

# 抄 録

教育講演

共同シンポジウム

ランチョンセミナー

スイーツセミナー

## 教育講演 1

### 胸部X線写真 ～咳の初診・救急室にて

長尾 大志

島根大学医学部 地域医療教育学講座 教授

昨今では外来や救急の現場で、胸部CTを簡単に撮影できるようになりました。外来受診される患者さんによる呼吸器系の訴えで多いのは咳であります。咳を主訴とする初診患者の鑑別の第一歩として、多くの場面では胸部X線写真を撮影されることと思います。しかしながら特に大きな病院の専門医の先生方は、胸部CTを最初から撮ってしまう、ということもあるかもしれません。しかし設備の整った都会の病院であれば可能であっても、例えば外勤で出かけた診療所、あるいは時間外などでCTが撮れない場合には、やはり胸部X線写真をきちんと読影する必要があります。その場合でも、咳という主訴の原因を探すという観点からすると、見るべきポイントは比較的絞られるため、そこを前半でご紹介いたします。

また救急の現場でも特に、見落としが少なくなること、それに施設にもよるでしょうが放射線科の読影がついたりすることから、研修医の先生をはじめとして胸部CTをまず撮影、ということをよく見かけます。むしろ胸部CTだけ撮って、胸部X線写真は撮らないなんてことも……撮らないから読めるようにならない……という悪循環に陥らないように、救急でよく遭遇する疾患での胸部X線写真読影のコツ、を後半で取り上げます。救急の現場で、CTに頼らずともある程度の読影ができる、画像の見方の基本につきまして、若い先生や学生の皆さん、それにメディカルスタッフの皆さんにもわかりやすくお伝えするために今回の企画を考えました。そういう方々に教える機会のある先生方も、教えるヒントがあるかもしれません。よろしければご参加のほどよろしくお願い申し上げます。

## 教育講演2

### どうする？肺炎！～家康のピンチを救おう～

伊藤 功朗

京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 准教授

肺炎は、日常臨床において抗菌薬治療が行われる感染症の中でも頻度の高い疾患であり、また、わが国で最も死亡者数が多い感染症でもある。呼吸器内科を専門とする医師にとって、肺炎をうまく治療することは必須であり、しかし時として複雑である。研修医との会話でよく求められることは、「どの抗菌薬を使ったらいいですか？」「最初の抗菌薬が効かなかったのですが、何に変えたらいいですか？」という質問に対する即答である。

感染症は明らかに原因となる病原体が存在し、それに対して治療することになる。2020年から始まった新型コロナウイルス感染症の流行により、感染症（肺炎）には起炎微生物が存在し、それを診断あるいは推定して治療するのが望ましいという意識が我々に少なからず強まったと思われる。現実的には、多くの肺炎のケースでは当初起炎微生物が不明のまま治療を開始することになる。したがって、その微生物を患者の背景、状態、社会的状況などから推定したり、あるいは除外したりして抗菌薬を選択する。しかも、副作用、薬剤耐性菌対策や医療資源の観点から、抗菌薬は必要最小限かつ充分のスペクトラムと種類数であることが望ましい。つまり、そのプロセスには敵（菌）を知り、己（宿主状態）を知ったうえでの状況判断が必要である。

本講演では、若手の先生がた、あるいは指導医の先生がたと、肺炎と微生物の基礎知識を今一度整理させていただき、肺炎に罹患した（と仮定する）家康と一緒に救いましょう。

## 教育講演3

### CTガイド下肺生検・局所麻酔下胸腔鏡検査をより handy に — 外来検査のすすめ —

塩田哲広

赤穂市民病院 呼吸器科

一言で【CTガイド下肺生検】【局所麻酔下胸腔鏡検査】といっても各施設で適応や手技が大きく異なっている。しかも統一したマニュアルも存在しない。空気塞栓などの重篤な合併症の報告もみられる。所詮検査である。その検査で重篤な合併症はいただけない。でも安全を重視するあまり症例を絞っているとこの検査本来の可能性を殺してしまうことになる。

この2つの検査は精通すれば呼吸器診療の幅が大きく広がることは間違いない。是非興味を持って手を動かしてみしてほしい。きっと私の言っていることが理解できるようになると確信している。

私がいつも心がけている検査のコツについてまとめてみた。

#### CTガイド下肺生検のコツ

- ①病変と胸膜の間に肺がある場合には20G針を用いる（18G針は用いない）
- ②外套針は留置しない
- ③1回穿刺を基本とする。
- ④横隔膜近くで呼吸性変動の大きな部位ではあえて胸壁と病変の距離のある穿刺経路を選択して、穿刺することによって呼吸性変動を抑制して病変に導いていく。
- ⑤病変のどこに命中しているのかMPR画像で確認する
- ⑥1回の検査は20分以内に終了する。
- ⑦気胸の外来治療用のデバイスを用意する。
- ⑧被爆のことを考えてCT透視は使用しない。

#### 局所麻酔下胸腔鏡検査のコツ

- ①検査中ソセゴンの持続点滴を施行して疼痛コントロールを行う(15mg/時間)
- ②肋間筋を開排して壁側胸膜を漏出して直視下に開窓して胸腔内に入る。
- ③胸水がないか、少ない場合にはドレーンを留置せずに抜去する（外来検査が可能）。
- ④大量胸水の時には検査後留置したドレーンの持続吸引は行わない
- ⑤壁側胸膜の生検には硬性鉗子を用いて胸膜の全層切除を心がける
- ⑥局所麻酔なので30分以内に検査を終了する（間違っても1時間を超えないこと）
- ⑦膿胸はすべて局所麻酔下胸腔鏡の適応である。

**Are you ready ? OK Here we go !**

## 教育講演4

### 症例検討ライブ「症例から学ぶ外来診療スキル」

座長 佐藤 篤靖

京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 講師

演者 大塚浩二郎

神鋼記念病院 呼吸器内科 部長

土谷美知子

洛和会音羽病院 呼吸器内科 部長

呼吸器疾患の主訴は多彩であり、多くの鑑別を要します。丁寧な問診や正確な身体所見をとる事は、正しい診断に近づくために必要な医療スキルですが、経験が少ないうちは多くの情報に翻弄されて習得が困難でもあります。本教育講演では、症候学を中心に患者主訴から治療に至るアウトラインを、エキスパートの経験と実際の症例記録から学ぶことで意識できるように企画しました。

若手の先生に多くご参加いただき、実りある機会にしたいと思います。

是非ご参加ください。

## ケアリハ教育講演 1

### 地域で支える呼吸リハビリテーション ～CURE神戸の取り組み～

石川 朗

神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域

#### ■はじめに

呼吸リハビリテーションに関するステートメントにおいて、呼吸リハビリテーションは原則としてチーム医療であり、急性期から回復期、そして維持期から終末期までシームレスな介入が重要と記されている。しかし、現状ではシームレスの介入に難渋している場合が多く、地域連携は十分に進んでいない。本講演では、その問題点を再考し、神戸市にて呼吸器疾患のシームレスな介入を目的の一つとして設立された、リハビリテーション地域連携協議会 CURE 神戸 (Consortium of seamless and comprehensive rehabilitation in Kobe) を紹介する。

#### ■地域連携・地域包括ケアシステムにおける課題と展望

地域連携における課題の一つとして、回復期での制約がある。呼吸器疾患や呼吸障害を対象としたリハビリテーションは、診療報酬での点数が他疾患と比べて低い、実績指数において FIM 利得が得づらい、呼吸器専門医が少ないなどの現状がある。そのため、回復期において呼吸リハビリテーションが積極的に実施されておらず、継続性が絶たれている。

次に、呼吸器疾患も居住地域のサービスを利用し生活していくことが理想である。しかし、現在の地域包括ケアシステムは主に脳血管障害や運動器疾患等に関して論じられており、内部障害のシステム構築は皆無の状態である。

ステートメントにおいても、今後の課題として慢性呼吸器疾患の管理のためには呼吸リハビリテーションを含んだ包括的医療システムの整備が重要であり、地域における医療連携は欠かせないと報告されている。

#### ■CURE 神戸

以上の現状を踏まえ、CURE 神戸が設立された。神戸市と神戸在宅医療・介護推進財団が事務局となり、各医療職能団体、基幹病院からの委員で構成されている。その主な趣旨は、①急性期・回復期・生活期リハビリテーションを包括する一体化プログラムを構築し運用する、②一体化プログラムを通じて各々に関わる医療機関の機能分化と相互連携を図る、③関係するセラピスト・医師・看護師・地域連携担当職などの教育育成と相互連携を図る、④全ての疾患別リハを対象とするが、当面は一体化プログラムが未熟な内部障害リハをモデル事業とする、⑤一体化プログラムによって医療者のみならず患者本人が病態とりハビリテーションの見通しを持つことができ、行動変容を期待するものである。

#### ■おわりに

CURE 神戸のモデル事業が、地域で支える呼吸リハビリテーション構築の一助となり、今後の指針となることを切望している。

## ケアリハ教育講演2

### 臨床研究のための統計学の基礎知識

新谷 歩

大阪公立大学大学院医学研究科 医療統計学教室 教授

日々の日常臨床において、「この治療法は従来の方法よりより効果がある気がする、でもどうしたら、それを証明できるのか」と思っている人は多いと思います。現代医療は、エビデンスをもとにした医療 Evidence Based Medicine, EBM が推奨され、EBM はデータを集めることから始まります。そこで多くの方々には、日常臨床のデータはどうやって集めるのか？集めたデータをどう解析するのか？ソフトは何を使うのか？など様々な疑問が浮かぶことでしょう。

本教育講演ではエクセルを用いたデータの集め方、T検定やカイ二乗検定、分散分析など統計検定の選び方、無料統計ソフトのEZR（イージーアール）を用いたデータ集計の方法、P値の考え方等を数式を用いずわかりやすく解説します。統計検定の選び方では、以下の6つの要素によって、該当する検定を選んでいきます。

- ①差を見るのか相関をみるのか
- ②差を見る場合、比較群間のデータに関連性（対応）があるか
- ③アウトカムデータの種類は何か
- ④アウトカムデータが連続変数の場合、正規分布に従うか
- ⑤比較群の数は2群か3群以上か
- ⑥症例数は十分大きいか

本講演の内容は拙著やネットでも広くご紹介しており、簡単に学べる内容ですので、統計に興味のある方がたは是非ご参加ください。

## ケアリハ教育講演3

### 在宅HFNC導入時のケア

鬼塚真紀子, 竹川 幸恵

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

高流量鼻カニューラ (HFNC: high-flow nasal cannula) は主に急性呼吸不全患者を対象に用いられてきた。2022年在宅HFNCは、保険適用となり、今後利用者の増加が見込まれ、ケアの確立が急務である。

在宅HFNCは、解剖学的死腔の洗い出し、安定したFiO<sub>2</sub>の供給、軽度の呼気時陽圧換気、加温加湿効果などを期待し、安定した病態にある慢性閉塞性肺疾患 (COPD: chronic obstructive pulmonary disease) 患者を対象に導入される。

在宅HFNCが従来の在宅酸素療法と大きく異なる点は、加温加湿された高いフローが鼻腔に流れること、加温加湿器の水の消費が激しいため、空焚きとにならないように、適宜水の補充が必要となることである。そのため、高いフロー・熱さなどの不快がある場合や機器の取り扱い、特に加温加湿器の水の管理ができない場合は導入が困難となる。よって、導入の際には、高いフローに耐えることができそうか、在宅で患者もしくは家族が加温加湿器を始めとした機器の管理ができる状況にあるかという点をチームで事前に評価し、導入の適応を検討することが重要である。

導入時の具体的な流れとしては、在宅HFNCへの期待や不安などの思いを受け止め、一緒に取り組みたいことを伝える。そして在宅HFNCの特徴・効果および必要な管理に関する説明を丁寧に行い理解を深め、導入の同意を得る。鼻カニューラ装着時は、必ず暖機運転を行い、強めの温風が来るがこの温風に効果があることやしばらくすると慣れることを説明する。導入後は、自己効力感が高まるように励ましや力強い称賛の声かけを行いながら、装着時間の延長を図る。夜間の装着が可能となれば、終夜経皮的二酸化炭素分圧測定を行い夜間就寝中の呼吸状態を評価する。加えて、加温加湿器の水位 (朝まで水がもつか) や患者の自覚症状、不快の有無なども確認しながら、患者に合った設定を患者を含むチームで決定する。

設定の決定後、在宅導入に向けて鼻カニューラ装着や機器の自己管理に向けて、自己効力感の向上を図りながら指導を行う。

患者がHFNCを継続していくためには、アドヒアランスの維持・向上が重要であり、患者が治療の効果を実感できるように、言葉やデータでフィードバックすることが重要である。また、患者が安心して在宅でHFNCを継続するためには、外来や訪問看護による継続した支援も不可欠である。

本講演では、在宅HFNC導入時のケアについて、症例を交えながら紹介したい。



## ケアリハ教育講演4

### 間質性肺疾患に対する呼吸リハビリテーション

西山 理

近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

間質性肺疾患（ILD: interstitial lung disease）に対する呼吸リハビリテーションは、実際の臨床で多く実施されているものの、その効果のエビデンスはCOPDに比較して少ないとされてきた。しかし、近年有効性を示す報告も増え、そのエビデンスも構築されつつある。最新の慢性呼吸器疾患に対する呼吸リハビリテーションのATS Clinical Practice Guidelineでは、ILDに対する呼吸リハビリテーションの推奨度はStrong、エビデンスの質はModerateとされ、COPDに対するものと同等となった（Rochester CL, et al. Am J Respir Crit Care Med 2023; 208: e7）。

しかし、ILDには特発性間質性肺炎、膠原病性間質性肺炎など多くの疾患が含まれるため、種々の疾患を含んだ報告の解釈には注意を要する。予後不良の特発性肺線維症（IPF: idiopathic pulmonary fibrosis）では経時的な肺機能の低下が起こるため、呼吸リハビリテーションの有効性、特にその長期効果は疑問視されてきた（Dowman L, et al. Cochrane Database Syst Rev 2021, Issue 2）。2023年に抗線維化薬内服下での呼吸リハビリテーションの有効性を比較試験で検証したFitness試験の結果が本邦から報告された（Kataoka K, et al. Thorax 2023; 78: 784）。12ヶ月時に評価した長期効果について、主要評価項目である6分間歩行距離では有効性を示せなかったものの、定常運動負荷試験における運動持続時間、TDIで評価した呼吸困難感などについては有効性が示された。

IPFに対するマネジメントにおいて、呼吸リハビリテーションは抗線維化治療とともに診断後早期に考慮する治療と位置付けられている（Raghu G, et al. Am J Respir Crit Care Med 2022; 205: e18）。軽度であっても労作時呼吸困難の自覚症状があれば適応になり得、決して進行期になって初めて行う治療ではない。しかし、長期効果を含めその限界も認識しつつ、総合的なマネジメントに組み入れていく必要があると考えられる。

今後解決すべき点として、実施可能施設の拡大、患者アクセスの改善、リモートリハの可能性、維持プログラムの有効性の検証、ILD独自のプログラムの工夫などが考えられる。本教育講演では、これらの内容を含めILDに対する呼吸リハビリテーションについて広く概説したい。

## ケアリハ教育講演5

### 呼吸器疾患と嚥下障害 ～支援と介入～

佐藤 晋

京都大学大学院医学研究科呼吸管理睡眠制御学

呼吸器疾患に限らず、嚥下機能は加齢と共に低下し、誤嚥のリスクは増加し、poor outcome の代表として誤嚥性肺炎が挙げられる。COPD に代表される慢性呼吸器疾患にとっては軽微な誤嚥であっても生体防御機能の低下のため、容易に増悪のきっかけとなる。このことは、肺炎を生じなかったとしても増悪イベントの増加として臨床的に問題となる。

反面、誤嚥リスクがある、というだけで臨床的に安易に「誤嚥性肺炎」と診断に至っているケース、さらに良かれと思って「絶食管理」を強いている状況があり、医原性の嚥下機能低下を招いている可能性すら示唆されていることは「適切に評価すること」「適切に介入すること」の二つは決して軽視してはならない事項である。

実臨床に目を向ければ、「COPD 増悪入院患者を診たら嚥下機能低下を疑え」と、意識するものの、そのような増悪を事前に察知することも重要であり、診察室で簡便に行う事が出来る手法として Repetitive Saliva Swallowing Test (RSST) などが提案されている。他にも嚥下と呼吸の discoordination (Impaired Breathing-Swallowing coordination) なども候補として挙げられ、介入法を確立するためには様々な可能性が示唆される。

本教育講演が、日常診療における安易な診断、安易な介入を見直す機会となれば幸いである。

## ケアリハ教育講演6

## 閉塞性肺疾患増悪時の吸入療法

## －国際ステートメント2023から最新の知見より－

奥田みゆき

国立病院機構 大阪南医療センター 呼吸器・アレルギー内科

近年、気管支喘息と COPD は、症状や病態に共通点があり閉塞性肺疾患として捉えられている。その増悪時の気道病理学的所見は、様々な炎症性細胞の浸潤・増加、粘膜浮腫・粘液産生の増加、そして気道平滑筋の収縮がみられる。

気道平滑筋の収縮によって生じる気流制限には、短時間作用性  $\beta 2$  刺激薬 (SABA : Short Acting Beta2 Agonist) が有効で、SABA は閉塞性肺疾患増悪時のキードラッグとなっている。一方で重篤な低酸素血症を呈する症例では、挿管人工呼吸管理などの侵襲的な呼吸管理に始まり、非侵襲的陽圧換気 (NPPV)、High-flow nasal cannula (HFNC)、酸素マスク、経鼻酸素と呼吸状態に合わせた様々なデバイスによる酸素療法が施行される。その際にはデバイス回路との兼ね合いから、キードラッグである SABA 吸入が困難となる場合がある。しかし、近年では回路に組み込むネブライザーの開発などによって SABA の吸入が比較的容易に施行出来るようになった。

2023 年、世界の吸入療法専門医師で作成されたステートメント (Li J. et al. Aerosol therapy in adult critically ill patients: a consensus statement regarding aerosol administration strategies during various modes of respiratory support. Ann Intensive Care. 2023 Jul 12;13(1):63.) が発表され、そのステートメントでは①挿管人工呼吸管理の場合は回路に組み込む振動メッシュネブライザーと加圧噴霧式定量吸入器 (pressurized metered-dose inhaler : pMDI) が推奨、② NPPV の場合も回路内に振動メッシュネブライザー、ジェットネブライザー、pMDI を組み込み吸入することが、NPPV を外してマウスピースやマスクなどで吸入する事よりも推奨③ HFNC の場合も回路内に組み込む振動メッシュネブライザーと pMDI が推奨されている。

吸入デバイスを回路内に組み込むことで、気道抵抗を減らして有効に吸入できる一方で、吸入薬剤の種類や吸入方法・吸入薬剤量・コストと医療従事者の労力など様々な問題が蓄積されている。また、このステートメントで検討された論文のほとんどがモデル肺などから知見から得ており、急性期の複雑な病態をもつ患者に対する吸入療法の評価は今後の優れた臨床研究を待つ必要があると思われる。

この講演では閉塞性肺疾患増悪時の病態生理と SABA の薬理作用、主に高流量システムデバイス使用時の SABA の吸入療法について再考したいと思う。

## 共同シンポジウム2

### 呼吸困難の緩和（薬物療法）

松田 能宣

国立病院機構近畿中央呼吸器センター（旧近畿中央胸部疾患センター）心療内科医長

非がん性呼吸器疾患患者において呼吸困難は頻度が高く、患者の苦痛となる症状の一つである。特に病状が進行すると、労作時のみならず安静時にも出現し、労作制限からADL低下につながる。標準治療に加え、酸素療法や呼吸リハビリテーションを行ってもなお残存する呼吸困難に対しては薬物療法を行うことがある。呼吸困難に対する薬物療法の選択肢には、モルヒネをはじめとするオピオイド、ベンゾジアゼピン系薬、抗うつ薬が挙げられるが、いずれもその有効性については研究結果が一致していない、もしくは十分に検討されていないのが現状である。また、非がん性呼吸器疾患患者側の要因、薬剤選択、使用量によっては死亡のリスクの上昇やCO<sub>2</sub>ナルコーシスにつながることもある。本講演では、現状のエビデンスの紹介と実臨床における薬剤の使い分け、使い方、注意点についてお話する予定である。

## 共同シンポジウム3

### 呼吸困難の緩和（非薬物療法）

合屋 将

公立学校共済組合近畿中央病院 呼吸器内科

呼吸困難は予後と関連し、残された期間のQOLを低下させる厄介な症状である。治癒や改善が期待できる疾患においては、疾患に対する治療が症状緩和の手段となり得るが、進行がん、COPDや肺線維症のように、有効な治療法が乏しく非可逆的に進行する疾患においては、症状そのものを緩和する手段が求められる。

心不全に続いて非がん性呼吸器疾患にも緩和ケアの光を当てようという機運が高まる中で、2021年に日本呼吸器学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会とが共同で「非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針」を発表した。この指針では、非薬物療法として呼吸管理（酸素療法、NPPV、ハイフローセラピー）、呼吸リハビリテーション、栄養療法、送風、鍼療法、セルフマネジメント、心理療法が取り上げられている。

非薬物療法というと薬物療法を補完するだけの副次的なものと思われがちだが、呼吸困難の緩和においては必ずしもそうではない。非薬物療法の利点の一つは安全性である。呼吸困難は難治性であるが故に、単独ではなく複数の治療法を併用する必要がある。とりわけ非がん患者ではがん患者に比べて介入期間も長くなるため、重篤な有害事象が少ないということは有利にはたらく。

また、呼吸困難は主観的な症状で、感情の影響を受けるため、プラセボ効果が大きくなる。効果が小さいケアでも、しないよりはずっと良いのである。そういう意味でも、害を為さないケアは知っておくと重宝する。

さらに、非薬物療法の中で送風、安楽な姿勢、呼吸法などはセルフマネジメントとして容易に行えるが、こうした呼吸困難時に患者が自身でできる対処法は、制御体験を増やし自己効力感を高める。不安や過去の苦痛体験は呼吸困難の増悪因子であるが、それらを乗り越えるうえで自己効力感は大切である。

非薬物療法の選択肢を広げ、臨床で活用していきましょう。

## 共同シンポジウム4

### 呼吸困難のセルフマネジメント支援

今戸美奈子

高槻赤十字病院

COPD や間質性肺炎などの非がん性呼吸器疾患とともに生きる人々の多くは、その病いの軌跡の早い段階から呼吸困難を体験している。呼吸困難は「呼吸が不快と感じる主観的な経験」であり、身体的な要因のみならず、不安などの精神心理的要因、環境など様々な要因の影響を受ける。さらに呼吸困難の経験は、身体的・精神的な苦痛に加え、社会活動の制限や自己の存在が揺らぐといったスピリチュアルな苦痛も引き起こす。このような呼吸困難により生じる悪循環を少しでも防ぐためには、呼吸困難が軽度の段階から、その人自身で呼吸困難の特徴を知ってマネジメントするスキルを身につけていくことが重要と考える。実際に呼吸困難がある人の多くは、医療者の支援の有無に関わらず、呼吸困難に何とか対処しようと様々なセルフマネジメントを行っているが、そのマネジメントにより呼吸困難が和らぐという実感を得ている人は少ない。だが、在宅酸素療法実施者や呼吸リハビリテーション経験者の一部では、自分が行う呼吸困難のマネジメントが呼吸困難の緩和に役立つと実感できている人の存在も報告されており、医療者によるセルフマネジメント支援は呼吸困難の緩和に重要と考える。すでに実践しているセルフマネジメントが理にかなっているか、上手く実施できているか、など個々の生活に応じて呼吸困難に対処するための方略を患者と医療者が一緒に考え評価し、呼吸困難との折り合いをつけながらその人が望む生活が保っていけるとよいのではと考える。このような呼吸困難のセルフマネジメント支援を現場で実践していくためには、看護ケアの要素を可視化しモデル化すること、ケアが実践できる看護外来等のシステム構築、ケアが実践できる看護師の育成といったことが必要と考える。これらはいずれもまだ課題山積の状況ではあるが、いくつかの取り組みについて紹介したい。

## 共同シンポジウム5

### 看護とACP

竹川 幸恵

大阪はびきの医療センター 看護部

非がん性呼吸器疾患（non-malignant respiratory disease : NMRD）患者がその人らしく生き抜くためには、「自らの価値，人生のゴール，あるいは望む将来の医療ケアについて理解し，大切な人と共有することを支援するプロセス」のアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning : ACP）が重要である。しかし、「NMRD は予後予測が困難」「ACP を開始するタイミングがわからない」「ACP に対する自信と知識の欠如」「患者や家族を不安にさせる恐れ」などの医療者の ACP に対する障壁により，十分な普及には至っていない。

佐藤直子氏は，現在の ACP について「患者を傷つけまいとする優しさは患者の人生の最後で残酷な優しさになることがある」と述べている。医療者はこの言葉の意味を理解し，ACP の障壁を乗り越え，ACP 支援に一步踏み出す必要があるのではないだろうか。

ACP における看護師の役割は，パートナーシップの関係を構築し適切な ACP のプロセスを丁寧に進めることで，患者の持てる力を引き出し患者が主体的に ACP に取り組み，その人らしく生き抜くことができるように支援することである。特に ACP のプロセスにおいて，患者の価値観の明確化および家族との共有・合意への支援は，患者・家族の話を傾聴・共感しながら意図的に対話を進めていく技術を有している看護師の重要な役割である。しかし，対話のスキルや具体的な関わり方への不安や自己効力の低さが障壁となり，役割を十分果たせていない。

そこで，本シンポジウムでは，看護師が障壁を乗り越え，一歩進んだ ACP 支援が行えるように「患者との話し合いの手引き（Serious illness Conversation Guide）」をはじめ，ACP 支援のあり方と実践についてご紹介したい。

## 共同シンポジウム6

### ACPの体系化と実装

立川 良

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

超高齢社会を迎えた日本において、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は患者中心の医療の実現と QOL の向上のために重要と考えられる。しかし、その実現に向けて現場で克服すべき課題は多い。過去の調査では、ACP 実践の阻害因子として、医療者要因（知識やスキルの不足、終末期の対話や治療機会の喪失に対する不安など）、システム要因（時間や労力の不足、プラットフォームや標準化の欠如など）を含む、多面的な障壁が存在することが示されている。ACP の効果的な普及と実践のためには、ACP の認知度を上げる組織的な取り組みと支援を行い、さらに体系化された ACP の方策を実臨床の環境に実装することが必要となる。当院では、呼吸器内科・救急科・看護部などで実施していた ACP の取り組みを統合し、多職種協議を経て、入院成人患者を対象とする体系的な ACP の運用を 2023 年末より開始した。ACP は、患者の多面的な価値観を引き出すプロセスであり、多職種が継続的に関わるチーム医療と言える。これを支援するためのツールとして、1) 展開・更新・共有が容易な ACP テンプレートの院内端末への配備、2) ACP 実施の主体となる看護師を対象としたマニュアル作成と教育、3) 患者へ啓発を目的としたパンフレットの作成、等を進めている。現場での ACP 実践の一つのモデルとして、当院の取り組みをご紹介します。



## ランチョンセミナー 1

それでも、私たちは進んでいきたい。がんで終わり、の時代を終わりに。  
～ICIとともに、まだまだ歩む～

加藤 晃史

神奈川県立がんセンター 呼吸器内科 医長

細胞障害性抗がん薬、分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬によって進行がん患者さんの生存期間は目覚ましく伸びている。薬物療法の進歩は、さらなる技術革新により登場した抗体薬物複合体（Antibody Drug Conjugate；ADC）、二重特異性抗体（Bispecific Antibody）といった新しいコンセプトの治療薬の力を得て新たな展開を迎えようとしている。

強い効果を持った新しい薬剤の登場は喜ばしいことであるが、それを受け入れることは、とりもなおさず新しい副作用への対応を伴うことである、と過去の経験から私たちはよく知っている。とともに私たちの経験には、本当に効果が高い治療であればその恩恵を享受するために、それにとまらぬ副作用をも克服することができてきたことも含まれている。

副作用プロファイルのアウトライン把握、ハイリスク集団の同定による事前予測、適切なタイミングで用いられる支持療法、早期発見と早期治療介入、リスクベネフィット評価による方針再検討。これらはいずれも丁寧な患者診療から生み出されてきた副作用マネジメントであり、EGFR チロシンキナーゼ阻害薬、免疫チェックポイント阻害薬で新たに出会った副作用の数々で得られたノウハウを適切に体系化することができている。

この私たちの経験は、新手の薬剤群である細胞傷害性 T リンパ球抗原 4（CTLA-4）阻害薬、抗体薬物複合体、二重特異性抗体に対しても必ずや活かすことができ、これら薬剤によって得られる生存期間の延長、とりわけ長期生存への希求をすべての肺がん患者さんたちに届けられる日が来ることもまた自明、と考えたいのである。

本セミナーでは、新たな治療のかずかずについて、その有効性と、プロアクティブに管理すべき有害事象についての情報を皆さんとシェアしたい。

## ランチョンセミナー2

### 在宅ハイフローセラピーの有効性と課題 ～保険適用となり分かってきたこと～

永田 一真

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 医長

慢性Ⅱ型呼吸不全を伴う COPD に対して令和4年度の診療報酬改定により在宅ハイフローセラピーが保険適用となった。これまで NPPV もしくは気管切開下人工呼吸が行われるのが一般的であったが、PaCO<sub>2</sub>の低下や QOL の改善、増悪の減少などの効果が臨床試験によって示され、病院内で活躍してきたハイフローセラピーが在宅でも使用できるようになった。

在宅ハイフローセラピーの保険適用により、恩恵を受けている患者や今後受けていく患者は多いと考えられるが、実際に使用するに当たっては様々な障壁がある。

ハイフローセラピー機の操作はそれほど難しくはないものの、在宅で患者が使用していくには組み立てやトラブル対応、精製水の補充などの手間が発生する。特に精製水は、ハイフローセラピーは加湿性能が特色であり多くの水を消費するため、その調達に頭を悩ませることも多い。

またハイフローセラピーの適応は慢性Ⅱ型呼吸不全を伴う COPD であるが、NPPV も同様の患者が適応となっており、どちらを使うのかは悩ましい問題である。それぞれの特徴や弱点を知った上で使い分けをし、必要に応じて切り替えるのも重要である。

保険適用となり2年弱が経過したとはいえ、まだまだその認知度は低く、診療報酬点数の問題もあり、いまだ十分に広まったとは言えない。

これまでの導入例を振り返りながら今後の課題について発表したい。

## ランチョンセミナー3

### 肺真菌症の診断と治療戦略を考える

宮崎 泰可

宮崎大学医学部内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野 教授

主に血液悪性疾患や臓器移植領域などでみられる侵襲性糸状菌感染症は、早期に適切な治療を開始しなければ、きわめて予後不良である。アスペルギルス症やムーコル症が常に鑑別に挙がるものの、高精度の迅速診断法がなく、早期診断が困難である。侵襲性アスペルギルス症が主体であるが、第一選択薬として推奨されているポリコナゾールはムーコル症に対して無効のため、両者をカバーするためにはアムホテリシンBリポソーム製剤しか選択肢がないという状況が長く続いていた。そのようななか、両者に有効な新規アゾール系薬としてボサコナゾールとイサブコナゾールが日本でも治療薬の選択肢として加わった。しかし、これら2剤は、日本医真菌学会の診療ガイドラインにまだ含まれておらず、国内での位置付けは明確に示されていない。

一方、慢性肺アスペルギルス症は、長期治療を必要とするため、有効で安全な経口薬が必要である。これまでは、ポリコナゾールまたはイトラコナゾールが使用されてきたが、副作用などにより長期使用が困難なケースも少なくない。その他、薬物相互作用や医療費、アゾール耐性化などの問題も存在する。また、前述のボサコナゾールは慢性肺アスペルギルス症に対する適応を有していない。イサブコナゾール（商品名：クレセンバ）は、侵襲性および慢性アスペルギルス症、ムーコル症、クリプトコックス症の治療薬として2023年4月に承認された。本セミナーでは、イサブコナゾールの特徴、有効性および安全性について、日本人を対象としたデータを含めて概説する。さらに、上述の疾患に対する現在の国内外の推奨をまとめた上で、肺真菌症のエンピリック治療や標的治療はどういう点を考慮してどの薬剤を選択するのか、使用上の注意点は何か、新規アゾール系薬を中心に自験例を交えながら考察してみたい。

## ランチョンセミナー4

### ALK・ROS1 融合遺伝子肺癌の最適な治療方針を考える ～肺癌におけるがんゲノムプロファイリングの必要性を踏まえて～

小笹 裕晃

京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 病院講師

2007年の ALK および ROS1 融合遺伝子の発見を契機に、希少肺癌に対する診断や治療法の開発は飛躍的に発展しています。本講演では、ALK および ROS1 陽性肺癌の最適な治療方針や診断方法について、私の実感を交えてお話しします。

ALK 阻害薬は、アレクチニブ・ブリガチニブ・ロルラチニブなど複数の阻害薬が国内承認されており、その使い分けや使用順位に関する配慮が必要となります。2018年より ALK 陽性肺癌の第1選択治療薬として最も頻用されているアレクチニブに加えて、第3世代阻害薬であるブリガチニブ・ロルラチニブが承認されたことにより、各剤の特徴を深く理解した上で、最適な ALK シーケンスを検討することが非常に重要となっています。臨床試験の結果に当院症例を交えながら、治療薬の選択における重要ポイントについてお話しします。

一方、非小細胞肺癌における ROS1 陽性肺癌の頻度は1～2%であるため、クリゾチニブとエントレクチニブが国内承認されていますが、実臨床で使用する機会は非常に限られています。エントレクチニブは、NTRK 融合遺伝子を標的とし、がん種の縛りがない臓器横断的承認薬で、2020年から ROS1 陽性肺癌にも保険承認されています。ROS1 陽性肺癌に対するエントレクチニブの有効性や安全性について、当院の症例を交えながら、お話しします。

最後に、非小細胞肺癌における Comprehensive Genomic Profiling (CGP) 検査の重要性についてお話しします。

診断時に肺癌マルチ遺伝子検査でドライバー陰性となった非小細胞肺癌においても、CGP 検査により、ドライバー遺伝子が発見されることが少なからずあります。FoundationOne<sup>®</sup> CDx の臨床的意義や検出方法について理解を深めることにより、より多くの ALK・ROS1 融合遺伝子が検出され、治療に繋がることを期待しています。

## ランチョンセミナー5

吸入療法の最適なコンビネーションとは  
～LAMAを用いた Treatable traits approach～

大塚浩二郎

神鋼記念病院

1990年代以降、ICSの普及により喘息死は大きく減少した。ICS/LABAの登場後は更に喘息コントロールは向上し、実臨床において標準治療として用いられている。近年は重症喘息に対して複数のバイオ製剤が登場し、その管理目標に「臨床的寛解」が据えられるなど喘息管理は大きな転機を迎えている。一方で依然としてコントロール不良の喘息患者は多く存在し、ICS/LABA治療中の喘息患者を対象とした最近のインターネット調査においてはコントロール不良患者で健康関連QOLが低下し仕事や日常活動が障害されていることが報告されている。

M3受容体は気道において様々な組織に発現している。アセチルコリンがM3受容体に結合すると気道平滑筋の収縮を引き起こし、粘膜下腺に作用すると粘液分泌を引き起こすが、その他にも喘息の様々な病態にM3受容体が関与することが明らかになっている。LAMAは喘息において呼吸機能の改善をとおして症状を改善するが、増悪抑制や更には咳感受性改善などの効果も期待されている。本邦においては2014年にtiotropiumが喘息へ適応拡大されたがLAMAの使用頻度が低いことが実態調査では示されており、その背景としてICS/LABAとLAMAの2つの吸入デバイスを要することが障壁の一つになってきた。このような中、2020年にICS/LAMA/LABAの3成分配合剤が喘息適応を取得し、single inhaler triple therapy (SITT)での治療が可能となった。FF/UMEC/VIの配合剤であるテリルジー®はCAPTAIN試験においてFEV1の変化量を主要評価項目としてICS/LABAに対する優越性が確認された。

気道疾患の管理においては近年 Treatable Traitsの考えが提唱されており、個々の患者のtraits(形質・特徴)のうち治療可能な要素(Treatable Traits)を抽出して治療の最適化をめざす。喘息において様々なTreatable Traitsが報告されているが、その代表となるものが気道炎症(Type 2)と気流制限であり、ICSと気管支拡張薬がそれぞれに対する治療となる。本講演ではCAPTAIN試験を通して2つのTreatable Traitsによる治療の最適化について述べる。また、最近では初回治療からのSITT(“いきなりトリプル”)も実臨床で用いられており、5T(Triple Therapy Targeting Treatable Traits) approachの解説をとおしてその期待について述べる。

喘息領域では重症例に対するバイオ製剤を用いた個別化医療が最近の話題の中心となっているが、広く喘息治療のベースとなる吸入療法の重要性を見直すとともにtriple製剤の今後への期待を述べたい。

## ランチョンセミナー6

### 重症喘息における asthma remission を見据えた Treatment Strategy

多賀谷悦子

東京女子医科大学 内科学講座 呼吸器内科学分野 教授・基幹分野長

重症喘息では、Th2細胞と2型自然リンパ球（group 2 innate lymphoid cells：ILC2）が関与する2型炎症の存在が8割の患者で見られることが報告されている。自然免疫と獲得免疫において2型サイトカインのIL-4、IL-5、IL-13は、喘息の病態形成や増悪に中心的な役割を担っている。IL-5は好酸球の分化、成熟を促進し、IL-4はTh2細胞への分化に関与し、IL-4/IL-13は気道への好酸球の遊走、B細胞のクラススイッチを促進しIgEの産生にも携わっている。IL-13は杯細胞の過形成、気道分泌亢進や線維芽細胞・気道平滑筋の増殖など気道リモデリングに関与しており、IL-4/IL-13は、IL-4受容体 $\alpha$ 鎖およびシグナル伝達を共有し、上皮のバリア機能障害など作用の多様性が報告されている。

喘息の難治化要因となる好酸球性副鼻腔炎（ECRS）の病態にもIL-4/IL-13が関与しており、IL-4受容体 $\alpha$ 鎖抗体のデュピルマブはECRSの治療にも適応がある。デュピルマブは、前年の増悪があり、血中好酸球が150～1500/ $\mu$ l、またはFeNO<sub>25</sub>以上、経口ステロイドの維持療法をしている症例に推奨されている。

本邦では、IgE、2型サイトカインであるIL-4、IL-5、IL-13および上皮由来のTSLPを標的とした生物学製剤が5種類存在しており、生物学的製剤による治療の進歩により、喘息コントロールの目標として、臨床的寛解（Clinical Remission）が提唱されてきた。1年間に喘息のコントロールが良好、喘息増悪がない、経口ステロイドの内服が無い、呼吸機能の安定を満たすことが定義されている。

このセミナーでは、重症喘息におけるIL-4/IL-13の気道分泌、気道構成細胞への作用や気道リモデリングへの関与、および呼吸機能に与える影響と、治療効果について、基礎研究、臨床研究および当施設の研究の結果や臨床的寛解となった症例について報告する。

# スイーツセミナー 1

## 長期予後と治療継続を考慮したALK肺癌薬物療法

林 秀敏

近畿大学医学部 内科学腫瘍内科部門 主任教授

ALK 融合遺伝子陽性非小細胞肺癌における治療薬開発は目覚ましい進歩を遂げ、ブリグチニブ、アレクチニブ、ローラチニブなどの ALK-TKI が実臨床で幅広く使用されている。これらの薬剤を使用する事により、もともと生存期間中央値が約1年であった進行期の非小細胞肺癌においても ALK 融合遺伝子陽性患者では5年以上の長期生存も稀ではない。しかし、ALK 融合遺伝子陽性非小細胞肺癌患者では若年世代が多いことや脳転移が多いことなどその疾患特性から治療に伴う副作用からの QOL の維持や内服アドヒアランスが有効性のために重要であることが考えられる。

本講演では、これら3つの薬剤のこれまでの長期データを中心に有効性、安全性データについてサマライズして紹介し、これらが QOL に与える影響についても概説する。加えて3つの ALK-TKI には内服手段（1日の内服回数など）についても差異がある。これらの差異がどのように内服アドヒアランスや最終的には生存等にどのような影響を与えるか、他悪性腫瘍に対する分子標的治療薬のエビデンスから考察する。

## スイーツセミナー2

### 個別化治療の意義 ～EGFR mutant × RET fusions～

田宮 基裕

大阪国際がんセンター 呼吸器内科 副部長

進行再発非小細胞肺癌ではゲノム解析技術の進歩により、多くのドライバー遺伝子が明らかになっている。また、人種によってその発現頻度は異なっており、日本人の特徴としてはEGFR 遺伝子変異が多いことが挙げられる。肺癌診療ガイドライン 2023 ではそれぞれのドライバー遺伝子に対応した分子標的治療薬が推奨されており、EGFR 遺伝子変異陽性エクソン 19 欠失または L858R PS 0-1 の一次治療 (CQ17) として、EGFR-TKI を中心に4つのレジメンが推奨されている。治療を選択する上でサブタイプ別の有効性、安全性、多様な耐性機序、治療シーケンスを考えることが重要である。前臨床データでは、VEGF シグナル伝達は血管新生を促進して腫瘍形成を支持し、EGFR TKI 耐性に寄与することが示されている。また、VEGFR2 阻害はチロシンキナーゼ阻害の効果を増強することが報告されている。化学療法歴のないEGFR 遺伝子変異陽性の進行・再発の非小細胞肺癌を対象としてラムシルマブとエルロチニブの併用投与 (ラムシルマブ群) をプラセボとエルロチニブの併用投与 (プラセボ群) と比較した国際共同第 I b/ III 相臨床試験 (RELAY 試験) では、ラムシルマブ群でプラセボ群と比較して主要評価項目である無増悪生存期間の有意な延長が認められている。事前に規定されたEGFR 遺伝子変異タイプ別のサブグループ解析では、Del19におけるPFSの中央値はラムシルマブ群 19.6 ヶ月、プラセボ群 12.5 ヶ月だった (非層別 HR=0.65, 95%CI: 0.47-0.90)。L858R におけるPFS中央値はラムシルマブ群 19.4 ヶ月、プラセボ群 11.2 ヶ月であり (非層別 HR=0.62, 95%CI: 0.44-0.87)、ラムシルマブ+エルロチニブは、Del19 と L858R のいずれにおいてもPFSを有意に延長した。ラムシルマブ+エルロチニブ併用療法の効果を最大限引き出すためには効果的な副作用マネジメントが重要であり、メディカルスタッフによる協力が不可欠である。

最後にRETの選択的阻害剤であるセルペルカチニブは、国際共同第 I / II 相試験 (LIBRETTO-001 試験) をもとに、2021年の9月「RET融合遺伝子陽性の切除不能な進行再発の非小細胞肺癌」の効能効果で承認、2021年の12月に発売されている。新たにLIBRETTO-431など国際共同試験の結果も報告されている。当院のRET融合遺伝子変異陽性肺がんの紹介を交えつつ、改めてセルペルカチニブの効果、安全性について概説する。



# 抄 錄

## 一 般 演 題

## AW1-1

胸部 CT 検査における小葉間隔壁肥厚から AL アミロイドーシス、多発性骨髄腫と診断し得た 1 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

○多田 詩野, 田中 雅樹, 神島 望, 柳澤 篤,  
二宮 隆介, 甲原 雄平, 井原 祥一, 立花 功

症例は 7X 女性, Y 年 3 月より食欲不振, 体重減少が出現した。Y 年 10 月に労作時呼吸困難をきたし, 胸部 CT 検査で小葉間隔壁肥厚を認め当院紹介となった。経気管支肺生検で毛細血管周囲, 間質にアミロイド染色陽性であり, 過マンガン酸処理で消失しない沈着物を認めた。また皮膚, 胃, 大腸, 腎からも組織採取を行い同様の所見を得た。更に骨髄穿刺で多数の形質細胞様細胞を認め, AL アミロイドーシス, 多発性骨髄腫と診断した。Y 年 11 月よりダラツムマブ+レナリドミド+デキサメタゾン併用療法を開始するも, 治療効果に乏しく原疾患の増悪により Y+1 年 2 月に死亡した。本症例のように胸部 CT 検査における小葉間隔壁肥厚から診断される AL アミロイドーシス, 多発性骨髄腫は非常に稀であり, 若干の文献的考察を踏まえ報告する。

## AW1-2

3ヶ月間の抗真菌薬が完全奏功した *Exophiala dermatitis* による肺黒色真菌症の一例

1) 公立甲賀病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科

○市田 周<sup>1)</sup>, 加藤 悠人<sup>1)</sup>, 徳岡 駿<sup>1)</sup>, 福永健太郎<sup>1)</sup>,  
苗村 佑樹<sup>2)</sup>, 藤田 琢也<sup>2)</sup>

症例は 60 歳代の男性。慢性咳嗽の精査加療目的で近医より紹介受診された。胸部 CT では右上葉 S2 に 10mm 大の結節性病変および周囲の粒状影を認めた。気管支鏡検査を行い, 気管支洗浄液で *Exophiala dermatitis* が培養陽性となり, 肺黒色真菌症と診断した。*Exophiala dermatitidis* は土壌や植物, 木材などに生息し主に表皮や皮下組織に感染する黒色真菌であり, 免疫抑制状態では脳炎や心内膜炎の原因となるほか, cystic fibrosis 患者で気道に常在し, 稀に肺炎の原因となることが報告されている。*Exophiala dermatitidis* に対する治療は現時点で定まったものはないが, 今回我々は肺黒色真菌症に対してイトラコナゾール内用を計 3 ヶ月間行い, 自覚症状の改善と CT で右上葉の結節および粒状影がいずれも消失した症例を経験したので報告する。

## AW1-3

意識障害と呼吸不全を認めた重症オウム病の 1 例

浅香山病院

○原田 晃, 櫻井 佑輔, 小島 和也, 丸山 直美,  
岡本 敦子, 芝崙 功行, 太田 勝康

症例は 69 歳男性。発熱と体動困難で救急搬送された。来院時の体温は 40.8℃, 血液検査では CRP 高値, CK 高値, 低 Na 血症を認めた。胸部 CT では右下肺野にすりガラス影を呈しており, 非定型肺炎と考えた。入院にて SBT/ABPC と LVFX の点滴投与を開始したが, 徐々に呼吸不全と意識障害を認め, 入院 8 日後に気管挿管による人工呼吸器管理を行った。その後, 呼吸状態と意識レベルは改善し, 入院 11 日後に人工呼吸器を離脱した。19 日後には抗菌薬投与を終了し, 31 日後に退院となった。なお, 抜管後の胸部 CT では両側肺野へのすりガラス影の増大を認め, ARDS 合併が考えられた。問診から鳩の飼育歴があり, オウム病 CF 法が 128 倍, *C.pittaci* の IgG 抗体価が 320 倍と検出されたことから, オウム病と診断した。オウム病に意識障害と ARDS 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。

## AW1-4

骨病理検査から確定診断に至った腺癌を混在した混合型小細胞肺癌の一例

独立行政法人 京都医療センター

○吉村 才気, 斉藤漸太郎, 伊藤 高範, 今北 卓間,  
大井 一成, 金井 修, 藤田 浩平, 橋 洋正,  
三尾 直士

83 歳男性。右股関節痛で当院を受診し, CT 検査で左上葉に 5.0cm 大の腫瘤影と右大腿骨病的骨折を認めた。腫瘍マーカーでは CEA のみに上昇を認めた。腫瘤影に対して気管支鏡検査を行い CD56 陽性, synaptophysin 陽性を示し, 小細胞癌と診断した。一部に TTF-1 陽性を示す異型細胞巣が混在したが, 非常に微少で腺癌の診断には不十分であった。右人工骨頭置換術を行い, 骨病理検査では N/C 比が高く小型な核のある小細胞癌域と管腔構造を示し TTF-1 陽性を示す腺癌領域をそれぞれ focal に認めた。これらから腺癌と小細胞肺癌の混合型と診断した。遺伝子パネル検査ではドライバー遺伝子変異は全て陰性であった。患者は術後放射線照射を追加し, 自力歩行で退院した。小細胞肺癌と腺癌の混合型は時に経験するが, 気管支鏡での診断が困難で, 骨生検まで行って診断が得られた症例を経験したので, 当院での混合型症例の経験を交えて報告する。

## AW1-5

### CD74-NRG1融合遺伝子変異を有する肺腺癌に対しアファチニブを投与し病勢制御に成功した一例

- 1) 京都大学大学院 医学研究科 呼吸器内科学講座  
2) 同 病理診断学分野

○西田 湧也<sup>1)</sup>, 島 祐介<sup>1)</sup>, 小笹 裕晃<sup>1)</sup>, 住永圭一郎<sup>1)</sup>, 味水 瞳<sup>1)</sup>, 野溝 岳<sup>1)</sup>, 吉田 博徳<sup>1)</sup>, 南口早智子<sup>2)</sup>, 羽賀 博典<sup>2)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

【症例】74歳女性【主訴】右上肢・下腿浮腫【現病歴】X-2年11月に診断された右下葉肺腺癌（乳頭型腺癌, cT1aN3M1c, cStageIVB, Driver mutation-, PD-L1 TPS 1-24%）に対し, X-1年2月よりカルボプラチン・ペメトレキセド・アテゾリズマブを投与した。X-1年10月にFoundationOne CDxでCD74-NRG1融合遺伝子変異が判明した。X-1年11月より症状緩和目的の放射線治療を行い, その後ドセタキセル・ラムシルマブを3コース行ったがPDと判定した。X年6月よりアファチニブの投与を開始し, X年8月時点でSDを維持している。【考察】CD74-NRG1融合遺伝子変異を有する肺腺癌に対しアファチニブを投与し病勢制御に成功した症例を経験した。同遺伝子変異は浸潤性粘液腺癌で主に認めるものの, 他の組織型での報告は稀であり, 文献的考察を踏まえて報告する。

## AW1-6

### 骨髄浸潤を伴った肺サルコイドーシスの1例

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

○松元 哲也<sup>1)</sup>, 長崎 忠雄<sup>1)</sup>, 川端 慶之<sup>1)</sup>, 花田宗一郎<sup>1)</sup>, 山縣 俊之<sup>1)</sup>, 村木 正人<sup>1)</sup>, 松本 久子<sup>2)</sup>

症例は56歳女性でX-4年に尿管痛を指摘。手術後, CVポートを留置し化学療法を施行していた。X年7月に発熱性好中球減少症を認め化学療法を休業後も, さらに, CVポート抜去後も40℃の発熱が持続した。胸部CTでは多発性結節影を認めたが, 壊死を示唆する低吸収域はなかった。血液検査で汎血球減少を認め骨髄生検を施行したところ, 類上皮肉芽腫を認めた。また, 気管支鏡下の気管支肺胞洗浄液ではリンパ球比率の上昇を認めた。結節影へのアプローチは困難であったが, ランダムに行った肺生検で凝固壊死を伴わない類上皮細胞肉芽腫を認めた。検査所見では, 血清リゾチーム値上昇および血清可溶性IL-2受容体高値を認め, 血清アンジオテンシン変換酵素(ACE)活性は基準値内で縦隔リンパ節腫脹を認めなかった。骨髄浸潤を伴った肺サルコイドーシスの1例と考えられ, 結核を含めた感染症や悪性疾患などとの鑑別が必要であった。

## AW1-7

### 抗MDA5抗体陽性間質性肺炎の3症例

- 1) 神戸赤十字病院 呼吸器内科, 2) 同 内科

○森田 敦視<sup>1)</sup>, 野海 拓<sup>1)</sup>, 松本 千晶<sup>1)</sup>, 田中隆一郎<sup>1)</sup>, 横山 祐二<sup>2)</sup>, 杉本 啓介<sup>1)</sup>

抗MDA5抗体陽性間質性肺炎は1年生存率66%と予後不良であるが, 以降の生存率の低下は緩徐と報告されている。今回, 転帰の異なる3例を経験したため報告する。症例1は83歳男性, 咳嗽と酸素化低下で前医受診し, CTですりガラス影を認め, ステロイドパルスに反応せず紹介された。追加した免疫抑制剤に反応せず気胸併発し, 当院受診から3週間で死亡した。症例2は87歳女性, 乾性咳嗽で当院紹介となりCTですりガラス影, 網状影, 浸潤影を散見した。ステロイドと免疫抑制剤で加療し3年経過している。症例3は42歳男性, CTで斑状影を認め当院受診した。外科的肺生検では膠原病肺様の病理所見であった。ステロイドと免疫抑制剤で加療し4.5年経過している。症例1は症例2・3に比べ初診時のフェリチンや抗MDA5抗体値が著明に高く呼吸状態も不良であった。このような症例では予後不良と推測され, 治療方針を慎重に考慮する必要がある。

## AW1-8

### 胸壁浸潤を認めたStaphylococcus aureus(MSSA)による肺化膿症の一例

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

○作間 里沙<sup>1)</sup>, 白波瀬 賢<sup>2)</sup>, 佐野安希子<sup>2)</sup>, 國田 裕貴<sup>2)</sup>, 吉川 和也<sup>2)</sup>, 御勢 久也<sup>2)</sup>, 山崎 亮<sup>2)</sup>, 綿谷奈々瀬<sup>2)</sup>, 西川 裕作<sup>2)</sup>, 西山 理<sup>2)</sup>, 原口 龍太<sup>2)</sup>, 松本 久子<sup>2)</sup>

糖尿病・高脂血症・高尿酸血症にて近医通院中の73歳男性。左前胸部に蜂窩織炎の所見を認め, CT撮影し, 左上葉に空洞影を伴う腫瘤影を認めた。喀痰抗酸菌検査培養陰性, 炎症反応上昇あり, 喀痰培養よりStaphylococcus aureus(MSSA)培養陽性で肺化膿症と診断し, ABPC/SBTにて改善を認めた。肺化膿症による炎症が胸壁浸潤し, 蜂窩織炎の所見を呈した症例は稀であり報告する。

## AW1-9

前立腺癌治療中に局所麻酔下胸腔鏡にて診断した悪性胸膜中皮腫の一例

- 1) 公立豊岡病院組合立 豊岡病院 呼吸器内科  
2) 同 病理診断科

○中村真由子<sup>1)</sup>, 三好 琴子<sup>1)</sup>, 今尾 舞<sup>1)</sup>, 金澤 史朗<sup>1)</sup>,  
中治 仁志<sup>1)</sup>, 中島 直樹<sup>2)</sup>

症例は80歳男性, PS1. 水道管修理業による石綿曝露歴がある. 前立腺癌 pT2cN0M0 に対し前立腺全摘術後. 内分泌療法中に PSA 上昇を認め, 新規に右胸水を指摘され当科紹介された. 胸腔穿刺ではリンパ球優位の白血球上昇を伴う滲出性胸水を認め, 細胞診は陰性であった. 精査目的に局所麻酔下胸腔鏡にて胸膜生検を行った. 胸腔鏡時に再提出した胸水は細胞診陽性, 腺癌疑いであり, 滅菌調整タルクによる胸膜癒着術を行い退院した. 後日生検組織より悪性胸膜中皮腫と病理診断され, 精査の結果上皮型悪性胸膜中皮腫 cT1N0M0 stageIA と診断した. 患者は手術を希望せず, 進行時に化学療法検討の方針とした. 前立腺癌に対しては内分泌療法を継続している. 既に他の悪性腫瘍が診断されている症例において, 局所麻酔下胸腔鏡による胸膜生検により悪性胸膜中皮腫の合併を早期診断することができた.

## AW1-11

演題取下げ

## AW1-10

ベグリボソーム化ドキシソルピシンによる薬剤性肺障害の1例

- 1) 関西電力病院 呼吸器内科, 2) 同 婦人科

○西原小百合<sup>1)</sup>, 嶋田 有里<sup>1)</sup>, 吉村聡一郎<sup>1)</sup>, 曾根 莉彩<sup>1)</sup>,  
服部 剛士<sup>1)</sup>, 稲田 祐也<sup>1)</sup>, 山本 絢可<sup>2)</sup>, 伊東 友好<sup>1)</sup>

症例は49歳女性. 入院72日前に左卵巣痛に対してドキシソルピシンを初回投与したが, 入院12日前に発熱を主訴に受診となった. 胸部 CT で両肺野にびまん性のすりガラス影や小粒状影を認め, 細菌性肺炎の診断でセフトリアキソンを開始となったが, 労作時呼吸困難, 咳嗽が出現したため, 精査目的に当院呼吸器内科に入院となった. 入院2日目に右 B5 にて気管支肺胞洗浄を施行し, 総細胞数は  $3.14 \times 10^5/\text{mL}$ , 分画は好中球 48%, リンパ球 19% と増加していた. ドキシソルピシンによる薬剤性肺障害を疑い, 被疑薬を中止しステロイドを開始したところ, 呼吸状態, 画像所見ともに改善を認め同薬による薬剤性肺障害と診断した. 入院32日目に自宅退院した. ドキシソルピシンによる薬剤性肺障害を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する.

## AW2-1

経皮的ドレナージが奏功した巨大肺化膿症の1例

国立病院機構 京都医療センター

○鋸屋美沙絵, 斉藤漸太郎, 伊藤 高範, 今北 卓間,  
大井 一成, 金井 修, 藤田 浩平, 橘 洋正,  
三尾 直士

67歳女性. X年7月末より左側腹部痛, 咳嗽が出現し8月中旬に当科を受診した. 血液検査で白血球  $21,300/\mu\text{L}$  (好中球 91.7%), CRP 26.6 mg/dL であり, 胸部 X 線写真・胸部 CT 検査にて左胸腔に巨大空洞性病変, 液面形成を認めた. 肺化膿症と診断し, アンピシリン/スルバクタムを開始した. 第3病日に 12Fr のアスピレーションキットを用い経皮的ドレナージを施行し, 約 500 mL の悪臭を伴う緑色の粘稠液を回収した. 細菌培養検査で, 感受性の良い *Streptococcus intermedius*, *Fusobacterium nucleatum* を検出したため, アンピシリンへ変更した. 白血球, CRP の低下, 左側腹部痛や咳嗽の速やかな改善を認め, ドレナージによる膿胸形成もなかった. 空洞性病変の縮小や排液の減少を確認し, 第7病日にドレーンを抜去した. その後も, 疼痛や咳嗽の増悪なく経過し, 第12病日に退院となった. 今回我々は, 早期に経皮的ドレナージを施行したことで, 早期に治療効果が得られた症例を経験した.

## AW2-2

両肺野に浸潤影を伴う空洞影を呈し、下気道より複数回 *Candida krusei* が検出された一例

大阪府済生会野江病院

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

症例は72歳, 男性. アルコール性肝硬変, コントロール不良の糖尿病を有し, 低栄養状態であった. 来院時38.6℃の発熱およびCTにて両肺野に浸潤影を伴う空洞性病変を認め, 抗生剤加療を開始した. 入院4日目に呼吸状態が悪化し, 挿管後広域抗生剤・抗結核薬・抗真菌薬・ステロイドを開始した. その後, 結核は否定され抗結核薬は中止した. 細菌学的検査では気管支洗浄液より *Candida krusei* のみ検出された. 10日目に抜管し, 17日目に肝機能障害が出現したため抗真菌薬を中止し抗生剤加療を4週間継続した. その後,  $\beta$ -D グルカンの上昇を認め, 気管支洗浄液からは再度 *Candida krusei* のみ検出された. 抗真菌薬を再開し, 2週間継続投与後  $\beta$ -D グルカンの低下を認めリハビリ病院に転院となった. 本症例は下気道検体より複数回 *Candida krusei* のみ検出され, 難治性下気道感染に関与した可能性があり, 文献的考察を加えて報告する.

## AW2-3

再燃を繰り返した乳癌術後放射線照射後器質性肺炎の1例

1) 近畿大学医学部 総合医学教育研修センター  
2) 同 呼吸器・アレルギー内科, 3) 近畿大学病院

○藪内 麻理<sup>1)</sup>, 御勢 久也<sup>2)</sup>, 白波瀨 賢<sup>2)</sup>, 國田 裕貴<sup>2)</sup>,  
吉川 和也<sup>2)</sup>, 山崎 亮<sup>2)</sup>, 綿谷奈々瀬<sup>2)</sup>, 大森 隆<sup>2)</sup>,  
西川 裕作<sup>2)</sup>, 佐野安希子<sup>2)</sup>, 西山 理<sup>2)</sup>, 岩永 賢司<sup>1)</sup>,  
佐野 博幸<sup>2)</sup>, 原口 龍太<sup>2)</sup>, 東田 有智<sup>3)</sup>, 松本 久子<sup>2)</sup>

65歳女性. 59歳時に右乳癌手術と術後放射線照射を行い, アロマターゼ阻害薬を内服していた. 59歳, 61歳時に発熱, 炎症反応の上昇とともに右肺優位の浸潤影出現あり. 気管支肺胞洗浄 (BAL)・経気管支肺生検 (TBLB) の結果より, 放射線照射に伴う器質性肺炎としてステロイド治療を行い, 改善した. ステロイド治療終了し, 約2年間経過後の65歳時, 再び右肺優位の浸潤影出現あり. BAL はリンパ球優位. TBLB 病理組織では気腔内にポリープ状の器質化を認め, 器質性肺炎再燃としてステロイド治療再開し, 陰影の改善が得られた. 乳癌術後の放射線照射に起因する器質性肺炎は注意すべき合併症である. 本症例では, 3回にわたって再燃があり, 3回目は放射線治療から約6年4か月が経過していた. 予後は良好でステロイドへの反応は良いとされているが, このように長期間経過した後の再燃例もあり得るため, 注意深い経過観察が必要である.

## AW2-4

ウイルス感染による間質性肺炎増悪の一例

1) 神戸市立医療センター西市民病院  
2) 埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科

○木村 壮宏<sup>1)</sup>, 瀧口 純司<sup>1)</sup>, 小林 裕<sup>1)</sup>, 宮本 滉大<sup>1)</sup>,  
李 正道<sup>1)</sup>, 松岡 佑<sup>1)</sup>, 横田 真<sup>1)</sup>, 橋本 梨花<sup>1)</sup>,  
網本 久敬<sup>1)</sup>, 金子 正博<sup>1)</sup>, 藤井 宏<sup>1)</sup>, 富岡 洋海<sup>1)</sup>,  
河端 美則<sup>2)</sup>

【主訴】発熱, 咳, 痰, 呼吸困難【既往歴】脂質異常症, 逆流性食道炎, 腎炎【生活歴】喫煙20本を15年, 機曾飲酒, アレルギーなし【現病歴】5年前から慢性間質性肺炎(鳥関連過敏性肺炎疑い)として無治療経過観察中. 10日前から発熱, 咳, 痰, 関節痛あり, 5日前から咽頭痛と呼吸困難も併い当院に救急搬送され入院した. 【現症】体温 36.7度, 血圧 110/68mmHg, 脈拍 83回/分, SpO2 97% (酸素 1L/分). 両肺で fine crackles あり. 【経過】CT で両肺に多発浸潤影, すりガラス影あり. 鼻咽頭拭い液 FilmArray でアデノ, ライノ/エンテロウイルスが陽性. 入院翌日に気管支肺胞洗浄を施行し回収液の細胞分画はリンパ球38%, 好中球29%. 洗浄液の培養, FilmArray はともに陰性. HFNC で呼吸管理を行いステロイド, タクロリムス, ニンテダニブを導入した. 状態は改善し第37病日に退院した. 【考察】ウイルス感染を契機とした間質性肺炎増悪例である. 文献的考察を加えて報告する.

## AW2-5

抗 Jo-1 抗体の出現を伴って急速に悪化した混合粉塵性塵肺の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 大学院医学研究科 放射線医学 (画像診断学・核医学)  
4) 京都大学医学部附属病院 病理診断科

○日高 礼子<sup>1)</sup>, 名取 大輔<sup>1)</sup>, 谷澤 公伸<sup>1)</sup>,  
半田 知宏<sup>1,2)</sup>, 池添 浩平<sup>1)</sup>, 中塚 大介<sup>1)</sup>, 坂本 亮<sup>3)</sup>,  
野橋 智美<sup>3)</sup>, 寺田 和弘<sup>4)</sup>, 桂川 広幸<sup>4)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

症例は40代男性. 瓦職人であり, 防塵マスクを着用せず, ほぼ連日屋外で瓦を切断していた. X-4年に肺門縦隔リンパ節腫脹, びまん性粒状影を指摘. 気管支鏡で確定診断されず無投薬で経過観察. X年4月から労作時の息切れを自覚し, X年6月の定期受診時に広範なすりガラス影が出現. 気管支鏡再検でも確定診断に至らず, 抗 Jo-1 抗体が陽性化していたが, 筋炎発症なし. X年7月外科的肺生検を施行し, 混合粉塵性塵肺と診断した. 膠原病関連間質性肺炎, 過敏性肺炎, サルコイドシスを示唆する病理所見はなかった. 休職に伴う曝露回避により, 症状, 画像に軽度の改善が見られたのち, X年8月よりプレドニン60mgを開始し, 速やかに改善した. 急速な悪化をきたす塵肺は稀であり文献的な考察とともに報告する.

## AW2-6

ジアゼパム投与後の呼吸抑制から筋萎縮性側索硬化症と判明した一例

1) 市立岸和田市民病院 呼吸器内科, 2) 同 神経内科  
3) 同 呼吸器外科

○田村 優樹<sup>1)</sup>, 山本 翔也<sup>1)</sup>, 多田 智<sup>2)</sup>, 岡森 仁臣<sup>1)</sup>, 古郷摩利子<sup>1)</sup>, 田嶋 範之<sup>1)</sup>, 今村 直人<sup>3)</sup>, 岩嶋 大介<sup>1)</sup>, 松本 和也<sup>3)</sup>, 高橋 憲一<sup>1)</sup>

【症例】74歳, 女性。【主訴】意識障害。【既往歴】くも膜下出血, 脳梗塞, 糖尿病。【現病歴】X年5月頃から嚥下障害により食事摂取不良であった。6月15日に4分間の痙攣後, 意識障害が残存したため緊急入院した。翌日10分間の左上肢痙攣を認め, てんかん発作を疑いジアゼパム静注したところ意識障害が生じ, 精査の結果呼吸抑制及び高度CO<sub>2</sub>貯留が判明した。胸腹部CTと脳波で異常所見は認められず, NPPVを装着するも3週間遷延した。神経伝導検査と筋電図から総合的に判断して球麻痺型筋萎縮性側索硬化症と診断した。常勤医不在のため転院となった。【考察】本症例は既往から症候性てんかんを考へジアゼパムで対応したが, 原疾患が筋萎縮性側索硬化症であったため呼吸抑制が遷延した。痙攣に対しては神経疾患も鑑別に挙げつつ対応する必要がある。

## AW2-7

薬剤性肺炎軽快例にオシメルチニブ再投与した肺腺癌の1例

大阪府済生会野江病院

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

【主訴】咳嗽【現病歴】持続する咳嗽で前医を受診し, 肺腫瘍を指摘され紹介となった。【臨床経過】気管支鏡検査にて肺腺癌cT4N3M1c Stage4B期と診断した。EGFR-Exon19の欠損を認め, オシメルチニブ単剤で投与開始した。腫瘍縮小を認め, 咳嗽は消失したが, 投与後12日目に咳嗽が再燃し肺炎像を認めた。ステロイド投与と抗菌薬投与で肺炎は改善した。その後肺腫瘍の進行を認め, リスクを十分に説明の上でステロイドを継続しつつオシメルチニブを減量し再開したところ肺炎再燃なく腫瘍の縮小を認めている。【考察】EGFR-TKIによる薬剤性肺炎は時に致命的であり再投与を検討する際に慎重な判断を求められる。同時にEGFR-TKIは高い奏効率と全生存率の延長効果が報告されており, 過去の再投与例の報告も踏まえて症例ごとに十分な検討をしていくことが必要と考へられる。

## AW2-8

間質性肺炎と自己免疫性溶血性貧血を同時に発症したが副腎皮質ステロイド製剤が奏功した一例

国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科

○平井 将隆, 伊藤 高範, 金井 修, 齊藤漸太郎, 今北 卓間, 大井 一成, 藤田 浩平, 橘 洋正, 三尾 直士

【背景】間質性肺炎 (IP), 自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) の治療には副腎皮質ステロイド製剤 (CSs) が用いられる。IPとAIHAの合併は稀であるが, CSsへの反応性は疾患の発症タイミングによって異なると思われる。

【症例】81歳男性。3ヵ月前から続く労作時呼吸困難のため当院を受診した。初診時のSpO<sub>2</sub>93% (室内気) で, 画像検査でIPが疑われた。血液検査でHb6.6g/dL, 網赤血球25%, T-Bil5.2mg/dLであり, AIHAの合併も疑われ同日入院となった。直接・間接クームス試験はいずれも陽性で, AIHAが確定した。ステロイドパルスで治療を開始し, 第4病日からプレドニゾン60mg/日を開始した。これにより呼吸状態, 画像所見の改善傾向を認めた。貧血もHb10.3g/dLに改善し第42病日に退院となった。以後外来で順調にプレドニゾロンを漸減している。

【結論】既報と同様にIPとAIHAの同時発症例はCSsが奏功する可能性がある。

## AW2-9

抗菌薬に反応が不良な肺炎に対し, 問診によって加湿器肺の診断に至った1例

1) 日本赤十字社 和歌山医療センター, 2) 大津赤十字病院

○山本 孝祥<sup>1)</sup>, 北原 健一<sup>2)</sup>, 濱田健太郎<sup>1)</sup>, 河内 寛明<sup>1)</sup>, 田中瑛一朗<sup>1)</sup>, 矢本 真子<sup>1)</sup>, 深尾あかり<sup>1)</sup>, 寺下 聡<sup>1)</sup>, 渡邊 創<sup>1)</sup>, 阪森 優一<sup>1)</sup>, 堀川 禎夫<sup>1)</sup>, 池上 達義<sup>1)</sup>, 杉田 孝和<sup>1)</sup>

症例は54歳男性。2日間持続する発熱, 呼吸苦を主訴に当院救急外来を受診。細菌性肺炎が考へられ, 入院のうえ抗菌薬を開始した。治療効果発現は緩慢であったが入院13日目には症状や所見は改善し自宅へ退院した。各種培養からは起因菌は同定されなかった。しかし帰宅から2日後にふたたび同様の症状を訴え当院救急外来を受診し, 再度入院となった。経過から過敏性肺炎を疑って, 詳細な生活環境の聴取を行ったところ洗浄していない加湿器を使用していることが判明した。また気管支鏡検査および加湿器の水の精査からは加湿器肺を強く支持する結果が得られた。その後呼吸状態改善し, 2回目の入院から12日目に退院となった。退院後は加湿器は廃棄され, 以降症状の悪化は認めていない。過敏性肺炎は原因抗原が多岐に渡り, 病歴や患者背景の聴取が非常に重要である。問診の重要性を再認識した症例であった。

## AW2-10

心のう液貯留で発症した若年発症の悪性心膜中皮腫の1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

○尾野 秀彬<sup>1)</sup>, 島 佑介<sup>1)</sup>, 野溝 岳<sup>1)</sup>, 安原 梅夫<sup>2)</sup>, 住永圭一郎<sup>1)</sup>, 味水 瞳<sup>1)</sup>, 吉田 博徳<sup>1)</sup>, 小笹 裕晃<sup>1)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

【主訴】労作時呼吸困難 【症例】石綿暴露歴のない29歳男性 X-1年8月より頻回の心嚢ドレナージを要する心のう液貯留が出現したが細胞診陰性であった。原因精査中にPET-CTでFDG集積を認める心基部軟部陰影を指摘され、X年3月に心膜生検で上皮型中皮腫と診断。X年4月よりipilimumab + nivolumabによる治療を開始したが心のう液貯留が改善せず、心膜開窓術を行い心のう液貯留の改善を得た。CBDCA + PEMを3コース施行し、最良治療効果はSD程度だが、その後も病勢進行を認めた。がん遺伝子パネル検査では推奨薬剤はなく、ipilimumab + nivolumabを再投与したが心不全症状の悪化のためBSCの方針とした。【考察】心のう液からの細胞診が陰性のため診断に難渋した心膜中皮腫の症例を経験した。石綿暴露歴のない若年者の悪性中皮腫は稀であり、文献的考察を含めて特徴及び治療について報告する。

## AW2-11

良性転移性平滑筋腫 (Benign metastasizing leiomyoma, BML) の1例

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

○三宅 雄也<sup>1)</sup>, 青江晃太郎<sup>2)</sup>, 吉本 愛理<sup>2)</sup>, 脇 翔平<sup>3)</sup>, 久保友次郎<sup>3)</sup>, 中村 香葉<sup>2)</sup>, 真下 周子<sup>2)</sup>, 田尾 裕之<sup>3)</sup>, 岸野 大蔵<sup>2)</sup>

【症例】46歳女性【現病歴】20XX-1年12月に腹痛のため近医を受診し、CA19-9高値を指摘され当院に紹介となった。胸部造影CTで両側卵巣付属器を巻き込んだ腫瘤と子宮筋腫、両肺に境界明瞭な複数の小結節を認めた。MRIでは、卵巣子宮内膜症性嚢胞と子宮筋腫の所見で悪性腫瘍の可能性は低いと判断された。上部下部消化管内視鏡検査では明らかな腫瘍性病変は認めなかった。転移性肺腫瘍の精査のため20XX年1月に胸腔鏡下右下葉部分切除術が施行され、病理組織所見から肺良性転移性平滑筋腫 (BML) の診断となった。子宮筋腫に対して、同年2月に腹腔鏡下膈式子宮全摘術・両側付属器切除が施行された。同年9月の胸部CTで多発肺転移に変化はなく経過観察中である。【考察】BMLは稀な疾患であるが、その多くは子宮筋腫手術後に診断されている。本症例のように子宮筋腫の治療前に肺転移が診断されることは非常に少なく、貴重な1例と考え報告する。

## O-1-1

非小細胞肺癌に対しデュルバルマブ及びトレメリムマブを導入後、血球貪食性リンパ組織球症を発症した1例

公益財団法人日本生命済生会日本生命病院

○神島 望, 田中 雅樹, 柳澤 篤, 二宮 隆介, 甲原 雄平, 井原 祥一, 立花 功

症例は7X女性。Y年2月に発熱、呼吸困難を主訴に当院を受診し、精査の結果、非小細胞肺癌 (cT1cN3M1c cStage4b) と診断した。遺伝子変異陰性、PD-L1 TPS < 1% であり、化学療法 + デュルバルマブ + トレメリムマブの投与を開始した。投与4日後に発熱、血液検査で赤血球及び血小板の減少、フェリチンとLDHの著明な上昇を認めた。骨髄穿刺でマクロファージによる血球貪食像があり、血球貪食性リンパ組織球症 (HLH) と診断した。ステロイドを開始するも改善には至らず、トシリズマブ、大量免疫グロブリン療法を導入し、臨床症状、検査所見は共に良化した。その後化学療法を再開したが、抗腫瘍効果に乏しくY年6月に死亡した。デュルバルマブ、トレメリムマブによると考えられるHLHは既報になく、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

## O-1-2

ベムプロリズマブ投与後に自己免疫性溶血性貧血を呈した肺腺癌の1例

- 1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科  
2) 同 血液内科

○櫻井可南子<sup>1)</sup>, 杉本 武哉<sup>1)</sup>, 田畑翔太郎<sup>2)</sup>, 三村仁一奈<sup>1)</sup>, 上田 亮太<sup>1)</sup>, 北原 大幹<sup>1)</sup>, 永井 隆寛<sup>1)</sup>, 根来 和宏<sup>1)</sup>, 鷲岡 篤司<sup>1)</sup>, 高倉 敏彰<sup>1)</sup>, 村上恵理子<sup>1)</sup>, 寺岡 俊輔<sup>1)</sup>, 藤本 大智<sup>1)</sup>, 早田 敦志<sup>1)</sup>, 赤松 弘朗<sup>1)</sup>, 清水 俊雄<sup>1)</sup>, 中西 正典<sup>1)</sup>, 洪 泰浩<sup>1)</sup>, 山本 信之<sup>1)</sup>

症例は81歳男性。肺腺癌 StageIVB ドライバー遺伝子変異陰性 PD-L1 TPS ≥ 50% に対して、カルボプラチン + ペメトレキセド + ベムプロリズマブ療法を開始した。2コース目および3コース目で貧血を認め、赤血球輸血を要した。4コース目投与前の血液検査で、貧血増悪を認め、血液検査で網赤血球上昇、ハプトグロビン低下、直接・間接 Coombs 試験陽性、直接 Coombs-IgG 抗体陽性を認めた。ベムプロリズマブによる免疫関連有害事象 (irAE) 自己免疫性溶血性貧血と診断し、ベムプロリズマブの投与を中止し、ステロイド投与で貧血は即座に改善を認めた。本症例は化学療法開始前の交差適合試験でも生理的な範囲での凝血反応があり、輸血毎にその反応が増強していた。irAEの溶血性貧血は報告されているが、ベムプロリズマブ投与前から自己抗体の存在が示唆され、ベムプロリズマブ投与毎に溶血反応が増強する経過を追えた症例は稀少であるため報告する。

### 0-1-3

肺扁平上皮癌の治療中に Pembrolizumab による急速進行性糸球体腎炎を発症して透析導入となった一例

1) 大津赤十字病院 呼吸器内科, 2) 同 腎臓内科

○北原 健一<sup>1)</sup>, 藤本 佳菜<sup>1)</sup>, 佐藤 将嗣<sup>1)</sup>, 嶋 一樹<sup>1)</sup>, 八木 由生<sup>1)</sup>, 高橋 珠紀<sup>1)</sup>, 西岡 慶善<sup>1)</sup>, 近藤麻紀子<sup>2)</sup>, 酒井 直樹<sup>1)</sup>

55歳男性。左上葉肺扁平上皮癌 cT4N3M1c (OSS) の診断で X 年3月23日から Pembrolizumab + CBDCA + nab-PTX を導入した。4コース終了後の治療効果判定では PR であったが、Pembrolizumab による irAE、多形紅斑を発症し化学療法は休止して全身ステロイド投与を開始した。皮膚症状が改善傾向となりステロイドを漸減していたところ、尿量減少、肉眼的血尿を認め、Cre=5.55mg/dL の急性腎障害が判明し X 年8月25日に入院となった。急速進行性糸球体腎炎が疑われ、血液透析およびステロイドパルス療法が開始された。腎生検を施行したところ壊死性半月体形成性糸球体腎炎の所見で、血清学的に ANCA や抗 GBM 抗体は陰性であったため、Pembrolizumab による irAE と結論づけた。透析離脱は困難で PS 低下もあり化学療法は再開できず、X 年12月15日に永眠された。irAE で急速進行性糸球体腎炎を起こすのは比較的新たなものであり、文献的考察を交えて報告する。

### 0-1-4

Pembrolizumab が奏功後に間質性腎炎を発症した EGFR 陽性非小細胞肺癌の一例

1) 国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科  
2) 同 腎臓内科

○金井 修<sup>1)</sup>, 伊藤 高範<sup>1)</sup>, 高折 光司<sup>1,2)</sup>, 齊藤漸太郎<sup>1)</sup>, 今北 卓間<sup>1)</sup>, 大井 一成<sup>1)</sup>, 藤田 浩平<sup>1)</sup>

背景：Pembrolizumab は PD-L1 強陽性の非小細胞肺癌に対して強力な抗腫瘍効果を発揮するが、PD-L1 発現は動的な指標であり様々な要因で変動しうる。

症例：68歳、非喫煙者の女性。EGFR 陽性肺腺癌 stage4B (TPS < 1%) と診断し、Osimertinib で2年半、Afatinib で半年間治療したが、いずれも左肺上葉原発巣の増大を認めた。同部位に対し気管支鏡下生検を行ったところ、EGFR 陽性非小細胞癌 (TPS90%) と遺伝子変異は残存しつつ組織型、TPS が変化していた。Pembrolizumab を3コース投与したところ原発巣は空洞化した。しかし倦怠感、食思不振を発症し、緊急入院の上で補液を行った。その後も腎機能障害は経時的に悪化したため腎生検を行い、間質性腎炎と診断した。プレドニゾン (1mg/kg/day) で治療し、腎機能障害は改善した。

結論：非小細胞肺癌において最適な治療を提供し、有害事象を適切に評価するためには、積極的な(再)生検を考慮すべきである。

### 0-1-5

ペムブロリズマブ投与中 non-parallel な効果を示し、心タンポナーデを呈した肺扁平上皮癌の一例

神戸大学医学部附属病院

○平位 一廣, 桂田 直子, 三村 千尋, 羽間 大祐, 山本 正嗣, 立原 素子

54歳男性。X 年1月に咳嗽、血痰を主訴に受診した。右上葉肺扁平上皮癌 cT4N3M1c stageIVB (少量心嚢液含む) と診断し、CBDCA+nabPTX2 コース投与したが PD であった。PD-L1-TPS 95% と判明し、2nd line ペムブロリズマブを開始した。2コース後腫瘍は縮小したが、3コース目 day13 に呼吸困難で緊急入院、著明な心嚢液増加をきたしドレーンを挿入した。心嚢液から扁平上皮癌を認め、癌性心膜炎と診断した。症状改善しドレーン抜去、再貯留なく day25 に退院した。その後ペムブロリズマブを継続したが心嚢液の再貯留はなく、肺癌の増悪を認めない。ステロイド加療を必要とせず治療を継続できている irAE は否定的と考えた。ペムブロリズマブ治療中に他の腫瘍巣は縮小しているにも関わらず、non-parallel に癌性心膜炎が悪化し、その後良好な経過を辿ることがある。

### 0-1-6

Bevacizumab, Erlotinib 投与後まもなく虚血性腸炎をきたした EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の一例

1) 滋賀医科大学医学部附属病院 呼吸器内科  
2) 滋賀医科大学 健康管理センター  
3) 滋賀医科大学医学部附属病院 感染制御部

○久保 直之<sup>1)</sup>, 内田 泰樹<sup>1)</sup>, 後藤 幸<sup>1)</sup>, 田中 玲於<sup>1)</sup>, 入山 朋子<sup>1)</sup>, 大岡 彩<sup>1)</sup>, 横江 真弥<sup>1)</sup>, 成宮 慶子<sup>1)</sup>, 角田 陽子<sup>1)</sup>, 山崎 晶夫<sup>1)</sup>, 仲川 宏昭<sup>1)</sup>, 黄瀬 大輔<sup>1)</sup>, 松尾裕美子<sup>1,2)</sup>, 小川恵美子<sup>1,2)</sup>, 行村瑠里子<sup>1,3)</sup>, 大澤 真<sup>1,3)</sup>, 山口 将史<sup>1)</sup>, 中野 恭幸<sup>1)</sup>

Bevacizumab は肺癌をはじめ様々な悪性腫瘍に対し有効性が示され使用されているが、稀な副作用として消化管穿孔や虚血性大腸炎といった消化器症状が報告されている。症例は70台女性。右手指脱力から脳腫瘍を指摘され、精査にて肺腺癌 EGFR exon 19 del 陽性と診断された。脳転移に対する SRT 施行後 Gefitinib 投与され10年間安定していたが、右下肢筋力低下と呂律困難自覚し、頭部 MRI にて脳転移病巣の増大を認めた。SRT 後で追加の放射線照射は困難、手術も部位としては困難であったため、Bevacizumab, Erlotinib を開始した。投与翌日から腹痛、下血あり CT にて虚血性大腸炎と診断された。Bevacizumab による虚血性大腸炎と判断し、虚血性腸炎回復後 Erlotinib を再開したところ、その後は再燃はなく、脳転移病巣も縮小を認めた。肺癌に対する Bevacizumab の虚血性大腸炎の報告は稀でありここに報告する。



## O-2-1

### 胸腔鏡下試験切除術により診断し得た Grey zone lymphoma の1例

兵庫県立はりま姫路総合医療センター 呼吸器内科

○向田 諭史, 浦田 勝哉, 松尾健二郎, 木村 洋平,  
吉村 将

【症例】44歳女性

【現病歴・経過】健診で指摘された前縦隔腫瘍の精査目的で  
当院紹介となった。胸部CTにて上大静脈, 右房に接する最大  
径7cmの腫瘍を認めた。CTガイド下生検を行ったが確定  
診断には至らず, 胸腔鏡下試験切除術を行った。胸腺を含む  
組織が採取され, 線維化を伴う結節性病変内に大きな核小体  
を有する単核や2核の大型細胞を認め, ホジキンリンパ腫様  
の形態学的特徴を有したが, 免疫染色ではB細胞マーカーで  
あるCD20/CD79a陽性であり Grey zone lymphoma (GZL)  
と診断した。DA-EPOCH-R療法を施行し, 4コース終了時点で  
部分奏効が得られている。

【考察】GZLはホジキンリンパ腫と非ホジキンリンパ腫の中間  
的な特徴を持つ腫瘍で2022年のWHO分類第5版で新たに記  
載された疾患である。比較的稀な疾患で十分な検体量がな  
ければ診断は難しいと考えられる。胸腔鏡下試験切除術を行  
うことにより診断し得た症例を経験したので報告する。

## O-2-2

### 肺非結核性抗酸菌症を背景に発症した肺 MALT リンパ腫 の一例

天理よろづ相談所病院

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

症例は84歳女性。X-4年1月, 健診で胸部異常影を指摘, CT  
で中葉舌区を中心に気管支拡張・空洞影, 多発浸潤影を認め,  
左下葉にすりガラス結節を認めた。喀痰より *Mycobacterium*  
*avium*, *Mycobacterium massiliense* を2回ずつ検出し肺非結核性  
抗酸菌症と診断し, 症状や画像の悪化もなく経過観察とした。  
左下葉のすりガラス結節は高分化型肺腺癌も否定できず, 慎  
重に経過観察していた。X年2月のCTで左下葉のすりガラ  
ス結節のみ緩徐な増大があり, X年4月に気管支鏡検査施行  
した。M.avium を検出したが悪性所見は得られず, 診断目的  
で左下葉部分切除術を施行し, 肺 MALT リンパ腫の診断に  
至った。肺 MALT リンパ腫は感染や自己免疫疾患など慢性  
抗原刺激が原因で発症するという報告はあるが, 中でも肺非  
結核性抗酸菌症を背景に発症した肺 MALT リンパ腫は稀で  
あるため報告する。

## O-2-3

### 転移性肺腫瘍と鑑別を要した肺原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の一例

1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科  
2) 奈良県立医科大学附属病院 呼吸器外科  
3) 同 病理診断学, 4) 同 血液内科, 5) 同 呼吸器内科

○片岡 良介<sup>1)</sup>, 鈴木健太郎<sup>1)</sup>, 甲斐 吉郎<sup>1)</sup>, 川口 剛史<sup>2)</sup>,  
澤端 章好<sup>2)</sup>, 松岡未奈已<sup>3)</sup>, 武田麻衣子<sup>3)</sup>, 田中 晴之<sup>4)</sup>,  
藤岡 伸啓<sup>5)</sup>, 坂口 和宏<sup>5)</sup>, 山本 佳史<sup>5)</sup>, 室 繁郎<sup>5)</sup>

症例は73歳男性。30歳に関節リウマチと診断されレフルノミ  
ドで治療されていた。経過中に非結核性抗酸菌症を併発し画  
像フォローを行っていたが, X年4月, 胸部CTで新たに多  
発肺結節影を認めた。FDG-PETでは同病変に異常集積を認  
め, 転移性肺腫瘍を含めた悪性疾患を疑ったが, 原発巣を疑  
う病変は認めなかった。胸腔鏡下肺生検を施行し, 肺原発び  
まん性大細胞型 B細胞リンパ腫と診断した。リツキシマブ併  
用多剤併用化学療法を行い, 肺病変の改善を認めた。肺原発  
悪性リンパ腫の報告は稀であり, その報告例はわずかである。  
画像所見は, 単発性ないし多発性の結節影など多彩な陰影を  
示すことがある。肺原発性悪性リンパ腫は, 一般的な肺癌  
と比較して予後がよく, 侵襲的な生検を行っても積極的な精  
査を行い, 早期の診断・治療が重要となる。文献的な考察  
を加えて報告する。(Respirol Case Rep. 2023 Feb 22;11(3)発表)

## O-2-4

### 両肺多発結節で発病し外科的肺生検で診断した古典的 Hodgkin リンパ腫の一例

天理よろづ相談所病院

○外山 尚吾, 岡垣 暢紘, 田中 佑磨, 坂本 裕人,  
中西 司, 武田 淳志, 松村 和紀, 中村 哲史,  
上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介, 橋本 成修,  
田中 栄作, 田口 善夫, 久保 武, 野間 恵之,  
住吉 真治, 小橋陽一郎, 羽白 高

症例は60代女性。X年8月から咳嗽あり近医で両肺多発結節  
を指摘され当科紹介となった。CTで広義間質主体に分布する  
両側多発結節と, 縦隔・肺門などリンパ節の軽度腫大, 腰椎  
右傍椎体の軟部影を認めた。経気管支肺生検および傍椎体病  
変に対するCTガイド下生検を施行したが, いずれも有意所  
見を得られなかった。経過中, 肺内に病変の縮小や増大を認  
めた。X年11月, 結節部位に対して胸腔鏡下右中葉および下  
葉部分切除術を施行し, 病理学的に小型リンパ球・好中球・  
組織球を含む細胞の集簇からなる結節性病変と, それらを背  
景にCD30・EBER-ISH陽性の大型異型リンパ球様細胞を認め,  
古典的Hodgkinリンパ腫と診断した。本症例は, 両肺多発結  
節を主病変として発病し, 外科的肺生検により診断し得た比  
較的稀な一例であり, 文献的考察を加えて報告する。

## O-2-5

左胸膜炎の軽快と増悪を2年間繰り返し小リンパ球性リンパ腫と診断がついた一例

1) 南和歌山医療センター 呼吸器科  
2) 同 胸部・心臓血管外科, 3) 同 病理診断科

○嶋田 有里<sup>1)</sup>, 伊東 友好<sup>1)</sup>, 稲田 祐也<sup>1)</sup>, 吉村聡一郎<sup>1)</sup>, 曾根 莉彩<sup>1)</sup>, 青野 佑哉<sup>2)</sup>

症例は70歳男性。X-2年8月に発熱、左胸痛を主訴に受診しCTで左胸水貯留を認めた。黄色透明なリンパ球優位の滲出性胸水で、細胞診や抗酸菌培養は陰性でADA上昇もなかった。膠原病を示唆する身体所見はなく血液自己抗体検査も陰性だった。X-1年6月に外科的胸膜生検を施行し、リンパ球浸潤を認めるものの腫瘍細胞はなく原因特定に至らなかった。以降も月1回左胸膜炎を繰り返し、非ステロイド性抗炎症薬を使用すると1週間程で解熱しその都度胸水もほぼ消失した。X年2月より縦隔リンパ節が増大し同部位を生検した結果、小リンパ球性リンパ腫と診断がついた。小リンパ球性リンパ腫は緩徐な進行を辿るが、胸膜に節外病変を来とし、かつ同部位が軽快と増悪を繰り返すことは稀である。本症例のように一時的に胸膜炎が改善しても悪性腫瘍の可能性がある。原因不明の胸膜炎では慎重な経過観察を継続し、急速な進行を来した際の適切な組織採取と病理診断が重要である。

## O-2-6

広範にすりガラス影を認めたリンパ腫様肉芽腫症の1例

大阪赤十字病院

○國宗 直紘, 中川 和彦, 吉田 薫, 榛間 智子,  
矢野 翔平, 伊藤 雅弘, 高橋 祥太, 坂本 裕人,  
宮里 和佳, 石川 遼一, 高岩 卓也, 森田 恭平,  
吉村 千恵, 黄 文禧, 西坂 泰夫

症例は47歳男性。発熱、咳嗽を主訴に近医受診。炎症反応の軽度上昇を認め、胸部CTで両肺野にすりガラス影、辺縁に造影効果を認める多発腫瘤影を認めた。抗菌薬を処方され、発熱、咳嗽は改善傾向となっていたが、胸部異常陰影の精査のため当科紹介受診した。気管支鏡検査を施行したが確定診断が得られず、呼吸器外科に依頼し胸腔鏡下肺生検を施行。組織学的にリンパ腫様肉芽腫症の診断に至った。リンパ腫様肉芽腫症は稀なリンパ増殖性疾患であり、文献的考察を交えて報告する。

## O-3-1

ALK 陽性の非小細胞肺癌に対してカルボプラチン、ペメトレキセド、ベムプロリズマブ併用療法を使用した2例

公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

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

1症例目は46歳、女性。葉気管支への腫瘍進展を伴うALK陽性肺癌cT4N3M1bであった。2症例目は70歳、男性。ALK陽性肺癌cTXN3M1cの他に大腸憩室出血による出血性ショックの既往があり、肺血栓塞栓症に対して抗凝固薬内服中。いずれもPD-L1 TPS $\geq$ 75%であった。アレクチニブを開始したところ1例目は3ヶ月目に薬剤性肺障害、2例目は5ヶ月目に腫瘍増大のため継続困難となった。プリガチニブに変更したがいずれも3ヶ月以内に腫瘍が進行した。ALK陽性肺癌の二次治療としてアテゾリズマブ、ペバシズマブ、カルボプラチン、パクリタキセル併用療法の有用性が報告されているが、本症例はいずれも出血リスクからペバシズマブが使用できず、カルボプラチン、ペメトレキセド、ベムプロリズマブ併用療法を開始した。両症例での有効性を報告する。

## O-3-2

卵巣癌と鑑別を要し、アレクチニブが奏功したALK陽性肺癌の卵巣転移の一例

明石医療センター

○塚本 玲, 岡村佳代子, 井上 拓弥, 古川 湧也,  
藤本 葉月, 増田 佳純, 山崎菜々美, 池田 美穂,  
畠山由記久, 大西 尚

生来健康な47歳女性。下腹部膨満を主訴に受診し造影CTで多発肝腫瘍、縦隔リンパ節腫大を伴う右下葉結、嚢胞を伴う充実性卵巣腫瘍を指摘された。生検の結果、肝腫瘍、肺結節ともにTTF-1陽性の腺癌でALK遺伝子変異が陽性であった。卵巣腫瘍に対して精査目的で手術予定であったがトルソー症候群による多発脳転移、下肢静脈血栓症があり手術中止となった。卵巣癌及び肺癌いずれにも奏功を期待しCBDC+PTXを開始した。しかし卵巣腫瘍が初診時から1カ月で嚢胞部分が約12cm増大し消化管を圧排した結果、イレウスをきたしday5に再入院となった。殺細胞性抗癌剤の投与にも関わらず、卵巣腫瘍は増大し全身状態も悪化したため、診断的治療を目的にday9よりアレクチニブを開始した。肺原発巣、転移性肝腫瘍だけでなく、卵巣腫瘍も縮小し9カ月経過した現在も縮小を維持している。以上の経過からALK陽性の転移性卵巣腫瘍で矛盾がないと考えた。文献的考察を加えて報告する。

## O-3-3

アテゾリズマブにより尋常性乾癬が増悪するも生物学的製剤により改善を認め長期奏功できた小細胞肺癌の1例

宇治徳洲会病院 呼吸器内科

○高橋 祐希, 福井 基隆, 千原 佑介, 齋藤 昌彦

55歳男性。X年11月に尋常性乾癬の診断となり、外用薬で改善認めため、X+1年2月に治療終了となった。同年1月に進展型小細胞肺癌の診断となり、カルボプラチン、エトポシド、アテゾリズマブによる治療を開始した。4コース施行後にCRを認め、アテゾリズマブによる維持療法を開始した。以降CRを維持し治療継続していたが、同年7月に尋常性乾癬の再燃を認めた。アテゾリズマブによる再燃と考え、外用薬を再開したが、著明な改善は認めなかった。アテゾリズマブを中止しリサンキズマブを開始したところ、症状は改善傾向を認めた。X+2年7月にリサンキズマブ継続の上でアテゾリズマブを再開するも症状の再燃は認めず、X+3年9月時点でCRを維持している。免疫チェックポイント阻害薬により尋常性乾癬の再燃を認めたが、リサンキズマブ併用により治療継続が可能となり、長期にわたり良好な腫瘍抑制が得られた症例を経験した。文献的考察を交えて報告する。

## O-3-4

ALK 融合遺伝子変異陽性肺腺癌に対して ALK チロシキナーゼ阻害薬 (ALK-TKI) 使用中に急性心膜炎を生じた一例

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院

○大倉 千明, 森本 千絵, 嶋村 優志, 植木 康光,  
塚本 信哉, 船内 敦司, 神野 志織, 北島 尚昌,  
井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

【症例】53歳女性。X年11月に診断された右中葉肺腺癌 cStage3A の化学放射線療法後再発に対して、X+2年3月からアレクチニブが開始されるも皮疹・発熱のため X+2年4月で中止となり、同年5月からセリチニブで治療中であった。X+4年2月末から乾性咳嗽、臥位で増強する胸痛、発熱が出現し徐々に増悪、同年4月に急性心膜炎と診断された。ステロイド加療を行い改善傾向となったため、同年7月よりブリグチニブを導入したところ、増量したタイミングで急性心膜炎が再発した。現在は今後の肺癌治療について検討中である。

【考察】TKI による心臓合併症の報告は少なく、急性心膜炎の報告はほとんど見受けられない。また、異なる ALK-TKI 使用中に急性心膜炎を繰り返した例は既報になく、貴重な症例であり文献的考察を加えて報告する。

## O-3-5

ドライバー遺伝子変異陰性肺腺癌の経過中に併発した慢性腹膜炎に対して3rd line エルロチニブが奏効した一例

1) 神鋼記念病院 呼吸器センター、2) 同 消化器内科  
3) 同 病理診断科

○藤本 佑樹<sup>1)</sup>, 稲尾 崇<sup>1)</sup>, 清原あすか<sup>1)</sup>, 北村 美華<sup>1)</sup>,  
黒田 修平<sup>1)</sup>, 佐伯 悠治<sup>1)</sup>, 難波 晃平<sup>1)</sup>, 池内 美貴<sup>1)</sup>,  
久米 佐知枝<sup>1)</sup>, 門田 和也<sup>1)</sup>, 大塚 浩二郎<sup>1)</sup>, 笠井 由隆<sup>1)</sup>,  
榎屋 大輝<sup>1)</sup>, 清水 亜希子<sup>2)</sup>, 大林 千穂<sup>3)</sup>, 鈴木 雄二郎<sup>1)</sup>

症例は59歳、女性。入院1年半前に左大量胸水を認め、胸腔鏡検査で左肺腺癌 c stage4A と診断された。EGFR 遺伝子変異陰性 (PNA-LNA PCR Clamp 法) で、PD-L1 TPS 1-24% であった。胸膜癒着術後にカルボプラチン、ペメトレキセド、ニボルマブ、イビリムマブによる化学免疫療法を開始されたが3コースでPDとなった。2nd line ドセタキセル単剤療法を10コース施行されたが、著明な腹水貯留を認め精査加療目的に入院した。腹水細胞診を行い癌性腹膜炎でPDと判定された。PS3であったが相談の上で3rd line エルロチニブが導入されたところ奏効しPS2に改善した。後の腹水細胞診の検体でEGFR 免疫染色 (EGFR mutation specific IHC) を行いL858R 陽性と判明した。初診時にEGFR 遺伝子変異コンパニオン診断が陰性であっても偽陰性である可能性があり、エルロチニブが奏効する症例を経験した。

## O-4-1

息切れを伴う換気制限に声門閉塞の関与が示唆された COPD の1例

NHO 大阪刀根山医療センター

○長田 由佳, 三木 啓資, 三橋 靖大, 木島 涼,  
宮本 哲志, 新居 卓朗, 松木 隆典, 橋本 尚子,  
辻野 和之, 木田 博

高い気道内圧は COPD の運動耐容能維持に必要とされ、声門閉塞により気道内圧は高まる。一方、我々は換気不十分に陥る過度な声門閉塞を調整し声門開大化が COPD の運動耐容能改善に繋がると報告した (Thorax, 三木ら)。しかしながら、呼吸時の縦隔内外の声門を含む一連の気道の動きについて言及された報告は少ない。今回、安静時から息切れを呈し最高酸素摂取量が8.6ml/min/Kgと低下する最重症 COPD 患者 (72歳) で、吸気・呼気時 CT 画像 (安静時) を用い SYNAPSE VINCENT により中気道評価を行い、心肺運動負荷検査の換気指標も併せて解析した。呼吸時の縦隔内中気道は閉塞することなく声門のみが閉塞し、安静時の吸気時間比 (Ti/Ttot) は0.29と呼気延長を呈し、安静時の吸気-呼気1回換気量差は+12mlで運動と共に上昇した。気道内圧は未測で症例報告ではあるが、下気道疾患である COPD の換気制限に影響する中気道閉塞において上気道のみ関与が示唆された。

## O-4-2

呼吸器疾患患者に対するベルト電極式骨格筋電気刺激法の活用

- 1) NHO 東京都病院 リハビリテーション科  
2) 同 呼吸器内科

○渡邊 俊介<sup>1)</sup>, 横瀬 由紀<sup>1)</sup>, 牛村美穂子<sup>1)</sup>, 廣野さつき<sup>1)</sup>, 同道 和真<sup>1)</sup>, 荏原 雄一<sup>2)</sup>, 角 謙介<sup>2)</sup>

【目的】当院では令和4年6月より呼吸ケアセンターが設立され、スタッフが一丸となって日々患者の治療や社会復帰の支援に取り組んでいる。リハビリ部門の取り組みとして、医師の指示のもと呼吸器疾患患者に対するベルト電極式骨格筋電気刺激法 (B-SES) を行った。【方法】対象：労作にて息切れを生じやすく、長距離歩行が困難な患者 治療機器名：G-TES 治療時間 / 頻度：1回20分間 / 週3～5回程度 治療期間：リハビリ介入～退院【結果】バイタルやBorgの変化を常に見ながら実施し、安全に継続することができた。刺激強度は患者の耐えうる最大の強度としているが、強い痛みや疲労感を生じないように十分に配慮して行った。【結論】有酸素運動として従来からエルゴメーターなどの運動器具が用いられてきたが、息切れや下肢疲労が生じやすく長時間の運動が困難な患者に対しては、下肢筋全体を不随意的に刺激できるB-SESが有効に活用できるのではないかと考えた。

## O-4-3

MRIを用いた背臥位・腹臥位・左右前傾側臥位における胸腔拡張運動の定量的評価の試み

- 1) 神戸総合医療専門学校 理学療法士科  
2) 神戸総合医療専門学校 診療放射線科  
3) 神戸大学大学院 保健学研究科  
4) 情報通信研究機構 未来 ICT 研究所  
5) 大阪大学大学院 生命機能研究科

○小林 正明<sup>1,3)</sup>, 上口 貴志<sup>3,4,5)</sup>, 岩井 克磨<sup>2)</sup>, 福林 秀幸<sup>1)</sup>, 山本 暁生<sup>3)</sup>, 三木 明德<sup>1,2,3)</sup>, 石川 朗<sup>3)</sup>

【背景】COVID-19の流行により呼吸管理における体位変換療法的重要性が再認識されてきた。特に前傾側臥位における胸腔運動の動的かつ定量的な評価は臨床的に意義深い。本研究ではMRIを用いて各体位における胸腔拡張幅を定量化した初期評価の報告を行う。

【方法】健康な若年男性 (20～39歳、非喫煙者、MRI禁忌事項非該当) 3名を対象とし、背臥位、腹臥位、右下前傾側臥位、左下前傾側臥位の4体位でMRI撮像を実施した。各体位において深呼吸と安静呼吸条件で胸腔中央部の前額面・矢状面を約2fpsで60秒間撮像した。画像はImageJを用いて胸腔輪郭を自動抽出し、各体位で上下・左右・前後の胸腔拡張幅を算出した。

【結果】安静呼吸では4つの体位間で振幅に一定の傾向は見られなかった。一方、深呼吸では前傾側臥位が左右に拡張しやすく、非荷重側の胸腔が前後に拡張しやすい傾向が見られた。

【結論】深呼吸条件において前傾側臥位に特徴的な胸腔拡張運動が生じた。

## O-4-4

間質性肺炎患者に対し自己効力感に着目した介入で運動耐容能・ADLの向上に繋がった一症例

- 1) 公益財団法人日本生命済生会 日本生命病院 リハビリテーション室  
2) 同 リハビリテーション科

○廣田 将史<sup>1)</sup>, 藤岡 栄悟<sup>1)</sup>, 麦田 盛穂<sup>1)</sup>, 田中 孝<sup>1)</sup>, 白川 桂<sup>1)</sup>, 新井 聖章<sup>1)</sup>, 世傳 智貴<sup>1)</sup>, 片岡宏一郎<sup>1)</sup>, 辻 成佳<sup>2)</sup>

【はじめに】間質性肺疾患は進行性で病型によって治療反応性が異なるため、個々の症例に応じた呼吸リハビリテーション (PR) の介入方法が課題となっている。今回、間質性肺炎 (PF-ILD) 患者に対し自己効力感 (SE) に着目した介入で運動耐容能・ADLの向上に繋がった症例を報告する。【症例】70代女性。PF-ILDによる呼吸困難感の増悪を認め入院。翌日からPR開始。【経過】PR開始時は運動耐容能・ADL低下を認め、呼吸困難感から運動に対するSEも低い状態であった。このSEに重点をおいたPRプログラムの介入を2週間実施した。【結果】(初回→退院時) 修正MRCグレード4→2、握力16.2→16.6 kg, SMI4.8→4.6 kg / m<sup>2</sup>, 6分間歩行距離356→371m, NRADL45→78点, CD-SES57→72点【考察】SEに着目し介入することで、呼吸困難感軽減の成功体験が得られ、その結果、運動耐容能・ADLの向上に繋がったと考える。

## O-4-5

CPFE 合併肺癌術後、HOT 導入した患者のセルフモニタリングによる退院後の運動療法継続を目指した呼吸リハ (PR) の経験

神戸市立医療センター中央市民病院 リハビリテーション技術部

○若田 恭介, 山田 莞爾, 竹田はるか, 岩田健太郎

【緒言】IP患者において急性期PR実施後の持続効果について明らかでない。今回、入院中よりセルフモニタリングの指導を行った結果、退院後も6MWTや平均歩数を改善できた症例について報告する。

【症例】60代男性。CPFE (術前PFT, %VC: 70.7%, %DLco: 43.7%), 右肺癌で当院フォロー中。今回、胸腔鏡下右上葉部分切除術施行。POD1: 術後PR開始。ADL自立もEIH残存しHOT導入 (動作時5L/min)。EIH著明も自覚症状に乏しく、自身でSpO<sub>2</sub>モニタリング<sup>®</sup> (SpO<sub>2</sub>>85%) しながらPRを実施。入院中から目標歩数を設定し、増悪所見がないことを患者と共有しながら漸増していき、POD14: 自宅退院。POD22: 初回外来PR、以降PR継続中 (1回/月)。理学療法評価 (POD22→POD40 6MWD: 420→470m, min SpO<sub>2</sub>: 80→85%, 平均歩数: 4331→7407歩/日)。患者へ本発表の主旨を説明し同意を得た。

【考察】通常介入と並行してセルフモニタリングの指導を行うことで、退院後も自身で適切にリスク管理下で運動療法を継続でき、6MWTや平均歩数の改善を認めた。

## O-4-6

## 嚥下に注目した呼吸リハビリテーション入院について

- 1) 南和広域医療企業団 吉野病院
- 2) 地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良西和医療センター
- 3) 南和広域医療企業団 五條病院

○有山 豊<sup>1)</sup>, 福岡 篤彦<sup>1)</sup>, 岩井 一哲<sup>1)</sup>, 村上 伸介<sup>1)</sup>, 天野 逸人<sup>1)</sup>, 田村 緑<sup>2)</sup>, 大谷 絵美<sup>3)</sup>

COPDは誤嚥, Sarcopeniaの合併が多く, Sarcopeniaにより嚥下に関する筋群での筋肉量が減少し嚥下障害による誤嚥や栄養障害を引き起こすという仮説がある。当院では, 嚥下に着目した入院呼吸リハを2023年7月から開始しており, まだ症例は少ないが報告する。入院呼吸リハの対象はCOPDと診断された患者で, 年齢や性別は問わず, 教育プログラムを受けて効果が期待出来る程度の認知機能が残存する群とした。入院時にThe 10-item Eating Assessment Tool (EAT-10)で嚥下状況を確認し, また全例に対して嚥下内視鏡検査(VE検査)を行った。嚥下機能に応じてSTを含むリハビリ, 退院後のアクションプラン作成を行った。同意を得られれば嚥下訓練時に笑いヨガと吹き戻しの訓練を付加する臨床検討も行っている。現在わずか2例の経験だが, 認知症などがあるとEAT-10の評価が当てにならない可能性があることがなかった。今後は聖隷式も併用し検討を行う予定である。

## O-5-1

## 看護の視点で行う呼吸器関連特定行為の実践報告

医療法人南労会紀和病院 看護部 HCU 病棟

○白石菜保子

【目的】自己の特定行為実践を振り返ることで, A病院における成果を明らかにする。【方法】人工呼吸器の離脱に着目し, 離脱の成否と自発呼吸トライアル(以下SBT)の介入日数, 挿管チューブや気管カニューレの抜管・発声嚥下の成否, その後の転帰等を調査した。【結果】22名中14名が呼吸器離脱に成功し, 4名が挿管チューブ, 1名が気管カニューレを抜管し, 自声での発声及び嚥下が可能となり自宅退院した。離脱までに要したSBTの介入日数は平均5日であった。離脱が不可でも, カフ上部ポートから送気するエアポンプフロー法で発声可能となった患者1名は, 現在も訓練中。離脱はできたが抜管不可の患者4名はスピーチカニューレへ移行し, バルブ法で発声可能となった。【結論】特定行為は看護の延長上にあり, 様々な多職種がチームアプローチすることで呼吸器離脱, 抜管, 発声や嚥下, 離床を実践し, 急性期から在宅医療へ繋いでいくことができた。

## O-5-2

## 治療の長期化により怒り表出する患者が自分の今後について考えることを可能とした看護援助

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

○榊 理緒菜, 桑原田真弓, 山下 陽子, 竹川 幸恵

【目的】治療が長期化し, 怒りを表出する患者が今後のことを考えるまでに至った支援を振り返り, その看護援助を明らかにする。

【方法】1. 事例研究. 2. 対象:A氏60歳代, NTMにてHOT中, 肺炎にて入院, 一旦改善し自宅以外の療養先を調整中に気胸発症, その後も肺炎を繰り返した。3. データ収集・分析方法: 診療録から情報収集し課題分析の方法を参考にA氏の変容プロセスと看護師の看護援助を分析した。

【結果・考察】身体的, 精神的苦痛を訴え, 看護師に怒りを表出するA氏が, 今後の自分を考えるまでに至ったA氏の変容プロセスと「受け止め, 傾聴する看護技術」「患者が安心してケアを受けられるよう環境を整える援助技術」「対話を重ねパートナーシップの関係を構築する援助技術」等の看護援助が明らかになった。患者がエンパワメントする過程において思いの表出を助け対話を重ねる支援が重要である。

## O-5-3

## 長期的に人工呼吸器を装着している筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者の入浴の継続についての考察

医療法人社団和敬会 みきやまりハビリテーション病院

○牛居 克博, 大竹 洋介, 増田 智美, 原武ゆかり

長期的に人工呼吸器を装着した患者の入浴(ミストシャワー浴)を通じ, 多職種で検討しながらケアの継続を試みた事例を報告する。患者は62歳時にALSを発症。63歳時より24年間人工呼吸器を装着され全介助であった。終末期において入浴は, 肺のコンプライアンス低下や低栄養状態からくる浮腫, 腹水貯留があり換気量の変動が大きく, バイタルサインの急激な変化のために急遽中止することがしばしばあった。それに対し医師, 療法士, 看護師, 臨床工学技士らで, より安全に入浴を行うための排痰介助, 移動方法や入浴体位の工夫を重ねながら実施し, 87歳で亡くなる約1ヶ月前まで入浴を継続することができた。入浴には皮膚の保清, 温熱による血流促進などの効果, リラックス効果がある。リハビリ病院という環境で, 多職種で患者に負担が少ない方法を検討しながら終末期まで入浴が継続できたことは, 患者のQOL維持の一助になったと考えられる。

## O-5-4

### COVID19肺炎後患者の思いを支えながらADL拡大を行ったケアの一例

地方独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院

○日下部邦代, 森田 幸子

目的 COVID19肺炎後、慢性2型呼吸不全により人工呼吸器離脱が困難であり、ADL拡大に難渋した患者への看護を振り返る看護の実際 A氏。壮年期男性。1年間リハビリを継続し、人工呼吸器の日中離脱が可能となり、徐々にADLを拡大した。A氏は「トイレに行きたい」という思いがあり、それを目標にリハビリに取り組んでいた。運動療法だけでなく日常生活の中にリハビリを取り入れることを提案したが否定的な発言が見られ、看護チームからはA氏の関わりに悩む声が聞かれた。このため、看護師間でカンファレンスを行った後、主治医、理学・作業療法士ともA氏の目標を共有した。そして、その目標をA氏と共有し、目標達成のために医療チームが支援すること、A氏に取り組むことを伝えた。その結果、ADL拡大に向けて取り組むことが出来た。考察 医療チームでカンファレンスをしたことで、患者のことをより深く捉えることができ、思いを支えることが出来たと考える。

## O-5-5

### ニンテダニブ継続支援システムの構築

1) 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 看護部  
2) 同 薬剤部, 3) 同 呼吸器内科

○朝倉 里菜<sup>1)</sup>, 村上由美子<sup>1)</sup>, 鬼塚真紀子<sup>1)</sup>, 竹川 幸恵<sup>1)</sup>, 平田 聡子<sup>1)</sup>, 川口 翔子<sup>1)</sup>, 和田 宜久<sup>2)</sup>, 森下 裕<sup>3)</sup>

【目的】ニンテダニブ継続支援システム構築のプロセスと課題を明らかにする。【方法】2022年多職種によるニンテダニブワーキングを結成し、ニンテダニブ継続支援システムを構築した。そのプロセスを時系列で整理し、診療録から支援内容と課題を分析した。自施設の研究倫理委員会の承認を得た。【結果・考察】(1)「下痢対応フローチャート」「服薬日誌」「病棟、外来介入テンプレート」「導入パス」などの作成や修正 (2) ニンテダニブの継続服薬の重要性・副作用を含めたセルフマネジメント支援方法など看護師の知識とスキルの向上 (3) 外来・病棟連携、薬剤師との連携の強化を図っていた。課題として、作成したツールを有効的に活用する看護師の指導スキルの向上とシステム運用後の評価が挙げられ、指導スキル向上への看護師教育や継続支援システムの評価方法の検討が必要と考える。

## O-5-6

### 在宅ハイフローセラピーを導入したCOPDの1例

市立奈良病院 呼吸器内科

○岡瀬 史絵, 松尾 亮平, 西前 弘憲, 見山 紀子

症例は66歳女性。X-1年にCOPD、2型呼吸不全に対し、在宅酸素療法および夜間NPPVを導入していたが、NPPVに対する忍容性が悪く、自宅でほとんど使用できていなかった。X年Y月に数日前からの呼吸困難を主訴に救急搬送され、COPD増悪およびCO2ナルコーシスの診断で入院した。治療は奏功したが、患者本人のNPPVに対する不快感から今後の自宅での継続使用は困難と判断し、夜間ハイフローセラピーへの切り替えを行った。導入後も著明な高CO2血症は認めず、受け入れも良好であったため、在宅導入を行った。退院1ヶ月時点では毎日の使用が確認でき、NPPVと比較し忍容性の大幅な改善が得られた。COPDに対する在宅ハイフローセラピーの導入例はまだ少ないものの、NPPVと比較し忍容性が優れ、継続的な使用による2型呼吸不全の改善が期待できる可能性があると考えられた1例を経験したため報告する。

## O-5-7

### COPDに対する在宅HFNCの中断により呼吸器症状の増悪を生じ、再開により改善した1例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○貴志 亮太, 立川 良, 笹田 剛史, 庵坂 学外, 齊藤 正一郎, 伊部 匡晃, 鶴井佐栄子, 白川 千種, 古田 勝之, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真, 中川 淳, 富井 啓介

症例は84歳女性。COPDに伴う慢性2型呼吸不全に対し、日中はLTOT、夜間は在宅HFNC(総流量30L/分)で呼吸管理を受け、PvCO2は60mmHg前後で推移していた。約1ヵ月前から呼吸困難や倦怠感、食思不振が増悪し、当院に救急搬送となった。PaCO2は71.2mmHgまで上昇を認めたが、感染等の明らかな増悪の原因は認めず、病歴聴取にて症状出現前からHFNC使用を中断していたことが判明した。入院後に夜間HFNCを再開したところ、自覚症状は速やかに改善し、PvCO2も53.1mmHgまで低下を認めた。患者と家族に在宅HFNCの再指導を行ったのち自宅退院とした。在宅HFNCは増悪の抑制やPaCO2の低下、QOLの改善などがFLOCOP試験で示されている。一方で、本症例のように自宅で適切に使用できていなければ体調悪化の原因となりうるため、在宅での使用状況にも留意すべきである。

## O-6-1

Mepolizumab から Dupilumab への変更を契機に好酸球増多症と両肺多発浸潤影を呈した若年難治性喘息の一例

神戸市立医療センター中央市民病院

○伊部 匡晃, 立川 良, 齊藤正一郎, 庵坂 学外,  
 笹田 剛史, 佐藤 亮寿, 貴志 亮太, 白川 千種,  
 古田 勝之, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,  
 中川 淳, 富井 啓介

症例は18歳男性。X-6年に喘息と診断され長期管理薬が開始された。X-3年にコントロール不良につき Mepolizumab が導入され著効した。一方で慢性好酸球性副鼻腔炎の合併も指摘されていた。X年3月に副鼻腔炎の改善に乏しく生物学的製剤を Dupilumab へ変更した。2回の投与がなされたX年4月より発熱、咳嗽が出現した。X年5月には喘鳴も出現し、末梢血好酸球増多(162→2300/ $\mu$ L)を伴ったことから精査入院となった。入院時のCTでは両側気管支血管束周囲に浸潤影、すりガラス影を認めた。肺病変以外には臓器障害はなく、製剤変更による好酸球増多を契機とした好酸球性肺炎と診断した。mPSL250mgを導入するとともに Mepolizumab を再開した。以降症状及び肺野陰影は改善し、ステロイドを漸減している。Dupilumab 投与開始後に好酸球増多が生じることは知られているが、特に本症例においては Mepolizumab からの変更がより強い好酸球誘導を引き起こしたと考えられるため報告する。

## O-6-2

Mepolizumab から Dupilumab への変更により好酸球性肺炎が再燃した難治性喘息の1例

淡海医療センター

○福本 洋介, 神田 響, 今里 優希

53歳女性。40歳より難治性喘息で加療中。1か月前より喘鳴・咳嗽が悪化しX年10月に紹介受診。末血好酸球増多(2760; 30%)と胸部CTで多発すりガラス影を認め、好酸球性肺炎合併喘息増悪と診断。以後OCS減量のたび症状再燃するためX+1年9月より Mepolizumab を開始。以後OCSを中止し症状安定していたが、X+3年6月より咳嗽優位の増悪を繰り返すようになり Dupilumab に変更(FeNO90; 末血好酸球数300)。day19より発熱と倦怠感が出現し、day31受診時末血好酸球数の著明増多(11000; 55%)、胸部CTで多発すりガラス影の再燃あり。気管支肺胞洗浄液中好酸球66%にて好酸球性肺炎再燃と診断。以後 Benralizumab に変更し陰影・症状とも速やかに改善した。

## O-6-3

気管支原性嚢胞、肺葉外肺分画症、気管支閉鎖症が合併した一例

1) 大阪府結核予防会大阪複十字病院 内科  
 2) 大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器外科学

○東口 将佳<sup>1)</sup>, 松本 智成<sup>1)</sup>, 福井絵里子<sup>2)</sup>, 酒井 俊輔<sup>1)</sup>,  
 木村 裕美<sup>1)</sup>, 西岡 紘治<sup>1)</sup>, 伊藤 大貴<sup>1)</sup>, 井上 義一<sup>1)</sup>,  
 小牟田 清<sup>1)</sup>, 新谷 康<sup>2)</sup>

症例は39歳、男性。背部痛を主訴に前医を受診。胸部CTにて異常陰影を認めたため、当院紹介受診となった。35歳時に左気胸の既往があった。胸部造影CTで左肺縦隔側の結節影、左肺背側縦隔側に楔状の軟部陰影、左肺下葉S6に限局する気腫性変化を認めた。手術所見および病理組織学的所見から気管支原性嚢胞、肺葉外肺分画症、気管支閉鎖症と診断した。3つの先天性肺疾患が偶然合併する可能性は低いと考えられ、同一の原因で複数の先天性肺疾患が引き起こされた可能性が考えられる。本症例は先天性疾患の病因論に示唆を与える。

## O-6-4

慢性呼吸不全を呈する COPD 症例は客観的データの変化を主観的に捉えることができない

国立病院機構南京都病院 呼吸器疾患と神経難病のための呼吸ケアセンター

○坪井 知正

【目的】前回の地方会で、慢性呼吸不全を呈する COPD 症例において、同時期に測定した客観的データから主観的データが推測できないことを示した。今回は客観的データの変化を主観的に捉えることができるかどうか検討した。【方法】COPD150例を対象に、客観的データとして年齢・BMI・%VC・%FEV1・FEV1%G・PaCO2・PaO2、および主観的データとして呼吸困難(mMRC)・生活の質(SRI)・不眠(AIS)・抑うつ(HAD)・不安(HAD)・睡眠の質(PSQI)・昼間の眠気(ESS)を経年的に調査し、客観的データと主観的データの変化を調べた。【成績】客観的データの変化と主観的データの変化には全く関連(相関)が無かった。【結論】同時期に測定した客観的データから主観的データが推測できないことを示した前回の報告に加えて、今回の検討で客観的データの変化を主観的に捉えることができないことが判明した。臨床的に極めて重要と考えられる。

## O-6-5

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) における肥満と身体活動量・食事摂取量の関係

- 1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
- 2) 京都大学医学部附属病院リハビリテーション部
- 3) 京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座
- 4) 京都大学大学院医学研究科 糖尿病・内分泌・栄養内科学

○前谷 知毅<sup>1)</sup>, 田辺 直也<sup>1,2)</sup>, 白石 祐介<sup>1)</sup>, 寺田 悟<sup>1)</sup>, 張 怡<sup>1)</sup>, 大島 洋平<sup>2)</sup>, 吉岡 佑二<sup>2)</sup>, 濱田 涼太<sup>2)</sup>, 佐藤 晋<sup>1,3)</sup>, 池田 香織<sup>4)</sup>, 佐藤 篤靖<sup>1)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

【背景】慢性閉塞性肺疾患 (COPD) において, 呼吸筋仕事量増大・全身性炎症・代謝異常などに伴い消費エネルギー増大, 低栄養状態に至るが, 肥満は COPD において予後良好と関係する。COPD における身体活動量と食事摂取量への肥満の影響を検討した。【方法】安定期 COPD 患者を前向きに登録し (n=68), 肺機能検査・体組成分析・5回立ち上がりテスト (5STS)・身体活動量計測, 簡易型自記式食事歴法質問票 (BDHQ) とスマートフォンアプリ (あすけん) を用いて食事摂取量を横断的に評価した。【結果】体脂肪率高値 (≥25%) 群では低値 (<25%) 群より5STS不良, 1日歩数・BDHQ 食事摂取量低値であったが, 肺機能に差を認めなかった。あすけんでの食事摂取量も同様の結果であった。一方 BMI に基づく2群分け評価では異なる結果が得られた。【結語】体脂肪率高値群では身体活動量・食事摂取量が低値であった。

## O-6-6

COPD 患者における肺気腫重症度と歩行速度, 6分間歩行試験指標との関連

- 1) 京都大学大学院 医学研究科 呼吸器内科学
- 2) 京都大学医学部附属病院 リハビリテーション部
- 3) 京都大学大学院 医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座

○杉谷 武人<sup>1)</sup>, 田辺 直也<sup>1,2)</sup>, 片岡 佑介<sup>1)</sup>, 小畑 幸平<sup>1)</sup>, 白石 祐介<sup>1)</sup>, 前谷 知毅<sup>1)</sup>, 寺田 悟<sup>1)</sup>, 張 怡<sup>1)</sup>, 大島 洋平<sup>2)</sup>, 吉岡 佑二<sup>2)</sup>, 濱田 涼太<sup>2)</sup>, 佐藤 篤靖<sup>1)</sup>, 佐藤 晋<sup>1,3)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

【背景】COPD 患者において肺気腫は, 歩行速度低下, 6分間歩行距離及び歩行中低酸素と関連することが知られる。肺気腫と肺拡散能低下の関連から, 肺気腫は歩行中の酸素化低下とより関連するとの仮説を立て検討した。【方法】2023年より開始した COPD フレイル前向き観察研究に参加した症例において, 胸部 CT を用いた肺気腫定量 (LAA%), 6m歩行試験における歩行速度と6分間歩行試験における歩行距離 (6MWD) と SpO<sub>2</sub>低下量 (歩行開始前と最低 SpO<sub>2</sub>の差) 測定を施行した。【結果】登録した COPD 患者28例において, LAA%は, 歩行速度, SpO<sub>2</sub>低下量と相関したが (スピアマン相関係数 -0.40, 0.56, いずれも p < 0.05), 6MWD との相関は認めなかった。【結語】肺気腫の程度は, 歩行距離よりも歩行中の酸素化低下との関連が強い可能性がある。

## O-6-7

関節痛やぶどう膜炎を認めるも気道症状から診断に至った再発性多発軟骨炎の1例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

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

【症例】55歳, 女性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】X-2年から四肢の関節痛を認め, 当院総合内科紹介も経過観察。X-1年からぶどう膜炎も認め加療されていた。X年6月に人間ドックの肺機能検査から混合性換気障害を指摘。7月に精査目的に当科受診, 数日後に労作時呼吸困難を認め予約外受診。気道狭窄音を聴診で認め, 胸部 CT 検査にて気管軟骨の壁肥厚と呼吸時の内腔狭窄増悪を認めた。気管支軟化症による呼吸困難と診断し精査加療目的に入院。【経過】呼吸機能検査にて上気道狭窄パターンの混合性換気障害を認めた。鞍鼻もあり, 厚生労働省の診断基準に則って再発性多発軟骨炎 (RP) の確定診断とした。ステロイド1 mg/kg 内服と ICS/LABA 吸入療法との併用加療にて改善を認めている。【考察】RP は希少疾患で早期診断が困難であり, 重篤な呼吸症状を呈する前の診断が重要と考え, 文献的考察を加えて報告する。

## O-6-8

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

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

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

咳嗽は日常診療において最も多い主訴であり極めて重要であるが全国規模での臨床研究はまだない。遷延性および慢性の咳嗽症例を全国規模で集積しその原因疾患を検討した。本研究参加施設に来院し文章で同意を得られた慢性咳嗽症例を対象とした。日本咳嗽学会30施設から遷延性・慢性咳嗽患者540名の登録があり, うち慢性咳嗽379名 (男性141名, 女性238名) 55.3 ± 18.9歳 (SD) (median 58.0, range 5-91) であった。頻度の多い疾患として咳喘息, 副鼻腔気管支症候群, アトピー咳嗽が上位3疾患であり, 合併疾患もこれらの疾患の合併が多く, 副鼻腔気管支症候群および診断不能群は改善に長期間必要であった。日本における慢性咳嗽の原因疾患として咳喘息, 副鼻腔気管支症候群, アトピー咳嗽上記3疾患の重要性が, 初めての全国調査で示された。



## O-6-9

### 非 COPD、軽症 COPD 症例の肺健診 CT における肺気腫の空間分布と呼吸機能の関連

- 1) 京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学
- 2) 京都大学大学院医学系研究科放射線医学講座
- 3) 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○片岡 佑介<sup>1)</sup>、田辺 直也<sup>1)</sup>、白石 祐介<sup>1)</sup>、前谷 知毅<sup>1)</sup>、坂本 亮<sup>2)</sup>、佐藤 晋<sup>1)</sup>、福井 基成<sup>3)</sup>、佐藤 篤靖<sup>1)</sup>、平井 豊博<sup>1)</sup>

【背景】肺気腫は COPD 発見において重要な CT 所見であるが、呼吸機能への影響は症例毎に異なる。早期 COPD において肺気腫はランダムに発生するのではなく、癒合シクラー化し進展するという従来の知見より、本検討では、肺気腫を構成する CT ボクセル同士の隣接結合数が呼吸機能をより反映する、という仮説を立て肺ドック CT を解析した。【方法】北野病院肺ドック健診を受診した非 COPD 症例と GOLDII 以下の COPD 症例 (352 例) を対象とした。CT における肺気腫割合 (LAA%) と、肺気腫領域の形状と密度を表現する指標として、肺気腫領域における隣接ボクセル数の割合を算出した。(NJC%) 【結果】多変量線形重回帰解析において、患者背景因子、LAA%とは独立して、NJC%は有意に1秒率と関連した。【結語】非 COPD、軽症 COPD において、全肺における肺気腫の平均的な広がりとは独立して、より compactness の高い肺気腫分布は、呼吸機能低下と関連することが示された。

## O-7-1

### CO2ナルコーシスを契機に ALS の診断に至った一例

- 1) 奈良県西和医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 内科・腎臓内科
- 3) 奈良県総合医療センター 神経内科
- 4) 同 呼吸器内科

○中井 昌弘<sup>1)</sup>、平岡 淳弥<sup>1)</sup>、棚橋 早穂<sup>1)</sup>、田村 緑<sup>1)</sup>、上田 樹里<sup>2)</sup>、森本 勝彦<sup>2)</sup>、清水 久央<sup>3)</sup>、川原 誠<sup>3)</sup>、花岡 健司<sup>4)</sup>、伊藤 武文<sup>4)</sup>、杉村 裕子<sup>1)</sup>

症例は76歳男性。X-2~3日頃から手足の脱力感を自覚するようになり、X日に意識障害が生じ、当院に救急搬送された。血液ガス分析でPaCO<sub>2</sub>115.0 TorrであったためCO<sub>2</sub>ナルコーシスと判断し、気管挿管の上、人工呼吸管理を開始した。胸部CTで浸潤影を認めたため誤嚥性肺炎として抗生剤治療を開始した。X+2日に肺炎像は改善していたため抜管しHNFC管理としたが、胸郭の動きは悪く、無気肺が出現し、去痰困難が持続していた。X+6日に喀痰による窒息を起こし、再挿管とした。また、経過中に右上下肢の近位筋優位の筋力低下が顕在化したこと、更なる問診により1か月程度前から腰部の筋力低下を自覚していたことから神経筋疾患の可能性を考え、脳神経内科での精査目的に転院となった。転院後、筋電図などで精査の結果、ALSと診断された。呼吸不全を契機に神経筋疾患の診断に至った経緯などについて考察する。

## O-7-2

### 治療抵抗の COPD 急性増悪に NPPV の治療データを利用して SAS の関与を診断することができた一例

- 1) 市立池田病院 呼吸器内科
- 2) 大阪はびきの医療センター

○西島 良介<sup>1)</sup>、加藤聡一郎<sup>1)</sup>、住谷 仁<sup>1)</sup>、山内桂二郎<sup>2)</sup>、米田 翠<sup>1)</sup>、清水 裕平<sup>1)</sup>、田嶋江利子<sup>1)</sup>、大谷 安司<sup>1)</sup>

【症例】80歳男性。【現病歴】COPDのため在宅酸素療法(O<sub>2</sub> 1L/min)を使用していた。転移性肝癌に対して当院外科で肝S2/3部分切除術を施行した後、誤嚥性肺炎を発症し、2型呼吸不全が進行したため紹介となった。【臨床経過】高流量鼻カニューレ酸素療法での管理を開始したがCO<sub>2</sub>貯留の改善は乏しくBiPAP(V60ベンチレータ)を装着した。その後も夜間の酸素化低下が頻発するためNPPV(NIP ネーザル V-E)を装着し保存されている治療データを確認したところ、AHI 34でありSASと診断した。EPAPをauto EPAPに変更したところ呼吸状態は改善を認め、その設定で夜間にNPPVを継続することで退院することができた。【考察】治療抵抗のCOPD急性増悪にNPPVを利用することで2型呼吸不全の背景にSASが存在していると診断することができた一例を経験したため報告する。

## O-7-3

### NPPV 設定に PSG・PtcCO<sub>2</sub> モニター・機器データを用い何とか睡眠時低換気を是正できた ALS 症例

国立病院機構 京都府病院 呼吸器疾患と神経難病のための呼吸ケアセンター

○坪井 知正

NHO 京都府病院では2022年6月から「呼吸器疾患と神経難病のための呼吸ケアセンター」を開設し、日本各地から慢性呼吸不全の患者さんをご紹介いただいている。夜間 NPPV 中に低換気がコントロールできず PtcCO<sub>2</sub> が 80mmHg 以上となる ALS 患者さんを紹介いただいた。PSG・PtcCO<sub>2</sub> モニター・機器データにより、覚醒時・自発呼吸が保たれている睡眠時・自発呼吸が消失する睡眠時で呼吸パターンが著しく異なり、PtcCO<sub>2</sub> が低下する場合には無呼吸が頻発することがわかり、それらのデータを用いて何とか有効な NPPV の設定を見出すことができた。最終的には、Vivo 3 を使い、ST モードで、EPAP 2.5 cmH<sub>2</sub>O、IPAP 8.0-20.0 cmH<sub>2</sub>O (保障 Vt : 650ml)、Ti 1.3-1.5 sec.、バックアップ呼吸数 22/min.、バックアップ時の Ti 1.5 sec.、ライズタイム 6、吸気・呼気トリガ:自動、フェイスマスク、1L 酸素とした。

## 0-7-4

肺野に特記所見なく肺血流シンチにて肺静脈閉塞症が疑われた低酸素血症の1症例

独立行政法人国立病院機構 大阪刀根山医療センター

○木島 涼, 木田 博, 三木 啓資, 辻野 和之,  
松木 隆典, 新居 卓郎, 宮本 哲志, 三橋 靖大,  
長田 由佳

【症例】49歳, 女性【主訴】労作時呼吸困難感【既往】なし【現病歴】X-2年秋頃より労作時呼吸困難感を自覚され, X-1年1月に前医を受診し, 血液検査や胸部X線では特に異常所見がなく, X-1年2月に当院初診となった。労作後に室内気でSpO<sub>2</sub>78%まで酸素化低下は認められたが, 胸部CTや呼吸機能検査では特記所見を認めなかった。心臓超音波検査で肺高血圧症が示唆されたため, X-1年3月に他院循環器内科へ紹介。右心カテーテル検査等で, 特発性肺動脈性肺高血圧症が疑われ, 肺血管拡張剤による治療が開始された。その後も症状改善を認めず, X-2年10月に肺血流シンチを施行したところ, 右肺上中葉の著明な血流低下を認め, 臨床経過と合わせて肺静脈閉塞症が疑われた。肺移植の適応等も考慮し, X年3月に高次医療機関へ紹介の運びとなった。【考察】明らかな低酸素血症にも関わらず, 画像的所見に乏しい症例においては肺血流シンチが疾患鑑別に有用である可能性が示唆された。

## 0-7-5

運動誘発性右左シャントを認めた気腫合併間質性肺炎の1例

- 1) 国立病院機構大阪刀根山医療センター
- 2) 国立循環器病研究センター

○三橋 靖大<sup>1,2)</sup>, 木島 涼<sup>1)</sup>, 宮本 哲志<sup>1)</sup>, 長田 由佳<sup>1)</sup>,  
新居 卓郎<sup>1)</sup>, 松木 隆典<sup>1)</sup>, 辻野 和之<sup>1)</sup>, 三木 啓資<sup>1)</sup>,  
木田 博<sup>1)</sup>, 大郷 剛<sup>2)</sup>

62歳男性。軽労作時の顕著な息切れを主訴に来院し, 胸部CT検査より気腫合併間質性肺炎と診断された。精密肺機能検査では, FVC 4.37 L (100.7%), FEV<sub>1</sub> 3.34 L (93.3%), DLCO 11.89 mL/min/mmHg (61.9%), 心エコー検査では左室壁運動良好, TR-PGは30 mmHgと推測された。運動心肺負荷検査では運動開始直後よりSpO<sub>2</sub>低下を認めるとともに, PETO<sub>2</sub>上昇, PETCO<sub>2</sub>低下, 呼吸商増加を認め運動誘発性右左シャントが疑われた。運動負荷心エコー検査にて労作時肺高血圧を認め, バルサルバ負荷時マイクロバブル試験陽性, さらに経食道エコー検査にて卵円孔閉存症による右左シャントの存在が証明された。

## 0-7-6

広範な肺塞栓が疑われた一例

神戸労災病院 呼吸器内科

○出川 裕晃

症例は50歳台の男性。X年Y月10日より咳嗽/呼吸困難を認め, 呼吸困難感の増悪したため, Y月24日に当院外来受診した。胸部CT検査では右肺中心にすりガラス影と浸潤影が混在し, 呼吸不全も認めため入院となった。入院後は細菌性肺炎の可能性を考慮して広域抗菌薬を開始したが効果が乏しく, 新たに左下葉にもすりガラス影が出現したため, プレドニゾロン40mg/日を開始したが, 治療効果が乏しく呼吸困難感が持続した。入院時のCT検査において右肺の浸潤影内にcentral lucenciesを認めたことから, 肺梗塞/肺血栓塞栓症の可能性を考慮して造影CTを施行した。その結果, 左肺動脈の分岐と左大腿静脈に血栓が認められたため, エドキサバン開始した。その後, 呼吸状態・陰影ともに改善を認めた。若年者の肺血栓塞栓症では肺梗塞を合併しやすいと報告されている。若年者で楔状陰影やcentral lucenciesを認める場合, 肺梗塞の可能性を考慮する必要がある。

## 0-7-7

持続陽圧呼吸療法によって生じた片側性の浮腫性変化

- 1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座
- 2) 同 呼吸管理睡眠制御学講座
- 3) 同 地域医療システム学講座, 4) 同 呼吸器内科学

○濱田 哲<sup>1)</sup>, 十川 純平<sup>2)</sup>, 砂留 広伸<sup>2)</sup>, 村瀬 公彦<sup>3)</sup>,  
平井 豊博<sup>4)</sup>, 佐藤 晋<sup>2)</sup>

【背景】持続陽圧呼吸 (CPAP) 療法は圧やインターフェイスによる様々な合併症が生じうる。今回我々は, CPAP療法開始後に右頸部浮腫, 右胸水貯留, 縦隔浮腫を来した症例を経験したため報告する。【臨床経過】症例は喫煙歴のない78歳女性。脂質異常症やメニエール病の既往歴がある。鼾の指摘や日中の眠気にて, 終夜ポリソムノグラフィ検査を実施し, 無呼吸低呼吸指数は83.0回/時間と重症閉塞性睡眠時無呼吸と診断。鼻マスク使用で4~6cmH<sub>2</sub>Oの圧設定でCPAP療法を開始したが2日後の朝, 頸部腫脹を自覚した。造影CT検査では血栓を認めず, 右頸部浮腫, 右胸水貯留, 縦隔浮腫を認めた。2日後, 視診上頸部腫脹の改善傾向を認め, 1週間後の胸部レントゲン検査では胸水貯留の改善傾向を認めた。【結論】CPAP療法は, 静水圧の上昇により浮腫性変化を来す可能性があり注意が必要である。

## O-7-8

## ハイフローネーザルカニューラとアセチルシステイン吸入と理学療法が奏効した重症 COVID-19 肺炎の一例

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

○堀 靖貴, 宮崎 慶宗, 藤本さやか, 北川 怜奈,  
野田 彰大, 春田 由貴, 佐渡 紀克, 齊藤 隆一,  
東 正徳, 長谷川吉則, 上田 哲也

症例は61歳男性。38度台の発熱と咳嗽、呼吸困難を主訴に近医を受診した。新型コロナウイルス抗原陽性で、SpO<sub>2</sub>は79%（室内気下）と低下、白血球増多及びCRP上昇を認めていた。胸部CTにて右中葉にair bronchogramを伴う広範囲な浸潤影と両下葉の浸潤影を認め、重症COVID-19肺炎ならびに細菌性肺炎の合併と判断した。抗菌薬、レムデシビル、リン酸デキサメタゾンナトリウム点滴治療を開始したが、呼吸状態は悪化し、リザーバマスクでも酸素化が不安定であったことから、ハイフローネーザルカニューラ（HFNC）を導入した。排痰困難もあったことから、体位ドレナージの他、去痰薬の内服やアセチルシステインのネブライザー吸入療法を行った。入院3日後から呼吸状態の改善を認め、最終的に酸素を中止し自宅退院となった。重症肺炎に対してHFNC、理学療法、アセチルシステイン吸入療法が有効であったと思われるため、若干の考察を交えて報告する。

## O-7-9

## 胸部X線写真を契機に発見された下大静脈欠損症奇静脈結合症の一例

大阪府済生会千里病院

○尾崎 佑理, 森本 彬人, 多河 広史, 古川 貢,  
松浦 良信, 土井 泰治, 山根 宏之

生来健康な20歳男性。1か月前に学校検診時の胸部レントゲン写真にて異常陰影を指摘され、当科紹介受診となった。特に無症状であった。胸部X線写真真正面像にて、心陰影右第一弓（右上縦隔）に境界明瞭で円形の異常陰影を認めた。胸部造影CT検査を施行したところ、異常陰影は拡張した奇静脈であることが分かり、肝部下大静脈が欠損していた。上記の検査結果から、下大静脈欠損奇静脈結合の診断となった。下大静脈欠損症では多くの場合ASD、VSDなど何らかの心血管奇形や内臓逆位など先天奇形を合併することが多く、小児期に発見されることが圧倒的に多い。本症例のように無症状のまま大人になってから検診で発見される例は珍しく、報告する。

## O-8-1

## ベドリズマブによる薬剤性好酸球性肺炎の一例

淡海医療センター 呼吸器内科

○今里 優希, 神田 響, 福本 洋介

【症例】46歳女性【主訴】咳嗽、労作性呼吸苦【現病歴】45歳より潰瘍性大腸炎（UC）に対してメサラジンの内服中。UCの寛解導入目的にX年10月より抗α4β7インテグリン抗体であるベドリズマブ300mgの投与を開始。X年12月、ベドリズマブ3回目投与後より咳嗽と労作性呼吸苦が出現したため呼吸器内科を受診。胸部CTで両側上葉主体に末梢優位のすりガラス影を認めた。末梢血好酸球数の増加（6000/μL：35.9%）を伴い経過よりベドリズマブによる薬剤性好酸球性肺炎を疑った。気管支鏡検査は希望されず、同薬剤の中止とブレドニゾロン（PSL）25mg（0.5mg/kg）で治療を開始し、day4に好酸球数は正常化、画像所見や呼吸器症状も週単位で改善した。ベドリズマブの再投与は実施せずPSLは治療開始後6か月で漸減中止した。以後再燃を認めていない。【考察】ベドリズマブによる薬剤性好酸球性肺炎は比較的稀であり若干の文献的考察を含めて報告する。

## O-8-2

## イブルチニブによる肺胞出血が疑われた1例

- 1) 日本赤十字社 大阪赤十字病院 呼吸器内科
- 2) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
- 3) 日本赤十字社 大阪赤十字病院 血液内科
- 4) 同 病理診断科

○坂本 裕人<sup>1,2)</sup>, 黄 文禧<sup>1)</sup>, 榛間 智子<sup>1)</sup>, 吉田 薫<sup>1)</sup>,  
國宗 直紘<sup>1)</sup>, 矢野 翔平<sup>1)</sup>, 伊藤 雅弘<sup>1)</sup>, 高橋 祥太<sup>1)</sup>,  
宮里 和佳<sup>1)</sup>, 石川 遼一<sup>1)</sup>, 高岩 卓也<sup>1)</sup>, 中川 和彦<sup>1)</sup>,  
森田 恭平<sup>1)</sup>, 吉村 千恵<sup>1)</sup>, 西坂 泰夫<sup>1)</sup>, 池田 正俊<sup>3)</sup>,  
水谷 知里<sup>3)</sup>, 桜井 孝規<sup>4)</sup>

症例は82歳男性。X-3年11月に白血球増多を主訴に当院血液内科を受診、慢性リンパ性白血病の診断に至り、イブルチニブ：280 mgの内服を開始した。以降約2年間重篤な有害事象の出現なく経過していた。X年4月頃から血痰を自覚、X年6月当院血液内科受診時にSpO<sub>2</sub>：93%（室内気）と低下、血液検査ではCRP上昇と貧血の進行を認め、胸部単純CTでは両側肺野びまん性にすりガラス影、浸潤影を認めたことから、精査加療目的に緊急入院となった。気管支肺胞洗浄（BAL）を施行、回収液の性状は血性、細胞診ではヘモジリン貪食マクロファージを認め、肺胞出血として矛盾しない所見であった。肺胞出血の原因となりうる自己免疫疾患や感染症は認めず、イブルチニブによる薬剤性肺胞出血と考えた。ステロイドパルス療法を行い、症状・画像所見等の改善傾向を認め、自宅退院となった。イブルチニブによる薬剤性肺胞出血の報告例は少なく文献的考察を踏まえて報告する。

## 0-8-3

オラパリブが被疑薬となった間質性肺疾患の1例と既報との比較

1) 医療社団法人聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院呼吸器内科, 2) 同 産婦人科

○長野 昭近<sup>1)</sup>, 中島 康博<sup>1)</sup>, 谷川真奈美<sup>2)</sup>

症例は60代女性。2014年より加療されている腹膜癌に対してX-5年からオラパリブを導入されていた。X年3月2日より38℃の発熱、呼吸困難感を自覚し、X年3月27日に産婦人科受診。胸部単純CTで両側肺に非区域性的すりガラス影を認めた。当科紹介となり、同薬剤による間質性肺疾患 CTCAE v5.0 grade2と診断。薬剤を中止し、PSL 1mg/kg/dayを導入。陰影は改善を示し、現在もステロイドを漸減している。オラパリブによる間質性肺炎に関する本邦の報告は市販後調査を除いて13例で、ステロイドを要する症例は8例ある。海外のシステマティックレビューでも約1%の発症率と稀であるが、発症した場合はステロイドの治療を要する割合が多いことが示唆された。オラパリブの間質性肺疾患の画像パターンなど文献的考察を加え発表する。

## 0-8-4

皮膚非結核性抗酸菌症に対するミノサイクリンによる薬剤性肺炎に対して薬剤中止のみで改善した1例

滋賀県立総合病院 呼吸器内科

○岡本 淳志, 野口 進, 野原 淳, 石床 学, 渡邊 壽規, 中村 敬哉

【症例】70代男性【主訴】呼吸困難【現病歴】当院皮膚科で右手 *Mycobacterium marinum* に対して入院約5週間前よりミノサイクリンを内服していた。入院約1週間前よりめまい、倦怠感、呼吸困難を自覚し、胸部CTで両肺にすりガラス影や浸潤影を認め、血液検査でも炎症反応上昇および好酸球増多を認め、当科入院となった。気管支肺胞洗浄液中のリンパ球は36.2%と上昇し、組織診は器質化肺炎の所見であった。末梢血リンパ球のDLSTは陰性であったが、ミノサイクリンが原因と考え、中止したところ陰影の改善及び臨床症状の改善を認めた。【結語】末梢血リンパ球のDLSTは陰性であったが、ミノサイクリンによる薬剤性肺炎と考えられる1例を経験した。

## 0-8-5

ニッケル吸入による急性好酸球性肺炎の一例

1) 独立行政法人国立病院機構姫路医療センター  
2) 同 放射線科

○小南 亮太<sup>1)</sup>, 吉川 和志<sup>1)</sup>, 井野 隆之<sup>1)</sup>, 世利 佳滉<sup>1)</sup>, 竹野内政紀<sup>1)</sup>, 平岡 亮太<sup>1)</sup>, 平田 展也<sup>1)</sup>, 山之内義尚<sup>1)</sup>, 加藤 智浩<sup>1)</sup>, 東野 幸子<sup>1)</sup>, 鏡 亮吾<sup>1)</sup>, 三宅 剛平<sup>1)</sup>, 水守 康之<sup>1)</sup>, 塚本 宏壮<sup>1)</sup>, 横井 陽子<sup>1)</sup>, 佐々木 信<sup>1)</sup>, 河村 哲治<sup>1)</sup>, 中原 保治<sup>1)</sup>, 東野 貴徳<sup>2)</sup>

20歳男性、喫煙開始直後ではない、主成分がニッケルの合金粉末が舞う現場で防塵マスクを用いずに業務した日の夜から咳嗽が出現し、10日間の経過で発熱と息切れを伴い悪化したため近医を受診した。びまん性のすりガラス影を指摘され当院へ紹介となり精査加療目的に入院となった。好酸球数 2,720/ $\mu$ Lと著明に増多しており胸部CTでは気管支血管周囲の浸潤影・すりガラス影と気管支血管束・小葉間隔壁の肥厚が見られた。典型例よりは浸潤影が強いものの病歴および好酸球増多から急性好酸球性肺炎と診断し対症療法で経過観察とした。好酸球数は8,870/ $\mu$ Lまで増多したものの症状が改善し始め、好酸球数も自然に低下した。退院後喫煙を再開しても問題がなかったが、防塵マスク着用のうえで再度同業務を行ったところ咳嗽が出現し、胸部CTで陰影の再燃はないが数日後に好酸球数1,430/ $\mu$ Lまで再増多したため再燃と評価した。その後は転職し再燃は見られなくなった。

## 0-9-1

BALで典型所見が得られず、胸腔鏡下肺生検で診断に至った肺胞蛋白症の一例

1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科  
3) 同 病理診断科

○浅野 真理<sup>1,2,3)</sup>, 堀 朱矢<sup>1)</sup>, 坂田 悟郎<sup>1)</sup>, 松本 夏鈴<sup>1)</sup>, 高原 夕<sup>1)</sup>, 藤井 真央<sup>1)</sup>, 多木 誠人<sup>1)</sup>, 徳永俊太郎<sup>1)</sup>, 西馬 照明<sup>1)</sup>, 中村 速<sup>2)</sup>, 岩永幸一郎<sup>2)</sup>, 市川 千宙<sup>3)</sup>

【症例】48歳男性。【経過】検診で胸部レントゲン異常を指摘され、精査目的に当科に紹介受診となった。来院時無症状で酸素飽和度の低下はなく、聴診で捻髪音は聴取しなかった。血液検査でKL-6の上昇を認めた。胸部CTで両肺下葉優位のすりガラス陰影を認め、小葉間隔壁の肥厚を伴い、crazy-paving patternを呈していた。気管支鏡検査でBAL/TBLBを施行したが、有意な所見は得られなかった。胸腔鏡下肺生検を施行したところ、下葉のごく一部から、肺胞腔内に顆粒状の好酸性物質の充満とコレステリン肉芽腫形成を認めた。好酸性の物質はPAS染色陽性で、肺胞蛋白症の診断となった。術後、抗GM-CSF抗体陽性と判明し、自己免疫性肺胞蛋白症の診断で、治療のため専門病院に紹介した。【考察】肺胞蛋白症の92.8%はBAL/TBLBで診断が可能と報告されているが、肺胞蛋白症に他疾患を合併することもあるため、鑑別困難病態に対して外科肺的生検を行うことは有意義である。

## O-9-2

## 関節リウマチに自己免疫性肺胞蛋白症を合併した一例

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 病理診断科

○北村 美華<sup>1)</sup>, 稲尾 崇<sup>1)</sup>, 清原あすか<sup>1)</sup>, 黒田 修平<sup>1)</sup>, 佐伯 悠治<sup>1)</sup>, 難波 晃平<sup>1)</sup>, 藤本 佑樹<sup>1)</sup>, 池内 美貴<sup>1)</sup>, 久米佐知枝<sup>1)</sup>, 門田 和也<sup>1)</sup>, 大塚浩二郎<sup>1)</sup>, 笠井 由隆<sup>1)</sup>, 榎屋 大輝<sup>1)</sup>, 谷本 幸奈<sup>2)</sup>, 旗智さおり<sup>2)</sup>, 大林 千穂<sup>3)</sup>, 鈴木雄二郎<sup>1)</sup>

症例は84歳女性。既知の関節リウマチに対してサラゾスルファピリジンとイグラチモドで加療されていた。入院3週間前から労作時呼吸困難を自覚し、当院再診時に呼吸不全と両側肺野のcrazy-paving patternを認めたため当科を紹介受診。精査加療目的に即時入院した。気管支肺胞洗浄液の外観は米のとぎ汁様で、経気管支肺生検では気腔内の微細顆粒がPAS染色、SP-A染色共に陽性。さらに血清抗GM-CSF抗体が陽性であったことから、自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。以後は本人の希望もふまえ内服去痰剤のみで外来経過観察中である。関節リウマチに合併した自己免疫性肺胞蛋白症の経過は十分知られていないため、考察と合わせて報告する。

## O-9-3

## DIPNECHとMPMNが特発性肺線維症に合併した一例

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  
3) 神戸大学医学部附属病院 病理診断科  
4) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科

○笹田 剛史<sup>1)</sup>, 立川 良<sup>1)</sup>, 原 重雄<sup>2)</sup>, 田中 伴典<sup>3)</sup>, 宗田 桃子<sup>4)</sup>, 齊藤正一郎<sup>1)</sup>, 庵坂 学外<sup>1)</sup>, 佐藤 亮寿<sup>1)</sup>, 伊部匡晃史<sup>1)</sup>, 貴志亮太史<sup>1)</sup>, 白川千種史<sup>1)</sup>, 古田 勝之<sup>1)</sup>, 平林 亮介<sup>1)</sup>, 佐藤 悠悠<sup>1)</sup>, 永田 一真<sup>1)</sup>, 中川 淳<sup>1)</sup>, 富井 啓介<sup>1)</sup>

症例は78歳女性。約10年前より両肺の間質陰影と多発結節を指摘されていたが、未精査であった。COVID-19感染を契機にこれら所見が再度指摘され、当科外来を受診した。胸部CTでは、両肺網状影と牽引性気管支拡張を認め、径が5mm以下の多発結節が散在していた。血液検査ではKL-6やProGRPが上昇しており、VATS下肺生検の方針となった。生検結果から多発結節は肺神経内分泌細胞の集積であり、一部は気管支壁にも散在していた。また、肺髄膜腫様結節とUIP patternの肺線維化所見が認められた。そのため、特発性肺線維症を背景としたDiffuse idiopathic pulmonary neuroendocrine cell hyperplasia (DIPNECH)とMinute pulmonary meningothelial-like nodules (MPMN)の合併と考えられた。多発結節影はDIPNECHやMPMNなど希少疾患の場合があり、病理検査で診断する必要がある。そして、DIPNECHは時に進行性の閉塞性換気障害を来すため、定期的なフォローが望まれる。

## O-9-4

## クライオ生検により診断したmultifocal micronodular pneumocyte hyperplasia (MMPH)の1例

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

○東野 幸子<sup>1)</sup>, 吉川 和志<sup>1)</sup>, 世利 佳澁<sup>1)</sup>, 井野 隆之<sup>1)</sup>, 竹野内政紀<sup>1)</sup>, 平田 展也<sup>1)</sup>, 平岡 亮太<sup>1)</sup>, 山之内義尚<sup>1)</sup>, 小南 亮太<sup>1)</sup>, 加藤 智浩<sup>1)</sup>, 鏡 亮吾<sup>1)</sup>, 三宅 剛平<sup>1)</sup>, 横井 陽子<sup>1)</sup>, 水守 康之<sup>1)</sup>, 佐々木 信<sup>1)</sup>, 中原 保治<sup>1)</sup>, 河村 哲治<sup>1)</sup>, 安松 良子<sup>2)</sup>, 東野 貴徳<sup>3)</sup>

症例は47歳の女性。他院で2歳時に結節性硬化症と診断され加療を受けている。びまん性陰影にて当科へ紹介。胸部CTで多数のすりガラス結節や小結節を認め、病歴と併せMMPHの可能性が高いと思われたが、悪性疾患の鑑別が必要と判断し、クライオ生検を行った。右B9aから採取した検体に小型星形の結節が含まれており、肺胞構造に沿った肺胞上皮細胞の軽度腫大と胞隔の軽度肥厚およびリンパ球の浸潤を認め、MMPHに矛盾しない所見であった。MMPHは結節性硬化症に伴う肺病変として知られているが、診断には胸腔鏡下手術を施行されることが多い。本例はより低侵襲なクライオ生検によりMMPHを診断し得たので文献的考察を加え報告する。

## O-9-5

## 全肺洗浄により改善を認めた肺線維症合併自己免疫性肺胞蛋白症の1例

1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科  
2) 同 麻酔科  
3) 山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科  
4) 国立病院機構山口宇部医療センター 腫瘍内科  
5) 大阪府結核予防会大阪複十字病院

○岩橋 佑樹<sup>1)</sup>, 滝本 宜之<sup>1)</sup>, 井上 康<sup>2)</sup>, 香川 智子<sup>1)</sup>, 糞毛祥次郎<sup>1)</sup>, 龍華 美咲<sup>1)</sup>, 塚口 晃洋<sup>1)</sup>, 杉本 英司<sup>1)</sup>, 西原 昂<sup>1)</sup>, 小林 岳彦<sup>1)</sup>, 竹内奈緒子<sup>1)</sup>, 宇都宮利彰<sup>3,4)</sup>, 井上 義一<sup>5)</sup>, 新井 徹<sup>1)</sup>

【症例】71歳女性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】X-9年に自己免疫性肺胞蛋白症 (APAP) と診断され、呼吸状態が悪化したため、全肺洗浄を目的にX-6年に当院に紹介となった。X-4年までに両側全肺洗浄を3回実施したが、陰影は明らかに残存していた。その後、COVID-19蔓延のため前医で経過観察となりX年に当院を再診した。安静時3L/分の酸素吸入を要し、胸部CT検査ではX-4年と比較してすりガラス様陰影は軽度で、牽引性気管支拡張や嚢胞など線維化所見を認めた。気管支肺胞洗浄液はやや混濁、血性を呈し、APAPに矛盾しない細胞診所見を示したため、間隔をあけて両側全肺洗浄を施行した。左右とも排液は淡血性で、混濁も軽度であったが、洗浄後、必要酸素吸入量の減量が可能となった。【考察】経過中に線維化を認めるAPAPでは全肺洗浄の効果は限定的であると考えてきたが、本症例では酸素化を含め明らかな改善を認めた。

## O-9-6

結節性硬化症・MMPHに続発した肺腺癌の術後再発に対し、ニボルマブ・イピリムマブ併用療法を施行した1例

独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

○山之内義尚, 東野 幸子, 吉川 和志, 世利 佳滉,  
井野 隆之, 平田 展也, 平岡 亮太, 小南 亮太,  
加藤 智浩, 鏡 亮吾, 横井 陽子, 三宅 剛平,  
水守 康之, 塚本 宏壮, 中原 保治, 佐々木 信,  
河村 哲治

74歳女性。X-12年, 外科的肺生検でMMPH (Multifocal micronodular pneumocyte hyperplasia) と診断, 腎血管筋脂肪腫・椎体の骨硬化・TSC2遺伝子変異を認めたことから, 結節性硬化症に伴うMMPHと判断した。X-9年, 右下葉肺癌に対し右下葉肺部分切除術を施行したが, X-3年に食道傍リンパ節再発を認め, 放射線治療 (70Gy/35Fr) を施行した。X年, 両肺多発転移を認め, PD-L1 TPS < 1%であったため, ニボルマブ・イピリムマブ併用療法を選択した。転移病変は縮小したが, 気道周囲や末梢の粒状・すりガラス病変の一部は一時的に増加した。その後, MMPHの病変は増悪なく経過し, 腫瘍縮小効果は維持されたため化学療法は継続した。MMPHに対するニボルマブ・イピリムマブ併用療法の報告は稀であり, 貴重な症例と考えられ報告する。

## O-10-1

ANCA 関連血管炎と肺 Mycobacterium abscessus 症が併存し双方に治療介入した一例

1) 社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院 呼吸器センター  
2) 同 リウマチ膠原病センター

○難波 晃平<sup>1)</sup>, 稲尾 崇<sup>1)</sup>, 清原あすか<sup>1)</sup>, 黒田 修平<sup>1)</sup>,  
北村 美華<sup>1)</sup>, 藤本 佑樹<sup>1)</sup>, 池内 美貴<sup>1)</sup>, 久米佐知枝<sup>1)</sup>,  
門田 和也<sup>1)</sup>, 笠井 由隆<sup>1)</sup>, 大塚浩二郎<sup>1)</sup>, 榎屋 大輝<sup>1)</sup>,  
鈴木雄二郎<sup>1)</sup>, 谷本 幸奈<sup>2)</sup>, 簗智さおり<sup>2)</sup>

症例は71歳女性。20XX年4月に慢性咳嗽と両肺多発結節影で当科を紹介した。外来で行った喀痰抗酸菌培養より2回 *Mycobacterium abscessus* (亜種同定にて *subsp. Massiliense* と判明) が検出され, 肺 *Mycobacterium abscessus* 症の診断に至った。また血液検査にて MPO-ANCA 陽性であったが, 副鼻腔炎以外の全身所見や局所所見に乏しく, 経過観察されていた。6月に発熱を認め, 精査加療目的に入院した。肺 *Mycobacterium abscessus* 症に対して CAM+AMK+IPM/CS による治療が開始されたが, 解熱せず, MPO-ANCA も上昇傾向であったため, ANCA 関連血管炎としてプレドニゾンとリツキシマブによる寛解導入療法が開始された。熱型は安定し, 第外来44病日に自宅退院し, 通院治療を継続している。肺 *Mycobacterium abscessus* 症と ANCA 関連血管炎を合併した既報は少なく, 報告する。

## O-10-2

当院における肺非結核性抗酸菌症合併の関節リウマチに対する生物学的製剤の使用経験

国立病院機構大阪刀根山医療センター

○宮本 哲志, 長田 由佳, 木島 涼, 三橋 靖,  
新居 卓朗, 松木 隆典, 辻野 和之, 三木 啓資,  
木田 博

関節リウマチ (RA) の肺合併症としての中枢・末梢気道病変により, 緑膿菌および非結核性抗酸菌症 (NTM) を含めた病原菌の定着が, RA の活動性が高い症例における生物学的製剤の使用の際に問題となる。当院では, 感染症のリスクや RA に対する治療効果を鑑みて, Abatacept を使用する症例が多く, 肺 NTM 症合併の RA 患者の4症例で Abatacept の治療を継続している。検出菌は *M. avium* が3症例, *M. abscessus subsp. Massiliense* が1症例で, いずれの症例も結節・気管支拡張型であり, さらに Abatacept 導入で併用薬のステロイドを減量することが可能であった。肺 NTM 症合併の RA 患者に対する生物学的製剤の使用については, 確固たるエビデンスが乏しく, 当院での治療経験と文献的考察を合わせて症例を提示する。

## O-10-3

*Nocardia otitidiscaviarum* 肺炎による胸膜炎の一例

神戸市立西神戸医療センター

○神野 裕子, 益田 隆広, 藤本 葉月, 宮崎 菜桜,  
徳重 康介, 濱崎 直子, 吉岡 潤哉, 三輪菜々子,  
木田 陽子, 額綱 力也, 桜井 稔泰, 多田 公英

91歳男性。既往に高血圧症, 糖尿病, COPDがある。20日前からの湿性咳嗽, 右背部痛を自覚し改善しないため, 当院救急外来を受診した。胸部 CT 撮影で右上葉に浸潤影, 右大量胸水貯留を認め, 細菌性肺炎, 膿胸の疑いで胸腔ドレナージ術を施行し, 同日加療目的に緊急入院となった。喀痰, 胸水培養検査で *Nocardia otitidiscaviarum* が検出され, 同菌による細菌性肺炎, 胸膜炎の診断となる。抗菌薬治療にも反応せず, 第11病日に死亡退院となった。*Nocardia otitidiscaviarum* は *Nocardia* 属の中でも薬剤耐性傾向の強い菌種であり, 抗菌薬の選択が重要である。また胸膜炎での報告は稀であり, 文献的考察を加えて報告する。

## O-10-4

両側肺野に空洞形成を伴う多発小結節影を呈した HIV 感染症に合併したニューモシスチス肺炎の一例

1) 京都桂病院 呼吸器内科, 2) 京都市立病院 感染症科

○田里 美樹<sup>1)</sup>, 相瀬 暁彦<sup>1)</sup>, 岩田 敏之<sup>1)</sup>, 林 康之<sup>1)</sup>,  
酒井 勇輝<sup>1)</sup>, 安田 直晃<sup>1)</sup>, 西村 尚志<sup>1)</sup>, 岩本 伸紀<sup>2)</sup>

症例は28歳男性。約1か月前からの左前胸部痛と乾性咳嗽、前日からの発熱を主訴に救急外来を受診した。画像検査では左上葉に約3cmの液体貯留を伴う空洞病変、両側肺野に空洞形成を伴う多発小結節影を認め入院となった。性的嗜好から免疫不全による日和見感染症を疑い、HIV 特異抗体を提出したところ HIV-1陽性と判明した。胸部 CT でびまん性のスリガラス影は伴わなかったが、βDグルカン、KL-6が上昇しておりニューモシスチス感染症を疑い気管支鏡検査を施行した。BAL と TBLB で *Pneumocystis jirovecii* の検出を認めたため、ニューモシスチス肺炎と診断した。入院後より高熱が持続していたが ST 合剤で著明に解熱し、抗 HIV 療法導入目的で感染症専門病院に転院された。両側肺野に空洞形成を伴う多発小結節影を呈し、かつ両側びまん性のスリガラス影を伴わない HIV 感染症に合併したニューモシスチス肺炎を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## O-10-5

クライオプローブによる粘液栓採取により診断されたアレルギー性気管支肺真菌症の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 検査部 微生物検査室  
4) 京都大学医学部附属病院 検査部・感染制御部  
5) 京都大学医学部附属病院 病理診断科

○鈴木 義都<sup>1)</sup>, 渡邊 アヤ<sup>1)</sup>, 山田 翔<sup>1)</sup>, 半田 知宏<sup>1,2)</sup>,  
池添 浩平<sup>1)</sup>, 伊藤 功朗<sup>1)</sup>, 谷澤 公伸<sup>1)</sup>, 森 圭一郎<sup>3)</sup>,  
土戸 康弘<sup>4)</sup>, 寺田 和弘<sup>5)</sup>, 桂川 広幸<sup>5)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

症例は60代女性。X-13年に間質性肺炎を伴う全身性ループスエリテマトーデス、関節リウマチと診断され、プレドニン5mg、タクロリムス3mg、アザルフィジンを長期投与中であった。X年1月より末梢血好酸球増多、X年6月より咳嗽の増強があり、9月CTで右肺上葉気管支内の高吸収粘液栓を指摘された。抗アスペルギルス IgE 高値、末梢血好酸球増加からアレルギー性気管支肺真菌症 (ABPM) が疑われた。気管支鏡検査では右上葉入口部が粘液栓で閉塞しており、吸引や鉗子で粘液栓は除去できなかったが、クライオプローブを用いて鑄型状に採取できた。粘液栓および喀痰から *Aspergillus fumigatus*, *Schizophyllum commune* が検出され、好酸球浸潤、シャルコーライデン結晶も認めたため、ABPM と診断した。クライオプローブの使用が ABPM の診断に有用であった症例は既報が少ないため報告する。

## O-11-1

気胸を伴う非結核性抗酸菌症性胸膜炎に対し病巣切除手術を含む集学的治療が奏効した1例

1) 藤井会 石切生喜病院 呼吸器センター 呼吸器内科  
2) 同 呼吸器外科, 3) 同 呼吸器腫瘍内科

○谷 恵利子<sup>1)</sup>, 松下 雄大<sup>1)</sup>, 青原 大介<sup>1)</sup>, 引石 敦仁<sup>1)</sup>,  
中濱 賢治<sup>1)</sup>, 吉本 直樹<sup>1)</sup>, 藤井 祥貴<sup>2)</sup>, 西田 達<sup>2)</sup>,  
平島 智徳<sup>3)</sup>, 南 謙一<sup>1)</sup>

【症例】84歳、女性【主訴】咳嗽、微熱、倦怠【現病歴】左記主訴にて当院呼吸器内科を受診され、炎症反応高値、左胸水と気胸を認めたため、精査加療目的に入院となった。【経過】抗生剤治療、右胸腔ドレナージを行った。入院5日目に全拡張となり、ドレーン抜去した。遅れて、胸水の抗酸菌塗抹陽性、*M. avium* PCR 陽性、MAC 抗体陽性が報告された。非結核性抗酸菌症胸膜炎の診断で化学療法を開始も炎症持続し、呼吸器外科にて病巣に対して左肺部分切除+膿胸腔搔爬術を施行した。切除病理組織所見は乾酪壊死であった。その後も薬物療法を継続し、術後31日目の胸水抗酸菌 PCR 培養陰性を確認した。退院後、1年半化学療法を継続後中止し、経過観察出来ている。【考察】非結核性抗酸菌症性胸膜炎は、空洞病変の穿破で気胸を起こす症例もあり、手術療法を要する難治例が多い。手術療法、化学療法で寛解となった1例を経験したので報告する。

## O-11-2

肺および糖尿病性足病変における *Mycobacterium avium* 共感染

1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター  
2) 同 呼吸器内科, 3) 同 臨床検査科

○倉原 優<sup>1,2)</sup>, 嶋谷 泰明<sup>3)</sup>, 田中 悠也<sup>2)</sup>, 小林 岳彦<sup>1)</sup>,  
露口 一成<sup>1,2)</sup>

症例は、2型糖尿病、認知症を有する82歳女性。肺 *Mycobacterium avium* 症と診断され、3年間クラリスロマイシン、エタンブロール、リファンピシンを服用していた。認知症が急速に進行したため、服薬アドヒアランスが悪化していた。しばらく受診が途絶えていたが、発熱と意識障害のために救急搬送された。来院時、足趾は唾液で覆われ、悪臭と壊死を伴う糖尿病性足病変を形成していた。受診2か月前から唾液を足に塗布して足病変の自己治療を続けていることが判明した。潰瘍は多数の *M. avium* により構成され、*Staphylococcus epidermidis* 以外の一般細菌は検出されなかった。入院1か月後、全身状態悪化のため死亡の転帰となった。肺非結核性抗酸菌症におけるマルチモビディティ診療の重要性が示唆される1例であり、報告する。

### O-11-3

関節リウマチ治療中に肺・皮膚・中枢神経系に発症した播種性クリプトコッカス症の1例

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

○世利 佳滉<sup>1)</sup>, 吉川 和志<sup>1)</sup>, 井野 隆之<sup>1)</sup>, 竹野内政紀<sup>1)</sup>, 平田 展也<sup>1)</sup>, 平岡 亮太<sup>1)</sup>, 山之内義尚<sup>1)</sup>, 小南 亮太<sup>1)</sup>, 東野 幸子<sup>1)</sup>, 加藤 智浩<sup>1)</sup>, 横井 陽子<sup>1)</sup>, 鏡 亮吾<sup>1)</sup>, 三宅 剛平<sup>1)</sup>, 水守 康之<sup>1)</sup>, 塚本 宏壮<sup>1)</sup>, 中原 保治<sup>1)</sup>, 佐々木 信<sup>1)</sup>, 東野 貴徳<sup>2)</sup>, 安松 良子<sup>3)</sup>, 河村 哲治<sup>1)</sup>

近医で関節リウマチおよび器質性肺炎に対してステロイドとMTXを投与中、X-2月から左頬部に潰瘍を伴う皮疹が出現、X-1月に胸部陰影が悪化したため、X月に当院を紹介受診となった。CTで両肺びまん性粒状影・すりガラス影を認め、血清クリプトコッカス抗原が1024倍と上昇していたことから続発性肺クリプトコッカス症と診断した。また髄液中クリプトコッカス抗原64倍、皮膚生検で墨汁染色陽性より、播種性クリプトコッカス症と診断した。AMPH-B+5-FCで治療を開始しX+1月からFLCZに変更、病変の改善を見た。文献的考察を含めて報告する。

### O-11-4

両側膿胸・腹腔内膿瘍を形成した侵襲性溶連菌感染症の1例

大阪府立急性期・総合医療センター

○吉村 信明, 田中 智, 朝川 遼, 飛田 哲史,  
矢賀 元, 上野 清伸

【症例】52歳女性【病歴】腹痛、発熱、嘔吐を主訴に救急搬送となった。緊急入院となり、急性胃炎として加療されていたが、第5病日に炎症反応の上昇を認め、CTにて両側胸水、腹水の貯留を認めた。また同日、血液培養にてStreptococcus pyogenesが検出されたため、点滴にてABPC/SBT、CLDMを開始した。抗菌薬加療のみでは病状は改善せず、両側胸水・腹水貯留の悪化を認めた。第15病日に腹腔内ドレナージと右胸腔穿刺・第18病日に左胸腔ドレナージを施行し病状の改善を得た。抗生剤は第26病日にLVFXの内服に変更し、全てのドレーンを抜去した後、第38病日に退院となった。【考察】侵襲性溶連菌感染症は劇的に病状が悪化する場合があります。本症例でも短期間のうちに両側膿胸・腹腔内膿瘍を形成した。膿瘍形成に対してはドレナージが有効であり、病状が落ち着くまでは注意して画像検索を行う必要がある。

### O-11-5

String test陽性を示したクレブシエラによる肺膿瘍、菌血症の1例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○伊藤 雅弘, 高岩 卓也, 榛間 智子, 吉田 薫,  
岡垣 暢紘, 國宗 直紘, 矢野 翔平, 高橋 祥太,  
坂本 裕人, 宮里 和佳, 石川 遼一, 中川 和彦,  
森田 恭平, 吉村 千恵, 黄 文禧, 西坂 泰夫

症例は75歳女性。発熱、湿性咳嗽を主訴に近医を受診、右肺腫瘍影を伴う肺炎として近医に入院した。1週間の抗菌薬加療で改善せず、精査加療目的で当科に転院した。転院時にSARS-CoV-2 PCR陽性と判明したが、COVID19肺炎としては非典型的な肺陰影であり、細菌性肺膿瘍を想定して抗菌薬加療を開始した。喀痰培養、血液培養1セットからstring test陽性のクレブシエラが検出され、過粘稠性クレブシエラによる肺膿瘍、菌血症と診断した。肝膿瘍、眼内炎を示唆する所見を認めなかった。長期間の抗菌薬加療が奏功して熱型、酸化素化、炎症反応は一方向性に改善し、約1か月半後に自宅退院した。過粘稠性クレブシエラ感染症は予後不良な疾患で救命困難な症例が多く、文献的考察を加えて報告する。

### O-11-6

血清抗原陰性で肺癌が疑われた肺クリプトコッカス症の一例

独立行政法人国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○井野 隆之, 吉川 和志, 世利 佳滉, 竹野内政紀,  
平田 展也, 平岡 亮太, 山之内義尚, 小南 亮太,  
東野 幸子, 加藤 智浩, 鏡 亮吾, 三宅 剛平,  
横井 陽子, 塚本 宏壮, 水守 康之, 佐々木 信,  
中原 保治, 河村 哲治

症例は70歳男性。X年11月人間ドッグのCTで左上葉に限局する多発結節影を認めた。前医でPET-CTが施行されたが、同部位は軽度集積のため経過観察の方針となった。6ヶ月後のCTで結節影増大を認め、肺癌疑いで当院紹介となった。既往歴にコントロール不良の2型糖尿病があった。腫瘍マーカー・血清クリプトコッカス抗原は陰性であった。経気管支鏡生検を行い病理組織で、クリプトコッカスが検出され肺クリプトコッカス症と診断した。肺クリプトコッカス症のスクリーニングには血清クリプトコッカス抗原が有用である。しかし、本症のように抗原陰性例も稀ではない。抗原陰性例と陽性例の違いについて、当院の自検例および文献的考察を加え報告する。



## O-12-1

咯血を契機に受診し、手術にて肺放線菌症と診断した1例

1) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科

○綿部 裕馬<sup>1)</sup>, 茨木 敬博<sup>1)</sup>, 川口 秀亮<sup>1)</sup>, 飯塚 正徳<sup>1)</sup>, 藤原 隆徳<sup>1)</sup>, 佐藤いずみ<sup>1)</sup>, 乾 佑輔<sup>1)</sup>, 上田 将秀<sup>1)</sup>, 美藤 文貴<sup>1)</sup>, 岡田あすか<sup>1)</sup>, 竹中 英昭<sup>1)</sup>, 長 澄人<sup>1)</sup>, 垣淵 大地<sup>2)</sup>, 西村 元宏<sup>2)</sup>

肺放線菌症は Actinomyces 属によって引き起こされる慢性化膿性肉芽腫性疾患であり、肺癌との鑑別に難渋することも多い。今回、手術により肺放線菌症と診断した症例を経験したので報告する。症例は77歳、男性。X年1月上旬より咯血を認め、近医を受診。胸部CTで右下葉胸膜直下に5cm大の腫瘤を認め、精査目的に当院紹介受診となった。気管支鏡検査、CTガイド下生検を施行するも悪性所見を認めず、診断確定に至らなかった。X年3月上旬のPET-CT検査にて腫瘤に一致したFDGの強い集積(SUVmax:6.6)、右肺門部にもFDGの集積を伴う結節を複数認め、肺癌を疑い、X年3月下旬に胸腔鏡下右下葉切除術を施行した。病理標本で明らかな腫瘍性病変は認められず、拡張した気管支にsulfur granule様の菌塊を認めた。菌体はフィラメント様であり、放線菌症と診断した。術後よりペニシリン系抗菌薬の内服治療を開始し、以後は咯血を認めず経過している。

## O-12-2

維持血液透析中に下気道感染と咯血を繰り返したが気管支動脈塞栓術と手術によって制御し得た一例

1) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学  
2) 同 臨床感染制御学, 3) 同 呼吸器外科  
4) 同 診断病理・病理形態学

○松本 悠佑<sup>1)</sup>, 宮本 篤志<sup>1)</sup>, 佐藤佳奈子<sup>1)</sup>, 山田 康一<sup>2)</sup>, 月岡 卓馬<sup>3)</sup>, 田中さやか<sup>4)</sup>, 中井 俊之<sup>1)</sup>, 渡辺 徹也<sup>1)</sup>, 浅井 一久<sup>1)</sup>, 川口 知哉<sup>1)</sup>

症例は1型糖尿病による腎症で維持透析中の57歳女性。2年前に右肺S6結節が出血源の咯血に対し、気管支動脈塞栓術(BAE)を施行した。同部位の生検組織の培養で Rothia mucilaginosa が検出され、抗菌薬加療を行った。8日前から発熱・悪寒・咯血が出現し受診した。CTで右肺S6に空洞性腫瘤とすりガラス影を認め、出血とその吸い込みを疑った。感染による出血の助長を考えABPC/SBTを開始し、BAEで止血を得た。2ヶ月後、右肺S6部分切除術を行い、検体から放線菌と Fusobacterium 属が検出された。これらの混合感染と考えAMPC/CVAを6週間、AMPCのみを6か月以上投与する方針となった。現在も治療中で再燃はない。易感染性宿主において口腔・上気道由来の複数の細菌感染による咯血症例を経験した。出血性病変に対して胸腔鏡補助下の縮小手術では術後合併症リスクが低いという報告があり、感染による咯血を繰り返す限局性病変は感染制御の観点からも手術の良い適応と考える。

## O-12-3

Lemierre 症候群から膿胸に進展し胸腔掻爬術を行った1例

住友病院 呼吸器内科

○玉田 知里, 重松三知夫, 後藤 健一, 奥村 太郎, 桂 悟史, 青柳 貴之, 坂野 勇太

Lemierre 症候群は扁桃への嫌気性菌感染から炎症が波及し、内頸静脈血栓症や菌血症から肺や関節など全身性に敗血症性血栓塞栓を引き起こす感染症である。本症例は20歳男性、1週間前に近医で扁桃炎と診断され抗生剤加療を行ったが高熱が持続するため当院へ救急搬送となった。造影CTで内頸静脈閉塞及び両側肺野に感染性塞栓を疑う病変を認め Lemierre 症候群と診断した。抗菌薬治療を開始したが、第3病日より右側胸水貯留を認めたため、胸腔ドレナージを施行した。3日後にドレナージ不良となり肺病変は急速に膿胸化していると判断、第7病日に胸腔鏡下膿胸腔掻爬術を施行した。その後は炎症所見および画像所見が改善し、抗菌薬投与を継続後退院した。Lemierre 症候群に伴う血栓性塞栓症から急速に膿胸化した一例について文献的考察を含めて症例を呈示する。

## O-12-4

肺膿瘍に合併した仮性肺動脈瘤の2例

社会医療法人 愛仁会 明石医療センター

○古川 湧也, 畠山由紀久, 井上 拓弥, 藤本 葉月, 塚本 玲, 増田 佳純, 山崎々々美, 岡村佳代子, 大西 尚

【症例1】88歳男性。右中葉肺炎加療後に咯血を繰り返したため救急搬送された。造影CTで右中葉に濃染される結節がみられたこと、BAEで明らかな責任病巣が見られなかったことから仮性肺動脈瘤を疑った。抗菌薬治療を行い、仮性肺動脈瘤は消退した。【症例2】67歳男性。脳出血後左麻痺あり、要介護5で寝たきり。感染症を繰り返しており、過去にも咯血があったが抗菌薬治療で軽快していた。吸引時に咯血があり救急搬送され、症例1と同様に造影CTで右下葉に濃染される結節を認めたため仮性肺動脈瘤を疑った。ADLの低下を考慮し、抗菌薬治療で仮性肺動脈瘤は消退した。【考察】肺膿瘍に合併した仮性肺動脈瘤による咯血症例を2症例経験した。肺膿瘍に咯血を合併する場合、仮性肺動脈瘤を念頭に検査を進めるべきであり、咯血を繰り返す場合はTAEや手術が選択される。本自験例のように内科的治療のみで軽快した症例報告は少ないため、文献的考察を踏まえて報告する。

## O-12-5

## COVID-19 罹患後に発症した巨細胞性動脈炎の一例

- 1) 洛和会音羽病院 呼吸器内科
- 2) 洛和会 京都呼吸器センター

○榎本 昌光<sup>1)</sup>, 可見 啓吾<sup>1)</sup>, 佐村 和紀<sup>1)</sup>, 柴原 一毅<sup>1)</sup>, 畑 妙<sup>1)</sup>, 渡部 晃平<sup>1)</sup>, 田宮 暢代<sup>1)</sup>, 土谷美知子<sup>1)</sup>, 長坂 行雄<sup>2)</sup>

症例は73歳男性。COVID-19・中等症2および細菌性肺炎合併にて発症5日目に入院した。レムデシビル、ヘパリン、デキサメタゾン、抗菌薬投与により発症15日目に軽快し治療を終了した。しかし発症18日目に再度発熱し、抗菌薬を再開するも解熱が得られず、各種培養検査も陰性であり、感染症の可能性は低いと判断した。発熱、高CRP血症の原因として、リンパ腫、悪性腫瘍、自己免疫疾患、薬剤熱を鑑別に挙げて精査したが診断に至らず、PET-CTで大動脈壁の複数部位に有意なFDG集積を認めたことから、巨細胞性動脈炎の診断に至った。巨細胞性動脈炎は肉芽腫形成を伴う原因不明の動脈炎である。COVID-19に関連して発症する報告が複数みられ、当症例も関連性が疑われた。

## O-12-6

## COVID-19肺炎後のステロイド治療抵抗性器質化肺炎の一例

社会福祉法人恩賜財団 済生会奈良病院

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

症例は76歳男性。発熱、咳嗽を示し他院にてCOVID-19肺炎と診断され対症療法にて自宅経過観察とされたが第4病日に低酸素血症のため入院治療の希望があり当院を紹介された。当院受診時のCT画像にてCOVID-19によると考えられる肺炎像を認めた。入院の上レムデシビルとデキサメタゾンによる治療を実施し自覚症状および低酸素血症の改善を認めた。しかし第22病日のCT画像にて肺陰影の器質化を認めたため再度ステロイド維持治療を開始したが画像所見の改善を認めなかった。ステロイドミニパルスを実施されるも治療に対する抵抗性がありさらに縦隔気腫を併発し低酸素血症も悪化傾向となり、第95病日に呼吸不全で死亡した。ステロイド治療抵抗性のCOVID-19感染による器質化肺炎を生じ死亡した一例に対し文献的考察を加えて報告する。

## O-13-1

## AerosolSense サンプラーの結核菌エアロゾル採集能および生菌分離感度における検討

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター
- 2) 公益財団法人結核予防会結核研究所

○吉田志緒美<sup>1)</sup>, 五十嵐ゆり子<sup>2)</sup>, 御手洗 聡<sup>2)</sup>, 露口 一成<sup>1)</sup>, 新井 徹<sup>1)</sup>

【背景】Thermo Scientific AerosolSense サンプラーは、空気中に存在する病原体エアロゾルに含まれるCOVID-19ウイルス遺伝子を捕捉可能とするが、結核の感染伝播把握に有用であるかは不明である。【目的】結核における同装置の菌体捕集効率を検討する。【方法】フィルターろ過済M. bovis BCGを $10^3$ ,  $10^4$ ,  $10^5$  (CFU/mL) に調整した菌液100mlを用い、浸潤・乾燥させたセンサーカートリッジのスポンジ素材からの菌体捕集効率を比較した。PBSで洗浄したスポンジからは分離検出効果と生菌の最小感度を求め、評価方法は、PCRによるRD1検出感度とMGIT培養日数とした。【結果】洗浄ありスポンジは洗浄なしに比べて、全ての菌液濃度で迅速なMGIT陽性が示され、生菌捕集感度は $10^3$ CFU/mlであった。 $10^5$ PBSスポンジ洗浄あり菌液以外は全てRD1欠損が検出できた。【考察】同装置の使用には、結核菌の脂質に富んだ細胞壁菌体の捕捉および分離性能を考慮する必要がある。

## O-13-2

## INH, RFP, EB3剤に対して減感作を行い、奏功を得た肺結核の一例

- 1) 京都大学医学部附属病院 総合臨床研修センター
- 2) 同 呼吸器内科

○日裏 将羅<sup>1)</sup>, 西岡 憲亮<sup>2)</sup>, 伊藤 功朗<sup>2)</sup>, 平井 豊博<sup>2)</sup>

フィリピン出身の28歳女性。6年前に結核として投薬を受けたが、皮疹が出現し投薬は一か月で終了された。来日後、2023年3月に胸部X線で右上葉に空洞影を指摘され当院を受診し、喀痰PCR検査で肺結核と診断され、INH, RFP, EB, PZAの4剤の内服を開始した。INH, RFP, EBそれぞれで発熱や皮疹などのアレルギー症状が出現し、培養結核菌にてPZA耐性が判明した。6月30日より入院下に減感作を実施した。INHを25mgで開始し、3日毎に増量し200mgまで増量できた。RFPは0.1mgから急速減感作を試みたが150mg時点で発熱・皮疹のため中止した。そこでRFPを25mgから再開し3日毎に増量すると300mgまで増量しえた。EBは0.1mgから急速減感作を行うも250mgの時点で発熱・皮疹のため中止した。その後EBを12.5mgから3日毎に増量し500mgまで増量しえたため第77病日に退院とした。3種の抗結核薬につき減感作を実施した経験について報告する。

## O-13-3

肺 M. intracellulare 症の経過中に喀痰抗酸菌塗抹(3+)で発症した活動性肺結核の1例

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

○田中 悠也<sup>1)</sup>, 倉原 優<sup>1,2,3)</sup>, 嶋谷 泰明<sup>4)</sup>,  
小林 岳彦<sup>3)</sup>, 露口 一成<sup>1,2,3)</sup>

症例は89歳女性。症状の乏しい肺 Mycobacterium intracellulare 症で2021年まで経過観察していた。2023年月中旬に発熱と湿性咳嗽で再受診した。胸部単純CTで右肺下葉に新規浸潤影を認めた。喀痰抗酸菌塗抹(2+)だった。肺 M. intracellulare 症の悪化を考慮しCAM, EB, RFPを開始したが、臨床症状は改善せず喀痰塗抹(3+)に悪化した。排菌量が多かったため、喀痰で核酸増幅法を行ったところ結核菌を同定しMACは同定されなかった。その後、結核菌のみ培養された。抗結核薬を開始し改善した。後にT-SPOT.TBが2019年に当院では陰性だったが、2022年に他院で陽転化を指摘されていたことがわかり、その間で結核菌に感染した可能性が示唆された。非結核性抗酸菌症の治療中に菌交代する報告は散見されるが結核菌に交代した報告は少ない。貴重な1例と考え報告する。

## O-13-4

診断に難渋した肺結核症の1例

済生会吹田病院 呼吸器内科

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

症例は70歳代の男性。X-2年12月に他院で施行された胸部CT検査で右S6に辺縁不整な結節影を認めたため、X-1年1月当科紹介受診した。娘病変も伴っておりT-SPOT陽性で、肺結核の可能性を考えたが頻回の喀痰検査および胃液検査で塗抹・培養・PCR共に陰性であり、経過観察となっていた。X年7月の胸部CT検査では右S6陰影の著しい増大を認めたため、気管支鏡検査を行ったところ、右B6入口部の発赤・腫脹と白色粘稠痰を認め、同部位よりブラシ擦過を行った。ブラシ洗浄液の検体でTB-LAMP法陽性。培養検査にてMycobacterium tuberculosis陽性を認め、肺結核症の診断となった。抗菌化学療法を開始し、陰影は改善を認めている。

## O-13-5

抗結核薬の初期増悪や副作用で治療に難渋した肺結核の1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院

○嶋村 優志, 大倉 千明, 植木 康光, 塚本 信哉,  
船内 敦司, 神野 志織, 森本 千絵, 北島 尚昌,  
井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

X-5年から関節リウマチに対してMTXとステロイドの投与が行われていた86歳女性。X年4月に胸部CT画像で偶発的に両肺上葉中心に粒状影の出現を認めた。喀痰抗酸菌検査では塗抹陰性ながら培養検査や気管支鏡検査による採取検体から結核菌が検出され、肺結核の診断を得た。また、同CT画像で化膿性脊椎炎の可能性を指摘され、腰椎膿瘍腔から結核菌の検出を認め、脊椎カリエスと診断された。INH + RFP + EBで治療を開始したがフォローアップのCT画像検査で両肺の結節や空洞性病変に増大傾向を認め初期悪化を考えた。X年7月に全身に皮疹の出現を認め、精査加療目的に同月入院として、薬疹を疑い精査を行った。DLSTでRFP陽性と判明、薬疹のパターンからはEBも被疑薬として挙がることからRFPとEBを中止し、INH+LVFXで加療を開始した。途中COVID-19罹患による呼吸状態の悪化を来し、ステロイド増量を行ったことを契機に皮疹や肺野陰影に著明な改善を認めた。以降安定して経過している。

## O-14-1

治療経過から免疫関連有害事象による気道病変の可能性が示唆された1例

京都府立医科大学 呼吸器内科

○佐井 那月, 西岡 直哉, 高山 浩一, 山田 忠明,  
金子 美子, 徳田 深作, 岩波 将博, 森本 健司,  
片山 勇輝, 大村亜矢香, 合田 志穂, 國松 勇介,  
江上 正史, 宮本 瑛史, 榊井 太輝

症例は76歳女性。原発不明癌に対し、X年1月より2次治療としてニボルマブを開始した。開始3か月後の4月より咳嗽が出現。胸部CTにて両肺下葉に気管支拡張像と粒状影を認め、細菌性細気管支炎と判断し、レボフロキサシン経口内服を開始した。しかし、咳嗽は改善せず、新たに呼吸困難感が出現。さらに血液検査でアミラーゼの著明な上昇を認めた。5月に緊急入院となった。入院後は細気管支炎に対してピペラシリン/タゾバクタムを開始したが、症状は改善しなかった。一方、アミラーゼ上昇は脾臓への針生検により免疫関連有害事象(irAE)による脾炎と診断されたため、プレドニゾン40mg/日(1mg/kg/日)を開始した。ステロイド開始後はアミラーゼの正常化のみならず、胸部陰影の改善も認められた。本症例はステロイド治療への反応性からirAEによる気道病変の可能性が示唆された。

## O-14-2

ICIによるサイトカイン放出症候群 (CRS) が疑われた2例

独立行政法人 国立病院機構 姫路医療センター

○加藤 智浩, 吉川 和志, 世利 佳滉, 井野 隆之,  
竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 山之内義尚,  
小南 亮太, 東野 幸子, 横井 陽子, 鏡 亮吾,  
三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信,  
中原 保治, 河村 哲治

免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) によるサイトカイン放出症候群 (CRS) は稀な有害事象と言われるが、CRS の概念自体が周知されていたとは言いがたく、実際の頻度は分かっていない。後方視的に CRS が疑われた症例を2例報告する。症例1: 72歳男性 腺癌 9LA レジメン使用。1コース目 day37に39度の発熱あり緊急入院。入院時はPLT低下程度であったが、40度の発熱続き day41には肝障害、腎障害出現し肺炎像はないものの低酸素血症有り。血圧もやや低下、ステロイド投与したところ速やかに改善。症例2: 38歳男性 ALK 陽性肺癌 2次治療として ABCP 使用。1コース目 day8より38度の発熱あり。day10より発疹出現、day13の採血で腎障害出現、Xpで肺炎像認めCTでうっ血様陰影あり。酸素化は以前よりやや低下、血圧もやや低下あり。同日よりステロイド開始、速やかに改善。共に CRS としては Grade1,2と重症とは言えないが、他の irAE に隠れた症例は多くあると思われ報告する。

## O-14-3

ニボルマブ治療中、ほぼ同時に下垂体機能低下と1型糖尿病を発症した RET 陽性肺腺癌の1例

大阪府済生会吹田病院

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

症例は66歳の女性。肺腺癌 (cT1N0M1a) に対して X-1年11月より2次治療としてニボルマブ (NIVO) の投与を開始。X年3月中旬に意識レベル低下を主訴に救急受診した。来院時 JCS3で低血糖と低K血症を認め、副腎不全を疑いコルチゾールの補充を開始したところ、急激に高血糖を来し精査の結果下垂体機能低下と1型糖尿病の併発と診断した。その後 CGP で RET 陽性と判明したため5次治療として X+2年6月よりセルベルカチニブの投与を開始。過敏症や白血球減少を認めたものの減量継続可能で、治療効果は良好であった。セルベルカチニブの副作用として過敏症がよく知られており、ICI 治療歴のある患者に多い可能性が報告されている。本症例でも NIVO 投与歴があり、最終 ICI からの期間が空いていても ICI 後のセルベルカチニブ投与は慎重に行う必要があると考えた。

## O-14-4

ダブラフェニブ、トラメチニブにより器質化肺炎を発症した BRAF 陽性肺癌の一例

日本赤十字社 高槻赤十字病院

○三崎裕美子, 村山 恒峻, 日詰健太郎, 山本 晴香,  
野村奈都子, 深田 寛子, 中村 保清, 北 英夫

【症例】72歳、男性【現病歴】本症例は左上葉肺腺癌 cT1bN0M1a StageIVA, BRAF V600E 変異陽性でダブラフェニブ300mg/日、トラメチニブ2mg/日で治療を開始した。4か月後に発熱や咳嗽を伴い胸部X線で浸潤影を認めた。両剤を休薬すると症状と画像の改善を認め、再開すると悪化を認めることを繰り返した。両剤の薬剤性肺障害と考え、休薬し気管支鏡検査を施行したところ器質化肺炎に矛盾しない所見が得られた。プレドニゾロン45mg (1mg/kg) / 日で治療を開始したところ症状改善を認めたため漸減し、両剤を中止前と同量で再開した。その後咳嗽、炎症反応の上昇、肺野陰影の再発を認めたため休薬をはさんで最少用量で再開した。その後はプレドニゾロンを漸減、終了としても上記所見を再発することなく経過している。【考察】ダブラフェニブ、トラメチニブによる器質化肺炎は現時点で報告がなく、文献的考察を加えて報告する。

## O-14-5

胃癌に投与した FOLFOX + Nivo 肺障害の改善後に FOLFOX 単独投与により器質化肺炎を呈した1例

国立病院機構 大阪医療センター

○二見 真史, 東 浩志, 安藤 性實, 南 誠剛

【症例】81歳男性【現病歴】X年Y月から胃癌に FOLFOX8 コースを投与し、その後 FOLFOX+Nivo3 コースで斑状の浸潤影を認め、irAE 肺障害として PSL 治療を導入、改善した。PSL5mg/日まで漸減して Y+9月に胃切除術を施行し、術後化学療法として X+10月より FOLFOX を3コース投与後に肺野のすりガラス陰影・浸潤影が出現したため、当科へ紹介となった。【臨床経過】気管支鏡検査による肺陰影の精査を行い、組織診で器質化肺炎の所見およびリンパ球優位の BALF を確認した。薬剤性肺障害の診断で PSL を増量したところ、肺陰影は改善し、その後減量しても悪化なく経過した。【考察】FOLFOX は肺障害を比較的起こしにくいとされ、実際、初回治療では副作用なく投与が可能であった。しかし、irAE 肺障害後に再度 FOLFOX 治療をしたことで違う画像パターンの肺障害を呈した。ICI 投与後にもともと副作用が無かった殺細胞性抗がん剤により薬剤性肺障害を呈した症例を経験したため、報告する。

## O-14-6

ペムプロリズマブ投与終了半年後に発症した免疫関連有害事象 (irAE) による重症胃炎の一例

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

○藤本 さやか, 宮崎 慶宗, 堀 靖貴, 北川 怜奈,  
野田 彰大, 春田 由貴, 佐渡 紀克, 齊藤 隆一,  
東 正徳, 長谷川吉則, 上田 哲也

症例は77歳男性。左下葉肺腺癌に対して胸腔鏡下左下葉切除術を施行し、pT1cN2M0, Stage3A, PD-L1 TPS 50%以上、ドライバー遺伝子変異/転座陰性と診断した。シスプラチン+ゲムシタピン塩酸塩4コースを術後化学療法として投与した。術後3年後に脳転移と骨転移による再発を認めたため、カルボプラチン+ペメトレキセド+ペムプロリズマブを4コース投与、ペメトレキセド+ペムプロリズマブによる維持療法を行った。病勢コントロール良好であったことから合計2年間で一旦休薬とした。休薬の半年後に食欲低下と食後の頻回の嘔吐を認めたため入院加療とした。頭部造影MRIでは新規脳転移や脳浮腫、脳梗塞は認めず、最終的に上部消化管内視鏡検査の生検組織にて免疫関連有害事象 (irAE) による胃炎と診断した。Grade3以上のペムプロリズマブによる重症胃炎は0.2%程度と報告されており、稀であることから若干の考察を交えて報告する。

## O-14-7

Loco-regional recurrence に対する化学放射線療法後の durvalumab の有効性の検証

1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学  
2) 同 放射線腫瘍学・画像応用治療学

○住永圭一郎<sup>1)</sup>, 吉田 博徳<sup>1)</sup>, 小笹 裕晃<sup>1)</sup>, 島 佑介<sup>1)</sup>,  
味水 瞳<sup>1)</sup>, 野溝 岳<sup>1)</sup>, 米山 正洋<sup>2)</sup>, 岸 徳子<sup>2)</sup>,  
平井 豊博<sup>1)</sup>

3期肺がんに対する化学放射線療法後の durvalumab の有効性については広く知られている。一方, loco-regional recurrence に対する化学放射線療法後の durvalumab の有効性については報告が少ない。今回, 当院で肺癌の loco-regional recurrence に対して化学放射線療法が施行された症例を対象として durvalumab の使用の有無による治療効果の比較を行った。症例は durvalumab 使用群が11例, durvalumab 非使用群が31例だった。durvalumab 非使用群が無増悪生存期間 (PFS) の中央値408日であったのに対して durvalumab 使用群は未到達であり, 少数例のため統計的有意差はないものの durvalumab 群で PFS は長い傾向にあった。当日は詳細な患者背景もふまえ durvalumab の有効性について報告する。

## O-15-1

RS3PE 症候群を契機に診断した, 肺腺癌の一例

地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 呼吸器内科

○松本 夏鈴, 多木 誠人, 坂田 悟郎, 今尾 舞,  
高原 夕, 浅野 真理, 藤井 真央, 徳永俊太郎,  
堀 朱矢, 西馬 照明

症例は79歳男性。X年5月より, 左手腫脹と疼痛, 両肩関節痛が出現し6月に膠原病内科を受診した。悪性腫瘍検索目的のCTで右肺上葉腫瘍があり, 7月に当科を受診した。気管支鏡検査を施行し, 右肺上葉腫瘍の組織診より腺癌を検出。PET-CTで右肺上葉腫瘍以外に, 多数の関節にFDG集積亢進がみられ, RS3PE症候群と診断。ステロイド内服, 根治的放射線治療を開始し, 関節症状は改善した。RS3PE症候群を契機に診断した, 肺腺癌の一例を経験したため, 文献的考察を加えて報告する。

## O-15-2

原発性肺癌との鑑別が必要であった尿管管癌の多発性肺転移の一例

1) 南奈良総合医療センター, 2) 吉野病院

○鈴木健太郎<sup>1)</sup>, 甲斐 吉郎<sup>1)</sup>, 片岡 良介<sup>1)</sup>, 有山 豊<sup>2)</sup>,  
村上 伸介<sup>2)</sup>, 天野 逸人<sup>2)</sup>

63歳男性。当院泌尿器科で尿管管癌と診断され, X年9月に膀胱部分切除を施行した。術後2年4カ月の胸部CTで右上葉, 左舌区, 左下葉に多発肺結節を指摘された。6カ月の追跡中に肺結節陰影は徐々に増大したため, 当科に紹介となった。腫瘍マーカーはCEAとCA19-9で上昇を認めており, 画像所見と合わせて, 原発性肺癌と尿管管癌の肺転移を鑑別に上げた。気管支鏡下の生検で, 以前切除した尿管管癌の病理組織と類似しており, 免疫染色でCK7, CK20, CDX2が陽性であり, 尿管管癌の肺転移と診断した。尿管管癌は膀胱にできる非常にまれな悪性腫瘍であるが, 本症例は, 術後に局所再発なく, 多発結節で発見された。今回認めた転移巣は, 不整形の結節であり, 原発性肺癌との鑑別が必要であった。尿管管癌は非常にまれな疾患であり, 肺転移の症例も数少ないが, 文献的考察を加えて発表する。

## O-15-3

## 腸型肺腺癌の1切除例

1) 石切生喜病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器腫瘍内科  
3) 同 呼吸器外科

○青原 大介<sup>1)</sup>, 松下 雄大<sup>1)</sup>, 引石 惇仁<sup>1)</sup>, 中濱 賢治<sup>1)</sup>,  
谷 恵利子<sup>1)</sup>, 吉本 直樹<sup>1)</sup>, 藤井 祥貴<sup>3)</sup>, 南 謙一<sup>1)</sup>,  
西田 達<sup>3)</sup>, 平島 智徳<sup>2)</sup>.

【背景】腸型肺腺癌は肺癌取扱い規約第8版において特殊型腺癌の1つとして新たに分類された。組織学的に大腸癌類似の形態を示す腺癌成分が50%以上認められるものと定義され、大腸癌肺転移との鑑別を要する。

【症例】71歳男性、健康診断で胸部異常陰影を指摘され受診。気管支鏡検査、PET-CTにて左肺下葉肺腺癌、cT3N0M0の診断。左肺下葉切除・肺門部リンパ節郭清を施行し術後合併症なく経過した。手術標本の病理にて好酸性高円柱上皮細胞の乳頭状増殖を認め、免疫染色ではCDX2(+), CK20(+ )であった。臨床的に消化管原発は否定的であったため左下葉腸型肺腺癌、pT4N0M0と診断した。術後化学療法 CDDP+VNRを4コース施行し、再発なく経過している。

【結論】腸型肺腺癌の報告は少ない。文献的考察を加え発表する。

## O-15-4

## 当院における腸型肺腺癌3例の検討

大津赤十字病院 呼吸器内科

○藤本 佳菜, 北原 健一, 佐藤 将嗣, 嶋 一樹,  
八木 由生, 高橋 珠紀, 西岡 慶善, 酒井 直樹

【要旨】腸型肺腺癌は肺腺癌の稀な亜型で、組織学的に大腸癌肺転移と類似しており、臨床的な鑑別が重要となる。自施設例3例について、文献的考察を交えて報告する。【症例1】71歳男性。右下葉結節で紹介、エコー下生検にて管状腺癌を認めた。消化管に腫瘍性病変を認めず、肺原発の腸型腺癌と診断。右下葉切除術を施行、術後4年間再発なく経過し、間質性肺炎で死亡した。【症例2】75歳男性。右上葉結節に対し部分切除を施行、術中迅速診断で大腸癌肺転移が疑われたが、その後の大腸癌手術検体では粘膜内に留まる高分化型腺癌を認めた。転移の可能性は低く、肺原発の腸型腺癌と診断。術後1年に肺門リンパ節転移再発を来し治療中である。【症例3】80歳男性。X-17年に大腸癌術後、X年に右下葉結節、縦隔リンパ節腫大あり転移再発が疑われ紹介。外科的生検にて管状腺癌を認めた。肺病変のほか大腸癌の再発所見なく新規の腸型肺腺癌と診断し、化学放射線療法を予定。

## O-15-5

## 両側浸潤影で発症し肺炎との鑑別を要した粘液産生性肺腺癌の1例

大阪府済生会野江病院

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

72歳男性。既往はX-8年にDLBCLでR-CHOP療法を受け治療終了、X-3年右上葉肺扁平上皮癌pT1cN0M0 stageIA期に対して右上葉切除後である。X年9月に胸部Xpで両側下肺野にすりガラス影を認め当科紹介された。CRP、KL-6、腫瘍マーカーは基準値以下で、CT画像では両側下葉胸膜下の浸潤影と周囲のすりガラス影を認めた。OPやリンパ腫、固形腫瘍を疑い気管支鏡検査を行った。内腔初見では泡沫状の痰がみられた。組織診断で粘液産生腺癌が疑われ、確定診断のため手術を計画している。当初は間質性肺炎を疑ったが他所見から悪性腫瘍を鑑別に生検を行い早期に診断治療に結びつけることができた。その後の経過と治療内容について文献的考察を加え報告する。

## O-15-6

## 急速に増大し、胸壁に巨大な腫瘤を呈した肺多形癌の1剖検例

兵庫県立はりま姫路総合医療センター

○浦田 勝哉, 木村 洋平, 向田 諭史, 松尾健二郎,  
二ノ丸 平, 吉村 将

【症例】88歳男性【現病歴】X-30日から続く労作時呼吸困難を主訴にX-2日に前医を受診した。胸部Xpで右胸水貯留を指摘されてX日に当院紹介受診となった。胸部CTでは右前胸壁ならびに右肺門部に腫瘤影を認めた。悪性腫瘍を疑い、胸腔穿刺を施行したが、胸水細胞診、胸水セルブロックでは悪性所見は得られなかった。確定診断目的にX+23日に局所麻酔下胸腔鏡検査を施行した。右前胸壁の腫瘤が胸腔内に露頭しており、同部位から生検を施行した。病理結果として悪性腫瘍は確定できたが、悪性胸膜中皮腫か多形癌かの鑑別は困難であった。その後、1か月弱で体表面からもわかるほど右前胸壁腫瘤は増大し、全身状態も悪化したためBSCの方針とし、X+66日に死亡した。病理解剖を施行し、多形癌の診断、原発巣は肺で右前胸壁腫瘍は骨格筋への転移であることが判明した。高齢だが、腫瘍が急速に増大し、原発臓器、組織型の診断に難渋した肺原発多形癌の一例を経験したので報告する。

## O-15-7

局所麻酔下胸腔鏡検査で診断に至った歯肉癌の胸膜転移の1例

1) 和泉市立総合医療センター 呼吸器内科  
2) 同 歯科口腔外科, 3) 同 病理診断科

○塚本 遥香<sup>1)</sup>, 上野健太郎<sup>1)</sup>, 大島 友里<sup>1)</sup>, 門谷 英昭<sup>1)</sup>,  
上西 力<sup>1)</sup>, 久保 寛明<sup>1)</sup>, 武田 倫子<sup>1)</sup>, 田中 秀典<sup>1)</sup>,  
松下 晴彦<sup>1)</sup>, 三ツ井 諒<sup>2)</sup>, 水谷 雅英<sup>2)</sup>, 太田 善夫<sup>3)</sup>

【症例】72歳, 男性【主訴】左下顎歯肉の腫瘍【現病歴】20XX年3月上旬より左下顎歯肉の腫瘍を自覚し, 3月4日に当院歯科口腔外科を紹介受診された。生検, FDG-PET 検査の結果, 左下顎歯肉癌 (Sq cT4aN2M0) の診断となり4月14日に左下顎歯肉癌区域切除術+全頸部リンパ節郭清術を施行。節外浸潤を認めたために5月29日より術後化学放射線療法が開始された。6月上旬より右胸痛を認め右胸水が出現し増加を認めたために当科紹介となった。8月4日に局所麻酔下胸腔鏡検査での胸膜生検術を施行。壁側胸膜に結節病変を認めたために同部位より凍結生検を行い, 歯肉癌の胸膜転移の診断に至った。胸膜癒着術を行い8月29日に自宅退院となった。【結論】顎口腔領域における転移性腫瘍の頻度は少なく, 全口腔悪性腫瘍の1~3%程度とされている。今回, 局所麻酔下胸腔鏡検査にて診断し得た, 歯肉癌による癌性胸膜炎の1例を経験したので報告する。

## O-15-8

傍腫瘍性神経症候群を契機に診断した限局型小細胞肺癌の2例

兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科

○山中 諒, 齋藤恵美子, 小川 亮, 國宗 直紘,  
荻 七海, 松本 啓孝, 平位 知之, 遠藤 和夫

【症例1】76歳, 男性。X年11月に痙攣があり入院。頭部MRIでは辺縁系脳炎の所見だった。胸部CTで左下葉に腫瘍, 縦隔リンパ節腫脹がありEBUS-TBNAを施行, 限局型小細胞肺癌 (LD-SCLC) と診断した。血清の抗Hu抗体, 抗SOX1抗体が陽性でありSCLCに伴う傍腫瘍性辺縁系脳炎と診断, CBDCA + VP-16を開始, 腫瘍の縮小とともに脳炎症状は改善し退院となった。【症例2】62歳, 女性。X年8月にめまい, 歩行困難のため入院。頭部MRIは特記所見なし, 胸部CTは右肺門部腫瘍, 縦隔リンパ節腫脹を認めた。EBUS-TBNAを施行, LD-SCLCと診断した。血清の抗Yo抗体, 抗SOX1抗体, 抗SOX1抗体, 抗zic4抗体, 抗P/Q型VGCC抗体が陽性, 傍腫瘍性小脳変性症と診断した。CBDCA + VP-16を投与したが失調症状の改善は乏しく転院となった。【考察】SCLCにはしばしば傍腫瘍性神経症候群 (PNS) を合併する。LD-SCLCにPNSを合併したが化学療法に対する反応が異なった2例を経験したため報告する。

## O-16-1

強直性痙攣を契機に診断に至った, 肺小細胞癌による Lambert-Eaton 症候群と自己免疫性脳炎の合併の一例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○齊藤正一郎, 中川 淳, 笹田 剛史, 立川 良,  
庵坂 学人, 伊部 匡晃, 貴志 亮太, 白川 千種,  
古田 勝之, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,  
富井 啓介

【背景】肺小細胞癌における傍腫瘍性症候群の合併は9.4%と報告されており, 中でも Lambert-Eaton 症候群 (以下 LEMS) と自己免疫性脳炎 (以下 AE) の合併は稀である。今症例は痙攣を主訴に来院し, 肺小細胞癌による LEMS と AE の合併の診断に至ったため報告する。【症例】79歳女性。来院2日前に全身強直性痙攣, 意識障害を認め前医を救急受診, 2型呼吸不全も認め当院へ搬送された。NPPV 管理を行い, 来院翌日にCO2貯留は改善したが, 意識の改善は緩徐であった。来院7日目の神経反復刺激検査では高頻度刺激で Waxing が見られており, LEMS が疑われた。IVIG とピリドスチグミン投与の結果, 意識状態は改善しNPPV を離脱した。FDG-PET では縦隔, 左鎖骨下, 腋窩リンパ節に腫大と集積亢進が見られ, TBNA で肺小細胞癌が検出された。抗P/Q型VGCC抗体が陽性であり, LEMS と確定診断。また, 抗Hu抗体・抗GABA-B抗体も陽性となり, AE も臨床診断された。

## O-16-2

放射線治療により気道狭窄の改善を認めた胸部 SMARCA4欠損未分化腫瘍の1例

京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○宮下 優衣, 岩田 敏之, 田里 美樹, 安田 直晃,  
酒井 勇輝, 林 康之, 疎開 暁彦, 西村 尚志

【背景】胸部 SMARCA4欠損未分化腫瘍は胸部を有意に侵し, 未分化ないしラブドイドな形質と SMARCA4の欠損を有する予後不良の腫瘍である。

【症例】70歳女性。3週間前からの労作時呼吸困難を主訴に前医を受診し, 胸部X線検査で右肺門部に腫瘤像を指摘され当院紹介となった。CTで右肺門, 縦隔, 右腋窩リンパ節腫大および右第5肋骨に溶骨性腫瘍を認めた。肋骨転移病変に対してCTガイド下生検を施行し, 胸部 SMARCA4欠損未分化腫瘍と診断した。縦隔リンパ節転移による気道狭窄のため呼吸困難を認めており肺門縦隔病変に対して緩和的放射線治療を行った。呼吸困難は軽減し免疫チェックポイント阻害薬を含む化学療法を施行したが, 治療反応に乏しく診断から4か月で死亡に至った。

【結語】放射線治療により気道狭窄の改善を認めた胸部 SMARCA4欠損腫瘍の1例を経験した。稀な疾患であり今後の症例の蓄積が期待されるため, 若干の文献的考察を加えて報告する。

## O-16-3

### 続発性気胸を来した空洞を伴う悪性腫瘍肺転移の2例

1) 奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー内科  
2) 同 腫瘍内科

○金井 千恵<sup>1)</sup>, 藤岡 伸啓<sup>1)</sup>, 太田 和輝<sup>1)</sup>, 佐藤 一郎<sup>1)</sup>,  
古高 心<sup>1)</sup>, 古山 達大<sup>1)</sup>, 宮高 泰匡<sup>1)</sup>, 岩佐 佑美<sup>1)</sup>,  
新田 祐子<sup>1)</sup>, 春成加奈子<sup>1)</sup>, 坂口 和宏<sup>1)</sup>, 谷村 和哉<sup>1)</sup>,  
長 敬翁<sup>1)</sup>, 藤田 幸男<sup>1)</sup>, 山本 佳史<sup>1)</sup>, 本津 茂人<sup>1)</sup>,  
山内 基雄<sup>1)</sup>, 吉川 雅則<sup>1)</sup>, 室 繁郎<sup>1)</sup>, 大田 正秀<sup>2)</sup>

【症例1】80歳男性。頭部血管肉腫に対してX-2年10月より化学放射線治療を施行した。X年4月の胸部CTで両肺に空洞を伴う多数の転移巣と右II度気胸を認め、入院・胸腔ドレーン留置となった。第8病日クランプテスト後に皮下気腫が悪化し、第17病日に肺転移巣を含む右肺部分切除術を施行した。経過良好で第29病日に退院した。【症例2】54歳男性。舌癌術後の追加治療としてY-1年5月放射線化学療法を施行した。Y年2月局所再発および右S3の空洞を伴う肺転移の増大を認め、4月ニボルマブ療法を開始した。投与16日目に右II度気胸を発症した。ドレーン留置にて一時軽快したが、第8病日に右気胸が再発し、第15病日に転移巣を含む右肺部分切除術を施行した。術後経過良好で、第22病日よりニボルマブ療法を開始した。空洞を伴う肺転移病変の破綻によると思われる続発性気胸においては、適切な時期に遅滞なく手術介入の検討が必要であることが示唆される。

## O-16-4

### 胃十二指腸転移を来した肺扁平上皮癌の一例

1) 彦根市立病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科

○土屋 明生<sup>1)</sup>, 月野 光博<sup>1)</sup>, 岡本 菜摘<sup>1)</sup>, 渡邊 勇夫<sup>1)</sup>,  
林 栄一<sup>2)</sup>

73歳男性。左上葉原発肺扁平上皮癌、cT4N3M1a stage IV に対してX-1年7月よりCBDCA + nab-PTX + Pembrolizumabの併用療法を4コースおよびPembrolizumab単剤の維持療法を1コース施行した。PDとなりX-1年12月より2次治療としてDocetaxel単剤を開始した。化学療法開始14日目にCOVID-19肺炎を発症し、ステロイド治療を開始した。X年1月の脳梗塞（トルソー症候群）の合併もあり、PSが2-3へ低下したため化学療法は中断した。COVID-19肺炎に対するステロイド治療中のX年4月に黒色便と貧血が出現し、上部消化管内視鏡検査にて胃・十二指腸転移と診断した。内視鏡による止血と輸血を行ったが呼吸状態が悪化し、黒色便出現から10日後に永眠された。肺扁平上皮癌の胃・十二指腸転移は非常に希であり、文献的考察を加えて報告する。

## O-16-5

### 下垂体転移により中枢性尿崩症を発症した肺腺癌の1例

独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター

○田中 琢磨, 川口 亜記, 梁川 禎孝, 杉山 陽介,  
土屋 貴昭

【症例】64歳男性。全身倦怠感と食欲不振を認め、当院を受診した。胸部単純写真で右胸水貯留を認め、胸水セルブロックで肺腺癌と診断した。全身精査で、cTON3M1c (OSS, PLE, PUL, HEP, LYM, ADR, BRA) cStageIVBと診断した。口渴、多飲を認め、血清Na 151mEq/L、血清浸透圧309mOsm/kg、尿浸透圧177mOsm/kg、血漿ADH < 0.4pg/mLだった。頭部造影MRIで下垂体柄の腫大も認めため下垂体転移による中枢性尿崩症と診断した。全脳照射と化学療法、デスマブレンシ投与を開始すると尿量の減少が得られた。【考察】肺癌の下垂体転移の頻度は剖検例では約8%とされているが尿崩症を呈する症例は稀である。貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

## O-16-6

### ラムシルマブ投与中に生じた頭部の毛細血管拡張性肉芽腫の一例

1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 皮膚科

○清原あすか<sup>1)</sup>, 大塚浩二郎<sup>1)</sup>, 黒田 修平<sup>1)</sup>, 北村 美華<sup>1)</sup>,  
藤本 佑樹<sup>1)</sup>, 難波 晃平<sup>1)</sup>, 池内 美貴<sup>1)</sup>, 久米佐枝<sup>1)</sup>,  
稲尾 崇<sup>1)</sup>, 門田 和也<sup>1)</sup>, 笠井 由隆<sup>1)</sup>, 榎屋 大輝<sup>1)</sup>,  
永井 宏<sup>2)</sup>, 鈴木雄二郎<sup>1)</sup>

症例は50歳男性。X-3年12月に喘鳴、左上肢・顔面の浮腫、嘔声を主訴に近医受診、胸部X線で右肺門部腫瘍を指摘され紹介となった。精査にて肺腺癌 cT4N3M1c (stage4B) と診断、X-2年1月よりカルボプラチン、ペメトレキセド、ペンプロリズマブによる一次治療を開始した。X-1年10月のCTにて病勢進行を認め、二次治療としてドセタキセル、ラムシルマブを開始した。11コース施行後のX年6月、頭部皮膚に11mm大、26mm大の腫瘍が出現した。皮膚科にて切除、病理組織にて毛細血管拡張性肉芽腫と診断した。同年8月より同治療を再開、X+1年9月に病勢進行を認めるまで長期に肺癌の病勢コントロールが可能であったが、この間に毛細血管拡張性肉芽腫の再発は認めなかった。ラムシルマブは本来腫瘍の血管新生を阻害するが、投与中に血管腫を生じた報告が散見される。今回、ラムシルマブ投与中に生じた毛細血管拡張性肉芽腫の一例を経験したので文献的考察を交えて報告する。



## O-17-1

右胸水貯留で来院し、診断に苦慮したIgG4関連胸膜炎の一例

1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断部

○松村 和紀<sup>1)</sup>, 外山 尚吾<sup>1)</sup>, 岡垣 暢紘<sup>1)</sup>, 田中 佑磨<sup>1)</sup>,  
中西 司<sup>1)</sup>, 武田 淳志<sup>1)</sup>, 中村 哲史<sup>1)</sup>, 上山 維晋<sup>1)</sup>,  
池上 直弥<sup>1)</sup>, 加持 雄介<sup>1)</sup>, 橋本 成修<sup>1)</sup>, 田中 栄作<sup>1)</sup>,  
田口 善夫<sup>1)</sup>, 羽白 高<sup>1)</sup>, 金森 直美<sup>2)</sup>, 住吉 真治<sup>2)</sup>

症例は78歳男性。既往に自己免疫性瘰癧の疑いがあり、X-7年より当院通院中であった。X-1年11月に労作時呼吸困難感を契機に近医に受診し、右胸水貯留を指摘されて当科に紹介受診となった。胸腔穿刺を行いリンパ球優位の滲出性胸水を認めたが、胸水細胞診・培養検査は複数回提出するも有意な所見を認めず、血清学的検査、画像検査でも明らかな異常を認めなかった。右胸水貯留は進行し、症状緩和目的に月に1度程度1000mlの胸腔ドレナージも要した。今回X年6月7日に精査加療目的に入院した。入院後に右胸腔ドレインを挿入するも200-300ml/日程度の排液が続いた。第10病日に胸膜生検を行ったところIgG4関連胸膜炎に矛盾しない所見を認めた。第16病日よりPSL 40mgで開始し、胸腔ドレインからの排液は消失したために第20病日に抜管の上、第24病日に退院した。本症例は血清学的にIgG4上昇がなく、鑑別に苦慮したことから、文献的な考察を踏まえて報告する。

## O-17-2

片側性胸水と好酸球増多症を呈し、胸腔鏡で診断した胸膜サルコイドーシスの1例

1) 一般財団法人住友病院 呼吸器内科  
2) 同 膠原病・リウマチ内科, 3) 同 病理診断科

○坂野 勇太<sup>1)</sup>, 玉田 知里<sup>1)</sup>, 木高 早紀<sup>1)</sup>, 青柳 貴之<sup>1)</sup>,  
桂 悟史<sup>1)</sup>, 奥村 太郎<sup>1)</sup>, 後藤 健一<sup>1)</sup>, 重松三知夫<sup>1)</sup>,  
野里 聡子<sup>2)</sup>, 松永 由紀<sup>3)</sup>, 藤田 茂樹<sup>3)</sup>

症例は86歳男性。X年2月に息切れを契機に受診し、末梢血好酸球数の増多に加え胸部CTで左胸水および縦隔肺門リンパ節の腫大を認め精査のため入院した。左胸水の細胞分画は、好中球45%、リンパ球4%、好酸球50%であり感染症や好酸球性炎症の影響が疑われたが、細菌学的検査では有意所見なく、細胞診も陰性であった。血液検査でANCAは陰性、IgG4が上昇していた。縦隔肺門リンパ節の腫大を受け、X年3月にIgG4関連疾患やサルコイドーシスの鑑別目的に胸腔鏡下胸膜生検を行い、壁側胸膜に類上皮肉芽腫を認めた。縦隔肺門リンパ節および胸膜でのGaシンチ集積に加え、血液検査でsIL2-Rおよびリゾチームの上昇があり、胸膜サルコイドーシスと診断した。ステロイド治療を開始し、胸水は消失し、好酸球数は正常化した。胸膜サルコイドーシスは稀な疾患であり、胸膜生検によって診断し得た1例を経験したため報告する。

## O-17-3

大量黒色胸水を来たした瘰癧腔瘻の1例

1) 京都大学医学部附属病院 総合臨床研修センター  
2) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科  
3) 同 消化器内科

○福島 佑哉<sup>1)</sup>, 村瀬 公彦<sup>2)</sup>, 山田 翔<sup>2)</sup>, 榛間 英真<sup>3)</sup>,  
犬塚 義<sup>3)</sup>, 西川 義浩<sup>3)</sup>, 塩川 雅広<sup>3)</sup>, 平井 豊博<sup>2)</sup>

症例は57歳男性。2週間前からの持続する左胸痛を主訴に、20XX年6月中旬に前医を受診した。CTを撮像したところ左胸腔に多量の胸水を認め、翌日に精査・加療目的に当院紹介となった。左胸腔にドレインを挿入すると、黒色胸水の排出を認めた。胸水中の瘰癧素値が著明に高値であり、胸腹部CTで瘰癧部から横隔膜下面へと連続する瘰癧嚢胞を認め、胸腔との連続性が疑われたため瘰癧性胸水と診断した。内視鏡的に瘰癧造影を行ったところ、瘰癧管外への造影剤漏出を認め、瘰癧性嚢胞が胸腔と連続したことによる胸水貯留と診断した。内視鏡的経鼻瘰癧管ドレナージを施行したところ、その後1週間で胸水の排出は減少しドレインを抜去した。黒色胸水を呈する症例は稀であり文献的考察を交えて報告する。

## O-17-4

関節リウマチに合併した非結核性抗酸菌症治療後に乳び胸が出現し、yellow nail syndromeと診断した一例

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

○眞野 優斗<sup>1)</sup>, 滝本 宜之<sup>1,2)</sup>, 新谷 亮多<sup>1)</sup>,  
谷口 善彦<sup>1)</sup>, 茂田 光弘<sup>1)</sup>, 小林 岳彦<sup>2)</sup>, 糞毛祥次郎<sup>1)</sup>,  
竹内奈緒子<sup>1)</sup>, 香川 智子<sup>1)</sup>, 橘 和延<sup>1)</sup>, 露口 一成<sup>2)</sup>,  
新井 徹<sup>2)</sup>

【症例】68歳女性【主訴】呼吸困難 (mMRC 4) 【病歴】関節リウマチに対して加療中に当院紹介され、X年10月からX+5年2月まで*M. abscessus* species 症に対して内服治療し終了した。X+5年5月に下腿浮腫と右胸水の貯留を認め、呼吸困難の増悪がみられたため8月下旬に入院。乳び胸の診断となったが原因は特定できなかった。X+6年5月に下腿浮腫、胸水貯留が増悪し、両手足の爪が黄色で肥厚していることなどからyellow nail syndromeと診断された。診断後は両側胸水の貯留、下腿浮腫の増悪による入退院を繰り返した。X+7年2月下旬に呼吸困難の増悪のため入院となり、3月上旬に右胸水に対して局所麻酔下胸腔鏡検査を行ったが乳び胸の原因の特定は困難であった。数日後に左胸水が増加し、呼吸状態が改善せず3月中旬に死亡した。【考察】yellow nail syndromeは黄色爪、リンパ浮腫、呼吸器病変の3主徴を呈する症候群とされる。本症例は難治性の乳び胸で予後が不良であった。

## O-17-5

### ダサチニブ内服中に両側性乳び胸を発症した1例

1) 奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー内科  
2) 同 腫瘍内科

○西崎 友哉<sup>1)</sup>, 宮高 泰匡<sup>1)</sup>, 金井 千恵<sup>1)</sup>, 太田 和輝<sup>1)</sup>,  
佐藤 一郎<sup>1)</sup>, 古高 心<sup>1)</sup>, 古山 達大<sup>1)</sup>, 岩佐 佑美<sup>1)</sup>,  
新田 祐子<sup>1)</sup>, 春成加奈子<sup>1)</sup>, 藤岡 伸啓<sup>1)</sup>, 坂口 和宏<sup>1)</sup>,  
谷村 和哉<sup>1)</sup>, 長 敬翁<sup>1)</sup>, 大田 正秀<sup>2)</sup>, 藤田 幸男<sup>1)</sup>,  
山本 佳史<sup>1)</sup>, 本津 茂人<sup>1)</sup>, 山内 基雄<sup>1)</sup>, 吉川 雅則<sup>1)</sup>,  
室 繁郎<sup>1)</sup>,

症例は71歳, 男性. 約8年前から慢性骨髄性白血病 (CML) に対してダサチニブ内服していた. 呼吸困難を主訴に当院を受診, 右優位の両側性胸水と炎症所見上昇を認め, 入院となる. 右胸水穿刺にて好中球優位の滲出性胸水を認め, Triglyceride (TG) 高値を認めた. ダサチニブを休業し, 右胸腔へのドレーン留置, 抗生剤投与にて第5病日に右胸水はリンパ球優位となったが, 依然 TG 高値であった. 第13病日に左胸水が増加したが, リンパ球優位の滲出性胸水で, TG 高値であった. 両側乳び胸に対して絶食・中心静脈栄養を開始し, 改善傾向であった. 第14病日の胸管シンチグラフィーでは明らかな漏出部位を認めず, ダサチニブによる薬剤性が最も考えられた. 脂肪制限して食事を再開したが増悪せず, 軽快退院した. 検索した限り CML に関連した乳び胸の報告はない. ダサチニブの副作用として胸水が報告されているが, 乳び胸は稀であり報告する.

## O-17-6

### ランソプラゾールによる薬剤性胸膜炎の1例

愛仁会 明石医療センター

○増田 佳純, 畠山由記久, 古川 湧也, 井上 拓弥,  
塚本 玲, 山崎菜々美, 池田 美穂, 岡村佳代子,  
大西 尚

症例は83歳女性. X年3月末から呼吸困難あり救急受診し, 左大量胸水を認め入院となった. 胸水検査では単核球優位の細胞数増多の所見であったが, 高度に被包化していたことや発熱が見られたことから細菌性胸膜炎として胸腔ドレーンおよびスルバクタム/アンピシリンの投与を開始した. 被包化胸水であったためウロキナーゼの胸腔内投与も併用したが, 熱型や胸水量は改善に乏しかった. 単核球優位の胸水であり, 膠原病や悪性疾患のスクリーニング検査を施行したが全て陰性であった. 薬剤性胸膜炎を考慮しランソプラゾールを休業したところ徐々に胸水貯留は軽減し解熱傾向が見られた. 全身状態も軽快したため第20病日に退院となった. ランソプラゾールによる胸膜炎の過去の報告は乏しいが, 臨床的に使用頻度も多い薬剤であり, 他の薬剤による胸膜炎についての文献的考察も交え報告する.

## O-18-1

### Pseudo-Meigs 症候群 / Meigs 症候群を合併した卵巣腫瘍の2例

北野病院

○塚本 信哉, 大倉 千明, 嶋村 優志, 植木 康光,  
船内 敦司, 神野 志織, 森本 千絵, 北島 尚昌,  
井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

症例1は23歳女性. 入院1ヶ月前から呼吸困難を自覚した. 胸腹部 CT で両側胸水・腹水, 右卵巣巨大腫瘍を指摘され当院産婦人科を紹介受診し, 胸水の精査目的に当科紹介となった. 右胸腔穿刺を行い, 淡血性混濁した胸水だった. 胸水からは悪性所見は検出されず, 手術で右卵巣卵黄嚢腫瘍, 左卵巣成熟嚢胞奇形腫と診断された. 術後両側とも胸水は自然に消失し, Pseudo-Meigs 症候群と診断した. 症例2は74歳女性. サルコイドーシスおよび卵巣線維種疑いで外来通院中だった. 胸部単純 X 線で右胸水の増加を認め, 右胸腔穿刺を施行した. 胸水は黄褐色混濁であり, 悪性所見は指摘されなかった. Meigs 症候群を疑い, 卵巣腫瘍の手術を施行され, 両側卵巣線維種と診断された. 右胸水は自然に消失し, Meigs 症候群と診断した. Pseudo-Meigs 症候群および Meigs 症候群を経験したことから両者を比較しながら報告する.

## O-18-2

### ブリグチニブによる薬剤性胸膜炎と診断した一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○榛間 智子, 黄 文禧, 坂本 裕人, 吉田 薫,  
國宗 直紘, 矢野 翔平, 伊藤 雅弘, 高橋 祥太,  
宮里 和佳, 石川 遼一, 高岩 卓也, 中川 和彦,  
森田 恭平, 吉村 千恵, 西坂 泰夫

症例は77歳女性. X-3年に肺腺癌 cT4N3M1a stage4A (ALK 融合遺伝子変異陽性) と診断. X-3年12月からアレクチニブを開始したが, X-2年2月に癌性胸膜炎, 癌性心膜炎を発症. アレクチニブを中止し, 胸膜癒着術, 心膜癒着術を施行した. X-2年4月からアテゾリズマブ, カルボプラチン, バクリタキセル, ペバシズマブ療法を開始. 6月からアテゾリズマブ, ペバシズマブを継続した. X年5月11日の胸部 CT 検査で原発巣増大を認め PD と判断し, 5月22日からブリグチニブに変更した. 6月19日に発熱, 呼吸困難が出現し, 両側胸水, 炎症反応上昇を認めたため当科入院となった. 左胸水穿刺の結果, 滲出性胸水であったが, 感染や癌性胸膜炎は否定的であった. ブリグチニブ中止のみで経過観察を続けたところ, 発熱, 両側胸水等は自然軽快したことからブリグチニブによる薬剤性胸膜炎と考えられた. ブリグチニブによる胸膜炎は稀であり, 文献的考察も含め報告する.

## O-18-3

肺癌の縦隔直接浸潤と考えられたが自然軽快した線維性縦隔炎の一例

明石医療センター

○山崎 葉々美, 岡村 佳代子, 井上 拓弥, 古川 湧也,  
藤本 葉月, 塚本 玲, 増田 佳純, 池田 美穂,  
畠山由記久, 大西 尚

症例は生来健康な61歳男性。受診約2週間前から発熱があり嗽も出現した為当科を受診した。胸部CT画像にて右肺上葉縦隔側にすりガラス陰影を伴う浸潤影とそれに連続した縦隔の濃度上昇、縦隔リンパ節腫大を認め肺癌の縦隔直接浸潤を疑った。右肺上葉からTBB、縦隔リンパ節からTBNAを行ったが慢性炎症細胞浸潤や線維性結合織のみで確定診断は得られなかった。ナプロキセンにて解熱したが受診2週間後に頸部絞扼感が出現しCT画像所見が悪化した。FDG-PET-CT検査で右肺上葉病変と連続した右気管支周囲、縦隔、縦隔リンパ節に集積を認めた。初診から約1ヶ月後に確定診断目的に胸腔鏡補助手術で右肺上葉、右肺尖部胸壁、#11リンパ節を生検した。組織にて炎症細胞浸潤と線維化を認め線維性縦隔炎と考えられた。症状と画像所見は自然に改善した。肺癌が疑われたが自然軽快した線維性縦隔炎と考えられる一例を経験したため報告する。

## O-18-4

術前化学放射線療法と手術による集学的治療を行った胸腺腫の一例

神戸市立西神戸医療センター

○浜崎 直子, 神野 裕子, 藤本 葉月, 宮崎 菜桜,  
徳重 康介, 益田 隆広, 吉岡 潤哉, 三輪 菜々子,  
木田 陽子, 纈 纈 力也, 桜井 稔泰, 多田 公英

症例は48歳女性。数週間前からの軽度の構音障害、胸部の違和感を認めたため当院受診し、胸部CTを施行した。前縦隔腫瘍を認め、上大静脈を圧排し、また胸膜播種の所見もあった。診断目的のため経皮的肺生検を行い胸腺腫、typeB、正岡分類4a期と診断した。また抗AChR抗体も陽性であった。術前療法として確立された治療はないが、若年であり完全切除を目指すため、Korstらによる術前化学放射線療法の効果を検討した第2相試験に準じ、CDDP + VP-16による化学療法と放射線療法(50Gy/25fr)を併用した治療を施行した。2コース終了後、前縦隔腫瘍と胸膜播種の縮小があり部分奏効を得られたため、手術を施行した。胸腺腫はまれな疾患でありエビデンスレベルの高い治療法は未だ確立されていない。今回術前に化学放射線療法を用いた集学的治療法が有効であったため報告する。

## O-18-5

肺癌の術後再発との鑑別に難渋した胸腺腫術後再発の一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

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

【症例】51歳男性【病歴】X-9年に右下葉肺腺癌 pStage2A 術後化学療法後、X-8年に前縦隔腫瘍(胸腺腫 Type B2)術後。X-6年に小脳転移と肺結節が出現し肺癌の再発を疑った。手術検体でEGFR 遺伝子変異(Exon 19 欠失)を認めたため、Afatinibで化学療法を開始し、小脳転移にはSRSを施行した。奏効は得られず、複数レジメンを使用したが発病は増大と縮小を繰り返す。経過中に胸膜病変も出現した。X-1年からはErlotinibで加療を開始したが胸膜病変・肺結節ともに増大した。EGFR T790M 遺伝子変異検査目的にX年4月に胸腔鏡下胸膜生検を施行し、胸腺腫の再発の所見であった。完全切除は困難な病変であり、X年5月より胸腺腫に準じてADOC療法を開始し、胸膜病変・肺結節ともに縮小が得られた。【考察】胸腺腫の再発は稀な疾患であり診断・管理に難渋することがあるが、本症例は肺癌術後の既往もありさらに診断に難渋した一例である。若干の文献的考察を含め報告する。

## O-18-6

オシメルチニブ投与7年目に心嚢水を伴う心機能障害を呈した1例

医学研究所北野病院 呼吸器内科

○船内 敦司, 北島 尚昌, 大倉 千明, 嶋村 優志,  
植木 康光, 塚本 信哉, 神野 志織, 森本 千絵,  
井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

【症例】71歳女性。X-12年、肺腺癌 pT3N2M0 pStageIIIA に対し、右肺上葉切除術、リンパ節郭清術、術後化学療法を実施した。X-10年、多発肺転移が出現した。手術検体よりEGFR ex21 L858Rの変異を認め、ゲフィチニブが開始された。X-7年、左上葉腫瘍が増大し、EGFR T790M変異を認め、オシメルチニブが開始され、以降継続した。X年5月、定期受診時の胸部単純レントゲン写真で心拡大を認め、精査にてびまん性の心臓壁運動低下、心嚢液貯留を認めた。心臓MRIでは心基部心筋中層に線維化を示唆する遅延ガドリニウム造影を認めた。他に再発所見を認めず、心嚢液の細胞診で悪性細胞を認めなかった。休業にて経過を観察したところ心嚢液は減少した。【考察】オシメルチニブに関連した心機能障害の存在が知られるが、多くは投与後早期の発症で長期投与の心毒性のデータは乏しい。オシメルチニブの長期投与例において潜在的な心毒性の可能性を考慮した管理が検討される。

## O-18-7

下咽頭癌に対する左頸部郭清術後に両側乳び胸をきたし、低脂肪食とオクトレオチド投与で治癒した一例

- 1) 大阪医科薬科大学 内科学I  
2) 同 内科学講座 腫瘍内科学教室

○坂口 翔平<sup>1)</sup>, 満屋 奨<sup>1,2)</sup>, 石川 翔一<sup>1)</sup>, 松井 未有<sup>1)</sup>,  
大江 崇史<sup>1)</sup>, 新井 将弘<sup>1)</sup>, 金岡 聖恵<sup>1)</sup>, 船本 智哉<sup>1)</sup>,  
中村 敬彦<sup>1)</sup>, 藤阪 保仁<sup>2)</sup>, 池田宗一郎<sup>1)</sup>, 今川 彰久<sup>1)</sup>

症例は50歳男性。下咽頭癌(cT3N2cM0, ステージIV)に対して左根治的頸部郭清術を行った。両側胸水貯留を認めため術後5日目に当科紹介となり胸腔穿刺を施行して胸水を約120mL 排液した。胸水は乳白色混濁、滲出性胸水であった。胸水中の中性脂肪は799mg/dLと高値を示し、術中、左静脈角の結紮切断中にリンパ液の漏出を認め、胸管を結紮されたことから外傷性乳び胸と診断し、低脂肪食とオクトレオチド投与での治療を開始した。以後、ドレナージによる排液は数mLから数十mL/日であったが、穿刺4日後に胸部X線で胸水の減少を認め14日後には両側肋膈横隔膜角は鋭となった。頸部郭清術後に乳び胸が起ることはまれである。本症例は両側性であることと術中所見より、術後の胸管内圧上昇とそれに伴う胸管破綻が原因と考えられた。またドレナージの排液は少量で、既報とは異なり、本症例はドレナージの効果以外の機序で乳び胸が改善したと考えられた。

## P-1-1

エンザルタミドによる薬剤性間質性肺障害の1例

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

○浦上 遼<sup>1)</sup>, 中島 康博<sup>1,2)</sup>, 長野 昭近<sup>1)</sup>, 多田 陽郎<sup>2)</sup>,  
金廣 有彦<sup>1)</sup>

症例は76歳男性。当院泌尿器科にて前立腺癌に対しX年7月よりエンザルタミドが開始となった。同年10月に軽度呼吸困難感を自覚し、胸部単純CTにて両側下肺野中心にすりガラス影、血中KL-6が1240U/mlと異常高値を認め、CTCAE grade1と判断し同薬剤休業とした。翌月呼吸困難感がgrade2となりその時点で当科に紹介受診となった。ステロイド加療にて軽快したが、肺野の線維化は軽度残存した。エンザルタミドによる薬剤性間質性肺障害は報告数が非常に少ないが、他の薬剤と同様に肺障害を生じた際は早期の発見、治療を要すと考えられた。文献的考察を加え、症例発表をする。

## P-1-2

間質性肺炎合併進行肺癌にKRAS 阻害剤を投与し部分奏功に至った1例

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

○挽地 智裕<sup>1)</sup>, 中島 康博<sup>1,2)</sup>, 長野 昭近<sup>1)</sup>, 多田 陽郎<sup>2)</sup>,  
金廣 有彦<sup>1)</sup>

症例は83歳女性。X-2年7月に間質性肺炎精査目的の胸部単純CTにて偶発的にみぎS3に7mm大の結節影を指摘され当科紹介となった。その後ニンテダニブの導入を行い、結節影には画像followを行っていたが経時的に増大傾向、リンパ節腫大を認め、X年5月に#7LNに対しEBUS-TBNAを施行しKRAS 遺伝子変異陽性肺癌と診断した(KRAS G12C)。同年8月よりsotorasibの投与を開始し、現在までRECIST-PRを維持している。間質性肺炎合併肺癌に対しKRAS 阻害剤の安全性と有効性は確立されていないが、当ケースにおいては高齢でもあり副作用を含め十分なshared decision makingを行い投与を行った。文献的考察もふまえ、発表する。

## P-1-3

慢性閉塞性肺疾患を合併する肺動脈性肺高血圧症の患者特性と治療：DPC claim databaseを用いた解析研究

ヤンセンファーマ株式会社 メディカルアフェアーズ本部

○大村 淳一, 北原 和樹

【背景】本邦における慢性閉塞性肺疾患(COPD)に伴う肺高血圧症(PH)の専門/非専門医療機関全体の診療実態は明らかではない。【方法と結果】大規模匿名化データベース(メディカル・データ・ビジョン)を用いて約3,548万人の患者データから、ICD-10・年齢・処方によりCOPD 110,200例を特定した。そのうち1,171例(1.06%)がPHを合併していた。解析対象PH 581例のうち105例が肺動脈性肺高血圧症(PAH)として肺血管拡張薬を処方されていた。処方群は非処方群に比べて右心カテーテル検査の施行率が高かった。84.7%が初期単剤療法により治療されており、併用療法割合はフォローアップ期間を通じて大きな変化は見られなかった。【結論】COPDにおけるPH診断率は既報に比べて低く、主に肺血管拡張薬単剤療法が行われている診療実態が匿名化データベースにより示された。

## P-1-4

## 2型呼吸不全を契機に発見された呼吸筋発症の筋萎縮性側索硬化症の一例

- 1) 北播磨総合医療センター 呼吸器内科  
2) 同 脳神経内科

○山崎 瞬<sup>1)</sup>, 桂田 雅大<sup>1)</sup>, 岡山 公宣<sup>2)</sup>, 森川 真帆<sup>1)</sup>,  
河野 祐子<sup>1)</sup>, 松本 正孝<sup>1)</sup>, 高月 清宣<sup>1)</sup>, 西村 善博<sup>1)</sup>

【症例】80歳 男性 【主訴】急性の呼吸困難 【臨床経過】労作時呼吸困難の増悪、および意識レベル低下のため、当院を受診した。動脈血液ガス分析でPaCO<sub>2</sub> 89Torr, pH7.24とCO<sub>2</sub> ナルコーシスの状態であり、NIPPVを装着して入院。間質性陰影や気腫性変化は軽度で、A-aDO<sub>2</sub>は開大しておらず、肺胞低換気による2型呼吸不全と診断した。呼吸様式は横隔膜の動きが乏しかったため、神経筋疾患が疑われた。胸部CTで横隔膜の菲薄化や傍脊柱筋の萎縮があり、筋電図で神経原性変化を認めた。四肢の筋力低下は有意ではなく、呼吸筋発症の筋萎縮性側索硬化症(ALS)と診断した。【考察】2型呼吸不全の原因の一つに神経筋疾患による肺胞低換気がある。呼吸筋症状が先行するALSは、四肢の筋力低下を伴わないため診断に苦慮するが、本症例では血液ガスの適切な分析により早期の診断が可能となった。呼吸不全を鑑別する際は、血液ガスの評価と呼吸筋の観察を常に心掛けるべきである。

## P-1-5

## 若年で発症した自己免疫性肺胞蛋白症の一例

- 1) 大阪大学医学部附属病院, 2) 近畿中央呼吸器センター

○轟 はる加<sup>1)</sup>, 岡部 福子<sup>1)</sup>, 益弘健太郎<sup>1)</sup>, 町山 裕知<sup>1)</sup>,  
爲定 裕貴<sup>1)</sup>, 樋口 貴俊<sup>1)</sup>, 橋本 和樹<sup>1)</sup>, 平田 陽彦<sup>1)</sup>,  
新井 徹<sup>2)</sup>, 武田 吉人<sup>1)</sup>, 熊ノ郷 淳<sup>1)</sup>

症例は15歳女性。生来健康であったが、高校入学時に行われた健診での胸部レントゲン検査で異常陰影を指摘され精査目的に当院へ紹介された。血液検査ではKL-6 1490U/mL, SP-D 191ng/mLと高値を認めた。胸部単純CT検査では両側上葉優位にcrazy paving appearanceを呈していた。気管支肺胞洗浄液は白濁様で、経気管支肺生検の病理組織学的所見では肺胞腔内にPAS染色陽性を示す好酸性気質の沈着を認めた。これらの画像所見と病理所見から肺胞蛋白症を疑った。若年であり先天性・遺伝性肺胞蛋白症の可能性を考えながら、肺胞蛋白症をきたす遺伝子異常は検出されず、抗GM-CSF抗体が陽性であったことから自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。若年で発症した自己免疫性肺胞蛋白症は稀であり文献的考察を加え報告する。

## P-2-1

## マルチPCR法とNGS法で結果の乖離を認めたALK融合遺伝子肺癌の2症例

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター

○宮崎 暁人, 川村 卓久, 國政 啓, 井上 貴子,  
田宮 基裕, 西野 和美

【背景】ALK融合遺伝子は肺腺癌の約4-5%に認められ、NGSやPCRを用いたマルチ遺伝子検査やIHC法等で診断される。【症例1】51歳、女性。胸水検体より肺腺癌(cStage4A)の診断。同検体でマルチPCR検査は陰性。リンパ節検体を採取し、LC-SCRUM Asiaに提出。マルチPCR検査は陰性、NGS解析でEML4-ALKが検出、ALK IHC陽性であった。EML4がパートナーであったが、マルチPCR検査ではカバーされないバリエーションであった。【症例2】46歳、女性。肺腺癌(pStage2B)に対し、左上葉切除術を施行。LC-SCRUM Asiaに提出。マルチPCR検査で陰性、NGS解析でHIP1-ALKが検出、ALK IHC陽性であった。マルチPCR法ではカバーされない変異であった。【考察】マルチPCR法ではカバーされないバリエーションもあり、IHC法やNGS法で検索が必要な場合がある。

## P-2-2

## 抗MDA-5抗体陽性のCADMに伴う難治性間質性肺炎に対し、バリシチニブを使用した1例

NHO姫路医療センター 呼吸器内科

○三宅 剛平, 吉川 和志, 世利 佳弘, 井野 隆之,  
平田 展也, 平岡 亮太, 小南 亮太, 山之内義尚,  
加藤 智浩, 東野 幸子, 鏡 亮吾, 塚本 宏壮,  
水守 康之, 横井 陽子, 佐々木 信, 河村 哲治

抗MDA-5抗体陽性のCADMに伴う難治性間質性肺炎について、ステロイド、シクロフォスファミド、カルシニューリン阻害剤の3剤併用療法が確立しているが、反応無く増悪する難治例も多い。今回我々は3剤併用にて難治な例にバリシチニブを使用した治療法について経験したため報告する。症例は60代男性。1ヶ月前よりの顔面、指先の紅斑、疼痛があり、近医皮膚科で皮膚筋炎の診断にて抗MDA-5抗体陽性と間質性肺炎を指摘され紹介となった。フェリチン824.9と高値で予後不良が予想され、プレドニゾロン、シクロフォスファミド、タクロリムスの3剤併用療法を行ったが、1ヶ月後に肺陰影は増悪した。入院day50よりバリシチニブを開始。シクロフォスファミドをリツキシマブに変更したところ、肺陰影は徐々に改善傾向となった。Day 87に退院し、以後外来診療に移行した。

## P-2-3

## COPD 患者における増悪と呼吸リアクタンス経年変化の関連

- 1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
- 2) 奈良県立医科大学 呼吸器内科

○張 怡<sup>1)</sup>, 田辺 直也<sup>1)</sup>, 白石 祐介<sup>1)</sup>, 前谷 知毅<sup>1)</sup>,  
佐藤 篤靖<sup>1)</sup>, 佐藤 晋<sup>1)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>, 室 繁郎<sup>2)</sup>

【背景】COPD 患者において気道や肺胞の構造変化を反映する呼吸リアクタンスは、将来の増悪発症と関連する。観察期間中の中等症以上の増悪発症と同時期の呼吸リアクタンスの経時変化の関連を検討した。【方法】2011年から2015年に京大病院を受診し、4年間に2回以上スパイロメトリとモストグラフを用いた呼吸リアクタンス評価を行った COPD 患者を対象とした。【結果】登録した COPD 114 例を4年間の増悪回数に基づき、2回以上増悪群 (n=41)、1回増悪群 (n=30)、無増悪群 (n=43) に分類した。呼吸リアクタンス指標である呼吸時の X5 の経年変化量は、2回以上増悪群の方が無増悪群に比べ大きかった (p=0.03)。多変量重回帰分析においても同様であり (p=0.03)、吸気 X5 でも結果は再現された。【結論】COPD 患者において増悪は呼吸リアクタンスの悪化と関連する。

## P-2-4

## 遠隔吸入指導システムを用いた吸入手技再評価への取り組み

- 1) 京都大学医学部附属病院 薬剤部
- 2) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
- 3) 京都大学大学院薬学研究科 統合薬学教育開発センター

○朝倉佳代子<sup>1)</sup>, 佐川 怜香<sup>1)</sup>, 原 宏恵<sup>1)</sup>,  
喜多 知子<sup>1,3)</sup>, 岡村みや子<sup>1)</sup>, 平 大樹<sup>1)</sup>, 田辺 直也<sup>2)</sup>,  
砂留 広伸<sup>2)</sup>, 宗 可奈子<sup>3)</sup>, 津田 真弘<sup>1,3)</sup>, 佐藤 篤靖<sup>2)</sup>,  
寺田 智祐<sup>1)</sup>

気管支喘息のコントロールにおいて正しい吸入手技の取得は重要だが、COVID-19 流行以降、対面でマスクを外した吸入指導が困難となった。そこで当院では遠隔吸入指導システムを導入したが、その有用性は明らかでない。そのため今回、吸入手技の再評価を行い、有用性の分析を行う。対象は、遠隔吸入指導を行った約200例の内、初回またはデバイス変更時に対面での実技指導ができず、8カ月以上同じデバイス処方患者、8例 (喘息7例と ACO1 例、45-81歳) とした。評価方法は、薬剤師が本システムの画面越しに患者の吸入操作を観察し、吸入チェック表を用いて採点した。再評価の結果、8例中6例で1項目以上の手技不良 (内3例で吸入流速不良) が確認されたが、何れも薬剤師による再指導により改善した。以上より、吸入指導における本システムの有用性が示唆された。今後、患者数を増やし、ACT や肺機能検査値を加えた分析を行う。

## P-2-5

## 特発性 PPFE と診断後経過中に関節リウマチを発症した一例

- 1) NHO 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
- 2) 同 放射線部, 3) 同 臨床検査部
- 4) 同 臨床研究センター

○香川 智子<sup>1)</sup>, 茂田 光弘<sup>1)</sup>, 新谷 亮多<sup>1)</sup>, 竹内奈緒子<sup>1)</sup>,  
澄川 裕充<sup>2)</sup>, 滝本 宜之<sup>1,4)</sup>, 清水 重喜<sup>3)</sup>, 橘 和延<sup>1)</sup>,  
新井 徹<sup>4)</sup>

症例は63歳女性。X-5年より乾性咳嗽を自覚しX年当院受診となった。喫煙歴なし、家族歴では母親が間質性肺炎のため死亡された。身長146 cm 体重46.7 kg, BMI 21.9。膠原病を示唆する身体所見を認めなかった。肺胞洗浄液はリンパ球が23.7%と上昇を認めた。呼吸機能検査では VC 1.97L (87.6%), FVC 2.04L (90.7%), %RV/TLC 134.9%であった。胸部 HRCT で両側上葉に Pleuroparenchymal opacity を認め、胸膜と接する結節状の陰影を認めた。初診から4か月後、診断目的に外科的肺生検を施行した。Multidisciplinary discussion の結果、特発性 PPFE と診断した。初診から約2年後多発関節痛が出現し、抗 CCP 抗体の陽転化を認め、他院で関節リウマチと診断された。PPFE 所見と膠原病肺について考察する。

## **寄附協賛**

公益財団法人京都健康管理研究会

## **共催企業**

アストラゼネカ株式会社  
帝人ヘルスケア株式会社  
旭化成ファーマ株式会社  
中外製薬株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社  
サノフィ株式会社  
武田薬品工業株式会社  
日本イーライリリー株式会社

## **機器・書籍展示 出展企業**

ニプロ株式会社  
インスメッド合同会社  
富士フイルムメディカル株式会社

フクダライフテック京滋株式会社  
フィッシャー&パイクヘルスケア株式会社  
株式会社 神陵文庫

## **広告掲載企業**

杏林製薬株式会社  
小野薬品工業株式会社  
ノバルティスファーマ株式会社  
和研薬株式会社

ファイザー株式会社  
MSD株式会社  
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社  
アストラゼネカ株式会社

2023年12月20日現在  
敬称略・順不同