶋優希[1)]，長谷充月季[1)]，難波　智矢[1)]，
永吉　理香[1)]，田平　一行[2)]

【目的】特発性肺線維症（IPF）急性増悪例において，体液状態を考慮した骨格筋量評価が病態把握に有用であった症例を報告する．【症例と経過】80歳代男性．IPF 急性増悪に対し2回のステロイドパルス療法を施行し，治療と並行して4週間の呼吸リハビリテーションを実施した．ステロイド治療中に著明な身体機能低下を認め，SPPB は12→5点，4 m 歩行は3.2→12.4秒へ悪化した．通常 SMI は7.5→7.3 kg/m^{2}と軽度の低下にとどまった一方，ドライウエイト補正式を応用した標準化 SMI は7.24→6.81 kg/m^{2}へ低下し，サルコペニア基準の7.0 kg/m^{2}を下回った．なお ECW/TBW は0.412→0.427へ上昇した．【考察】通常 SMI の変化が軽度であった一方，標準化 SMI はより大きく低下し，身体機能低下と同方向の変化を示した．IPF 急性増悪時には体液変動が BIA による筋量評価に影響する可能性があり，体液状態を考慮した骨格筋量評価が病態把握に有用である可能性が示唆された．

O-063
進行性神経難病における呼吸機能維持を目指した呼吸リハビリの検討
―ALS と MSA の症例比較から―

姫路医療生協　訪問看護ステーション　共立ひめじ

○小林　澄江

筋萎縮性側索硬化症（ALS）と多系統萎縮症（MSA）はいずれも進行性に呼吸筋機能が低下し，誤嚥性肺炎や急性増悪のリスクとなると考えられる．今回，一方弁付き加圧バッグを用いた呼吸リハビリを両疾患の2症例に実施し，CPF 等の推移を比較検討した．球麻痺型の ALS では低下傾向を示したが，MSA では維持傾向という対照的な経過を辿った．発症機序の違いによる筋出力・筋協調性低下パターンの相違が影響したと考えられるが，MSA 症例ではレスパイト入院の実施有無を比較すると，低値域での推移ながら実施が呼吸機能維持に寄与した可能性が示唆された．訪問看護が関わる患者では CPF がすでに160L/ 分未満で推移し在宅療養を続ける症例も多いと考えられ，活動量低下により酸素消費量や呼吸数の変化が乏しく肺炎リスクが見逃されやすい．今回の結果は，こうした症例においても呼吸リハビリの継続が機能維持や合併症予防に寄与しうることを示唆する．

O-064
関節リウマチ合併肺 MAC 症に胸水を伴った1例

1）済生会兵庫県病院
2）同　呼吸器内科
3）同　呼吸器外科

○浦田　結菜[1)]，金城　和美[2)]，森川　真帆[2)]，六倉真沙子[2)]，
久佐一之介[3)]，高田　昌彦[3)]

【症例】72歳，女性【主訴】呼吸困難，胸痛【現病歴】受診4か月前から咳嗽が持続し，1か月前から前胸部の違和感と呼吸困難があり前医を受診した．胸部 X 線検査で右胸水貯留と左肺野の浸潤影，腫瘤影を指摘され当科を紹介受診した．胸水は増加傾向であり精査加療目的に入院した．【経過】胸水から M. avium が検出された．10日間の胸腔ドレーン留置により胸水は消失した．胸腔鏡検査では胸腔内の発赤とフィブリン付着が観察され，胸膜生検では Ziehl-Neelsen 染色で抗酸菌を疑う所見を認めた．肺 MAC 症と診断され，リファンピシン，エサンブトール，クラリスロマイシンの3剤とストレプトマイシンによる治療を開始した．【考察】関節リウマチ合併肺 MAC 症に胸水を伴った稀な症例を経験した．胸水の原因としてリウマチ性胸膜炎に加え，肺 MAC 症による胸膜炎を鑑別に挙げることが重要であり，胸水検査，微生物学的検査および必要に応じた胸膜生検が診断に有用である．

O-065
末梢性Ｔ細胞リンパ腫の併存により経過中の所見解釈に苦慮した播種性結核の１例

1）和歌山県立医科大学附属病院　卒後臨床研修センター
2）同　呼吸器内科・腫瘍内科
3）同　血液内科
4）同　腫瘍センター
5）同　バイオメディカルサイエンスセンター

○有田　昂平[1)]，鍋谷大二郎[2)]，上田　亮太[2)]，春谷　勇平[2)]，
前部屋　賢[2)]，天野　雄登[3)]，岡村　　雅[3)]，
小浴　秀樹[3,4)]，打田　幸大[2)]，中口　恵太[2)]，
高瀬　衣里[2)]，古田　勝之[2)]，泉　　源浩[2,5)]，
早田　敦志[2)]，中西　正典[2)]，洪　　泰浩[2,5)]，
山本　信之[2,5)]

77歳女性．腹腔内リンパ節腫大と sIL-2R 高値の精査目的に転院したが，肺びまん性粒状影と急性呼吸不全を認め，喀痰・尿から結核菌を検出し播種性結核と診断した．sIL-2R は結核でも上昇するため，リンパ節病変も含め結核で一元的に説明しうると考えたが，リンパ節病理は末梢性 T 細胞リンパ腫であった．リンパ腫の進行はなく結核治療を優先したところ，1か月後に弛張熱が出現した．初期悪化の好発時期であり投与中のステロイドを増量したが改善せず，結核の治療失敗も鑑別に挙がった．しかし画像では肺陰影が改善する一方，腹腔内リンパ節のみ増大し sIL-2R も再上昇しており，治療反応の乖離からリンパ腫進行による発熱と判断し，CHOP 療法目的に転院した．結核と悪性リンパ腫が同時期に診断されることは少なくない．両者は症状や所見が類似するため，治療反応の乖離に注意しながら，双方の治療を適切な時期に導入すべきである．

O-066
化膿性脊椎炎と腸腰筋膿瘍に併発した敗血症性肺塞栓症の１例

1）泉大津急性期メディカルセンター　初期臨床研修室
2）同　呼吸器内科

○有田　実来[1)]，古川雄一郎[2)]，渡辺　康平[2)]，梁　　尚志[2)]

【症例】74歳男性【現病歴】前医にて第2腰椎圧迫骨折で保存的加療中に発熱を認めた．胸部 CT で両肺に空洞を伴う多発結節を認め，抗菌薬および抗真菌薬が開始されたが，病状の改善なく当院へ転院となった．当院の精査で抗酸菌感染や真菌感染は否定的であったが，血液培養で Staphylococcus aureus が検出された．腹部画像では椎体周囲の軟部組織肥厚及び両側大腰筋内に複数のリング状の濃染を伴う低吸収域を認めた．以上より，化膿性脊椎炎と腸腰筋膿瘍に併発した敗血症性肺塞栓症と診断した．全身状態不良のためドレナージや外科的治療は適応外であり，抗菌薬治療で経過をみたが，治療反応性に乏しく，第8病日に永眠された．【考察】敗血症性肺塞栓症は比較的頻度は少なく，症状も非特異的なため，診断が遅れることが多い．疑った際は速やかに1次感染巣の検索を行い，適切な治療を行うことが重要である．

O-067
経皮的ドレナージが有効であった先天性肺気道奇形に伴う続発性肺化膿症の１例

1）京都第二赤十字病院　初期研修医
2）同　呼吸器内科
3）市立奈良病院　呼吸器外科
4）京都府立医科大学附属北部医療センター　放射線科
5）京都府立医科大学　呼吸器外科

○岡田　梨央[1)]，山本　千恵[2)]，坂口　淳英[2)]，前川有希穂[2)]，
隈　亜妃子[2)]，笹倉　美咲[2)]，中邨　亮太[2)]，森本　健司[2)]，
野口　　進[2)]，塩津　伸介[2)]，常塚　啓彰[3)]，竹内　義人[4)]，
岡田　　悟[5)]，井上　匡美[5)]

【症例】10歳代女性．7歳時に右肺化膿症の既往がある．発熱，咳嗽，喀痰を主訴に前医を受診し，右肺化膿症と診断され抗菌薬治療を受けたが改善せず，第14病日に当院へ転院した．胸部 CT で右上葉に最大径約15 cm の多房性肺化膿症を認め，膿瘍の増大により上大静脈症候群を呈していた．保存的加療に抵抗性と判断され経皮的ドレナージを追加されたところ速やかに解熱し，炎症反応および画像所見は改善した．疼痛以外にドレナージに伴う有害事象を認めなかった．感染制御後に胸腔鏡下右肺上葉切除術を施行し，病理学的に先天性肺気道奇形（Congenital pulmonary airway malformation: CPAM）と診断された．術後経過は良好で再発を認めていない．【考察】肺化膿症に対する治療の第一選択は抗菌薬であるが，一部の症例で抵抗性を示す場合がある．【結語】治療抵抗性の肺化膿症に対する経皮的ドレナージは低侵襲かつ有効性の高い治療方法となりうる．

O-068
加熱式タバコによる急性好酸球性肺炎の一例

1）公立甲賀病院　呼吸器内科
2）滋賀医科大学医学部附属病院　呼吸器内科

○福井　　凌[1)]，加藤　悠人[1)]，堀内　智房[1)]，福永健太郎[1)]，
山口　将史[2)]

症例は29歳男性．普段から紙タバコの吸入は行っていたが，初めて電子タバコの吸入を行った翌日から38度台の発熱を認めた．近医を受診して抗菌薬を処方されるも解熱せず，3日後に再診して肺炎像の悪化を認めたため加療目的で当院へ紹介受診された．来院時より1型呼吸不全を呈しており即日入院となったが，夜間に酸素需要が増加したため挿管人工呼吸管理を開始した．挿管下に気管支肺胞洗浄を行なって好酸球分画の上昇を認め，急性好酸球性肺炎と診断した．ステロイドパルスを行って呼吸状態は速やかに改善して抜管に至り，ステロイドを漸減しても再燃は認めず，独歩退院された．電子タバコは従来のタバコの代替品として注目されている技術ではあるが，電子タバコ関連肺障害が相次いで報告されており死亡例もみられる．今回，電子タバコの吸入が原因と考えられる急性好酸球性肺炎の一例を経験したため報告する．

O-069

ステロイド抵抗性 irAE 肺臓炎に対し，クライオ肺生検と MDD を経てシクロホスファミドパルス療法を施行した１例

1）近畿大学病院　総合医学教育センター
2）近畿大学医学部内科学教室　腫瘍内科部門
3）久留米大学医学部内科学講座　呼吸器・神経・膠原病内科部門
4）近畿大学医学部内科学教室　呼吸器・アレルギー内科部門

○本山　寛[1)]，村田　大樹[2,3)]，金本　敏[2)]，
杉原　綾乃[2)]，佐々木健太[2)]，高濱　隆幸[2)]，渡邉　諭美[2)]，
川端　慶之[4)]，山崎　亮[4)]，西山　理[4)]，松本　久子[4)]，
林　秀敏[2)]

50代男性．限局型小細胞肺がんに対する化学放射線療法後，デュルバルマブによる地固め療法を1サイクル実施したところirAE 肺臓炎を発症した．ステロイド内服を開始するも増悪を認めたため，クライオ肺生検実施後にステロイドパルス療法を2回施行した．ステロイド漸減中に再燃を認め，再度ステロイドパルス療法を2回施行した．生検の病理所見はフィブリンの析出を認める急性肺障害であり，MDD（multidisciplinary discussion）でステロイド抵抗性 irAE 肺臓炎（Grade4）と判断してシクロホスファミドパルス療法を導入した．本治療開始後にステロイドを漸減でき，自宅退院可能であった．ステロイド抵抗性 irAE 肺臓炎に対する治療法は確立されておらず，クライオ肺生検と MDD に基づくシクロホスファミドパルス療法が有効な可能性が示唆されたため報告を行う．

O-070

気管支洗浄液で Splendore-Hoeppli 現象を認め，喀痰から Actinomyces graevenitzii を分離した肺放線菌症の１例

1）神鋼記念病院　呼吸器センター
2）同　病理診断センター

○並木　誠[1)]，今尾　舞[1)]，稲尾　崇[1)]，小西　宏侑[1)]，
中山聡一郎[1)]，堀　秀輔[1)]，高田　陽平[1)]，
三ツ井あすか[1)]，難波　晃平[1)]，大木元達也[1)]，
門田　和也[1)]，大塚浩二郎[1)]，山田　徹[1)]，枡屋　大輝[1)]，
大林　千穂[2)]，鈴木雄二郎[1)]

【症例】80歳男性．X 年6月，半年間持続する咳嗽と血痰を主訴に前医を受診し，胸部 X 線で左上肺野に腫瘤影を指摘され，当院を紹介受診した．CT で左上葉に内部に石灰化を伴う腫瘤影を認めた．気管支鏡検査を施行し，気管支洗浄液の細胞診で複数の放線菌塊を認めたが，経気管支肺生検では悪性所見を認めなかった．7月に菌種同定目的に再度気管支鏡検査を施行し，気管支洗浄液のセルブロックで放線菌塊周囲に Splendore-Hoeppli 現象を認めた．同時期の喀痰培養から A. graevenitzii を MALDI-TOF MS により同定し，これらの所見を総合して肺放線菌症と診断した．アンピシリンを4週間投与後，CT で腫瘤影の縮小を認め，アモキシシリン内服へ変更した．【考察】肺放線菌症は肺癌との鑑別を要し，培養による菌種同定が困難なこともある．本例では気管支洗浄液のセルブロックで Splendore-Hoeppli 現象を認め，診断を支持した．さらに比較的稀な A. graevenitzii を同定し得た．

O-071

T-SPOT® の結果変動により診断に難渋した結核性リンパ節炎の１例

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院　呼吸器内科

○鬼澤　佳吾，大倉　千明，江原　佳輝，大塚　裕斗，
東　寿希也，池田　陽呂，山本　香，青木　勝平，
中山真裕美，野原　瑛里，神野　志織，安田　有斗，
田嶋　範之，森本　千絵，北島　尚昌，井上　大生，
福井　基成，丸毛　聡

血液維持透析中の末期腎不全と冠動脈疾患の既往がある73歳女性．X-1年4月より発熱が持続し，胸腹部骨盤造影 CT で腹腔内リンパ節腫脹を認めた．X-3年に陽性であった T-SPOT® は陰性化しており，結核性リンパ節炎を積極的には疑わなかった．X 年2月，不安定狭心症での入院中も間欠熱が持続し，腹腔内リンパ節の増大と T-SPOT® の再陽転化から本症を疑った．X 年6月，腹腔内リンパ節に対する超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）を施行した．病理学的所見で乾酪壊死を伴わない壊死性類上皮肉芽腫を認めたが，細菌培養検査が未提出で確定診断に至らなかった．X 年8月に EUS-FNA を再検し，組織培養から結核菌を検出し確定診断した．初期3剤併用療法で臨床症状が改善しリンパ節は縮小した．透析患者では細胞性免疫低下により T-SPOT® の感度が低下し，経時的に結果が変動しうる．陰性は結核の除外根拠とならず，疑う場合は積極的な組織検体の採取と培養が重要である．

O-072

膵臓のみに遠隔転移を来した EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の1例

神戸赤十字病院　呼吸器内科

○奥村　真由，黒田　修平，野海　拓，大西　千晶，
高田　尚哉，二宮貴一朗，杉本　啓介

【症例】70歳代，男性．喫煙歴：ex-smoker（60本 / 日 × 20年）．【臨床経過】慢性咳嗽で定期加療中，X 年11月受診時に左下葉肺腫瘍を指摘された．左下葉切除術を施行し，病理診断は肺腺癌，p-T1bN1（肺内リンパ節1カ所）M0, stage2A（第9版），EGFR 遺伝子変異陽性（exon19欠失変異），PD-L1陰性であった．補助化学療法を施行し，Osimertinib 維持療法について相談したが副作用を考慮し経過観察とした．画像検査を短期間で追跡していたが，X + 3年11月 PET-CT で左肺門・縦隔リンパ節，膵尾部に集積を認め，膵臓病変は原発性膵癌との鑑別を要した．EUS-FNA を施行し，Adenocarcinoma, TTF-1陽性で肺腺癌の膵転移と診断し，EGFR-TKI を中心に治療を開始した．【考察】転移性膵腫瘍は原発巣として腎癌が最多であり，肺癌，悪性黒色腫と続く．肺癌では末期像として膵転移は見られるが，他臓器転移が膵臓のみであることは稀で，本症例では生検を行って診断を確定した．

O-073
肺の石灰化病変が多発，増大傾向を呈した結節性肺アミロイドーシスの1例

神戸赤十字病院　呼吸器内科

○今西　亮介，黒田　修平，野海　　拓，大西　千晶，
高田　尚哉，二宮貴一朗，杉本　啓介

【症例】60歳代，男性．never smoker【臨床経過】X-10年に胸部レントゲン検診にて異常を指摘され受診．当初は左S8に17×13mm大の石灰化結節と多発する嚢胞性病変を認めた．経過観察中に左S3にも同様の結節が出現し，両結節とも増大傾向を呈した．嚢胞性病変の大きさに変化は見られなかった．結節の大部分を石灰化病変が占めており悪性疾患は否定的と考えたが，新規病巣の出現や左S8の病巣が26mm大まで増大していたためX年に精査を行った．気管支鏡では診断がつかず左S3結節を含む区域切除を行ったところ，病理診断は肺アミロイドーシス（AL-κ型）であった．アミロイドーシスの原疾患を検索したところ抗SS-A・SS-B抗体が陽性であり，背景にSjogren症候群が存在する肺限局性結節性アミロイドーシスと診断した．【考察】肺アミロイドーシスは比較的稀な疾患である．現時点では間質性肺炎などの治療すべき腺外病変はなく，今後の方針を膠原病内科と検討中である．

O-074
多剤併用療法抵抗性肺MAC症に対し外科的切除を施行した1例

京都府立医科大学　呼吸器外科学

○松原　弘樹，岡田　　悟，内堀　篤樹，古谷　竜男，
中園　千晶，西村　友樹，清水　智志，井上　匡美

症例は61歳男性．咳嗽を契機に右肺尖部浸潤影を指摘され，気管支鏡検査で肺Mycobacterium avium complex（MAC）症と診断された．リファンピシン，エタンブトール，クラリスロマイシンによる多剤併用療法を約1年間継続したが，咳嗽が持続し，画像上も右上葉病変は増悪し，気管支拡張・空洞形成を認めた．病変が右上葉に限局した難治性の有症状例であり，年齢および耐術能を考慮して外科的切除の適応と判断した．右上葉切除＋S6部分合併切除，気管支断端への有茎肋間筋弁被覆を施行した．術後経過は良好で，術後11日目に退院した．切除検体はZiehl-Neelsen染色陽性で，抗酸菌培養でMycobacterium aviumが同定された．術後初回の喀痰抗酸菌培養は陰性で，その後現在まで排菌は認めていない．術後6か月で抗菌薬治療を終了し，以降も再排菌なく経過している．多剤併用療法に抵抗性を示す限局性の有症状肺MAC症では，外科的切除が感染制御の有効な選択肢となり得る．

O-075
当院における肺MABS症の臨床像と治療実態

国立病院機構　姫路医療センター

○永田　憲司，吉川　和志，高田　正浩，平岡　亮太，
山之内義尚，小南　亮太，横井　陽子，加藤　智浩，
鏡　　亮吾，水守　康之，塚本　宏壮，佐々木　信，
河村　哲治

【背景】肺Mycobacterium abscessus species（MABS）症は難治性であり，治療適応の判断に苦慮する．【目的】当院における肺MABS症の臨床像と治療実態を明らかにする．【方法】2016年7月～2026年7月に当院で呼吸器検体からMABSが検出された76例のうち，肺MABS症と臨床診断した51例を後方視的に検討した．【結果】29例（57%）に薬物治療が行われ，22例は非治療であった．治療群では塗抹陽性（83% vs 68%），空洞形成（45% vs 32%），線維空洞型（45% vs 18%）の割合が高い傾向であった．治療開始理由は画像悪化が18例（62%）と最多であった．CAM判定可能例ではI/Rが64% vs 25%で，MAC関連歴は両群で約半数に認めた．【結論】肺MABS症では菌量，画像所見および画像経過を総合して治療適応が判断されていた．

O-076
20年間遷延した皮膚限局性Mycobacterium abscessus症の一例

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

○榎本　悠里[1)]，小林　岳彦[2)]，長谷川耕平[3)]

【症例】66歳女性【主訴】皮疹【経過】基礎疾患･常用薬なし．20年以上アロマオイルを用いたマッサージ・あかすり業に従事．20年前より両前腕伸側から手背に米粒大～小豆大の紅色丘疹・結節が出現し，同僚の一部にも同様の皮疹を認めた．無治療で経過したが，今回疼痛・掻痒を伴い受診した．右前腕皮膚生検を実施し，培養の結果Mycobacterium chelonaeおよびMycobacterium abscessusが分離同定された．病理は炎症像のみで肉芽腫形成はなかった．胸腹部CT異常なく，皮膚限局性M. abscessus症と診断した．感染症内科・皮膚科を有する他院へ転院後，薬剤感受性試験でクラリスロマイシンの獲得耐性・誘導耐性なく，アジスロマイシンとシタフロキサシンを開始し皮疹は縮小し，現在も治療継続している．【考察】皮膚M. abscessus症は免疫正常者にも外傷や美容処置等を契機に生じ得るため，遷延する丘疹・結節では鑑別を要する．

O-077
病理学的に DAD パターンを呈しステロイドパルス療法が奏効した重症 ALIS 関連肺異常の1例

1）神戸市立西神戸医療センター　呼吸器内科
2）同　病理診断科

○坂井　俊介[1)]，桂田　雅大[1)]，河野　湖起[1)]，佐々木俊輔[1)]，
宇都宮莱那[1)]，藤井　一起[1)]，吉山　史子[1)]，益田　隆広[1)]，
佐藤　宏紀[1)]，山本　正嗣[1)]，木田　陽子[1)]，纐纈　力也[1)]，
兵頭　俊紀[2)]，多田　公英[1)]

80歳女性．難治性肺 MAC 症に対しリポソーム化アミカシン吸入（ALIS）療法を開始した．開始後まもなく体幹・四肢の皮疹が出現し，同時期より労作時呼吸困難も出現・増悪した．胸部単純写真でびまん性すりガラス影と呼吸不全を認め緊急入院した．血液検査で KL-6・SP-D の上昇を認め，経気管支肺凍結生検で硝子膜形成を伴う滲出期びまん性肺胞傷害（DAD）パターンを認めた．感染症・心不全・膠原病を除外し，ALIS 関連肺異常（ALIS-RLA）と診断した．被疑薬の中止に加え，高流量鼻カニュラ酸素療法とステロイドパルス療法を施行し，呼吸状態が改善し独歩退院できた．ALIS-RLA は多発結節影・器質化肺炎・過敏性肺炎が主体で，多くは被疑薬中止のみで改善する．本症例のように DAD パターンを呈する重症例は稀である．病理学的に DAD が確認され，予後不良とされる DAD にステロイドパルス療法が奏効した点で示唆に富む1例を報告する．

O-078
CT ガイド下生検を契機に増悪した肺放線菌症の一例

1）医療法人社団洛和会　洛和会音羽病院　呼吸器内科
2）同　PET-CT 画像診断センター
3）同　放射線科

○田宮　暢代[1,2,3)]，犬伏　正幸[2)]，小國　莉子[1)]，
小間　圭祐[1)]，可児　啓吾[1)]，佐村　和紀[1)]，柴原　一毅[1)]，
宮本　瑛史[1)]，榎本　昌光[1)]，小倉　由莉[1)]，細谷　和貴[1)]，
土谷美知子[1)]，久保　聡一[3)]，長坂　行雄[1)]

80代後半男性．X-1年8月に胸部 CT で左下葉結節を指摘，その後増大したため X 年11月当科紹介．PET-CT では炎症の可能性も指摘されたが，気管支鏡検査では診断はつかなかった．その後の陰影の経過から悪性の可能性が否定できず，X＋1年3月に CT ガイド下生検を行った．検査後，胸膜痛が持続し，胸部X線で左胸水の出現増加がみられた．胸部 CT と血液検査所見から感染性胸膜炎と判断して，AMPC/CVA＋CLDM を開始したところ，改善した．生検検体から Parvimonas micra，Actinomyces odontolyticus が検出された．感受性結果から AMPC/CVA を継続中である．放線菌症などの病変が疑われる結節の際の CT ガイド下生検には胸膜炎への波及の注意が必要であり，PET を含む画像所見の考察も含め報告する．

O-079
オミクロン変異株による肺炎の重症度ならびに重症化リスク因子の検討

関西医科大学 内科学第一講座　呼吸器感染症・アレルギー科

○福田　直樹，宮下　修行，矢村　明久，小林　良樹，
尾形　誠

【目的】SARS-CoV-2は変異を続けているが，オミクロン株では病原性が低下し国民の関心が低下している．【方法】5類移行後の第9波（XBB 系統），第10波（JN.1株），第11波（KP.3株），第12波（XEC 株），第13波（NB.1.8.1）の5期間で重症化率の比較を行った．また重症化のリスク因子についても検討した．【結果】KP.3亜変異株群の患者では，XBB 系統および JN.1亜変異株群の患者と比較して，ICU 入院または人工呼吸器装着の必要率が有意に高かったものの，XEC および NB.1.8.1亜変異株群の患者では，KP.3亜変異株群の患者と比較して重症度は低下した．患者の年齢，免疫不全，2つ以上の併存疾患，および前回のワクチン接種から1年以上経過していることが，重症度の増加と有意に関連していた．【結論】65歳以上の患者または複数の併存疾患を有する患者で COVID-19が発見された場合，医師は SARS-CoV-2ワクチン接種を推奨し，抗 SARS-CoV-2薬を積極的に使用すべきと考える．

O-080
好酸球性胸膜炎を呈したトキソカラ症の一例

1）和歌山県立医科大学　内科学第三講座
2）独立行政法人国立病院機構　南和歌山医療センター　呼吸器科
3）宮崎大学　医学部　感染症学講座寄生虫学分野
4）和歌山県立医科大学　人体病理学講座
5）同　バイオメディカルサイエンスセンター

○上田　亮太[1)]，高瀬　衣里[1)]，永井　隆寛[2)]，長安　英治[3)]，
小島　史好[4)]，打田　幸大[1)]，中口　恵太[1)]，春谷　勇平[1)]，
古田　勝之[1)]，村上恵理子[1)]，前部屋　賢[1)]，
泉　源浩[1,5)]，鍋谷大二郎[1)]，早田　敦志[1)]，
洪　泰浩[1,5)]，中西　正典[1)]，山本　信之[1,5)]

症例は80歳男性，呼吸困難を主訴に受診した．胸部 CT で左大量胸水を認め，末梢血好酸球数は2,416/ μ L と上昇していた．胸水は好酸球比率79％の滲出性で，胸膜生検では好酸球浸潤を伴う非特異的胸膜炎の所見であった．直近に開始された ST 合剤による薬剤性胸膜炎を疑いプレドニゾロン40mg/日を開始し，胸水と末梢血好酸球は減少した．しかし，持続する下痢を契機に測定した血清・胸水中のトキソカラ抗体がウェスタンブロット法で陽性を示し，トキソカラ症と診断した．再問診でイヌ飼育歴と山菜生食歴が判明し，眼，肝，中枢神経病変は認めなかった．感染増悪を懸念し，アルベンダゾール800mg/ 日を開始し，プレドニゾロンを1か月で漸減終了した．血球減少のためアルベンダゾールは14日間で中止したが，再燃なく経過し，第64病日に退院した．好酸球性胸膜炎ではトキソカラ症を含めた寄生虫症を鑑別に挙げ，詳細な問診および血清・胸水中の抗体検査が重要である．

O-081
マイコプラズマ・レジオネラ診断予測スコアの検証：COVID-19肺炎を対象として

関西医科大学 内科学第一講座　呼吸器感染症・アレルギー科

○福田　直樹，宮下　修行，矢村　明久，小林　良樹，
尾形　誠

【目的】「成人肺炎診療ガイドライン2024」はマイコプラズマ肺炎とレジオネラ肺炎を臨床的に診断予測するスコアモデルを推奨している．ガイドライン委員会では，本診断スコアの有用性を継続して検証している．【方法】レジオネラ診断予測スコアは，日本化学療法学会レジオネラ委員会で作成された6つの独立した因子（男性，咳嗽なし，呼吸困難感，CRP高値，LDH高値，Na低値），マイコプラズマ診断予測スコアは，非定型肺炎鑑別で使用してきた6つの因子を使用している．【結果】レジオネラ予測スコアの中央値はレジオネラ肺炎で4点，COVID-19肺炎で1～2点と，有意にレジオネラ肺炎でスコアが高値であった．マイコプラズマ予測スコアの中央値はマイコプラズマ肺炎で5点，COVID-19肺炎各変異株で3点と，マイコプラズマ肺炎で有意に高値であった．【結論】肺炎診療ガイドライン2024のレジオネラおよびマイコプラズマ診断予測スコアの有用性が示唆された．

O-082
当院における若年者の肺炎球菌肺炎の臨床的特徴についての検討

京都第二赤十字病院　呼吸器内科

○坂口　淳英，山本　千恵，前川有希穂，隅　亜妃子，
笹倉　美咲，中邨　亮太，森本　健司，野口　進，
塩津　伸介

【背景】若年者の肺炎球菌肺炎の臨床的特徴に関する知見は限られている．【目的】当院における若年者肺炎球菌肺炎の臨床的特徴を検討する．【対象と方法】対象：2020年1月～2025年12月に京都第二赤十字病院で加療を行った市中および医療・介護関連肺炎の肺炎球菌肺炎患者のうち65歳未満の症例．方法：後方視的観察研究．【結果】対象は21例，男性：女性=5例（23.8%）：16例（76.2%），30歳代が8例（38.1%）で最多であった．7例（33.3%）で呼吸器ウイルスが検出され，FilmArray呼吸器パネル2.1提出例では6例中5例（83.3%）が陽性であった．A-DROPスコアは軽症/中等症/重症/超重症=14例（66.7%）/4例（19.0%）/0例（0%）/3例（14.3%）であった．14例(66.7%)が入院し，人工呼吸管理を2例(9.5%)，HFNC管理を1例（4.8%）に要し，菌血症を3例（14.3%）に認めたが，死亡例はなかった．【考察】若年者の肺炎球菌肺炎について，さらなる知見の集積が望まれる．

O-083
OP再燃との鑑別に苦慮した，RS3PE症候群治療中に合併した肺ノカルジア症の一例

滋賀医科大学　呼吸器内科学講座

○仲川　宏昭，角田　陽子，山崎　晶夫，黄瀬　大輔，
山口　将史，大澤　真，小川惠美子，中野　恭幸

81歳女性．X-2年より前医で発熱，前胸部の関節痛，OPパターンの肺陰影に対し抗菌薬やステロイド治療を受け，改善と増悪を反復していた．当科紹介後の気管支鏡検査でBAL中リンパ球が35%であった．ステロイド単剤では肺病変の改善は不十分であり，免疫抑制剤を併用した．RF･抗CCP抗体陰性，左右対称性多関節痛，足背の圧痕性浮腫から，RS3PE症候群と診断した．ST合剤は腎機能障害のためatovaquoneへ変更した．その後もステロイドの漸減による発熱と肺陰影と関節痛の増悪を繰り返していた．X年8月，発熱と肺陰影の増悪を確認．原疾患の増悪と考えステロイドを増量するも反応せず，喀痰よりNocardia otitidiscaviarumを検出したため，肺ノカルジア症と診断した．ST合剤の再投与により肺ノカルジア症は改善した．反復するOPパターンの肺病変を背景に感染症との鑑別に苦慮した1例として報告する．

O-084
インド ジャイプール渡航例を含むレジオネラ肺炎の3症例

1）社会医療法人　東和会　第一東和会病院　呼吸器内科
2）同　消化器内科
3）同　呼吸器外科

○杉山　牧子[1)]，三戸岡英晃[2)]，佐藤　泰之[3)]，
東山　聖彦[1,3)]

今回，我々は高槻市内で発生したレジオネラ肺炎の入院治療を経験した．筆頭著者は感染源・地域が異なるレジオネラ肺炎の入院3症例を経験した．筆頭著者が過去に発表した論文をもとに，3症例まとめて報告する．症例1.京都市内の50歳男性．症例2.　高槻市内の48歳男性．症例3.インド渡航例の67歳男性．いずれも重篤な基礎疾患の無い中年期男性に発症した．患者と家族への詳細な問診から3症例の感染源を推定し，考察を加え報告する．本邦での報告例の多くは，生活環境･職業・趣味における水・土との接触歴を詳細に問診し感染源を推測している．具体的には入浴設備や空調用クーリングタワー・加湿器などの生活環境，水を扱う仕事や空調設備の点検業，農業・園芸業に従事しているか，趣味で温泉・足湯めぐり，プールで泳ぐ，家庭菜園で園芸用ホース散水・腐葉土を吸入等の習慣について詳細に問診する事が，レジオネラ菌感染対策・公衆衛生に役立つ．

O-085
ST231・lag-1遺伝子保有レジオネラ・ニューモフィラ血清群1による重症肺炎の1例

1）神鋼記念病院　呼吸器センター
2）神戸市健康科学研究所 第２衛生研究部

○小西　宏侑[1)]，門田　和也[1)]，中山聡一郎[1)]，堀　　秀輔[1)]，
高田　陽平[1)]，三ッ井あすか[1)]，今尾　　舞[1)]，難波　晃平[1)]，
大木元達也[1)]，稲尾　　崇[1)]，大塚浩二郎[1)]，山田　　徹[1)]，
桝屋　大輝[1)]，鈴木雄二郎[1)]，小松　頌子[2)]，中西　典子[2)]

【背景】lag-1はLPS O抗原のアセチル化に関与し，補体依存性殺菌や好中球貪食への抵抗性を介してヒト病原性に寄与することが報告されている．【症例】症例は78歳女性で，3日前から発熱，頭痛を認めていた．出勤していないことを心配した娘が自宅を訪れ，患者が倒れているところを発見し救急要請した．重症肺炎，急性腎障害のためICU管理を開始し，尿中抗原陽性からレジオネラ肺炎と診断した．LVFX，MEPM，ハイドロコルチゾン，NPPVで加療し，第6病日にNPPVを離脱，第16病日に抗菌薬を終了した．その後も再燃なく経過し，第29病日に転院した．喀痰分離株のSBTおよび遺伝子解析でST231かつlag-1保有血清群1と同定された．【考察】ST231かつlag-1保有血清群1株が国内で初めて分離された症例であり，本例は国内におけるレジオネラの病原性および分子疫学を考える上で重要と考えられる．

O-086
Haemophilus influenzae によるびまん性急性感染性細気管支炎の1例

大阪府済生会吹田病院

○宮川　　伸，佐藤いずみ，蟻本　亜美，本保　太郎，
岡田　吉弘，古室　太誠，飯塚　正徳，綿部　裕馬，
乾　　佑輔，上田　将秀，竹中　英昭，長　　澄人

症例は87歳女性．X年7月20日より発熱，咳嗽が出現した．前医を受診するも症状は改善せず，31日より呼吸困難を認めて同日救急受診した．血液検査でWBC：21000/μL，CRP：33.3 mg/dLと炎症反応高値であり，胸部CTでは両肺びまん性に小葉中心性粒状影を認めたが，明らかな浸潤影は見られなかった．よって，本症例をびまん性急性感染性細気管支炎（diffuse acute infectious bronchiolitis: DAIB）と診断した．入院日より抗菌薬はABPC/SBTを開始し，臨床所見及び炎症反応の改善に伴い第11病日に終了し，第14病日に退院した．入院中に喀痰培養からH. influenzaeが分離され，起因菌と考えられたが，入院18日目のCTでびまん性粒状影の消失を確認した．DAIBは感染を契機に細気管支に急性炎症が広範に生じる病態である．成人では比較的稀であるが，H. influenzaeも原因微生物の一つとして報告されている．

O-087
血液培養からレジオネラ属菌を検出した重症レジオネラ肺炎の1例

1）兵庫県立尼崎総合医療センター　呼吸器内科
2）同　救急集中治療科

○戸川　雄貴[1)]，大木谷直樹[2)]，永田　一真[1)]，松村　洋希[1)]，
平井　厚志[1)]，吉田　奈生[1)]，本田　郁子[1)]，小川　　亮[1)]，
小坂　七海[1)]，岡崎　航也[1)]，斎藤恵美子[1)]，松本　啓孝[1)]，
平位　知之[1)]，遠藤　和夫[1)]

【症例】心房細動，大動脈弁閉鎖不全症，慢性心不全の既往がある63歳男性．X年5月5日より呼吸困難が出現し，5月7日に前医を受診した．慢性心不全増悪が疑われ利尿薬が追加されたが，症状は増悪し5月11日に当院へ救急搬送された．来院時，FiO2100％下でPaO275.7 mmHgと重篤な低酸素血症を認めた．胸部CTで左下葉浸潤影を認め，尿中レジオネラ抗原陽性からレジオネラ肺炎と診断した．抗菌薬，侵襲的人工呼吸管理，持続的血液濾過透析を開始したが呼吸循環不全は急速に進行し，VA-ECMO，IABPを導入したにもかかわらず5月13日に死亡した．死亡後に血液培養からレジオネラ属菌が検出された．【考察】レジオネラ属菌は通常の血液培養では検出されにくく，検出例は稀である．本症例は菌血症を伴い急速に多臓器不全へ進展した重症例であり，重症レジオネラ肺炎の病態を考察する上で示唆に富む1例と考える．

O-088
肺腫瘤を形成した肺ノカルジア症の一例

北播磨総合医療センター　呼吸器内科

○山嵜　　瞬，松本　正孝，小島　直之，百道　光亮，
伊藤　彩希，河野　祐子，高月　清宣

67歳男性．特記すべき既往歴はなく，20本x47年間の喫煙歴がある．1ヶ月前から咳や倦怠感，体重減少があった．近医でのCXRおよびCTで左肺に不整形の腫瘤を認め，精査目的に当科紹介となった．肺癌を疑い気管支鏡検査を行ったが，悪性所見はなく，鉗子洗浄液のグラム染色で放線菌が疑われた．キニヨン染色で陽性であることからノカルジアが考えられた．培養検査で，Nocardia paucirovansが同定され，肺ノカルジア症と診断した．ST合剤の内服治療を開始したが，発熱や咳，膿性痰の症状が増悪したため，セフトリアキソン点滴を追加し，症状は改善傾向となった．3週間の抗菌薬点滴の後，現在も再燃なく経過している．免疫抑制や糖尿病などの既往はない場合においても，慢性呼吸器疾患が肺ノカルジア症の発症リスクとなることが報告されている．易感染状態や慢性呼吸器疾患を背景に持つ症例では，肺ノカルジア症も鑑別疾患として挙げる必要があると考えられた．

O-089
検診で発見された抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎の1例

1）医療法人　伯鳳会　赤穂中央病院　呼吸器科
2）岡山大学　呼吸器内科

○塩田　哲広[1)]，槇本　　剛[2)]，富樫　庸介[2)]

症例は52歳，男性．主訴はなし．検診の胸部レ線にて異常陰影を指摘され当科外来を初診．自覚症状は3か月前から乾性咳嗽を認めるようになったとのこと．両肺野背側では捻髪音を聴取し，胸部 CT にて両肺の胸膜直下優位に線状 / 網状の陰影を認めた．牽引性気管支拡張像も認め UIP　pattern と診断された．KL-6　1653U/ml　自己抗体では抗 ARS 抗体　143.8（～ 25）　抗 CCP 抗体　30.0U/ml（～ 4.5）の上昇がみられた．一方抗 MDA5 抗体（－），抗 Mi-2 抗体（－），抗 TIF1- γ 抗体（－）であった．多発筋炎，皮膚筋炎を疑わせるような症状はなく，膠原病の確立した診断基準は満たさず，PM/DM の肺病変先行型なのか特発性なのかの判断も困難であった．現在プレドニン投与によく反応しているようであるが，免疫抑制剤の併用，抗線維化薬の併用など皆さんのご意見をお伺いさせていただこうと思いこの演題を出させていただきました．

O-090
ラマトロバンによる薬剤性肺障害が疑われた一例

1）京都大学医学部附属病院　呼吸器内科
2）京都大学大学院医学研究科　呼吸不全先進医療講座

○張　　怡[1)]，中塚　賀也[1)]，高橋　祥太[1)]，興梠　陽平[1)]，
池添　浩平[1)]，半田　知宏[2)]，平井　豊博[1)]

57歳女性．発熱・呼吸困難を主訴に当科紹介された．胸部 CT で両側肺野びまん性すりガラス影を認め，呼吸不全を伴い緊急入院となった．各種感染症や自己免疫疾患を示唆する所見は認めず，常用薬休薬のみで症状・画像が改善したため，薬剤性肺障害を疑った．多種のサプリメントを服用しており，当初これらを原因と考えて処方薬を一括再開したところ，翌日に発熱再燃と肺野陰影増悪を認めたため全薬剤を中止した．発症約20日前に開始されたラマトロバンを被疑薬と考え，それ以外の薬剤を一剤ずつ再開したところ，発熱や陰影増悪を認めなかった．薬剤リンパ球刺激試験は陰性であったが，経過から本剤による薬剤性肺障害と診断した．薬剤性肺障害では原因薬剤の特定が困難な例も多いが，本症例では薬剤を一剤ずつ再開することで原因薬剤を絞り込むことができた．ラマトロバンによる薬剤性肺障害の既報は乏しく，報告する．

O-091
間質性肺疾患患者における nintedanib 導入時の高齢者栄養リスク指数の予後予測因子としての有用性

1）京都府立医科大学　大学院医学研究科　呼吸器内科学
2）藤田医科大学　　3）京都第一赤十字病院
4）福岡大学病院　　5）京都第二赤十字病院
6）市立福知山市民病院　7）洛和会音羽病院
8）淡海医療センター　　9）大阪府済生会吹田病院
10）済生会滋賀県病院　　11）京都中部総合医療センター
12）京都府立医科大学附属北部医療センター
13）宇治徳洲会病院　　14）市立大津市民病院
15）JCHO 神戸中央病院　16）京都大学

○合田　志穂[1)]，山田　忠明[1)]，後藤　康洋[2)]，宇田紗也佳[3)]，
中尾　　明[4)]，塩津　伸介[5)]，茎田　祐司[5)]，谷村　恵子[6)]，
宮本　瑛史[7)]，今里　優希[8)]，佐藤いずみ[9)]，
長谷川　功[10)]，伊達　紘二[11)]，松井　遥平[12)]，
森戸　翔基[13)]，井ノ口乃英瑠[14)]，大杉　修二[15)]，
半田　知宏[16)]，髙山　浩一[1)]

【背景】間質性肺疾患において低栄養・低体重は予後不良因子である．nintedanib 治療における予後予測因子としての高齢者栄養リスク指数（GNRI）の臨床的意義を評価した．【方法】国内15施設で nintedanib を導入した間質性肺疾患375例（IPF 148例，non-IPF 227例）を後方視的に解析した．GNRI カットオフ値を98とし，高 GNRI 群（216例）と低 GNRI 群（159例）に分類した．【結果】生存期間中央値は高 GNRI 群1,660日，低 GNRI 群903日であり低 GNRI 群で有意に短縮した．FVC 年間減少量，急性増悪率，治療中止率に有意差はなかったが，有害事象としての食思不振は低 GNRI 群で有意に多かった．【結論】nintedanib 導入時の低 GNRI は間質性肺疾患における生存期間短縮の独立した予測因子である．

O-092
生検組織の元素分析でモリブデンを検出し，金属粉塵の関与が示唆された線維性過敏性肺炎の1例

1）近畿大学　医学部付属病院
2）独立行政法人国立病院機構近畿中央呼吸器センター　病理部

○國田　裕貴[1)]，松本　久子[1)]，佐野安希子[1)]，山崎　　亮[1)]，
西山　　理[1)]，清水　重喜[2)]

【症例】70歳男性．X-7年に近医でアスベスト曝露を疑われたが変化なく終診．X-1年より咳嗽が出現し，半年で FVC が300mL 低下したため当科紹介．胸部 CT では両下葉主体に網状影と three density pattern を認めた．気管支肺胞洗浄液ではリンパ球31.7％と増加．経気管支肺クライオ生検では気道中心性線維化，細気管支上皮化生，線維芽細胞巣，肉芽腫を認め，線維性過敏性肺炎（fHP）が最も考えられた．職業歴で流し台作成に従事しており，生検組織の走査型電子顕微鏡・EDX による元素分析でモリブデンが有意に検出され，金属粉塵吸入の関与が示唆された．抗原回避後も増悪し PPF としてニンテダニブを導入，FVC は改善傾向となった．胸部 CT で気道病変が明らかでなくても気道中心性の間質性肺疾患は否定できず，TBLC と元素分析の有用性が示唆された一例を報告する．

O-093
不明熱の経過で出現した肺病変を契機にクライオ生検で診断したサルコイドーシスの一例

近畿大学病院　呼吸器アレルギー内科

○川端　慶之，堤　　勇樹，中筋ウィリアム，長谷川隆貴，
松原　若葉，富田　敦史，吉川　和也，山崎　　亮，
上桝　　潔，西川　裕作，佐野安希子，西山　　理，
松本　久子

61歳男性．X-3年に急性A型大動脈解離で人工血管置換術を受け，X-1年に創部感染を合併した既往がある．X年2月頃より熱発が出現し前医に救急搬送され，人工血管感染の再燃を疑われX年3月に当院へ転院となった．血液培養陰性で抗菌薬を続けるも改善乏しく，Gaシンチグラフィーが施行された．大動脈周囲リンパ節への集積，入院当初は認めなかった両肺尖部の浸潤影への集積を認め，呼吸器内科にコンサルトとなった．sIL-2RやACEの上昇を認め，精査のために気管支鏡検査にてクライオ肺生検を施行した．BALFではリンパ球の上昇，CD4/8比は2.9，生検からは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．心病変やぶどう膜炎の所見は認めなかった．感染症との鑑別を要する臨床背景において，短期間に両肺尖部の浸潤影が出現した非典型的な肺サルコイドーシスであり，クライオ生検による組織学的評価が診断に有用であった．

O-094
加熱機能付きハイブリッド式加湿器により発症した加湿器肺の1例

神戸市立医療センター　西市民病院　呼吸器内科

○山田　夕輝，瀧口　純司，中村　慧竣，芦名萌衣佳，
安積　　慶，片山　大地，横田　　真，網本　久敬，
金子　正博，冨岡　洋海

【症例】52歳，男性．【既往歴】喘息【現病歴】X年4月より午前中の発熱を反復し，胸部CTで両肺びまん性のすりガラス陰影を認めた．受診時は白血球25140/μL，CRP 4.93mg/dLであり，抗菌薬治療で改善せず，当院を受診した．X年2月から加熱機能付きハイブリッド式加湿器を夜間に枕元で使用し，外泊中は発熱しなかったことから加湿器肺を疑った．呼気CTでair trappingを認め，KL-6は654 U/mLであった．気管支肺胞洗浄および経気管支鏡肺生検では特異的所見を認めず，入院後は無治療で解熱し炎症マーカーも低下した．加湿器タンク水のエンドトキシン濃度は自宅水道水の約5倍であった．加湿器による誘発試験では6時間後に炎症マーカーが上昇し，8時間で発熱・悪寒を認めたため加湿器肺と診断した．【考察】加熱機能を有するハイブリッド式加湿器でも加湿器肺を発症し得ることに留意が必要である．

O-095
慢性肺アスペルギルス症に伴うpulmonary oxalosisの一例

1）京都府立医科大学大学院医学研究科　呼吸器内科学
2）京都府立医科大学 感染制御・検査医学教室

○山本　航平[1)]，笹田　碧沙[2)]，山岡　燎平[1)]，石田　真樹[1)]，
河内　勇人[1)]，西岡　直哉[1)]，岩破　將博[1)]，金子　美子[1)]，
山田　忠明[1)]，髙山　浩一[1)]

【症例】51歳男性．X-2年に右上葉空洞影とアスペルギルスIgG抗体陽性から慢性肺アスペルギルス症と診断し，ボリコナゾールを継続していた．X年7月，右下葉に浸潤影・スリガラス影が出現した．抗菌薬およびアムホテリシンBリポソーム製剤で治療を行ったが増悪した．血清・気管支洗浄液のアスペルギルス抗原は陰性で，肺生検で真菌侵襲を認めず，糸状菌も培養されなかった．副腎皮質ステロイド開始後，症状及び画像所見は改善した．症状軽快後に右上葉空洞病変から行った気管支洗浄液に微小な結晶成分を認めた．【考察】慢性肺アスペルギルス症に器質化肺炎やpulmonary oxalosisなどの炎症性病態が併存した報告があり，侵襲性肺アスペルギルス症や細菌性肺炎との鑑別を要する．本症例では，抗真菌薬治療のみでは改善に乏しく副腎皮質ステロイド導入後に臨床所見が改善した経過から，ステロイド反応性の炎症性病態が関与していた可能性が示唆された．

O-096
悪性リンパ腫に対する化学療法中に発症した肺Scedosporium感染症の1例

1）京都府立医科大学附属病院　呼吸器内科
2）京都府立医科大学　感染制御・検査医学教室

○山岡　燎平[1)]，石田　真樹[1)]，山本　航平[1)]，
笹田　碧沙[1,2)]，河内　勇人[1)]，西岡　直哉[1)]，
岩破　將博[1)]，金子　美子[1)]，山田　忠明[1)]，髙山　浩一[1)]

【症例】79歳男性【経過】X年4月にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断され，Pola-R-CHP療法が開始された．また，関節リウマチに対してタクロリムスおよびブシラミンによる治療中であった．X年5月より右上葉に粒状影を認め，その後，両側肺に結節影および空洞形成を伴う浸潤影が出現した．亜急性に進行する肺陰影から感染症を疑い，X年7月に気管支鏡検査を施行した．気管支肺胞洗浄液の細胞診で菌糸を認め，培養検査からScedosporium speciesが検出された．以上の臨床経過および微生物学的所見から肺Scedosporium感染症と診断し，ボリコナゾールによる治療を開始した．【考察】Scedosporium属による肺感染症は比較的稀であるが，免疫不全患者では侵襲性感染症を来し得る．Scedosporium属は菌種により抗真菌薬感受性が異なり，一部の抗真菌薬に自然耐性を示すことから，培養による菌種同定および薬剤感受性の評価が適切な治療方針の決定に重要である．

O-097
神経性やせ症に伴う高度るいそうを背景とし外科的切除を要した難治性空洞性肺感染症の２例

1）市立大津市民病院　呼吸器内科
2）京都府立医科大学附属病院　呼吸器内科
3）同　呼吸器外科
4）京都第一赤十字病院　呼吸器外科

○濱島　良介[1,2]，山邊　　凌[1]，井ノ口乃英瑠[1]，
内堀　篤樹[3]，古谷　竜男[3]，岡田　　悟[3]，
下村　雅律[3,4]，髙山　浩一[2]

【背景】高度るいそうは栄養性肺気腫等の肺構造破壊やレプチン枯渇による細胞性免疫低下を惹起する．そのため，神経性やせ症単独で肺抗酸菌症や肺アスペルギルス症の発症基盤となる．【症例1】56歳女性．神経性やせ症でBMI 9.7まで低下し右上葉空洞を伴う肺 M. abscessus 症を発症．BMI 12台に改善し多剤併用療法を行ったが，内科的治癒に至らず右上葉切除術を施行．【症例2】51歳女性．神経性やせ症に伴いBMI 12まで低下し左上葉巨大空洞を伴う亜急性侵襲性肺アスペルギルス症を発症．激烈な経過を抗真菌薬で制御し得たが根治には至らず，左上葉切除術を施行．【考察】両疾患は神経性やせ症患者において難治性の空洞病変を形成しやすいことが報告されている．同病態での内科的治癒は困難であるため，事前の全身管理で状態を引き上げ，機を逸せず外科的切除を施行することが根治への重要な戦略であると考えられた．

O-098
肺癌および肺アスペルギルス症との鑑別を要した肺スケドスポリウム症の１例

1）滋賀医科大学　呼吸器外科
2）同　呼吸器内科

○片岡　瑛子[1]，尾澤かほる[1]，茂木　彩伽[1]，市田　　周[2]，
中西　　司[2]，御園生昌史[2]，余田　　誠[1]，角田　陽子[2]，
水野かんな[1]，山崎　晶夫[2]，白鳥　琢也[1]，重森　　度[2]，
川口　　庸[1,2]，仲川　宏昭[2]，黄瀬　大輔[2]，
山口　将史[2]，中野　恭幸[2]，庄司　文裕[1]

症例は50歳代女性．皮膚筋炎，膠原病関連間質性肺炎，IgA腎症による慢性腎不全に対し，免疫抑制薬内服と血液透析を施行中に両側肺上葉末梢に約1cm大の結節を1か所ずつ指摘された．アスペルギルス抗原陽性および画像所見より肺癌や肺アスペルギルス症を疑い，診断・治療目的に胸腔鏡下右肺部分切除術を施行した．組織培養から Scedosporium sp. が検出され，多発肺スケドスポリウム症と診断，抗真菌薬としてボリコナゾール（VRCZ）を開始した．しかし，1年後に左肺結節の増大を認めたため，感染制御目的に左肺部分切除術を追加した．本症例はCT画像所見やアスペルギルス抗原陽性の結果より，他疾患との鑑別が困難であり，外科的切除は診断に有効であった．また，VRCZ投与下で病変の進行を認めており，難治性の限局性肺スケドスポリウム症に対しては，薬物療法に加えた外科的切除の介入が病勢コントロールに有用である可能性が示唆された．

O-099
Schizophyllum commune によるアレルギー性気管支肺真菌症の１例

神戸市立医療センター　西市民病院

○片山　大地，冨岡　洋海，瀧口　純司，藤井　　宏，
金子　正博，網本　久敬，横田　　真，山田　夕輝，
安積　　慶，芦名萌衣佳，中村　慧竣

症例は80歳代女性．逆流性食道炎，虫垂炎の既往歴あり．気管支喘息の既往歴なし．1か月前から咳嗽があり前医の胸部X線で右上肺野に浸潤影を認め当院に紹介された．末梢血好酸球489/μLと上昇しており，胸部CTでは右肺上葉B2気管支に中枢性気管支内粘液栓，粘液栓濃度上昇，中枢性気管支拡張像を認めた．気管支鏡検査では右B2入口部を閉塞する黄色粘液栓があり，生検組織でCharcot-Leyden結晶およびGrocott染色で糸状真菌を認めたことからアレルギー性気管支肺真菌症（allergic bronchopulmonary mycosis：ABPM）が疑われた．同菌は質量分析でSchizophyllum communeと同定され，S. commune特異的IgE抗体2．951UA/mlであったため同菌によるABPMと診断された．クライオプローブを用いた粘液栓除去後にボリコナゾールを内服開始した．今回我々はS. communeによるABPMを経験したため文献的考察を加え報告する．

O-100
アスペルギルス沈降抗体陽性の慢性進行性肺アスペルギルス症と診断後に肺スケドスポリウム症が判明した一例

1）神戸市立医療センター中央市民病院　呼吸器内科
2）同　病理診断科

○打谷　美沙[1]，神戸　寛史[1]，中山　怜那[1]，平田　拓士[1]，
吉村倫太朗[1]，柏木　郁実[1]，杉山　貴康[1]，田中　尚登[1]，
西田　湧也[1]，平井　将隆[1]，齊藤正一郎[1]，伊部　匡晃[1]，
白川　千種[1]，平林　亮介[1]，佐藤　悠城[1]，富井　啓介[1]，
原　　重雄[2]，立川　　良[1]

【症例】84歳，男性【主訴】血痰【現病歴】2016年胸部CTで右上葉の結核後空洞内に菌球を認めた．喀痰培養でAspergillus（Asp）は発育しなかったが，Asp沈降抗体陽性であり慢性進行性肺アスペルギルス症と臨床診断した．イトラコナゾールを14か月投与したが陰影は改善せず，有害事象で中止した．2025年以降血痰が増悪し，喀痰からS. apiospermumを4回検出した．Asp IgG抗体陽性で，気管支鏡検査で菌糸がみられたが培養は陰性であった．肺スケドスポリウム症と診断し，ボリコナゾールを開始後血痰は消失，喀痰培養およびAsp IgG抗体は陰性化した．【考察】Asp抗体陽性はAspの混合感染でも説明しうるが，Aspは一度も検出されずS. apiospermumによる交差反応の可能性も考えられた．Asp抗体陽性でも培養所見との乖離や治療不応時は，他の糸状菌感染症を考慮する必要がある．

O-101
血清クリプトコックス抗原陰性の肺クリプトコックス症を，経気管支肺生検によって診断した1例

地方独立行政法人市立大津市民病院　呼吸器内科

○山邊　　凌，井ノ口乃英瑠，濱島　良介

【症例】50代男性．5年前よりIgG4関連自己免疫性膵炎に対しステロイド治療を開始し，プレドニゾロン7.5mg/日の維持投与中であった．胸部CTで肺野に結節状の陰影が出現し，経過観察で病変の増大を認めた．血清クリプトコックス抗原をはじめ，その他の感染症や悪性腫瘍のバイオマーカーはすべて陰性を示した．しかし，病変内部に構造破壊を伴うため，組織診断目的で経気管支肺生検を施行した．肺組織検体から淡明な莢膜を持つ類円形の菌体を証明し，肺クリプトコックス症の診断に至った．抗真菌薬としてフルコナゾール単剤投与を開始し，その後，陰影の縮小を確認した．【考察】肺クリプトコックス症において，血清抗原検査の感度は75-80%に留まる．病歴や画像所見から本疾患が想起される場合は，血清抗原陰性であっても，気管支鏡検査による積極的な組織学的評価を行うべきである．

O-102
抗真菌薬治療に加え開窓術を要した肺癌術後アスペルギルス膿胸の1例

1）日本赤十字社 姫路赤十字病院 呼吸器内科
2）同 呼吸器外科

○武田　知樹[1)]，田中　愛也[1)]，林　　愛理[1)]，狩野　裕久[1)]，
中村　香葉[1)]，真下　周子[1)]，檜尾　享祐[2)]，大越　祐介[2)]，
田尾　裕之[2)]，岸野　大蔵[1)]

【症例】73歳男性．右下葉肺腺癌に対し右下葉切除術を施行した．術後1ヶ月の外来経過観察中に炎症反応上昇と右胸腔内液体貯留を認め，膿胸と考え入院とした．入院後，胸腔ドレナージと抗菌薬治療を開始したが改善に乏しく，胸腔鏡下膿胸掻爬術を行った．術中に採取した胸水よりAspergillus fumigatusを検出したため，アスペルギルス膿胸と診断してイサブコナゾールによる抗真菌薬治療を開始した．掻爬術後より気漏が遷延し，胸膜癒着術やEWSによる気管支充填術を行うも気漏の制御は困難であった．炎症反応の改善に乏しくボリコナゾールへ変更したが，その後も気漏及び感染の制御に難渋するため，開窓術を施行した．【考察】アスペルギルス膿胸は稀であり，標準的治療法は確立していない．抗真菌薬治療のみでは制御困難であり，呼吸器内科・呼吸器外科の連携によるドレナージや外科的感染巣制御を含む集学的治療が重要である．

O-103
リンパ節生検により診断した特発性多中心性キャッスルマン病の1例

1）近畿大学奈良病院　呼吸器・アレルギー内科
2）同　病理診断科

○白波瀬　賢[1)]，永橋亨汰朗[1)]，岩井　正道[1)]，花田宗一郎[1)]，
長崎　忠雄[1)]，若狭　朋子[2)]，村木　正人[1)]

症例は58歳女性．X-5年程前から，近医に喘息と診断され，吸入薬にて経過観察となった．X年8月，COVID-19と診断され，その際の胸部CTにて，びまん性のすりガラス陰影を認め，当科にX年9月17日に当科紹介となった．間質陰影精査目的に，気管支鏡検査を施行したが，検査中にSAT低下があり，中止となり，CTで，頚部・腋窩リンパ節の腫脹を認めたことから，腋窩リンパ節の経皮的生検を行い，IL-6の上昇・病理所見，HHV-8 DNA陰性に加え，小基準：CRP（＞1mg/dL）・体重減少を満たし，特発性多中心性キャッスルマン病と診断した．治療は，間質性肺炎・軽い労作で息切れを認めたことから，中等症と診断し，プレドニン（0.5mg/kg/day）＋トシリズマブを開始した．治療後，3か月後，胸部CTにて腋窩・頚部のリンパ節腫脹と，CRP・Hb・Albの改善を認めた．リンパ節生検を行い，ステロイド・トシリズマブにて改善を認めた特発性多中心性キャッスルマン病の1例を報告する．

O-104
卵巣類上皮癌によるPseudo-Meigs症候群の1例

宇治徳洲会病院　呼吸器内科

○平井そういち，河合　正旺，石崎　直子，今里　優希，
高山　真弓

【症例】60歳 女性【経過】主訴は呼吸困難感．来院時胸部Xpで縦隔偏移を伴った右大量胸水を認め，胸腹部CTで右胸水の圧排による右肺虚脱，腹水貯留，骨盤内巨大腫瘤を認めた．胸水コントロールのための右胸腔ドレーンチューブ留置後に胸水量減少を認めたが，1日1L程度の胸水産生量を持続的に認めたために完全な肺拡張は困難であった．胸水検体からは感染や悪性の所見を認めず，胸水貯留の原因は骨盤内腫瘤にあると考えた．産婦人科で骨盤内腫瘤の外科的摘出術を施行したところ，胸水貯留は著明に改善し術後2日目で胸腔ドレーンチューブが抜去できた．骨盤内腫瘤の摘出検体（卵巣）の組織診断は類上皮癌であったために治療経過と含めて，胸水貯留は卵巣癌によるPseudo-Meigs症候群であったと診断に至った．【考察】Pseudo-Meigs症候群は良性卵巣腫瘍以外の骨盤内腫瘍により引き起こされる腹水・胸水貯留で，その報告数は少なく文献的考察を含めて報告する．

O-105
約10年の経過でダイナミックな画像変化をきたした塵肺症の一例

京都工場保健会　診療所

○南端　朝美，河野　能士，有本太一郎，丸中　良典

症例は，55歳男性．26歳から，コンクリート解体工事に従事している．X 年，他院健診胸部レントゲンで右上肺野の腫瘤状陰影と両全野にびまん性多発粒状影を認め，塵肺症，肺がんの疑いとして当院紹介された．初診時胸部 CT 所見は，全肺野に無数の粒状影，右肺上葉，右肺下葉，左肺上葉それぞれに辺縁不整な径20-40mm 大の充実性陰影，縦隔リンパ節腫大，多発する胸膜肥厚所見を認めた．肺がんの可能性を考慮し他院紹介，気管支鏡検査実施し悪性所見を認めなかったことから，塵肺症の所見としてその後8年間通院，現在経過観察中である．8年の経過で，すべての充実性陰影は増大し，初診時には認めなかった塊状陰影が新たに出現している．粒状影，胸膜肥厚から巨大陰影に変化していく過程を確認し得た珍しい症例である．文献的考察をふまえ発表する．

O-106
無治療で自然軽快した多臓器型 IgG4 関連疾患の１例

京都中部総合医療センター

○米本　湧蒔，伊達　紘二，廣瀬　和紀，木村　脩人

症例は85歳男性．202X 年3月，下痢を主訴に受診した．血清 IgG4 411mg/dL と高値で，CT で両肺に多発するコンソリデーションと膵尾部腫大を認めた．肺生検で IgG4陽性形質細胞の増加および IgG4/IgG 陽性細胞比の上昇を認め，膵生検でも IgG4陽性形質細胞の増加を認めた．また胃前庭部に潰瘍性病変を認め，生検で IgG4陽性形質細胞の増加および IgG4/IgG 陽性細胞比の上昇を認めたことから，多臓器型 IgG4関連疾患（肺・膵・胃）と診断した．ステロイド治療を検討したが，症状の改善とコントロール不良の糖尿病を考慮し，無治療で経過観察とした．その後約1年かけて肺病変および膵尾部腫大は緩徐に消退した．1年後の上部消化管内視鏡検査では別部位に潰瘍性病変を認めたが，生検で IgG4陽性形質細胞を認めず，その後も再燃なく経過している．多臓器型 IgG4関連疾患が無治療で自然軽快することは稀であり，その臨床経過について文献的考察を含めて報告する．

O-107
内膜肉腫（Intimal sarcoma）に対してドキソルビシンおよびパゾパニブの投与により２年間奏効を維持した一例

京都府立医科大学附属　北部医療センター

○尾ノ井恵佑，中西健多朗

【症例】60歳女性．X 年6月に呼吸困難感で受診し，CT で心臓上部に隣接し右肺動脈主幹部内腔に突出する縦隔腫瘍を認めた．EBUS-TBNA により内膜肉腫と診断された．SVC 症候群に対する緩和的 RT ののち，1st line としてドキソルビシンを3コース施行され PR を獲得したが，X+1年3月に多発脳転移が出現し PD となった．脳転移に対してγナイフ実施し，同年4月から2nd line としてパゾパニブを開始し6ヶ月間投与を行ったが，小脳出血，肝障害，高血圧，蛋白尿を発症し，休薬で経過観察の方針となった．X+2年3月時点で腫瘍は縮小を維持している．【考察】内膜肉腫は大動脈や肺動脈の間葉系細胞に由来する希少がんの一つであり，確立した治療は存在しない．本症例では RT やγナイフに加えてドキソルビシン，パゾパニブによる集学的治療により2年間奏効を維持することに成功した．小脳出血をはじめとするパゾパニブの副作用が出現したが適切な管理により制御内で経過した．

O-108
肺血流シンチグラフィにより生前に臨床診断することができた肺腫瘍血栓性微小血管症（PTTM）の一例

京都府立医科大学附属北部医療センター

○中西健多朗，尾ノ井恵佑

77歳男性．stageIIIA の右上葉肺腺癌に対し，右上葉切除術および CDDP と PEM による術後化学療法を実施し経過観察中であった．数日来の呼吸困難感を主訴に救急受診され，SpO2 95%（nasal 4L）と呼吸不全を認めた．CT では両肺に多発するすりガラス陰影を認め，PSL60mg と LVFX で加療開始した．入院2日目に SpO2 60% 台となり CPA に至った．CPR により自己心拍は再開し，心エコーで右心負荷と D-shape が見られた．造影 CT では肺血栓塞栓症を認めず，肺血流シンチグラフィでは両肺びまん性に不均一な血流欠損像を認め，肺腫瘍血栓性微小血管症（PTTM）と診断した．診断後呼吸状態は悪化し，3日後に永眠された．PTTM は胃癌や肺癌などの腺癌を中心に見られる稀な病態で，急速に進行する呼吸不全を呈する極めて予後不良な疾患である．多くは剖検で診断されるが適切な鑑別想定と肺血流シンチグラフィにより生前に診断することができた．

O-109
二次感染を契機に診断された成人先天性気管支閉鎖症の1例

1）社会福祉法人　京都社会事業財団　西陣病院
2）京都府山城北保健所
3）京都大学附属病院

○杉本　　匠[1)]，瀬戸友利恵[1)]，荊尾　木綿[1)]，狩野友花里[1)]，
上田　幹雄[2)]，西川　滋人[3)]，芳川　豊史[3)]，坂本　　亮[3)]，
辻　賢太郎[3)]

45歳男性．202X 年6月の健診胸部 X 線で右下肺野結節影を指摘され，当院紹介となった．胸部 CT で右下葉に粘液瘤と末梢肺の過膨張を認めた．自覚症状は軽度の乾性咳嗽のみであり，経過観察としていたが，202X+1年1月，粘液瘤の末梢肺にすりガラス影・粒状影が出現した．抗菌薬治療で画像上の改善に乏しく，気管支鏡検査を施行した．透視下に病変近傍の複数の末梢気管支を探索したが，粘液瘤へ交通する気管支を同定できなかった．気管支閉鎖に伴う二次感染を疑い他院外科へ紹介し，胸腔鏡下右下葉切除術が施行された．切除検体では粘液栓を有する気管支と中枢気道との交通を認めず，その末梢肺の組織学的所見では慢性炎症が示唆された．先天性気管支閉鎖症では粘液瘤と末梢肺の過膨張が特徴的であり，感染を合併し抗菌薬治療に抵抗する症例では外科的治療を考慮する必要がある．

O-110
重症喘息の治療中に診断した黄色爪症候群の一例

1）日本赤十字社和歌山医療センター
2）市立岸和田市民病院

○徳永　大輝[1)]，山本　孝祥[2)]，河内　寛明[1)]，深尾あかり[1)]，
寺下　　聡[1)]，渡邉　　創[1)]，池上　達義[1)]

【背景】黄色爪症候群（Yellow nail syndrome，YNS）は黄色爪・呼吸器症状・リンパ浮腫を三主徴とするまれな疾患である．治療法は確立されておらず，各症状に対する治療が試みられているのが現状である．今回胸水貯留を伴う重症喘息の治療中に YNS と診断し，クラリスロマイシン（CAM）の投与の有効性が示唆された症例を経験したので報告する【症例】７１歳女性．気管支喘息に対して近医で加療中であった．X 年8月より労作時呼吸困難が出現し，CT で右胸水の貯留を認めたため X 年11月に当科紹介となった．好酸球性副鼻腔炎を合併していたことが判明しデュピルマブを導入したが，胸水は持続し，複数回の胸腔穿刺を要した．その後 X ＋１年２月の診察で黄色爪と下腿浮腫を認め YNS と診断した．CAM 400 mg/day を 開始後，爪症状は改善を認めた．胸水の増悪を認めなかったことから CAM が胸水に対しても有効であった可能性がある．

O-111
外壁塗装工事を契機に蕁麻疹とともに悪化した気管支喘息に対して，オマリズマブが奏功した1例

1）加古川中央市民病院　呼吸器内科
2）同　皮膚科

○井上　凌佑[1)]，松岡　史憲[1)]，川崎　初姫[1)]，桐山　大樹[1)]，
赤松　歩実[1)]，戸谷　梨沙[1)]，森田　敦視[1)]，坂田　悟郎[1)]，
藤本　葉月[1)]，石井　達也[1)]，藤井　真央[1)]，友國　佳奈[1)]，
徳永俊太郎[1)]，堀　　朱矢[1)]，小林　和幸[1)]，西馬　照明[1)]，
田中菜々子[2)]

【症例】55歳，女性【主訴】乾性咳嗽【病歴】2歳時に気管支喘息と診断され5歳まで加療されていた．X 年8月に職場近隣の外壁塗装工事を契機に乾性咳嗽，鼠径部と前腕に膨疹が生じた．X 年9月に近医で気管支喘息として加療されるも改善せず，呼吸困難，咽頭違和感，口唇腫脹が生じ救急受診した．アナフィラキシーに伴う血管浮腫と，塗装剤の曝露を契機とした気管支喘息の増悪および蕁麻疹と判断された．気管支喘息に対して ICS/LABA の吸入を，蕁麻疹に対してアドレナリン筋注での初期対応後に抗ヒスタミン薬の内服を開始した．退院後，咳嗽が残存しており吸入薬を ICS/LABA/LAMA に変更され，以後は症状が軽快していたが，X ＋１年12月に自宅近隣の外壁塗装工事があり，咳嗽，膨疹が再度出現した．X+2年2月よりオマリズマブ投与を開始し，症状は速やかに改善した．【考察】環境因子で同時期に悪化した気管支喘息と蕁麻疹に対し，オマリズマブが有効である可能性がある．

O-112
タルラタマブとオシメルチニブで異なる反応を示した de novo EGFR 変異陽性小細胞肺癌の１例

京都第二赤十字病院　呼吸器内科

○巽　　智史，森本　健司，中邨　亮太，坂口　淳英，
前川有希穂，隈　亜妃子，笹倉　美咲，山本　千恵，
野口　　進，塩津　伸介

症例は55歳女性，喫煙歴なし．X-3年11月，腰痛を契機に進展型小細胞肺癌（cT1cN2aM1c［OSS，BRA］，Stage ⅣB）と診断され，縦隔リンパ節生検検体で EGFR L858R 変異を認めた．一次治療としてカルボプラチン＋エトポシド＋デュルバルマブ療法，二次治療としてアムルビシン単剤療法を施行されたが，脳転移の増悪を認めた．三次治療としてタルラタマブ単剤療法を開始したところ，ProGRP 値の低下と脳転移の縮小を認めた一方，右肺下葉結節は増大した．四次治療として X 年3月よりオシメルチニブ単剤療法を開始したところ，右肺下葉結節は縮小したが，ProGRP 値は上昇した．本症例では，タルラタマブとオシメルチニブに対する治療反応性が病変ごとに異なっており，病変間で異なる治療感受性を示す腫瘍不均一性の存在が示唆された．EGFR 変異陽性小細胞肺癌は稀であり，その生物学的特徴や最適な治療戦略は確立されていない．文献的考察を加えて報告する．

O-113
敗血症性肺塞栓症および声帯麻痺を合併したLemierre症候群の1例

1）大阪鉄道病院　呼吸器内科
2）同　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○澤田　萌[1)]，林　晃大[1)]，矢野朔太郎[1)]，戸田　詩織[1)]，
西田　浩平[1)]，玉垣　学也[1)]，谷内　政崇[2)]

【症例】62歳 男性【主訴】発熱【現病歴】X年6月初旬より発熱や咳嗽，下旬から嗄声，誤嚥を認め近医を受診したところ，白血球14,000/μL，CRP 23mg/dLと高値であり，当院を紹介受診した．全身CTにて両肺に敗血症性肺塞栓症（SPE）を疑う陰影を認めたが，明らかな感染巣は指摘できなかった．重症感染症として，入院で広域抗菌薬治療を開始した．喉頭内視鏡では左声帯麻痺を認めた．第12病日，血液培養2セット共にFusobacterium necrophorumを検出し，左内頸静脈血栓を認めLemierre症候群（LS）と確定診断した．抗菌薬治療で炎症反応は改善し，第28病日に退院した．【考察】LSは咽頭炎等の先行感染を契機とする内頸静脈の化膿性血栓性静脈炎で，SPEを高頻度に合併する．声帯麻痺を伴うLSの報告は稀であり，その機序は未だ明らかではない．本症例では血栓と同側に声帯麻痺を認めており，血栓周囲の炎症が迷走神経へ波及したことが示唆される．

O-114
肺扁平上皮癌に対してペムブロリズマブ投与後に中枢神経ループスをきたした一例

愛仁会　高槻病院　呼吸器内科

○沼田　颯子，高安みずき，阪本萌永子，日詰健太郎，
松村佳乃子，岩坪　重彰，船田　泰弘

【症例】膠原病の既往の無い76歳男性．肺扁平上皮癌cT1cN2bM0 StageIIIAと診断され，術前化学療法目的に当科入院となった．シスプラチン＋ゲムシタビン＋ペムブロリズマブを1コース実施後，希死念慮などを伴う意識障害を認めた．無痛性口腔内潰瘍，尿蛋白陽性，抗Sm抗体陽性などの所見より，全身性エリテマトーデス（SLE）と診断した．中枢神経ループス（NPSLE）を鑑別に挙げ，ステロイドパルス療法施行し，意識障害は著明に改善した．【考察】免疫チェックポイント阻害薬（ICI）投与患者の約3%に意識障害が生じるが，膠原病既往がないにもかかわらずNPSLEの診断に至った報告は確認できなかった．NPSLEは診断に特異的なバイオマーカーや画像所見が不足しており，SLEを疑う全身症状が重要な所見となる．【結語】ICI投与後の意識障害においてNPSLEを鑑別に挙げるべきである．

O-115
オシメルチニブの内服中にたこつぼ症候群を発症した2症例

加古川中央市民病院

○小菅あかり，藤本　葉月，川崎　初姫，桐山　大樹，
赤松　歩実，戸谷　梨沙，森田　敦視，坂田　悟郎，
石井　達也，藤井　真央，友國　佳奈，徳永俊太郎，
堀　朱矢，小林　和幸，西馬　照明

【症例1】Ⅱ度房室ブロックを指摘されていた82歳男性．オシメルチニブ内服を開始し2年8ヶ月後に，偶発的に心電図検査で陰性T波を指摘された．冠動脈病変は否定され，超音波所見と併せ，無症候性のたこつぼ症候群と診断した．休薬後陰性T波が改善した．【症例2】心疾患の既往歴のない86歳女性．オシメルチニブ内服を開始し11ヶ月後に胸痛と呼吸困難を主訴に受診した．心電図検査でST上昇と陰性T波がみられた．冠動脈病変は否定され，超音波検査所見と併せ，たこつぼ症候群と診断した．休薬後に症状と心電図所見が改善傾向であり内服を再開した．再開8日目に再度陰性T波の増悪，QT延長がみられ内服を中止した．【考察】オシメルチニブ関連の心毒性は他のEGFR-TKIより高頻度に発生するとされるが，たこつぼ症候群を発症した報告はごくわずかである．オシメルチニブがたこつぼ症候群の発症に関与したことが示唆される症例を2例経験したため報告する．

O-116
意識障害を契機に診断された粟粒結核・肺結核の一例

1）独立行政法人　国立病院機構　京都医療センター　呼吸器内科
2）京都大学医学部附属病院　呼吸器内科
3）独立行政法人　国立病院機構　京都医療センター
膠原病・リウマチ内科
4）同　脳神経内科

○宮脇　亮太[1)]，外山　尚吾[1)]，高橋　祥太[2)]，張　　怡[2)]，
白田　全弘[2)]，井口美季子[3)]，竹島　隆朔[4)]，福田　啓樹[1)]，
藤本　直輝[1)]，吉村　才気[1)]，伊藤　高範[1)]，今北　卓間[1)]，
大井　一成[1)]，金井　　修[1)]，藤田　浩平[1)]，谷澤　公伸[1)]

症例は60代女性．関節リウマチに対してX-1年5月からメトトレキサートおよびアダリムマブで加療開始（アダリムマブはX年2月に中止），X-1年秋頃より頭痛を認めていた．X年4月，意識障害で救急搬送され，頭部MRIで左優位の円蓋部・両側前頭部・大脳縦裂の脳表に沿ったDWI・FLAIR高信号域，左円蓋部軟膜の造影効果を認め，リウマチ性髄膜炎を疑いステロイドパルスを開始した．一方，胸部CTで両肺ランダム分布のびまん性粒状影を認め，喀痰検査で抗酸菌塗抹陽性，結核菌PCR陽性から，粟粒結核・肺結核と診断し，イソニアジド＋リファンピシン＋ピラジナミド＋エタンブトールによる治療を開始した．その後神経症状・画像ともに改善し，当科外来で加療を継続している．本症例は，関節リウマチへの免疫抑制療法中に，意識障害を契機に発見されたリウマチ性髄膜炎を合併した粟粒結核・肺結核の一例であり，文献的考察を加えて報告する．

O-117
経気管支クライオ肺生検で肺内 TTR 陽性アミロイド沈着を認めた野生型 ATTR 心アミロイドーシスの1例

1）京都大学　医学部附属病院　呼吸器内科
2）京都大学　大学院医学研究科　呼吸不全先進医療講座
3）京都大学　医学部附属病院 循環器内科
4）京都大学　大学院医学研究科　放射線医学（画像診断学･核医学）
5）京都大学　医学部附属病院　病理診断科
6）奈良県立医科大学　病理診断学講座

○小畑　幸平[1)]，佐伯　悠治[1)]，半田　知宏[1,2)]，
牧山　　武[3)]，池添　浩平[1)]，中塚　賀也[1)]，坂本　　亮[4)]，
桂川　広幸[5)]，吉澤　明彦[6)]，平井　豊博[1)]

79歳男性．X 年初頭より労作時呼吸困難を自覚し，胸部 CT で間質性肺炎を指摘された．X-6年の CT でも線状影を認めたが，その後進行し，X 年には胸膜直下を温存する線状影，呼気 air trapping および微細粒状影を認めた．鳥抗体陽性であったが明らかな抗原曝露はなく，気管支肺胞洗浄液でリンパ球増多を認めない点が過敏性肺炎としては非典型的であった．経気管支クライオ肺生検の病理では気道中心性の軽度線維化と気腔内無構造物質を認め，同部位は DFS 染色および TTR 免疫染色陽性で，肺アミロイド沈着と診断した．全身検索を行い，心筋生検でも ATTR 型アミロイド沈着を認めた．TTR 遺伝子解析で病的バリアントを認めず，肺病変を伴う野生型 ATTR 心アミロイドーシスと診断し，タファミジス導入予定となった．肺への TTR アミロイド沈着を経気管支クライオ肺生検で確認した稀な症例として報告する．

O-118
可逆性脳梁膨大部病変を有する軽症脳症を併発したレジオネラ肺炎の一例

京都第一赤十字病院　呼吸器内科

○松村　将臣，橋本　寛之，宇田紗也佳，塩谷　郁代，
高橋　祐希，二村　　俊，吉村　彰紘，今林　達哉，
弓場　達也，内匠千恵子，徳田　深作

64歳男性．発熱で前医を受診し，上気道炎として対症療法を行うも改善なく，翌日大量嘔吐を来した．再診時に左下葉肺炎を認めたため，誤嚥性肺炎の診断で入院の上，SBT/ABPC 投与を開始した．しかし，同日夜に徘徊・失見当識等の異常行動が出現し，頭部 MRI で脳梁膨大部に拡散強調高信号を認め急性期脳梗塞が疑われた．1週間の抗菌薬治療実施後も両側肺野浸潤影拡大・呼吸不全が進行したため，精査加療目的に前医入院8日目に当院転院．P/F = 80台の重症呼吸不全に対し挿管管理を開始し，尿中レジオネラ抗原陽性からレジオネラ肺炎と診断，LVFX 単剤に変更し，転院6日目に抜管した．この間，異常行動は自然軽快し，抜管後（初回 MRI から13日後）の頭部 MRI では脳梁膨大部の信号変化も消失しており，肺炎軽快とともに特異的治療なく改善した経過から，レジオネラ肺炎に続発した可逆性脳梁膨大部病変を有する軽症脳症（MERS）と考えられた．

O-119
タルラタマブ投与直後に骨転移部の疼痛が急激に増悪した小細胞肺癌の一例

日本赤十字社　和歌山医療センター　呼吸器内科

○浅海　瑛太，河内　寛明，徳永　大輝，深尾あかり，
寺下　　聡，渡邉　　創，池上　達義

症例は61歳女性．限局型小細胞肺癌 cT3N3M0 StageIIIC に対し，X-2年2月より放射線化学療法を施行し，奏効が得られ，同年6月には予防的全脳照射を行った．しかし，X-1年1月に両側小脳転移および仙骨転移による再発を来たし，翌月から抗がん剤治療を継続している．X 年4月には4次治療としてタルラタマブを導入した．仙骨転移に起因すると考えられる臀部痛を認めており，トラマドールとセレコキシブでコントロールできていたが，タルラタマブ初回投与の直後から急激に増悪し，NRS 10/10 に達した．トラマドールからヒドロモルフォンへの変更，および同薬の増量により，臀部痛は徐々に改善が得られた．タルラタマブの有害事象においては，サイトカイン放出症候群（CRS）や免疫エフェクター細胞関連神経毒性症候群（ICANS）が注目されているが，骨転移部の疼痛が急激に増悪した症例の報告は少なく，文献的考察を加えて報告する．

O-120
胸部 CT で1 cm 大の複数の肺結節を認めたサルコイドーシスの1例

独立行政法人国立病院機構　姫路医療センター

○早川　優子，鏡　　亮吾，吉川　和志，高田　正浩，
日隈　俊宏，永田　憲司，平岡　亮太，山之内義尚，
小南　亮太，横井　陽子，加藤　智浩，東野　幸子，
水守　康之，塚本　宏壮，佐々木　信，河村　哲治

52歳男性，検診指摘の結節影で当科紹介．胸部 CT では縦隔・肺門リンパ節腫大に加え，両肺および葉間に径1 cm 大を含む境界明瞭な多発結節影を認めた．縦隔 # 7リンパ節に対して EBUS‐TBNA を施行，病理学的にサルコイドーシスが示唆されたが，多発結節影が非典型的であることから，全身麻酔下で胸腔鏡検査を施行した．CT で認めた1 cm 大の2つの結節は中葉リンパ節および中葉葉間リンパ節であり，いずれも内部に多数の非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めたことから，最終診断はサルコイドーシスとした．肺外病変は認めず，肺病変も無治療で改善傾向を示した．本例は結節の数が少なくサイズも比較的大きい点からサルコイドーシスとしては非典型的な症例と考え，文献的考察を加えて報告する．

O-121
EGFR 遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌に対して Osimertinib を投与した一例

1）医誠会国際病院　呼吸器内科
2）同　腫瘍内科

○國延　拓也[1)]，濱田健太郎[1)]，村上　亜紀[1)]，上田　眞也[2)]，
毛利　圭二[1)]

【症例】61歳男性 【主訴】胸部異常陰影 【症例】近医の健診時の胸部X線で左下肺野の腫瘤影の指摘があり二次精査目的に当院を受診した．初診時の症状は乾性咳嗽，咳嗽に伴う胸痛を認める．喫煙歴はなく，既往歴もなかった．気管支鏡検査でSquamous cell（EGFR exon19欠失変異陽性）を認め，全身検索を行い肺門リンパ節，胸膜転移が確認されcT3N2M1a StageIVAと診断した．Osimertinibを投与しday75まで腫瘤の縮小，咳嗽の消失を確認するも副作用で四肢の爪の変形や出血を認め，day175以降から増大と咳嗽の再増悪を認めた．二次治療からはCBDCA + PTX + Pembrolizumabを開始したところPartial Response（PR）を認め維持療法としてPembrolizumab単剤を継続中である．Osimertinibの無増悪生存期間は10か月（8.3 ～ 12.3か月）であるのに対して短いこととEGFR遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌に関しての治療効果は肺腺癌と比較すると限定的であり一例として報告する．

O-122
喀痰細胞診と血漿 EGFR 遺伝子検査で術後再発と診断した癌性リンパ管症を伴う EGFR 変異陽性肺癌の一例

宇治徳洲会病院　呼吸器内科

○河合　正旺，石崎　直子，今里　優希，高山　真弓，
平井　聡一

【症例】66歳男性【経過】X-6年8月に右肺上葉切除術を施行し肺腺癌 pT1bN0M0 StageIA2，EGFR L858R変異陽性と診断した．以降は再発なく経過したが，X年1月15日に肺炎疑いとして当科紹介され，胸部単純CTでびまん性に気管支血管束の肥厚や小葉間隔壁の肥厚を認めた．喀痰細胞診で非小細胞肺癌を疑う悪性細胞を認め，血漿EGFR遺伝子検査でL858R変異陽性を認めたため，癌性リンパ管症を発症した術後再発肺癌と診断しX年2月4日よりCBDCA+Pemetrexed+Osimertinib併用療法を導入した．1コース終了時点で腎機能障害を認め以降はOsimertinib単剤治療を実施した．X年4月の胸部単純CTでは癌性リンパ管症は改善し，増悪なく経過した．【考察】広義間質病変を認めた際は多数の鑑別疾患が挙がるが，癌性リンパ管症を疑った際に喀痰細胞診は簡便かつ陽性率が担保された手段であり，血漿EGFR遺伝子検査を併用することで再発を診断できた症例として文献的考察を加えて報告する．

O-123
アミバンタマブ+ラゼルチニブでの治療中に十二指腸潰瘍穿通を発症した1例

京都第二赤十字病院　呼吸器内科

○前川有希穂，野口　　進，坂口　淳英，隈　亜妃子，
笹倉　美咲，森本　健司，山本　千恵，塩津　伸介

79歳男性，採血でCEA上昇を認め，胸腹部造影CTで右肺腫瘤と右胸水を指摘された．右中葉肺腺癌 cT4N0M1a，Stage IVA，EGFR exon19 deletion陽性と診断し，ラゼルチニブ+アミバンタマブ／ボルヒアルロニダーゼアルファでの治療を開始した．Day15に発熱・皮疹を認めアミバンタマブ／ボルヒアルロニダーゼアルファを中止．Day20に胸部X線で腹腔内遊離ガスを疑い，CTでfree airを認め十二指腸穿孔が疑われた．無症状でバイタル安定のため保存的加療を行い改善した．Day30の上部消化管内視鏡で多発十二指腸潰瘍を認め，潰瘍穿通と判断した．アミバンタマブ+ラゼルチニブ療法では十二指腸潰瘍や消化管穿孔は一般的な有害事象ではないが，EGFR/MET阻害による粘膜恒常性の破綻や修復遅延，EGFR阻害による潰瘍形成が関与した可能性はある．重篤な消化管障害の報告もあり注意が必要である．

O-124
EGFR exon20 挿入変異陽性肺腺癌に対するアミバンタマブ併用化学療法で薬剤性肺障害が疑われた1例

京都府立医科大学附属病院　呼吸器内科学教室

○森戸　翔基，西岡　直哉，澤田　　凌，石田　真樹，
河内　勇人，岩破　將博，金子　美子，山田　忠明，
髙山　浩一

アミバンタマブ併用化学療法による薬剤性肺障害は比較的稀とされるが，導入早期に重篤な肺障害を発症した一例を経験したため報告する．【症例】77歳女性【経過】EGFR exon20挿入変異陽性進行期肺腺癌に対し，アミバンタマブ・カルボプラチン・ペメトレキセド併用療法を開始した．投与27日目に呼吸困難，低酸素血症を認め，胸部CTで両側にびまん性すりガラス影を認めた．臨床的に薬剤性肺障害と診断し，化学療法の中止およびステロイドパルス療法により一時軽快を認めたが，漸減中に再燃し，呼吸状態の悪化により投与53日目に死亡した．【考察】本療法による薬剤性肺障害の頻度は低いものの，急激に発症し致死的経過をたどる可能性がある．治療導入期に呼吸器症状が出現した際には本病態も念頭に置き，迅速な精査と適切な治療介入を考慮すべきである．

O-125
再発時の再生検で小細胞肺癌および多形癌への転化を確認した EGFR 変異肺腺癌の1例

大阪国際がんセンター

○福本　洋介，南　宗一郎，榛間　智子，松本錦之介，
豆鞘　伸昭，國政　　啓，井上　貴子，田宮　基裕，
西野　和美

症例は79歳女性．EGFR del19陽性肺腺癌に対し X-5年10月よりオシメルチニブを開始したが，4か月後に薬剤性肺障害のためアファチニブへ変更した．原発巣増大に対し X-2年8月にサルベージ手術を施行し，病理組織で小細胞肺癌への転化を認めた．術後もアファチニブを継続したが肺臓炎のため X-1年3月に中止した．X 年7月，左主気管支閉塞に対するステント留置時の気管支内腫瘍生検で，EGFR del19陽性の小細胞肺癌に加え，新たに多形癌への転化を認めた．遺伝子検査では PTEN 欠失を検出し，PI3K 経路を介した組織型転化に関与した可能性が示唆された．本症例では治療経過中に肺腺癌から小細胞肺癌，さらに多形癌へと多様な組織型転化を認めた．EGFR 変異肺腺癌では，組織型転化が EGFR-TKI 耐性機序となり得るため，病勢進行時には再生検による組織型および耐性機序の再評価が治療方針決定に重要と考えられた．

O-126
PAPILLON レジメン投与中に腸管穿通を発症した EGFR ex20 挿入変異陽性肺腺癌の症例

1）淡海医療センター　呼吸器内科
2）同　消化器外科

○西村　直也[1)]，菅　　佳史[1)]，松永　隆志[2)]，松井　遥平[1)]

症例は42歳男性．EGFR ex20挿入変異陽性肺腺癌（Stage3B pT2bN2bM0）に対して術前化学療法として CDDP+PEM+Pembrorizumab を投与後，× -1年6月に胸腔鏡下右肺上葉切除術およびリンパ節郭清が施行された．術後化学療法として Pembrorizumab が投与されていたが，×年1月に構音障害を契機に脳転移再発と診断された．脳転移に対しての局所治療を施行後，×年3月3日より CBDCA+PEM+Amivantamab（PAPILLON レジメン）の投与を開始した．3月12日に炎症反応の上昇を認め，体幹部 CT を撮影したところ大腸穿通を疑う所見を認めたため，同日緊急でハルトマン手術が施行された. 術後の経過は良好であり, 3月26日に自宅退院となった．PAPILLON レジメンによる有害事象の可能性は否定できないものの，患者本人と相談の上，外来で同治療を再開し，腸管穿通の再発なく経過している．PAPILLON レジメン投与下での腸管穿通の報告は稀少であり，文献的考察を踏まえ報告する．

O-127
異なる EGFR 遺伝子変異陽性の osimertinib 耐性多発肺癌に amivantamab 併用療法が奏功した一例

天理よろづ相談所病院　呼吸器内科

○橋本　文蔵[1)]，橋本　成修[1)]，黒河内堂皓[1)]，木下　英尊[1)]，
須賀　大貴[1)]，藤本　尚子[1)]，坂本　裕人[1)]，田中　佑磨[1)]，
松村　和紀[1)]，上山　維晋[1)]，池上　直弥[1)]，西原　　昂[1)]，
加持　雄介[1)]，田中　栄作[1)]，田口　善夫[1)]，羽白　　高[1)]

症例は87歳女性．X-7年に左下葉と右中葉に結節，CEA 高値を認め，左 S8区域切除術を施行し左下葉肺腺癌と診断，術後 CEA は正常化した．X-6年に右中葉結節は不変も右葉間胸膜に播種を疑う粒状影認め，外科的生検を施行も悪性所見を認めなかった．X-5年に右中葉結節増大と右胸水，KL-6上昇を認め，胸水から EGFR ex19del 変異陽性腺癌を検出し osimertinib を開始．右中葉結節は縮小し胸水も消失，KL-6は正常化した．その後 CEA は徐々に上昇し，X-1年に左術後断端再発が判明し放射線治療を行った．X 年に左胸水が増加し，胸水から EGFR L858R 変異陽性腺癌を検出し，左右肺癌の heterogeneity が示された．左胸膜癒着術後，両側肺病変の増大，CEA と KL-6の上昇を認め，両肺癌の病勢進行と判断した．amivantamab 皮下注 +CBDCA+PEM を開始し，両肺癌に奏功した．本症例は異なる EGFR 変異陽性多発肺癌に amivantamab 併用療法が奏功した稀な一例で，文献的考察を加え報告する．

O-128
アミバンタマブ＋ラゼルチニブによる皮膚障害から MRSA 敗血症に至った1例

兵庫県立はりま姫路総合医療センター　呼吸器内科

○中條　翔太，木村　洋平，村上　晃輝，浦田　勝哉，
松本　夏鈴，吉村　　将

【症例】74歳女性【現病歴】CT で右肺腫瘤影を指摘され紹介．EGFR 陽性（L858R）肺腺癌（cT4N1M1c，Stage IVB）と診断し，2ヶ月半前よりアミバンタマブ＋ラゼルチニブ開始，皮膚障害予防にミノサイクリン内服と保湿剤を併用した．1ヶ月前より臀部中心に有痛性皮疹が出現し化学療法を休止，ステロイド外用無効につき PSL 15mg/ 日内服を開始したが皮疹は全身へ拡大，入院となった．EGFR 阻害薬による皮膚障害として PSL 50mg/ 日へ増量するも改善せず，第4病日よりステロイドパルス開始したが，状態悪化し第7病日に死亡．血液培養より MRSA を検出し，皮膚を侵入門戸とする敗血症と考えられた．【考察】アミバンタマブ＋ラゼルチニブの有害事象の頻度は高く，中でも皮膚障害は COCOON 試験に準じた予防が必要である．今回，予防的投薬にも関わらず重度皮膚障害により死亡した1例を経験した．細菌感染合併を想起せずにステロイド増量し重症化した教訓的な症例であり，報告する．

O-129
術前化学療法中のデキサメタゾン誘発性難治性吃逆に対し，メチルプレドニゾロンへの変更が奏効した一例

国立病院機構　京都医療センター　呼吸器内科

○藤本　直輝，伊藤　高範，福田　啓樹，吉村　才気，
外山　尚吾，今北　卓間，大井　一成，金井　　修，
藤田　浩平，谷澤　公伸

【症例】50歳代，男性．右上葉肺腺癌 cStage 3A（cT1cN2bM0）に対し，術前化学療法として CDDP + PEM+Durvalumab 療法を導入した．1サイクル目から吃逆が出現し対症療法では奏効せず，その後自然に消失した．2サイクル目には吃逆により経口摂取および睡眠に支障を来し，次サイクル継続への抵抗感を示された．吃逆は持続期間からデキサメタゾン（DEX）が原因と想定された．既報を参考に3サイクル目はメチルプレドニゾロン（mPSL）へ変更して投与した．吃逆は明らかに軽減し，嘔気は以前と同程度で，本人は非常に満足された．【考察】DEX は化学療法における制吐レジメンの中核を担う一方，稀ながら吃逆の誘因となる．既報では，mPSL への変更で吃逆が有意に軽減すると示されており，本症例でも同様の効果を認めた．DEX 誘発性吃逆時の mPSL への変更は，嘔気を増悪させることなく吃逆を軽減し得る簡便な対処法であるため，これが疑われる際は積極的に検討すべき選択肢と考える．

O-130
バルーンレス超音波気管支鏡 (BLCP-EBUS) 導入前後の肺癌診断率の検討

1）独立行政法人国立病院機構姫路医療センター　呼吸器内科
2）同　病理診断科

○山之内義尚[1)]，吉川　和志[1)]，高田　正浩[1)]，永田　憲司[1)]，
平岡　亮太[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)]，
安松　良子[2)]，竹井　雄介[2)]，中原　保治[1)]，佐々木　信[1)]，
河村　哲治[1)]

【背景】近年登場した BLCP-EBUS は，注水孔がなく細径化や湾曲性能が向上した反面，描出能変化による診断率への影響が懸念される．当院では EB-710US（富士フイルム）を 2025/12，UCP-190F（オリンパス）を 2026/4 に導入したので，その導入前後の肺癌診断率等を後方視的に検討した．
【方法】2025/7-2026/6 に当院で EBUS-TBNA を施行した連続 84 例を，（1）従来群 34 例，（2）EB-710US 群 41 例，（3）UCP-190F 群 9 例に分類し比較した．
【結果】各群の平均穿刺回数は（1）2.7 回，（2）3.2 回，（3）3.0 回であった．肺癌診断率は（1）84.6%（22/26），（2）86.7%（26/30），（3）85.7%（6/7）で同程度であった．マルチ遺伝子検査適応例の検体提出率は（1）75.0%（9/12），（2）100%（14/14），（3）75.0%（3/4）で，提出全例で解析成功が得られた．穿刺部位（N2/N1/ 原発巣）の割合は（1）61/27/11%，（2）69/17/13%，（3）11/19/70% であった．
【結語】BLCP-EBUS は，従来鏡と同等の診断率・遺伝子検査提出率を維持していた．

O-131
外来で局所麻酔下胸腔鏡検査を施行する意義

1）医療法人　伯鳳会　赤穂中央病院　呼吸器科
2）岡山大学　呼吸器内科

○塩田　哲広[1)]，槇本　　剛[2)]，富樫　庸介[2)]

肺癌の治療方針は組織診断，遠隔転移検索，遺伝子検査，PD-L1　TPS などの後に決定される．診断から治療までの時間を短縮するためには確実に十分量の腫瘍組織を採取することが重要である．そのために当院では悪性胸水貯留の患者さんでは意図して局所麻酔下胸腔鏡検査を選択している．症例は 82 歳，男性．胸水の精査目的で当科外来を紹介受診．胸部 CT では左下葉の葉間面に接するように長径 30 mm の結節陰影，左胸水貯留を認め，胸膜表面には多数の隆起性病変がみられた．初診時に局所麻酔下胸腔鏡検査を施行．壁側胸膜に多数の播種病変を認めたため生検を施行．検査は外来で施行し検査時間は 12 分だった．病理組織学的には腺癌でオンコマイ DxTT マルチ検査で EGFR 19　deletion（+）と判明し現在 Osimertinib 投与でほぼ CR が得られている．初診時からオンコマイン DxTT マルチ結果判明までに要した時間は 12 日間であった．

O-132
CT ガイド下生検にて診断した PSA 低値の前立腺がん肺転移の1例

1）医療法人　伯鳳会　赤穂中央病院　呼吸器科
2）岡山大学　呼吸器内科

○塩田　哲広[1)]，槇本　　剛[2)]，富樫　庸介[2)]

症例は 78 歳，男性．主訴はなし．現病歴は検診の胸部レ線にて両肺野に多発する結節陰影を指摘されたため近医を受診．気道との交通がはっきりしなかったため CT ガイド下生検目的にて当科外来を紹介受診．左背側 S10 の長径 14 の腫瘍より CT ガイド下生検を施行．腫瘍は横隔膜に近く呼吸性変動が大きかったので頭側に腫瘍を追いかけるようにして穿刺を行った．穿刺に使用した生検針は 20G のコルボセット　生検システムを用いて行い生検長は 15 mm に設定した．検査時間は 13 分．気胸などの合併症なく検査は外来で施行した．病理組織学的には腺管状，乳頭状に増殖する腺癌で，免疫染色で NKX3.1 陽性，PSA 一部陽性で前立腺癌肺転移と診断した．血清の PSA　3.7 5 ng/ml と正常範囲内であった．気道との交通がはっきりしない転移性肺腫瘍では CT ガイド下生検は確実に腫瘍に到達することが可能で，コルボセット　生検システムを用いることで十分量の組織採取を行うことが可能である．

O-133
リーマー誤飲による気道異物を気管支鏡下に安全に摘出しえた一例

奈良県立医科大学　呼吸器・アレルギー内科

○林　　由佳，片岡　良介，井上　泰孝，奥田悠太郎，
平岡　淳弥，太田　和輝，西前　弘憲，古高　　心，
中村　真弥，岩佐　佑美，春成加奈子，藤岡　伸啓，
古山　達大，宮高　泰匡，谷村　和哉，山本　佳史，
甲斐　吉郎，室　　繁郎

症例は72歳男性．X 年7月，近医歯科で処置中にリーマーを誤飲し，同日当院に紹介となった．胸部 CT で右下葉枝に針状の長径25mm の気道異物を認め，先端が右肺動脈に近接していた．血管損傷による出血リスクが懸念されたため，当日中に気管支鏡を用いて摘出する方針となった．声帯から右気管支亜区域にかけて出血や粘膜損傷は認めず，右 B9にリーマーと思われる異物を認めた．BF-1T60でアプローチし，把持鉗子でリーマーの先端を把持して回収した．明らかな合併症なく処置は終了し，翌日の胸部 X 線写真でも明らかな異常所見は認めなかったため自宅退院となった．成人の気道異物は歯科処置に伴う医原性異物も少なくなく，鋭利な異物では重篤な合併症を回避するため迅速かつ慎重な摘出が求められる．鋭利な気道異物を安全に摘出し得た貴重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-134
胃静脈瘤破裂に対する内視鏡的硬化療法後に遷延した低酸素血症を契機に診断した肝肺症候群の1例

社会医療法人愛仁会　明石医療センター

○畦倉　孝曉，岡村佳代子，奥田　有沙，佐々木和子，
井上　拓弥，古川　湧也，池田　美穂，畠山由記久，
大西　　尚

症例は70歳女性．肝硬変に伴う胃静脈瘤破裂に対して内視鏡的硬化療法（EIS）を施行し止血が得られたが，低酸素血症が遷延した．誤嚥性肺炎を疑い抗菌薬を投与し，胸腹水は利尿薬投与で改善したが，その後も酸素投与を必要とした．胸部 CT で末梢肺血管の拡張がみられ，非代償性肝硬変を背景に低酸素血症が遷延していたことから肝肺症候群を疑った．コントラスト心エコーでは右心系造影の約5心拍後に左心系へ多数のマイクロバブルが出現した．心内シャントは否定的で，肺内右左シャントが示唆されたため，肝肺症候群と診断した．EIS 後には一過性の酸素化低下が報告されているが，本例では低酸素血症が遷延した．因果関係は明らかではないものの，潜在していた肝肺症候群が EIS を契機に顕在化した可能性を考えた．EIS 後に低酸素血症が遷延する肝硬変患者では，肝肺症候群も鑑別に挙げる必要がある．

O-135
ROC 曲線を用いた急性期病棟入棟時日本人高齢者 DVT における D-dimer カットオフ値の検討

京都民医連中央病院

○扇谷　知宏，竹村　知容，植田　寛生，河原　一磨

【目的】急性期病棟へ救急入院した日本人高齢者における下肢深部静脈血栓症（DVT）診断で，D-dimer の適切なカットオフ値を検討すること．【方法】本研究は京都民医連中央病院内科に救急外来から入院した75歳以上を対象とした後ろ向きコホート研究である．Padua スコアで VTE リスク評価を行い，D-dimer 値と下肢静脈エコー所見から ROC 曲線を作成し，それをもとに D-dimer の適切なカットオフ値を検討した．【成績】ROC 曲線に基づく最良カットオフ値は4.3 μ g/mL で，感度94.7%，特異度66.1%であった．カットオフ値1.0 μ g/mL では感度100 %，特異度14.1 %であった．【結論】DVT スクリーニングに1.0 μ g/mL を用いると陰性的中率は高いが偽陽性が多い．4.3 μ g/mL を適用すれば精査対象を約半数に減らすことができ，救急外来での日本人高齢者の DVT 評価に有用である．

O-136
繰り返す左背部痛と左下葉内を移動する浸潤影を呈し，診断に難渋した肺静脈閉塞の１例

1）市立ひらかた病院
2）大阪医科薬科大学　内科学一教室

○松井　未有[1,2)]，大上　隆彦[1)]，後藤　　功[1,2)]，
坂東　園子[1,2)]，田中　彩加[1)]，坂口　翔平[1)]

【症例】63歳，女性【主訴】左背部痛【現病歴・臨床経過】繰り返す左背部痛で前医を受診し，胸部 CT 検査で左下葉浸潤影と胸水を認め当院紹介となった．肺炎・胸膜炎疑いで抗菌薬治療後に一旦改善したが，その後左下葉内で出現・消退・移動を繰り返す多発浸潤影と胸水再貯留を認めた．造影 CT 検査で肺動脈血栓塞栓症を認めなかった．気管支鏡検査で BAL 回収液は血性が増強し，組織診でヘモジデリン貪食マクロファージを認め肺胞出血と診断した．抗凝固薬中止後も左背部痛が再燃し，肺血流シンチグラフィで左下葉血流低下を認めた．造影 CT 検査の3D 再構築で左下肺静脈の左房流入部に閉塞を認めた．4か月前に心房細動のカテーテルアブレーション歴があり，治療部位と一致したのでアブレーション後肺静脈閉塞と診断した．【結語】肺静脈狭窄・閉塞は肺炎様陰影や肺胞出血を呈し診断に難渋する．一肺葉に限局して反復・移動する浸潤影では，本症の鑑別が重要である．

O-137
慢性血栓塞栓性肺高血圧症の診断後に抗セントロメア抗体が陽転し，全身性硬化症が顕在化した1例

1）神戸市立医療センター中央市民病院　呼吸器内科
2）同　膠原病・リウマチ内科
3）同　循環器内科

○平田　拓士[1)]，住友　秀次[2)]，江原　夏彦[3)]，中山　怜那[1)]，
吉村倫太朗[1)]，打谷　美沙[1)]，柏木　郁実[1)]，杉山　貴康[1)]，
田中　尚登[1)]，西田　湧也[1)]，平井　将隆[1)]，齊藤正一郎[1)]，
伊部　匡晃[1)]，白川　千種[1)]，神戸　寛史[1)]，平林　亮介[1)]，
佐藤　悠城[1)]，富井　啓介[1)]，立川　　良[1)]

症例は64歳女性．労作時呼吸困難の精査目的のCTで両肺下葉の胸膜に接する多発浸潤影を認め，特発性器質化肺炎を疑い経過観察していた．抗セントロメア抗体を含む各種自己抗体は陰性であった．5か月後に呼吸困難が増悪し行った造影CTで両肺動脈の多数の造影欠損を認め，肺野の多発浸潤影も肺血栓塞栓症によるものと考えられた．右心カテーテル検査で慢性血栓塞栓性肺高血圧症と診断した．その時点で再測定した抗セントロメア抗体が陽転していた．その際の症状はRaynaud現象のみだったが，以後半年かけて爪郭毛細血管異常やMCP関節以遠の皮膚硬化が現れ，限局皮膚硬化型全身性硬化症と診断した．全身性硬化症は血管内皮障害や凝固亢進により肺血栓塞栓症と関連することが知られている．しかし本症例は全身性硬化症の臨床像が顕在化する以前に慢性血栓塞栓性肺高血圧症を呈しており，両疾患の関連を考える上で示唆に富む症例と考えられた．

O-138
カテーテルアブレーション後の肺静脈閉塞の一例

大阪刀根山医療センター

○原　　伶奈，森友　昴貴，吉峰　由子，長田　由佳，
新居　卓朗，松木　隆典，辻野　和之，三木　啓資，
木田　　博

【症例】39歳男性．【主訴】発熱，血痰，左胸痛．【現病歴】X年10月に前医にて左肺上葉多発陰影と左胸水を認め胸膜炎として抗菌薬加療で改善したが再燃し，11月に当院紹介．第40病日に当院入院後，抗菌薬再投与により症状は改善したが陰影が遷延し，気管支肺胞洗浄で肺胞腔内のヘモジデリン貪食マクロファージを認め，肺炎に伴う肺胞出血として保存的加療とし軽快退院．しかし以降も労作時呼吸困難のみが遷延し第146病日に再受診され，心エコーで左肺静脈血流速度増加，肺血流シンチで左肺血流低下を認め，CT angiographyにより肺静脈狭窄症（PVS）と診断した．【考察】PVSは心房細動に対するカテーテルアブレーション後の重篤な合併症であり，肺炎等と誤診されやすい．重症例では早期診断が予後を改善する可能性があり，アブレーション歴のある症例では限局性肺うっ血や肺塞栓様のCT所見から本疾患を鑑別に挙げることが重要である．

O-139
好酸球性胸水を契機に診断に至った抗リン脂質抗体症候群による肺血栓塞栓症の1例

奈良県総合医療センター　呼吸器内科

○西崎　友哉，松田　昌之，伊藤　武文，金井　千恵，
奥田　陽亮，伊佐敷沙恵子，佐藤　一郎，伊木れい佳，
花岡　健司

症例は63歳男性．咳嗽を契機に右胸水を指摘され，精査目的に当科紹介となった．胸水は好酸球優位（50.5%）の滲出性胸水であり，細胞診等から悪性腫瘍や結核性胸膜炎は否定的であった．経過中に左下腿浮腫が出現し，造影CTで両肺動脈の血栓と左下肢深部静脈血栓を認め，肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症と診断した．さらにループスアンチコアグラントが12週以上の間隔で2回陽性となり，抗リン脂質抗体症候群と確定診断した．エドキサバンで抗凝固療法を開始し，胸水は改善傾向を示した．原因不明の好酸球性胸水では肺血栓塞栓症を鑑別に挙げ，その際は抗リン脂質抗体症候群などの背景疾患も検索すべきと考えられた．

O-140
CT ガイド下生検で診断困難であり外科的切除を断行したCPFE合併肺多形癌の1例

医学研究所　北野病院

○中山真裕美，野原　瑛里，安田　有斗，江原　佳輝，
東　寿希也，大塚　裕斗，青木　勝平，池田　陽呂，
大倉　千明，神野　志織，田嶋　範之，森本　千絵，
北島　尚昌，井上　大生，尾田　博美，大角　明宏，
大槻　真也，本庄　　原，丸毛　　聡

【症例】気腫合併肺線維症（CPFE）にて通院中の72歳男性．一度縮小を認めた右肺底部の結節影が再増大したためCTガイド下生検を施行したが，肉腫様腫瘍性病変が疑われたのみで確定診断に至らなかった．PET-CTで肺病変および十二指腸移行部に高度FDG集積を認め，遠隔転移様式から肺癌を疑った．周術期リスクを考慮しつつも組織診断を確定させるために胸腔鏡下右肺部分切除術を行い，組織学的に肺多形癌と診断した．十二指腸転移を伴うStage IVと診断され，切除標本で得られたPD-L1 TPS 100%に基づきペムブロリズマブ単剤療法を開始することができた．【考察】肺多形癌は組織学的不均一性が著しく，小さな針生検標本などの低侵襲生検では診断困難な場合がある．悪性が強く疑われ，生検で確定診断に至らない場合は，外科的切除を積極的に検討すべきである．

O-141
抗 CV2・抗 ZIC4 抗体陽性傍腫瘍性神経症候群を発症した肺腺癌の1例

関西医科大学附属病院

○荒木　啓吾，池田　　慧，北川　真愛，槇原なつの，
中西健太郎，吉田　清里，生駒　龍興，中濱かほり，
竹安　優貴，勝島　詩恵，山中　雄太，濱井　宏介，
倉田　宝保

症例は71歳男性．20XX 年3月，肺腺癌に対し右上葉切除後（pT2aN0M0，IB 期），UFT を2年間内服した．20XX ＋5年11月より視力低下と平衡障害が出現した．頭部 MRI で脳転移を認めず，抗 CV2抗体・抗 ZIC4抗体陽性の傍腫瘍性神経症候群（PNS）による小脳失調と診断し，ステロイドパルスで改善した．20XX ＋6年1月の胸部 CT で左肺門リンパ節腫大，PET-CT で同部位と鼠径リンパ節に集積を認め，術後再発と診断し，ニボルマブ＋イピリムマブを開始した．1コース後，筋強剛，振戦等の錐体外路症状が出現し，神経症状が増悪した．ステロイドパルス2コース，血漿交換療法7回により筋強剛は改善したが，小脳失調は残存した．非小細胞肺癌に両抗体陽性 PNS を合併することは極めて稀である．本例では PNS が画像上の再発に先行し，免疫チェックポイント阻害薬投与後に増悪したと考えられ，文献的考察を加えて報告する．

O-142
急激な転帰をたどった EGFR 変異陽性 G-CSF 産生非小細胞肺癌の一例

1）関西電力病院　呼吸器内科
2）同　腫瘍内科
3）同　病理診断科
4）同　脳神経内科
5）同　血液内科

○森　　優花[1)]，藤本　寛樹[1)]，水岡　史織[1)]，松浦　弘幸[1)]，
谷　恵利子[1)]，柳原　一広[2)]，岩元　竜太[3)]，長岡　紗由[4)]，
北川　智也[5)]

【症例】76歳女性．喫煙歴：なし．半年前より右大腿部痛が出現していたが経過観察していた．発熱を認め，近医を受診したところ，白血球増多を指摘され，精査加療目的に当院血液内科へ紹介となり，同日入院した．胸腹部 CT にて右下葉腫瘤影及び骨盤骨や大腿骨に骨転移を疑う多発骨破壊像を認め，入院4日目に当科へ紹介となった．各種検査を行い EGFR 変異陽性 G-CSF 産生非小細胞肺癌（cT3N0M1c1（OSS）cStage4B，TPS 100%）と診断した．精査中に骨転移に対して緩和的放射線照射，切迫骨折と診断し予防的髄内釘を実施した．入院25日目よりオシメルチニブ内服を開始した．しかし翌日に Trousseau 症候群に伴うと考えられる多発脳梗塞を発症し，内服困難となり，BSC 方針となった．入院37日目に死亡された．【考察】G-CSF 産生肺癌は進行が早く，その予後は不良とされるが，mutation を有する症例の報告は限られる．本症例を含めて治療の有効性や生存期間をまとめて報告する．

O-143
HepPar1陽性肺腺癌における G-CSF 産生肝転移を認めた一例

1）京都桂病院　呼吸器センター　呼吸器内科
2）同　病理診断科

○田村　早希[1)]，岩田　敏之[1)]，楠　　咲[1)]，安田　直晃[1)]，
林　　康之[1)]，祖開　暁彦[1)]，西村　尚志[1)]，渋谷　信介[2)]

78歳男性．胸部異常陰影にて当院を受診．PET-CT で右 S6結節と坐骨に集積を認めた．内科的アプローチは難しく X-1年11月に右 S6病変の外科的生検と骨転移に緩和照射を実施，cT2aN2aM1b StageIVA と診断．X 年4月肝臓に急速に増大する新規病変が出現，同時に WBC，CRP 上昇を認めた．肝生検で肝細胞癌の合併が疑われ，肝左葉切除を施行．その後炎症反応は軽快し，肝病変は G-CSF 産生腫瘍と考えられた．X 年7月，縦隔リンパ節腫大に気管支鏡検査を施行．TBNA 検体は右 S6肺病変と同様に KRAS 遺伝子変異を認めた．追加検討で右 S6および縦隔リンパ節病変が HepPar1陽性と判明し，肝切除検体を再検討したところ KRAS 変異を認めたため，最終的に肺癌の肝転移と判明した．HepPar1陽性肺癌は稀であり，肝転移巣での G-CSF 産生能獲得を含め腫瘍形質の変化について文献的考察を加えて報告する．

O-144
放射線化学療法で神経症状が改善した抗 SOX1 抗体陽性傍腫瘍性神経症候群を伴う限局型小細胞肺癌の一例

京都第一赤十字病院　呼吸器内科

○橋本　寛之，吉村　彰紘，高橋　祐希，塩谷　郁代，
二村　　俊，宇田紗也佳，今林　達哉，弓場　達也，
内匠千恵子，徳田　深作

【背景】傍腫瘍性神経症候群（PNS）は腫瘍に対する自己免疫応答により神経障害をきたす病態であり，小細胞肺癌との関連が知られている．一般に治療による改善は限定的とされるが，今回は限局型小細胞肺癌に対する放射線化学療法後に神経症状が改善した症例を経験したため報告する．【症例】66歳男性．X 年1月頃より複視と眼瞼下垂，ふらつきを自覚し，症状が遷延するため当院外来を受診し，精査加療目的に入院となった．胸部 CT で右上葉結節を認め，生検で小細胞肺癌と診断した．抗 SOX1抗体が陽性であり，臨床経過と併せて小細胞肺癌に伴う PNS と診断した．遠隔転移を認めず限局型小細胞肺癌と診断し，X 年3月より放射線化学療法を開始したところ神経症状は消失し，その後も再燃なく経過している．【考察】PNS では神経障害が進行すると，腫瘍に対する治療後も神経学的後遺症を残すことがあるが，早期診断と治療介入が神経学的予後の改善に寄与する可能性が示唆された．

O-145
難治性癌性胸膜炎に対し放射線治療を含む集学的治療が奏効した肺腺癌の1例

京都第一赤十字病院　呼吸器内科学

○塩谷　郁代，吉村　彰紘，橋本　寛之，高橋　祐希，
二村　　俊，宇田紗也佳，今林　達哉，弓場　達也，
内匠千恵子，徳田　深作

【背景】癌性胸膜炎に対する放射線治療の報告は限られている．今回，難治性癌性胸膜炎に対し，放射線治療を含む集学的治療が奏効した肺腺癌の1例を経験した.【症例】56歳, 男性. 呼吸困難を主訴に当院を受診し，胸部造影 CT で右肺門部腫瘤，著明な胸膜肥厚，大量胸水を認めた．胸水セルブロックで肺腺癌，癌性胸膜炎と診断した．胸腔ドレーン留置後も400mL/ 日の血性胸水が持続し，十分な肺拡張が得られなかったため，第11病日に右胸膜病変に対し8Gy/1Fr の放射線照射を実施し，複合免疫療法も開始した．その後，血性胸水は漿液性となり，排液量も減少したため，第31病日にドレーンを抜去し，第35病日に自宅退院となった．放射線治療に伴う明らかな有害事象はなく，現在まで胸水再貯留を認めず化学療法を継続中である．【結語】難治性癌性胸膜炎に対し，放射線治療を含む集学的治療が有効な選択肢となる可能性が示唆された.

O-146
胸部大動脈瘤を合併した肺扁平上皮癌に対し，複数診療科連携のもと大血管手術と肺切除術を完遂した1例

1）京都府立医科大学附属病院　呼吸器内科
2）同　呼吸器外科
3）同　心臓血管外科

○小川　剛央[1)]，髙山　浩一[1)]，山田　忠明[1)]，岩破　将博[1)]，
徳田　深作[1)]，西岡　直哉[1)]，河内　勇人[1)]，高橋　祐希[1)]，
田村　早希[1)]，古谷　竜男[2)]，中園　千晶[2)]，眞鍋嘉一郎[3)]

77歳男性，肺扁平上皮癌（cT3N1M0，StgeⅢA）の診断．局所進行期肺癌と最大径61mm の大動脈瘤との治療順序が問題となった．肺癌による左下葉の閉塞性無気肺を認めており，心臓血管外科，呼吸器外科と協議し，まず肺癌に対する 術前化学療法を先行する方針とした．シスプラチン＋ゲムシタビン＋ペムブロリズマブ併用療法を開始し，1コース終了後の治療効果判定では原発巣およびリンパ節転移の著明な縮小を得たが，Grade3 の irAE 皮膚障害を認めた．心臓血管外科と再度協議し，肺癌の病勢制御が得られていることから胸部大動脈瘤に対する外科的治療を施行した．大動脈瘤術後2週間の CT でも肺癌の縮小効果は維持されており，irAE 皮膚障害も加味して2コース目を行わずに肺癌に対する外科的治療を施行した．手術検体を用いた治療効果の病理学的判定では Ef．2-MPR であり，完全切除が達成できた.

O-147
肺腺癌・前立腺癌・多発性骨髄腫を同時期に認め集学的治療で改善を得た一例

1）公益財団法人　天理よろづ相談所病院　呼吸器内科
2）同　呼吸器外科
3）同　血液内科
4）同　泌尿器科
5）同　病理診断部

○坂本　裕人[1)]，黒河内堂皓[1)]，橋本　文蔵[1)]，木下　英尊[1)]，
須賀　大貴[1)]，藤本　尚子[1)]，田中　佑磨[1)]，上山　維晋[1)]，
池上　直弥[1)]，西原　　昂[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)]，中川　達雄[2)]，
丸山　　亙[3)]，平松　和磨[4)]，住吉　真治[5)]

症例は70歳男性．X 年11月, 健診で胸部異常陰影を指摘され，当科を紹介受診した．PET-CT で右上葉肺癌および多発骨転移が疑われたが，原発巣が小さくリンパ節転移を認めないことから，前立腺癌の骨転移も鑑別に挙げた．泌尿器科に相談し，前立腺生検を施行した．肺病変に対する気管支鏡検査，骨病変に対する CT ガイド下骨生検では確定診断に至らず，診断的治療目的に胸腔鏡下右 S3 区域切除術を施行し，肺腺癌（pT2aN0M0，Stage IB）と診断した．前立腺生検では前立腺癌（cT2cN0M0，Stage II）と診断した．さらに，前立腺生検入院中の血液検査で末梢血中の形質細胞増加を認め，多発性骨髄腫を疑った．免疫電気泳動検査および骨髄生検を施行し，多発性骨髄腫と確定診断した．腎機能の急速な悪化を認めたため，早急に化学療法を開始し，改善を得た．肺癌，前立腺癌，多発性骨髄腫を同時に認めた多重重複腫瘍について，文献的考察を加えて報告する.

O-148
肺炎像を呈し診断に難渋した肺線癌の一例

康生会　武田病院

○桑原　宏臣，永田　一洋

患者：54歳男性，主訴：咳嗽，喀痰，胸部異常影経過：X-1年12月，中国出張中，胸部異常影で抗生剤などを投与された．X 年4月帰国され，検診で胸部異常影を指摘された．5月頃から咳嗽を自覚し，近医を受診されたが改善なく，6月胸部異常影の精査目的に当院を受診された．来院時のレントゲンで右下肺浸潤影を認め，CT で右下葉に空洞とその周囲に浸潤影・スリガラス影を認め，対側肺に小結節を認めた．採血では WBC12290，CRP2.3と軽度炎症所見を認めた．喀痰3連検や腫瘍マーカー，T-spot，β D グルカンなどは有意な所見を認めなかった．ペニシリン系及びニューキノロン系の内服抗生剤を10日間ずつ投与し，WBC・CRP は正常化したが，画像及び症状は悪化した．7月喀痰細胞診を提出したところ，腺癌細胞を検出した.

O-149
同種造血幹細胞移植後に発症した胸膜原発扁平上皮癌の1例

1）市立福知山市民病院　呼吸器内科
2）同　血液内科
3）同　病理診断科

○権藤　航星[1)]，渡邊　理愛[1)]，倉橋希美花[1)]，竹田みゆき[2)]，
江上　正史[1)]，西山　大地[2)]，早田　洋樹[2)]，谷村　恵子[1)]，
平川　浩一[2)]，永田　昭博[3)]

40代女性．X-4年10月に呼吸困難を契機に当院紹介となり，造影CTで縦隔偏位を伴う右大量胸水と右胸膜の多発腫瘤を認めた．胸膜生検でTリンパ芽球性リンパ腫と診断し，X-4年11月にJALSG ALL202-Oで寛解導入療法を開始した．X-3年4月にHLA適合同種造血幹細胞移植を施行し，移植片対宿主病（GVHD）に対して免疫抑制療法を継続していた．X年1月に右胸膜腫瘤の増大を認め，胸膜生検でリンパ腫の再発は否定され，胸膜原発扁平上皮癌と診断した．術中所見で壁側胸膜に小嚢胞が多数集簇しており，cStage 4Aとして化学療法を導入する方針となった．遺伝子パネル検査は陰性，PD-L1 TPSは80-90%であったが，GVHDの増悪を懸念して免疫チェックポイント阻害薬を避け，X年5月よりCBDCA＋nab-PTX療法を継続している．同種移植後の二次性固形癌は晩期合併症として知られるが，約3年と比較的早期に極めて稀な胸膜原発扁平上皮癌を発症した点で示唆に富む症例と考え報告する．

O-150
単房性胸腺嚢胞上皮から生じた胸腺扁平上皮癌の一例

1）神鋼記念病院　呼吸器センター
2）同　病理診断センター

○三ッ井あすか[1)]，大塚浩二郎[1)]，小西　宏侑[1)]，堀　　秀輔[1)]，
中山聡一郎[1)]，高田　陽平[1)]，今尾　　舞[1)]，難波　晃平[1)]，
大木元達也[1)]，稲尾　　崇[1)]，門田　和也[1)]，山田　　徹[1)]，
桝屋　大輝[1)]，大林　千穂[2)]，鈴木雄二郎[1)]

82歳男性．X -1年4月，健康診断の胸部X線検査で異常陰影を指摘され，当院呼吸器内科を受診した．胸部CT検査で間質性肺炎像を認め，偶発的に前縦隔に28mmの腫瘤影も認めた．胸腺腫や胸腺嚢胞が疑われ，画像経過観察の方針となった．X年6月の造影CT検査で前縦隔腫瘤影の増大を認め，X年7月に胸骨正中切開開胸下に胸腺・胸腺腫瘍切除術を施行した．胸腺左葉の病変は単房性嚢胞で腔面の一部に乳頭状の突出が認められた．組織像では嚢胞を被覆する円柱および扁平上皮とともに，全層性異型を伴い，c-kit，CD5陽性の扁平上皮の増殖を認めた．間質浸潤像はなく，上皮内扁平上皮癌の状態であった．胸腺嚢胞内に胸腺癌が発生した症例の報告はきわめて少ない．胸腺癌と胸腺嚢胞がその発生母地において密接な関係を持つ可能性は示唆されている．今回，単房性胸腺嚢胞上皮から生じた上皮内胸腺扁平上皮癌の症例を経験したため，文献的考察を踏まえて報告する．

O-151
術後3年3ヶ月で再発し，急激な経過をたどった肺原発Epithelial-myoepithelial carcinomaの1例

大阪府済生会吹田病院

○本保　太郎，綿部　裕馬，宮川　　伸，蟻本　亜美，
岡田　吉弘，古室　太誠，飯塚　正徳，佐藤いずみ，
乾　　佑輔，上田　将秀，竹中　英昭，長　　澄人

症例は78歳女性．X-4年8月に胸部異常陰影で当院へ紹介され，CTで左肺下葉に2cmの結節を認め，手術にて上皮筋上皮癌（EMC）の診断となった．X-1年8月のCTでは再発所見を認めなかったが，X-1年12月より労作時呼吸困難・咳嗽が出現し，X年1月のCTで多発肺腫瘤と左胸壁腫瘤を認めた．胸壁腫瘤に対しCTガイド下生検を施行し，EMC術後再発の診断となった．その後化学療法を行うも奏功せず，多発骨転移をきたして急激な経過をたどりX年6月に永眠された．上皮筋上皮癌（EMC）は主に耳下腺などの唾液腺領域に発生する腫瘍であるが，稀に肺に原発することがある．また，一般的には低悪性度とされているが再発や転移，悪性転化などの可能性があり注意を要する．

O-152
粟粒結核を疑われ紹介となった転移性肺内腫瘍の1例

大阪府済生会中津病院

○狩山　一郎，宮本　滉大，佐々木祥彦，水城裕加里，
堀　　靖貴，北村　美華，北川　怜奈，池内　美貴，
野田　彰大，林　　優介，齊藤　隆一，東　　正徳，
長谷川吉則，上田　哲也

【症例】58歳女性．1ヶ月前より体重減少及び咳嗽症状が出現し，画像所見から粟粒結核疑いで当院転院した．胸部CT検査では，両側びまん性に粒状影，気管支血管周囲束や小葉間隔壁の肥厚，両側胸水を認めた．画像所見や亜急性の経過から，粟粒結核を強く疑い，喀痰・胃液抗酸菌塗沫検査，T-SPOT.TB検査施行したがいずれも陰性だった．原因精査のため左胸水に対し，胸腔穿刺を施行し，細胞診から肺腺癌と診断とした．PET-CT検査を施行し，cT4N3M1c stage4B，ドライバー遺伝子変異陰性，PD-L1 TPS 1-10%と病期診断し，CBDCA+PTX+BEV+Atezolizumab療法を導入した．胸部CT検査で両側粒状影の縮小を認めた．【考察】転移性肺内腫瘍と粟粒結核では鑑別に苦慮するため画像所見だけではなく症状や血液検査等踏まえた多角的な診断が必要である．文献的考察を加え報告する．

O-153
右大量胸水を伴う前縦隔腫瘍を呈したT 細胞性リンパ芽球性リンパ腫の一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○田中　佑磨，橋本　成修，黒河内堂皓，木下　英尊，
須賀　大貴，藤本　尚子，坂本　裕人，松村　和紀，
上山　維晋，池上　直弥，西原　昂，加持　雄介，
田中　栄作，田口　善夫，羽白　高

症例は20歳女性．右肩痛と咳嗽を主訴に受診した．胸部CTで右大量胸水と前縦隔腫瘍を認め，胸腔穿刺を施行した．胸水セルブロックおよびフローサイトメトリーの結果から悪性リンパ腫が疑われた．その後，顔面浮腫および呼吸困難が出現し緊急入院となった．CTガイド下腫瘍生検および骨髄穿刺を施行し，T細胞性リンパ芽球性リンパ腫と診断した．寛解導入療法後，前縦隔腫瘍は著明に縮小し，胸水も減少した．地固め療法後の骨髄検査で腫瘍細胞を認めず完全寛解を維持，PET/CTでも完全代謝奏効を維持しており，同種造血幹細胞移植目的で他院へ転院となった．若年者の前縦隔腫瘍に大量胸水を伴う場合は，本疾患を重要な鑑別疾患として念頭に置くべきである．

O-154
心不全で入院した患者に対し胸膜生検を行い両側性悪性胸膜中皮腫の診断に至った一例

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

○黒河内堂皓[1)]，池上　直弥[1)]，橋本　文蔵[1)]，木下　英尊[1)]，
須賀　大貴[1)]，藤本　尚子[1)]，坂本　裕人[1)]，田中　佑磨[1)]，
松村　和紀[1)]，上山　維晋[1)]，西原　昂[1)]，加持　雄介[1)]，
橋本　成修[1)]，田中　栄作[1)]，田口　善夫[1)]，森村　祐樹[2)]，
内田　陽介[3)]，金森　直美[4)]，住吉　真治[4)]，羽白　高[1)]

【症例】79歳，女性【主訴】労作時呼吸困難【既往歴】僧帽弁置換術，三尖弁輪形成術，関節リウマチ【現病歴】X-2年より右胸水を指摘されていた．X年Y月，労作時呼吸困難を主訴に当院を受診し，たこつぼ型心筋症による心不全の診断で入院した．胸水は両側対称性に貯留し，CTで明らかな胸膜肥厚や胸膜プラークは認めなかった．しかし心不全治療による心機能改善後も胸水の増加が持続し，両側の胸水細胞診で中皮細胞パターンの異型細胞を認めた．X年Y+1月に胸腔鏡下右胸膜生検を施行したところ，上皮型悪性胸膜中皮腫と診断された．術後に心不全増悪および気胸を合併し，全身状態が悪化したためbest supportive careの方針となり，X年Y+2月に死亡した．【考察】両側性悪性胸膜中皮腫の報告は少なく，本症例は典型的な胸膜変化を欠くなど非典型的な臨床像を呈したため診断に苦慮したが，胸腔鏡下生検で確定診断に至った．

O-155
家族性地中海熱に合併した上皮様腹膜中皮腫の1例

1）兵庫医科大学　医学部　呼吸器内科学
2）同　胸部腫瘍学特定講座

○加藤　亮汰[1)]，長谷川　裕[1)]，近藤　孝憲[1)]，村上　美沙[1)]，
河村　直樹[1)]，神取　恭史[1)]，藤岡　毅[1)]，清田穣太郎[1)]，
西村　駿[1)]，東山　友樹[1)]，多田　陽郎[1)]，
祢木　芳樹[1,2)]，大搗泰一郎[1,2)]，高橋　良[1,2)]，
藤本　大智[1,2)]，南　俊行[1,2)]，栗林　康造[1,2)]，
木島　貴志[1,2)]

【症例】68歳男性．X-5年より家族性地中海熱（FMF）のため前医に通院していた．X年8月に腹痛を自覚し，造影CTで腹水貯留と腹膜肥厚を指摘された．腹膜生検を施行され，病理組織学的に上皮様腹膜中皮腫と診断され，治療目的に当院へ紹介された．X年9月よりニボルマブによる一次治療を開始したが，2コース後のCTでは腹水の増加および腫瘍の増大を指摘され，治療効果はPDと判定された．X年11月よりカルボプラチン＋ペメトレキセドによる二次治療を開始し，20コース施行後も病勢は進行していない．【考察】FMFはMEFV遺伝子変異を背景とし，反復する漿膜炎を特徴とする自己炎症性疾患である．FMFと腹膜中皮腫の合併は稀であるが，反復性腹膜炎に伴う慢性炎症が発症に関与した可能性がある．本例では化学療法により長期病勢制御が得られており，両疾患の関連と治療経過について文献的考察を加え報告する．

O-156
高CO2血症を呈した嚢胞性病変と肺内シャントを伴うProteus 症候群に在宅HFNCを導入した一例

1）京都大学医学部附属病院　呼吸器内科
2）同　循環器内科

○武井　宏樹[1)]，佐藤　晋[1)]，濱田　哲[1)]，平山　寛[1)]，
木下　秀之[2)]，平井　豊博[1)]

【症例】30歳代男性【主訴】呼吸困難・頭痛【現病歴】16歳時に当科でProteus 症候群と診断，嚢胞性肺病変と肺内シャントによる慢性呼吸不全に対し気管支拡張薬・在宅酸素療法にて外来通院中．呼吸困難増悪と夜間頭痛の精査のため当院循環器内科入院．【入院後経過】心エコーでは中等度AFMR，右心カテでmPA 30 mmHg．3L酸素吸入下でPaCO2 88 Torrと高炭酸ガス血症を認め，当科に転科した．夜間経皮的モニタリングで持続的なPtcCO2高値を認め，睡眠時肺胞低換気と診断．高流量鼻カニュラ（HFNC）を導入し，睡眠状態の改善と頭痛の軽減を認めた．在宅HFNCを導入して退院．【考察】Proteus 症候群は体細胞モザイク変異により組織の非対称な過成長をきたす希少疾患であり，長期経過を診た報告は少ない．本報告は第81回近畿地方会発表（演題番号189）の続報として13年間の経過を報告する．

O-157
急性骨髄性白血病治療中に発症した抗 GM-CSF 抗体陽性肺胞蛋白症の一例

1）京都第一赤十字病院　呼吸器内科
2）同　病理診断科

○河合　里穂[1)]，橋本　寛之[1)]，徳田　深作[1)]，高橋　祐希[1)]，
塩谷　郁代[1)]，二村　　俊[1)]，宇田紗也佳[1)]，吉村　彰紘[1)]，
稲森　　理[2)]，今林　達哉[1)]，弓場　達也[1)]，内匠千恵子[1)]，
浦田　洋二[2)]

【背景】肺胞蛋白症（PAP）は，肺胞腔内にサーファクタント由来のリポタンパク質が異常蓄積する稀な疾患であり，抗 GM-CSF 抗体が原因の自己免疫性 PAP と血液腫瘍などに合併する続発性 PAP に大別される．今回，急性骨髄性白血病（AML-MR）に合併した自己免疫性 PAP の症例を経験したため報告する．【症例】81歳男性．X-1年3月に AML-MR と診断し化学療法を開始したが，X 年5月に血液検査で KL-6高値を認め，胸部 CT 検査で両側肺野に小葉間隔壁肥厚，小葉内網状影を伴うすりガラス陰影を認めた．精査目的に気管支鏡検査を実施し，BALF の肉眼所見と細胞診から PAP と診断した．経過から続発性 PAP を疑ったが，抗 GM-CSF 抗体は陽性であったため，自己免疫性 PAP と診断した．今後は GM-CSF 吸入療法を導入予定である．【考察】AML-MR 治療中に発症した抗 GM-CSF 抗体陽性 PAP は非常に稀であり，AML-MR およびその治療に伴う免疫環境の変化が自己免疫性 PAP の発症に関与した可能性が考えられた．

O-158
高齢者の発熱として入院し，全身検索を契機に播種性結核と診断した1例

京都第一赤十字病院　呼吸器内科学

○天谷祐里奈，塩谷　郁代，弓場　達也，橋本　寛之，
高橋　祐希，二村　　俊，宇田紗也佳，吉村　彰紘，
今林　達哉，内匠千恵子，徳田　深作

【背景・目的】高齢者結核は免疫老化等を背景に非典型的な経過を呈し，診断に難渋することがある．発熱の精査で播種性結核と診断した1例を報告する．【症例】86歳女性．発熱と転倒で救急受診．尿路感染症の疑いで一般内科入院となった．抗菌薬投与でも解熱せず，入院2日後に喀痰抗酸菌塗沫が陽性となった．全身 CT で両肺びまん性粒状影，左上腕骨融解像と軟部腫瘤を認め，こちらも結核性感染を疑った．喀痰・関節液・尿培養より結核菌陽性となり，粟粒結核・肺結核・骨関節結核と診断し，指定医療機関へ転院となった．HRE 療法後 HR 療法に移行し，隔離解除後に当院へ再転院となった．遷延する骨病変部潰瘍に対しデブリードマンを追加し，発熱，炎症所見，肺陰影は改善を認めている．【考察】高齢者の不明熱は結核も鑑別に挙げ，全身検索と積極的な抗酸菌検査が重要であり，局所病変が遷延する場合には外科的介入も重要である．

O-159
両側性胸水と心嚢水を伴った遅発性放射線性漿膜炎の一例

公益財団法人田附興風会　医学研究所北野病院

○市川俊太朗，東　寿希也，安田　有斗，江原　佳輝，
大塚　裕人，中山真裕美，青木　勝平，池田　陽呂，
大倉　千明，野原　瑛里，神野　志織，田嶋　範之，
森本　千恵，北島　尚昌，井上　大生，大角　　潔，
大角　明宏，大槻　真也，本庄　　原，丸毛　　聡

【症例】71歳，男性．局所食道癌に対して X-2年に化学放射線療法を施行し，完全奏功が得られ経過観察中であった．X 年から労作時呼吸困難が出現し，当院を受診したところ，両側性胸水と心嚢水を認め緊急入院となった．ウイルス性漿膜炎として抗炎症療法を開始しつつ精査を行った．胸腔穿刺液は滲出性を認めるのみで，自己免疫疾患関連の自己抗体はすべて陰性であり，更なる精査目的に局所麻酔下胸腔鏡検査を施行した．胸膜生検では非特異的胸膜炎像を認めるのみであり，明らかな原因は特定できなかった．放射線照射野に一致した漿膜炎であったことから，除外診断により放射線性漿膜炎と診断しステロイドパルス療法を実施した．治療への反応性は良好で，胸水及び心嚢水の速やかな減少を認めた．以後ステロイド漸減し，再燃なく経過している．【考察】化学放射線治療後2年という長期を経て発症した放射線性漿膜炎は稀であり，文献的考察をふまえて報告する．

O-160
夫婦と子供３人が同時に発症した抗トリコスポロンアサヒ抗体陽性の夏型過敏性肺炎における HLA

1）大阪府済生会千里病院　初期研修医
2）同　循環器内科
3）同　呼吸器内科

○日食　祥子[1)]，廣岡　慶治[2)]，中谷　　敏[2)]，西尾　まゆ[2)]，
村上　世紀[3)]，中坪彩恵子[3)]，古川　　貢[3)]，山口　統彦[3)]，
山根　宏之[3)]

【はじめに】夏型過敏性肺炎（STHP）は吸入抗原量と被暴露側の感受性によって発症と無症状が分かれると考えられる．【症例】X 年6月，73歳母親が呼吸苦で入院し，翌週75歳父親も呼吸苦で入院，46歳長男も呼吸苦で外来受診した．画像はいずれも STHP を疑わせる所見であった．【結果】母親が気管支鏡を受け気管支肺胞洗浄液でリンパ球80％であり，TBLB でも STHP に一致する所見を呈した．3人とも抗トリコスポロンアサヒ抗体陽性であった．長男は軽症のため転居による抗原回避のみとし，母親も入院無治療で改善したため長男と同じ転居先へ退院した．父親は酸素投与，副腎皮質ステロイドホルモン剤投与を要したが，その後転居先で改善している．【考察】母親と父親の HLA を調べたところ夫婦とも B62と DR52を同じ染色体上に有していた．STHP に感受性があるとされる既報の HLA 型とは異なるが，これらが STHP 発症因子となる可能性も調べていくべきである．

O-161
複数の病態が鑑別となりクライオ生検が診断に有用であった間質性肺炎の一例

1）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
3）同　病理診断科

○廣田　理美[1)]，齊藤正一郎[2)]，平田　拓士[2)]，吉村倫太朗[2)]，
中山　怜那[2)]，杉山　貴康[2)]，田中　尚登[2)]，打谷　美沙[2)]，
柏木　郁実[2)]，西田　湧也[2)]，平井　将隆[2)]，伊部　匡晃[2)]，
白川　千種[2)]，神戸　寛史[2)]，平林　亮介[2)]，佐藤　悠城[2)]，
原　重雄[3)]，立川　良[2)]

79歳男性．IgG4関連疾患に対しプレドニゾロン5 mg/ 日を10年間内服中であった．入院5ヶ月前より消風散，入院1ヶ月前より桂枝茯苓丸，竜胆瀉肝湯を内服していた．入院3週間前より労作時呼吸困難が出現し，胸部単純 CT では両肺に気管支血管束に沿う浸潤影を認めた．末梢血好酸球増多を伴い，IgG4関連肺疾患，薬剤性肺障害，好酸球性肺炎を鑑別に挙げた．漢方薬を中止し，気管支肺胞洗浄および経気管支肺クライオ生検（S2/3,S9）を施行した．病理組織では NSIP/OP パターンを呈し，IgG4陽性形質細胞は30個 /HPF 超，IgG4/IgG 陽性細胞比は40％超であり，IgG4関連肺疾患を強く示唆する所見であった．プレドニゾロン60 mg/ 日による治療を開始し，酸素化は改善した．ステロイド減量および再燃予防を目的に，第13病日よりアザチオプリンを追加した．複数の病態が鑑別となる間質性肺炎において，クライオ生検が病態評価および治療方針決定に有用であった．

O-162
Mycobacterium Kansasii による胸膜炎の1例

1）高槻赤十字病院
2）同　呼吸器内科

○伊藤　一輝[1)]，中村　保清[2)]，三崎有美子[2)]，前谷　知毅[2)]，
森　令法[2)]，野村奈都子[2)]，深田　寛子[2)]，北　英夫[2)]

症例は64歳男性．COPD で当院通院中，X-1年1月に労作時呼吸困難を訴え，CT にて右肺野の浸潤影と右胸水貯留を認めた．浸潤影は気腫性病変のため生検困難であり，抗生剤に不応のため，ステロイド治療を行った．改善傾向を認めたが，ステロイド減量中に左肺に浸潤影が出現したため，経気管支肺生検施行し，器質化肺炎の組織所見であった．ステロイドを増量し治療を計9カ月行った．右胸水はリンパ球優位，ADA 高値の所見のみであり結核性胸膜炎と診断し6カ月治療した．後日，気管支洗浄液の培養で M.Kansasii を検出した．浸潤影と胸水は改善し，経過観察をしたが，X 年6月に浸潤影と右胸水の増悪を認めた．外科的胸膜生検で類上皮肉芽腫，胸水検査で M.Kansasii を検出したため，同菌による胸膜炎と診断し3剤（RECAM）で治療を開始した．M.Kansasii による胸膜炎はまれであり，考察を加えて報告する．

O-163
嚢胞穿刺により診断し得た胸腔ドレーン留置後の Mycobacterium fortuitum 感染症の一例

公益財団法人　日本生命済生会　日本生命病院　呼吸器・免疫内科

○森本梨花子，刀祢　麻里，大塚　啄生，尾崎　佑理，
本郷　卓英，田中　雅樹，甲原　雄平，井原　祥一，
武田　吉人，立花　功

【症例】46歳，男性．【主訴】胸痛，発熱．【現病歴】左 III 度気胸に対して前医で胸腔ドレーンを留置され，第9病日に抜去された．第26病日に発熱，左胸痛を認め，液体貯留を伴う左肺尖部嚢胞感染の診断で当院入院となった．ペニシリン系抗菌薬，カルバペネム系抗菌薬，抗 MRSA 薬で加療したが，熱型や陰影の改善は乏しく，第58病日にエコーガイド下で嚢胞内膿汁を採取したところ，培養検査で Mycobacterium fortuitum が検出された．第68病日よりイミペネム / シラスタチン，アミカシン，アジスロマイシンに変更したところ，熱型や陰影は改善傾向となった．退院後もレボフロキサシン，ドキシサイクリンで治療継続し，良好に経過した．【考察】Mycobacterium fortuitum は比較的稀な非結核性抗酸菌で，手術創やドレーンなど人工物関連感染を起こしうる．通常の抗菌薬に不応の場合，非結核性抗酸菌も念頭に置き，積極的に病変部から直接検体を採取することが重要である．

O-164
妊娠中は発症せずホルモン療法中には発症した月経随伴性気胸の1例

1）公益財団法人田附興風会　医学研究所北野病院　呼吸器内科
2）同　呼吸器外科
3）同　病理診断科

○成瀬　瑠南[1)]，江原　佳輝[1)]，野原　瑛里[1)]，大塚　裕斗[1)]，
中山真裕美[1)]，東　寿希也[1)]，青木　勝平[1)]，池田　陽呂[1)]，
大倉　千明[1)]，安田　有斗[1)]，神野　志織[1)]，田嶋　範之[1)]，
森本　千絵[1)]，北島　尚昌[1)]，井上　大生[1)]，青野　泰正[2)]，
大角　明宏[2)]，大槻　真也[3)]，本庄　原[3)]，丸毛　聡[1)]

【症例】39歳女性．10年前より月経周期に一致する右気胸を反復し，X-6年に胸腔鏡下右横隔膜部分切除術・右肺部分切除術を施行した．横隔膜病変にエストロゲン受容体陽性腺上皮，CD10陽性間質を認め，子宮内膜症と診断した．その後も月経前後に右気胸を反復したが，2回の妊娠期間中は再発を認めなかった．第2子分娩後に月経が再開し，右胸水を認めた．ジエノゲスト再開するも右気胸を反復し当科に入院した．X 年に8回目の気胸を発症したため，再発予防目的に呼吸器外科へ転科し，胸腔鏡下壁側胸膜剥離術を施行した．以後，偽閉経療法を継続し，再発を認めていない．
【考察】月経随伴性気胸は月経に関連して発症し，性ホルモンの関与が示唆される．本症例では妊娠中には再発を認めなかった一方，ジエノゲスト内服中にも再発した．手術やホルモン療法後にも再発し得るため，治療後も長期的な経過観察が重要である．

O-165
抗菌薬治療に不応の発熱と多発肺陰影を契機に診断したVEXAS 症候群の1例

1）京都府立医科大学附属病院　卒後臨床研修センター
2）同　呼吸器内科学
3）同　血液内科学

○漆葉　美佳[1)]，石田　真樹[2)]，辻　尚朗[2)]，森戸　翔基[2)]，
塚本　拓[3)]，澤田　凌[2)]，河内　勇人[2)]，西岡　直哉[2)]，
岩破　將博[2)]，金子　美子[2)]，山田　忠明[2)]，髙山　浩一[2)]

【症例】76歳男性【経過】2か月以上持続する発熱，皮疹，両肺のすりガラス影・浸潤影のため精査目的に当科を受診した．血液検査でCRP 17.3 mg/dL，Hb 8.2 g/dL，MCV 100.4 fL，フェリチン高値を認めた．感染症を疑い抗菌薬治療を行ったが，改善しなかった．皮膚・縦隔リンパ節に対して生検を施行したが，悪性リンパ腫を示唆する所見は認めなかった．骨髄検査では幼若顆粒球および赤芽球の細胞質内空胞，微小巨核球を認めた．以上よりVEXAS症候群を疑い，遺伝子解析を実施したところUBA1遺伝子c.122T＞C変異を確認し，診断に至った．プレドニゾロンを開始し，発熱および炎症反応は改善し，肺陰影も著明に縮小した．【考察】VEXAS症候群はUBA1遺伝子の体細胞変異を原因とする自己炎症性疾患であり，高齢男性に発熱，大球性貧血，皮膚・肺病変などを呈する．抗菌薬治療に不応の肺陰影に大球性貧血や皮膚病変を伴う場合には，本症を鑑別に挙げることが重要である．

O-166
非特異的な全身症状を契機に他臓器検索から診断に至ったサルコイドーシスの一例

公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院

○田端理央奈，青木　勝平，安田　有斗，江原　佳輝，
大塚　裕斗，中山真裕美，東　寿希也，池田　陽呂，
大倉　千明，神野　志織，田嶋　範之，森本　千絵，
北島　尚昌，井上　大生，大槻　真也，本庄　原，
丸毛　聡

【症例】68歳男性．前胸部痛，2ヶ月間で約10%の体重減少，易疲労感，両下肢筋力低下を主訴に当科に紹介となった．初診時は，霧視，頭頂部の皮疹，両側ぶどう膜炎を認め，胸部造影CT検査では縦隔・肺門リンパ節腫大および両肺のびまん性粒状影を認めた．皮膚・縦隔リンパ節・肺生検のすべてで非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を証明し，サルコイドーシスと診断した．筋力低下より神経病変を疑ったが，髄液検査，脊髄造影MRI等では確診に至らず，心病変も認めなかった．全身の消耗と著明な体重減少からステロイド治療を開始し，改善を得た．【考察】サルコイドーシスでは非特異的な全身症状の背景に多臓器病変が潜在し得る．眼・皮膚を含む系統的診察と組織学的評価から罹患臓器を明らかにし，臓器障害の重症度に加え，全身状態やQOLへの影響も踏まえて治療適応を判断することが重要である．

O-167
TAZ/CTLZ に対して耐性化したムコイド型緑膿菌肺感染症にセフタジジム・アビバクタム（CAZ/AVI）が奏効した1例

1）大阪けいさつ病院　臨床研修医指導センター
2）同　呼吸器内科
3）阪奈病院　呼吸器内科
4）大阪けいさつ病院　感染管理センター

○高橋万由子[1)]，杉浦　朱夏[2)]，熊谷　創[2)]，街道　俊介[2)]，
水越太志郎[2)]，吉村　信明[2)]，朝川　遼[2)]，二見　悠[2)]，
仲谷　健史[2)]，山本　傑[2)]，小牟田　清[3)]，水谷　哲[4)]

【背景】ムコイド型緑膿菌は治療経過中の耐性化により抗菌薬選択に難渋することがある．今回，TAZ/CTLZ耐性化後にセフタジジム・アビバクタム（Ceftazidime-Avibactam，CAZ/AVI）が奏効した症例を経験したので報告する．【症例】87歳男性．気管支拡張症，肺ノカルジア症でST合剤継続中であったが，X年Y月にムコイド型緑膿菌肺感染症を発症し，CPFX，CAZ，TAZ/CTLZで改善した．しかし，Y+2月に喀痰増加を認め再入院し，TAZ/CTLZ耐性化を示した．CAZ/AVIを7日間投与し，症状や炎症反応は改善，喀痰培養も陰性化した．【考察】TAZ/CTLZ使用中の耐性化は，Pseudomonas-derived AmpC（PDC）変異が代表的な機序であり，CAZ/AVIとの交差耐性を来すことが報告されている．一方，TAZ/CTLZ耐性化の機序は多様であり，本症例ではCAZ/AVI感受性が保持されていた可能性が考えられた．【結語】TAZ/CTLZ耐性化後もCAZ/AVIが有効となる症例が存在し，治療選択肢となり得る．

O-168
多発性筋炎関連間質性肺炎の治療中に発症した血清クリプトコッカス抗原陰性肺クリプトコッカス症の１例

1）京都大学医学部附属病院　呼吸器内科
2）同　免疫・膠原病内科
3）同　放射線診断科

○姜　仁志[1)]，白田　全弘[1)]，岡垣　暢紘[1)]，平山　寛[1)]，
池添　浩平[1)]，秋月　修治[2)]，坂本　亮[3)]，興梠　陽平[1)]，
中塚　賀也[1)]，半田　知宏[1)]，平井　豊博[1)]

症例は85歳女性．抗ARS抗体陽性多発性筋炎に伴う器質化肺炎パターンの間質性肺炎に対し，X-1年3月よりプレドニゾロン，タクロリムスで治療を開始した．ステロイド減量中の同年10月に再燃したため，プレドニゾロンを再増量し，タクロリムスを継続するとともにミコフェノール酸モフェチルを追加し，陰影の改善を認めた．X年4月に左下葉，6月に右下葉に新規の多発結節影が出現したため，7月に左下葉結節に対してCTガイド下肺生検を施行した．病理組織検査でGrocottおよびFontana-Masson染色陽性の酵母様真菌を多数認め，肺クリプトコッカス症と診断した．多発病変を認めたことから重症と判断し，L-AMBおよび5-FCの併用療法を開始した．経過中，血清クリプトコッカス抗原は陰性であった．免疫抑制療法中に多発肺結節を認めた場合，血清抗原陰性であっても肺クリプトコッカス症を鑑別する必要がある．

O-169

10年の経過を追っている食道癌術後 Unilateral upper lung-field pulmonary fibrosis の1例

1）神戸市立医療センター西市民病院　呼吸器内科
2）同　放射線科
3）同　リハビリテーション技術部

○友廣　京佳[1)]，安積　慶[1)]，冨岡　洋海[1)]，中村　慧竣[1)]，
芦名萌衣佳[1)]，片山　大地[1)]，山田　夕輝[1)]，横田　真[1)]，
網本　久敬[1)]，瀧口　純司[1)]，藤井　宏[1)]，上原栄理子[2)]，
蔵谷　鷹大[3)]，前田　正太[3)]

70歳代男性．X-17年に食道癌に対して右開胸開腹食道切除術，胸骨前経路亜全胃管再建術を施行された．手術時に右第5肋間より開胸し，右肺尖部の癒着を可及的に剥離された．X-9年2月に胸部X線写真で右上肺野の異常陰影を認めたため当科紹介となった．右肺尖部に pleuroparenchymal fibroelastosis（PPFE）様変化を認めたため経過観察の方針とされたが，その後線維化は経時的に進行し，現在は右上中葉の荒蕪肺化を呈している．X年8月，呼吸機能低下と体重減少を認め，呼吸リハビリテーション目的に入院した．リハビリテーション後，6分間歩行試験で歩行距離375 mから437 m，SpO2最小値94%から97%へ改善を認めた．肺癌術後には，術側上肺野にPPFE様所見を呈するUnilateral upper lung-field pulmonary fibrosisが晩期合併症として報告されている．本症例のように食道癌術後にも稀に生じるが，10年以上にわたり経過を追跡した報告は無く，文献的考察を加え報告する．

O-170

気管支鏡検査を契機に生前診断に至った食道癌原発肺腫瘍血栓性微小血管症の1例

1）京都済生会病院　初期臨床研修センター
2）同　呼吸器内科
3）同　消化器内科
4）同　循環器内科

○松浦　洋[1)]，永谷　浩平[2)]，堤　玲[2)]，大倉　直子[2)]，
張田　幸[2)]，大野　智之[3)]，曽我部功二[4)]

【症例】77歳，女性．【主訴】咳嗽．【現病歴】関節リウマチ治療目的に当院整形外科通院中，CRP値の上昇と咳嗽を認め内科紹介となった．CT検査で縦隔リンパ節をはじめとする多発リンパ節腫脹と両肺びまん性粒状影を認めた．縦隔リンパ節に対し超音波気管支鏡ガイド下針生検を施行し，扁平上皮癌を認めた．原発巣検索目的の上部消化管内視鏡検査で胸部中部食道癌を認めた．その後，呼吸困難で救急受診し肺高血圧症を認め，肺動脈カテーテル検査を施行したところ，肺動脈血液細胞診でも扁平上皮癌を認めた．以上より，食道癌を原発とする多発リンパ節転移および肺腫瘍血栓性微小血管症（PTTM）と診断した．多診療科で協議しベストサポーティブケアの方針としたが，右心不全に伴う呼吸不全が増悪し，死亡に至った．【目的】PTTMは稀少疾患で生前診断に至る症例は少ない．本症例の診断経緯を報告する．

O-171

進行胃癌に対する化学療法に伴う遷延性リンパ球減少を背景として発症したニューモシスチス肺炎の1例

1）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
3）同　腫瘍内科

○正田　雄也[1)]，平田　拓士[2)]，小森　亮[3)]，齊藤正一郎[2)]，
中山　怜那[2)]，吉村倫太朗[2)]，打谷　美沙[2)]，柏木　郁実[2)]，
杉山　貴康[2)]，田中　尚登[2)]，西田　湧也[2)]，平井　将隆[2)]，
伊部　匡晃[2)]，白川　千種[2)]，神戸　寛史[2)]，平林　亮介[2)]，
佐藤　悠城[2)]，富井　啓介[2)]，立川　良[2)]

症例は進行胃癌に対する化学療法を6ヶ月施行中の69歳男性．急性1型呼吸不全を伴う両肺すりガラス影の精査加療目的に入院した．血中β-Dグルカンは高値で，気管支鏡で採取した気道検体のPCRが陽性であり，ニューモシスチス肺炎（PJP）と診断した．ST合剤とステロイドの投与で軽快し，第16病日に退院した．HIV抗体は陰性で，他の典型的な細胞性免疫抑制因子も無かった．化学療法で使用されたSOX療法＋ニボルマブ，ナブパクリタキセル，パクリタキセルは一般的にPJPのリスクが低く，前投薬のステロイドも少量であった．一方で，PJP発症前約3か月間，リンパ球数は500/μL前後と低値であった．本症例ではリンパ球減少に加え，担癌状態に伴う免疫機能低下，化学療法，併用ステロイド等が複合的に関与しPJPを発症したと考えた．典型的なリスク因子を伴わない担癌患者においても，両肺のすりガラス影を呈する呼吸不全にはニューモシスチス肺炎を鑑別に挙げる必要がある．

O-172

抗菌薬不応の広範な肺浸潤影を呈し，ARDSを合併した肺結核に対してステロイド併用療法が奏効した一例

神戸市立医療センター中央市民病院

○松原　優斗，平井　将隆，平田　拓士，吉村倫太朗，
中山　怜那，打谷　美沙，柏木　郁実，青木　勝平，
西田　湧也，齊藤正一郎，伊部　匡晃，白川　千種，
神戸　寛史，平林　亮介，佐藤　悠城，富井　啓介，
立川　良

74歳男性．両肺の広範な多発浸潤影を伴う呼吸不全で救急搬送され，重症細菌性肺炎としてCTRX，AZM，ヒドロコルチゾンを開始した．一時改善したが，ヒドロコルチゾン終了後に再増悪した．数週間前から症状が持続していたこと，CT再検で一部に粒状影を認めたこと，一般細菌培養が陰性であったことから抗酸菌感染を疑い，喀痰抗酸菌検査で排菌性肺結核と診断した．呼吸不全の悪化により挿管・人工呼吸管理を要したが，肺結核に伴うARDSとして抗結核薬4剤およびmPSL 80 mg/dayを開始したところ，速やかに改善が得られた．早期に抜管し，結核治療継続のため転院した．肺結核は大葉性肺炎様の浸潤影を呈することがあり，非典型的な画像所見でも鑑別に挙げることが重要である．また，本症例の経過から，結核に伴う重症肺炎・ARDSに副腎皮質ステロイドが有効であった可能性が示唆された．

O-173
両側びまん性すりガラス影を呈した肺静脈閉塞症 / 肺毛細血管腫症 (PVOD/PCH) の1例

大阪大学大学院医学系研究科　呼吸器・免疫内科学

○鬼頭　真理，住谷　　仁，小牟田清英，小牟田里以子，
佐伯　志歩，三橋　靖大，久下　朋輝，榎本　貴俊，
白井　雄也，枝廣　龍哉，山本　悠司，内藤真依子，
内藤祐二朗，白山　敬之，三宅浩太郎，平田　陽彦

【背景】両側びまん性すりガラス影を呈したPVOD/PCHの1例を経験し稀な疾患であるため報告する．【症例】45歳男性．X－2年より労作時呼吸困難が出現し徐々に増悪していた．X年Y月に発熱，労作時呼吸困難を認め搬送された．胸部CTで両側びまん性小葉中心性すりガラス影，小葉間隔壁肥厚，縦隔リンパ節腫大を認めた．入院後に人工呼吸器管理となった．同日よりステロイドパルス療法を開始，ニューモシスチス肺炎疑いとしてST合剤を追加した．心臓超音波検査にて右心負荷所見を認めたため，胸腹部造影CT，右心カテーテル検査，肺血流シンチを実施し 前毛細血管性肺高血圧症と診断した．画像所見や呼吸機能検査の結果からPVOD/PCHと診断，在宅酸素を導入しエンドセリン受容体拮抗薬の投与を開始した．【考察】両側びまん性すりガラス影では感染症や間質性肺炎のみならず，PVOD/PCHを鑑別に挙げることが重要である．

O-174
気管支充填術により開窓術を回避できた有瘻性膿胸の１例

1）滋賀医科大学医学部附属病院　医師臨床研修センター
2）滋賀医科大学　呼吸器内科学講座
3）同　感染制御部
4）同　保健管理センター

○小林　愛美[1)]，久保　直之[2)]，重森　　度[2)]，市田　　周[2)]，
中西　　司[2)]，御園生昌史[2)]，入山　朋子[2)]，角田　陽子[2)]，
山崎　晶夫[2)]，仲川　宏昭[2)]，黄瀬　大輔[2)]，山口　将史[2)]，
大澤　　真[2,3)]，小川惠美子[2,4)]，中野　恭幸[2,3)]

【症例】50歳台男性．【現病歴】1ヶ月前から倦怠感を自覚．自宅で倒れているところを発見され，救急要請された．【経過】胸部CTで右胸腔に液面形成を伴う液貯留をみとめた．右胸腔ドレーン挿入中にショックバイタルとなり，ICUにて人工呼吸管理を行った．右胸腔ドレーンから膿性排液と持続性のair leakを認め，有瘻性膿胸と診断し，抗菌薬加療を行った．全身状態とCT所見から外科的肺瘻閉鎖術の適応ではないと判断し，第5病日に肺瘻のある右中葉気管支に気管支充填術を施行した．その後air leakが停止し，第8病日に人工呼吸管理から離脱，第15病日に右胸腔ドレーンを抜去，第46病日に自宅退院となった．【結語】気管支充填術により開窓術を回避できた有瘻性膿胸を経験した．

O-175
レポトレクチニブ投与後に呼吸困難を認め薬剤性肺障害との鑑別に苦慮したROS-1融合遺伝子陽性肺腺癌の1例

関西医科大学 呼吸器腫瘍内科学講座

○今林加奈子，竹安　優貴，荒木　啓吾，北川　真愛，
槇原なつの，中西健太郎，吉田　清里，生駒　龍興，
中濱かほり，勝島　詩恵，山中　雄太，濱井　宏介，
池田　　慧，倉田　宝保

症例は53歳，女性．ROS1融合遺伝子陽性右上葉肺腺癌cT4N3M1c2（胸膜，肝臓，副腎，骨，膵臓）stage IVBに対し，初回治療としてレポトレクチニブを開始した．投与40日目のCTで部分奏効を確認した一方，肺野に小葉間隔壁肥厚および網状影の出現を認めた．無症状であったため投与を継続したが，投与63日目にGrade 2の呼吸困難が出現した．薬剤性肺障害を疑い一段階減量したところ，呼吸困難は改善した．その後も網状影は残存したが，適宜休薬することで症状はコントロール可能であった．レポトレクチニブでは呼吸困難が約10%に認められる一方，間質性肺疾患・肺炎も報告されている．本症例では，呼吸困難の原因が薬剤性肺障害によるものか，レポトレクチニブによる有害事象としての呼吸困難かの鑑別に苦慮した．本症例を文献的考察を加えて報告する．

O-176
レセプトデータを用いた京都府在住原発性肺がん患者におけるアナモレリンの使用実態

1）京都府立医科大学　大学院医学研究科　呼吸器内科学
2）京都府　健康福祉部　健康対策課
3）京都府立医科大学大学院医学研究科　地域保健医療疫学
4）同　循環器内科学

○森田　理美[1)]，長光　玲央[2,3)]，西　　真宏[4)]，
奥田　　司[2)]，髙山　浩一[1)]

【背景・目的】がん悪液質は肺がん患者の予後やQOLに影響する．アナモレリンの実臨床における使用実態は十分には明らかにされていない．京都府における実態把握の端緒として，レセプトデータを用いて肺がん患者における使用実態を検討した．【方法】京都府の国民健康保険および後期高齢者医療保険のレセプトデータから，2021年4月から2025年3月の間に原発性肺がんの病名を有しアナモレリンが処方された患者を抽出し，年齢，性別，生存期間，処方期間等を記述した．【結果】対象は457例，年齢中央値は77歳，男性67.4%であった．処方後の生存期間は0～2か月が全体の56.0%であった．処方月数は中央値2か月（最大33か月）で12か月以上継続した患者は8.9%であった．【結語】レセプトデータにより京都府における原発性肺がん患者におけるアナモレリンの実臨床での使用状況が明らかになった．

O-177
好酸球性肺炎を合併した進展型小細胞肺癌の一例

市立吹田市民病院　呼吸器リウマチ科

○岡部　福子，永田　　史，山本有美子，稲田　怜子，
角田　尚子，東口　将佳，鉄本　訓史

症例は73歳男性．X年2月に持続する微熱を主訴に近医を受診した．胸部CT検査を施行され，両肺にすりガラス影，右肺下葉に結節影，左肺下葉に小結節影，両側肺門リンパ節腫大を認め精査目的に当院へ紹介となった．末梢血好酸球数772/μL，気管支肺胞洗浄液中の好酸球比率は61％と上昇しており好酸球性肺炎と診断した．また右肺下葉結節の生検で小細胞肺癌と診断した．PET-CT検査で頸椎～仙椎，骨盤骨，大腿骨，肋骨，肩甲骨に一致したFDGの集積亢進があり多発骨転移と判断し，進展型小細胞肺癌（cT2aN3M1c1，Stage IVB）と診断した．好酸球性肺炎に対してステロイド治療を導入し肺陰影の改善後に化学療法を開始した．両疾患が同時期に発症しており，小細胞肺癌に伴う腫瘍随伴性好酸球性肺炎の可能性も考えた．稀な病態と考え，文献的考察を加えて報告する．

O-178
右中葉と左上葉に同時多発の異なる遺伝子変異を有した肺腺癌の1例

市立大津市民病院　呼吸器内科

○井ノ口乃英瑠，山邊　　凌，濱島　良介

77歳男性．20XX-1年3月に右中葉肺腺癌（cT3N0M1a（PLE）：cstageIVA期：MET exon 14 skipping）と診断し，同年5月よりテポチニブによる加療を開始した．経過中，右中葉の原発巣は縮小傾向にあったが，左上葉の結節影が増大傾向を示し，新規溶骨性骨転移の出現も伴っていた．一連の臨床経過が合わず，左右同時多発の原発性肺癌を疑い，20XX年1月に左上葉結節に対して気管支鏡検査を実施した．採取検体を用いたオンコマイン Dx Target Test マルチ CDx システムによる遺伝子変異検索の結果，左上葉肺腺癌（cT1cN2aM1c1：cstageIVB期：EGFR exon 19 deletion）と診断した．同時多発する肺腺癌でそれぞれ異なるドライバー遺伝子を有した稀な症例であるため，文献的考察を交えて報告する．

O-179
肺がんサルコペニア誘導メカニズムの解明

滋賀医科大学　呼吸器外科

○川口　　庸，茂木　彩伽，尾澤かほる，余田　　誠，
水野かんな，白鳥　琢也，片岡　瑛子，庄司　文裕

【はじめに】現在，肺がん患者における骨格筋量低下の分子生物学的なメカニズムは解明されていない．【結果】本研究では肺がん細胞が分泌する骨格筋異化因子を探索し，アクチビンに着目した．まずマウス肺がん細胞株（LLC）を用いて肺がんサルコペニアマウスモデルを独自に作成した．このマウスモデルにおいて，血中のアクチビン濃度上昇に伴い筋委縮を来すこと，アクチビン受容体阻害剤をマウス腓腹筋に直接投与すると，筋肉の萎縮が回復することを明らかにした．さらにアクチビンノックダウンLLCを移植したマウスでは，血中のアクチビン濃度が低下し，サルコペニアの進行が抑制され，予後が延長することを確認した．ヒト肺がん切除組織の免疫組織化学染色においては，肺がん細胞のアクチビン発現が高い程，骨格筋量が少ないことを証明した．【考察】本研究成果より，将来的にアクチビンを標的とした肺がんサルコペニア治療の創出が期待できる．

O-180
異なるdriver遺伝子異常を有する同時性多発肺癌の1例

社会医療法人愛仁会明石医療センター

○佐々木和子，畠山由記久，奥田　有沙，畦倉　孝暁，
井上　拓弥，古川　湧也，池田　美穂，岡村佳代子，
大西　　尚

【症例】77歳男性【現病歴】X年3月，健診胸部X線で異常陰影を指摘され受診した．CTで右上葉B3a背側に充実性結節，B2aに部分充実型結節（充実成分19mm）がみられ，形態が異なり別個の原発巣を疑った．同一気管支鏡でそれぞれの病変から検体を採取し，同一のマルチプレックス検査に提出した．全身検索の結果も踏まえて前者はALK陽性腺癌cT2aN0M1c（多発骨転移）StageIVB，後者はEGFR exon19del陽性腺癌cT1cN0M0と診断した．進行度からALK陽性病変の治療を優先しX年5月よりアレクチニブ600mg/日を開始した．X+2年6月までPRを維持し，EGFR病変は無治療で著変がなかった．【考察および結語】異なるドライバー遺伝子異常を有する同時性多発肺癌を経験した．本症例ではALK陽性肺癌を優先治療することで長期間の病勢制御が得られた．同時性多発肺癌の治療選択や順序を含めて考察する．

O-181
CT ガイド下肺生検によって診断した肺動脈肉腫の一例

1）彦根市立病院　呼吸器内科
2）同　呼吸器外科

○岡田　裕太[1)]，西岡　憲亮[1)]，西岡　慶善[1)]，赤澤　　彰[2)]，
奥野　翔子[2)]，林　　栄一[2)]，花岡　　淳[2)]，月野　光博[1)]

【症例】77歳男性．2ヶ月前より咳，労作時呼吸困難を自覚していた．近医の血液検査で血小板減少を指摘され，当院紹介受診となる．胸部 CT で両肺多発結節影を認め，胸部造影 CT では両肺動脈に造影欠損を認め肺動脈血栓や肺動脈肉腫が疑われた．PET-CT で肺動幹から左右の肺動脈に至るまでの FDG の集積を認めた．肺の転移巣に対する CT ガイド下生検にて肉腫を検出し，肺動脈肉腫，多発肺転移と診断した．診断後，大学病院の腫瘍内科へ転院となった．【結語】肺動脈肉腫は極めて稀で予後不良な疾患であり，肺血栓塞栓症との鑑別が重要である．PET-CT は診断に有用で，治療の中心は完全外科切除である．さらに化学療法や放射線療法，分子標的薬を組み合わせた集学的治療により予後改善が期待される．

O-182
経気管支肺生検と肺動脈吸引細胞診で尿路上皮癌関連の肺腫瘍血栓性微小血管症（PTTM）と判断した一例

1）淀川キリスト教病院　呼吸器内科
2）同　循環器内科
3）同　病理科

○堀川　真衣[1)]，西島　正剛[1)]，朝岡　拓哉[1)]，中村　基寛[1)]，
古田　寛人[1)]，上野　峻輔[1)]，曽根　莉彩[1)]，水谷　　萌[1)]，
吉井　直子[1)]，水窪由美子[1)]，大谷賢一郎[1)]，紙森　隆雄[1)]，
松本　大典[2)]，大谷　恭子[3)]

【症例】71歳，男性 X 年3月上旬からの咳嗽・発熱を主訴に前医受診した．CT で両肺浸潤影あり，前医で抗菌薬やステロイドパルス加療も，呼吸状態が悪化し4月21日に当院へ転院した．造影 CT で肺塞栓と左腎腫瘍を認め，心エコーでは著明な右心負荷を認めた．第3病日に経気管支肺生検，第4病日に右心カテーテル検査で吸引細胞診を施行した．肺組織で血管内腫瘍細胞集塊と内膜の線維性肥厚を認め，肺腫瘍血栓性微小血管症（PTTM）と判断した．原発巣は特定できず，第11病日に原発不明癌としてカルボプラチン＋パクリタキセルを投与したが，呼吸不全が急速に進行し，第21病日に死亡した．死後に判明した免疫染色で GATA3陽性より原発は尿路上皮由来と判明した．【考察】PTTM の原発は胃癌が最多とされている．しかし，本症例では尿路上皮癌が原発であることが死後に判明した貴重な一例として文献的考察を加えて報告する．

O-183
自己免疫性肺胞蛋白症の経過中にすりガラス影を呈し鑑別に苦慮した肺腺癌の一例

1）天理よろづ相談所病院　呼吸器内科
2）同　呼吸器外科
3）同　放射線科
4）同　病理診断部

○藤本　尚子[1)]，橋本　成修[1)]，黒河内堂皓[1)]，橋本　文蔵[1)]，
木下　英尊[1)]，須賀　大貴[1)]，坂本　裕人[1)]，田中　佑磨[1)]，
松村　和紀[1)]，上山　維晋[1)]，池上　直弥[1)]，西原　　昂[1)]，
加持　雄介[1)]，田中　栄作[1)]，田口　善夫[1)]，小林　　萌[2)]，
久保　　武[3)]，小橋陽一郎[4)]，住吉　真治[4)]，羽白　　高[1)]

症例は76歳男性．X-6年より自己免疫性肺胞蛋白症にて経過観察中，両側多発すりガラス影は自然消長を繰り返していた．右肺上葉のすりガラス影も肺胞蛋白症の陰影と判断していたが，X 年の胸部 CT を経年的に評価すると同部位のみ年単位に緩徐な増大傾向を認めた．肺癌の可能性を疑い同年に診断的治療目的で胸腔鏡下右肺上葉切除術を施行し，肺腺癌 pT1bN0M0 stageIA2と診断した．X+1年肺胞蛋白症の増悪や肺癌の再発なく経過している．肺胞蛋白症は特徴的な画像所見を呈する一方，すりガラス影を呈する肺癌との鑑別が困難な場合がある．多発する陰影の中で，長期的な画像変化にも着目し，他病変と異なり増大を続ける場合には肺癌の合併を疑うことが重要である．自己免疫性肺胞蛋白症と肺癌の合併例は比較的稀であり，文献的考察を交えて報告する．

O-184
血球貪食症候群 (HLH）を合併した KIF5B-RET 融合遺伝子陽性肺腺癌の１例

京都中部総合医療センター

○木村　脩人，伊達　紘二，廣瀬　和紀，米本　湧毒

症例は55歳女性．202X 年8月，発熱，咳嗽を主訴に受診し，精査で右下葉肺腺癌（cT4N3M1c2［HEP，OSS，LYM］，Stage IVB，TPS 60%，KIF5B-RET 融合遺伝子陽性）と診断した．初診時から38℃以上の発熱が持続し，Hb 7.8g/dL，Plt 4.2万/μL，フィブリノーゲン102 mg/dL，フェリチン3456ng/mL，可溶性 IL-2受容体17300U/mL で，肝脾腫も認めたことから血球貪食症候群（HLH）を疑った．セルペルカチニブを導入するとともに，骨髄穿刺およびランダム皮膚生検を施行後，ステロイドパルス療法を開始した．骨髄では組織球の増加と血球貪食像を認め，感染症や血液悪性腫瘍など他の HLH の原因を示唆する所見に乏しく，肺癌に伴う HLH と診断した．セルペルカチニブによる抗腫瘍効果とともに血球減少および炎症所見は改善し，ステロイドを漸減・終了したが，HLH の再燃なく経過した．原発性肺癌に HLH を合併することは稀であり，文献的考察を加えて報告する．

O-185
セルペルカチニブによる過敏症に対しステロイド併用下で再導入し治療継続できた肺腺癌の1例

1）京都民医連中央病院　呼吸器内科
2）京都第二赤十字病院　呼吸器内科
3）土庫病院　内科

○植田　寛生[1)]，山本　千恵[2)]，竹村　知容[1)]，扇谷　知宏[1)]，
津島　祐斗[3)]，河原　一磨[1)]

【背景】セルペルカチニブ（以下 SEL）は RET 融合遺伝子陽性肺腺癌に高い有効性を示す一方，特徴的な過敏症を来すことがあるが，実臨床でのマネジメントに関する報告は限られている．【症例】52歳男性．RET 融合遺伝子陽性肺腺癌 StageIVB に対し SEL320mg/ 日を開始した．投与10日目より発熱，皮疹，両下腿痛が出現したため解熱鎮痛薬の使用を開始したが，症状増悪したため20日目に SEL による過敏症と診断し休薬，同日よりプレドニゾロン換算1mg/kg/ 日で投与を開始した．22日目にステロイドを0.4mg/kg/ 日へ減量し症状が改善したため，28日目に SEL80mg/ 日で再導入し，35日目に160mg/ 日まで増量したが，過敏症の再燃は認めず，胸部 X 線では原発巣の縮小を認め治療継続が可能であった．【結語】SEL による過敏症は早期診断と適切な休薬・ステロイド投与により治療継続が期待できる．本症例は肺癌においてステロイド減量後に再導入し治療継続し得た一例である．

O-186
異なる HER2 標的治療で反復する左室機能低下を認めた HER2 遺伝子変異陽性肺癌の1 例

市立池田病院　呼吸器内科

○阪本　直優，清水　裕平，上田　真鈴，網屋　沙織，
榎本　昌子，田幡江利子，大谷　安司

【症例】85歳，女性 .【現病歴】CREST 症候群で無治療経過観察中，X 年9月に胸部 X 線で偶発的に異常陰影を指摘された．CT で右 S3に46mm の腫瘤および右下葉に18mm の結節影を認め肺腺癌 cT4N2M0，cStage IIIB（肺癌取り扱い規約 第8版）と診断．HER2遺伝子変異を認め X 年12月より1次治療を開始したが，4コースで病勢増悪した．2次治療として X ＋1年2月よりトラスツズマブ デルクステカンを開始した．2コース後に Grade 2の左室駆出率（LVEF）低下を認め休薬した．LVEF の改善を確認して4次治療として X ＋2年1月よりゾンゲルチニブを開始したが，経時的に LVEF 低下を認め，投与203日目に中止した．【考察】近年，HER2遺伝子変異陽性肺癌に対する治療選択肢が拡大している．一方，治療薬ごとに異なる機序で左室機能低下による心毒性を生じる可能性があり，その適切な評価および管理が重要となる．

O-187
Trastuzumab Deruxtecan 投与中にがん治療関連心機能障害が疑われ早期介入を行った非小細胞肺癌の一例

1）滋賀県立総合病院　呼吸器内科
2）同　臨床検査部

○岡本　淳志[1)]，行村瑠里子[1)]，芝野　良紀[1)]，淡路恒太郎[1)]，
野原　　淳[2)]，石床　　学[1)]，渡邉　壽規[1)]，阪森　優一[1)]，
中村　敬哉[1)]

症例は79歳男性，右上葉肺腺癌 cT1cN3M1c（BRA，OSS），cStageⅣ B，HER2（ERBB2）遺伝子変異陽性，PD-L1 TPS 10-20% に対して，三次治療として Trastuzumab Deruxtecan（T-DXd）を導入した．T-DXd は薬物誘発性心筋症として心筋細胞障害の副作用に注意を要する薬剤であり，心エコーにて左室駆出率（LVEF）を基準に休薬，減量基準が設けられている．本症例では，T-DXd6コース投与後に，がん治療関連心機能障害（CTRCD）に至る心機能障害の早期指標として使用される左室全体ストレイン（GLS）の低下を認めたため，T-DXd の休薬，心保護治療薬の導入など循環器内科との連携を行ない，CTRCD の改善傾向を認めた．また T-DXd の休薬中に新規の転移性脳腫瘍を認めたため四次治療として Zongertinib 導入を開始した．シークエンス治療につなげられる心機能維持のための早期介入がより重要になると考えられたので，Zongertinib 導入後の経過とあわせて報告する．

O-188
ブリグチニブ関連心膜炎と考えられた ALK 陽性肺腺癌の1例

神戸大学医学部附属病院　呼吸器内科

○宮崎　菜桜，矢谷　敦彦，森信　　裕，西井　雅彦，
羽間　大祐，桂田　直子，立原　素子

【症例】72歳，男性【主訴】全身倦怠感【現病歴】X-16年に右上葉 ALK 陽性肺腺癌に対して右上葉切除術が行われ，X-1年3月に多発肺内・リンパ節転移，腹膜転移で再発した．4月より臨床試験参加にてブリグチニブ＋カルボプラチン＋ペメトレキセドを開始し PR となったが，7月に少量の心嚢液貯留が出現した．維持療法中に出現した両側胸水，浮腫のため，X 年1月にペメトレキセドを中止し，ブリグチニブのみ継続した．6月に PD となったが，心嚢液は緩徐に増多し続けており，二次治療導入前にドレナージを行った．外観は褐色で，細胞診，セルブロックは陰性であった．ロルラチニブに変更後は，心嚢液の再増多なく経過している．【考察】経過や病理所見より癌性心膜炎は否定的であり，ブリグチニブ関連心膜炎の可能性を考えた．ALK チロシンキナーゼ阻害薬による心膜炎の報告は散見されるが，ブリグチニブでは稀であり，報告する．

O-189
テポチニブ投与中に気管支縦隔瘻を形成した進行期肺扁平上皮癌の一例

独立行政法人　国立病院機構　京都医療センター

○吉村　才気，今北　卓間，藤本　直輝，黒田　昌志，
福田　啓樹，外山　尚吾，伊藤　高範，大井　一成，
金井　　修，藤田　浩平，谷澤　公伸

症例は80歳男性．2型糖尿病で前医通院中，X年4月に胸部異常影，胸痛，体重減少のために当院初診．EBUS-TBNAで肺扁平上皮癌（TPS100%）の病理診断となり，オンコマインでMET Exon14 skipping変異を認めた．臨床病期はcT4N2bM0=Stage3Bであったが，病変の拡がりから根治的な化学放射線治療が困難であったため，X年6月よりテポチニブ500mgを開始した．食思不振，眼瞼浮腫のために，治療開始4週後にテポチニブを休薬した．治療開始5週後のCTで，原発巣，リンパ節転移はいずれも著明に縮小（部分寛解相当）したが，右主気管支と気管分岐下リンパ節の間で瘻孔形成を認めた．テポチニブ休薬より2ヶ月が経過したが，肺癌の再増大や瘻孔への感染合併はきたしていない．肺癌薬物療法中の気管支縦隔瘻は稀な合併症であり，テポチニブ単剤での報告はないため，類似症例の文献的考察を交えて報告する．

O-190
MET陽性肺癌の耐性克服に向けた臨床研究

奈良県立医科大学　がんゲノム・腫瘍内科

○武田　真幸

【背景】MET遺伝子エクソン14スキップ変異は，METキナーゼを恒常的に活性化させる変異であり，非小細胞肺癌の約3～4%に見られる．これらの患者を対象としたMETチロシンキナーゼ阻害剤（MET-TKI）の第2相試験に基づいて，テポチニブ，カプマチニブ，グマロンチニブが『MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌』に対して保険償還されている．MET遺伝子エクソン14スキップ変異陽性のNSCLCの前臨床試験では，MET-TKI獲得耐性の一部にカボザンチニブの感受性を示すことが報告されている．【目的】標準治療終了後のMET遺伝子エクソン14スキップ陽性非小細胞肺癌において，カボザンチニブが一定の有効性を示すかどうかを評価すること．【方法】既治療MET遺伝子エクソン14スキップ変異陽性進行・転移性非小細胞肺癌患者を対象に，カボザンチニブの安全性および有効性を検討する非盲検第2相試験を立案した．

O-191
セルペルカチニブ関連乳び胸と腫瘍関連乳び胸の鑑別にリンパ管造影が有用であった1例

兵庫県立尼崎総合医療センター　呼吸器内科

○松村　洋希，戸川　雄貴，吉田　奈生，平井　厚志，
本田　郁子，小川　　亮，岡崎　航也，小坂　七海，
松本　啓孝，齋藤恵美子，永田　一真，平位　知之，
遠藤　和夫

症例は60歳代男性．RET融合遺伝子陽性肺腺癌（Stage Ⅳ）に対しセルペルカチニブを投与中，右乳び胸を発症した．リンパ管造影で原発巣が縮小した部位からのリンパ液漏出を認めたため，当初は肺癌に対する治療効果に伴うリンパ管障害による乳び胸と考え，胸腔ドレナージおよび胸膜癒着術を施行した．その後，右胸水は一旦コントロールされたが，再増加に加えて左乳び胸も出現した．再度のリンパ管造影では明らかな漏出を認めず，両側性であることから局所的なリンパ管障害のみでは説明困難と考え，セルペルカチニブによる薬剤性乳び胸を疑った．同薬中止後に胸水は減少し，再投与後に両側胸水が再増加，再中止後は増加を認めなかった．セルペルカチニブ投与中の胸水増加では，癌性胸膜炎や局所的リンパ管障害に加え，薬剤性乳び胸も鑑別として重要である．