

第 98 回日本呼吸器学会近畿地方会  
第128回日本結核・非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会

## プログラム・抄録集

会 期：令和3年12月11日（土）

会 場：Web開催

会 長 伊達 洋至

京都大学大学院医学研究科呼吸器外科 教授

## 参加者，発表者へのご案内

1. 本大会につきましては、「完全ウェブ形式」ライブ配信での開催となります。（※一部のセッションを除く）

参加者は，下記の参加登録のサイトにアクセスしていただき，事前登録をしていただく必要がございます。（クレジット決済のみ，プログラム終了時まで申し込み可能）

<https://sites5.net-convention.com/jrs98/>

### 参加登録に関する留意事項

#### 参加登録期間と参加費用

登録期間	参加費用
参加登録期間 2021.11.11（木）～2021.12.11（土）まで	<ul style="list-style-type: none"><li>• 医師・研修医 3,000円</li><li>• メディカルスタッフ 1,000円</li><li>• 学生（研修医を除く）無料</li></ul>

学生の方は，学生証等，在学を証明できるもののコピーかスキャンデータを新規参加登録後に運営事務局までお送りください。

#### 支払方法

クレジットカードのみ

#### 参加登録完了までの流れ

1. 「新規参加登録」より必要事項をご入力の上，登録します。
2. 会員登録後，登録完了画面にあります「参加費を支払う」ボタンまたは，会員登録完了メールに記載されているURLより参加費のお支払いをお願いします。
3. 大会開催期間中までにお支払いが確認できない場合は，大会期間中ログインできなくなりますのでご注意ください。

### 視聴に関する留意事項

#### 視聴に際しての注意事項

1. サイト内に掲載されている全てのコンテンツの無断撮影，閲覧端末のスクリーンショット機能等を用いた記録や保存，ダウンロード，他サイトへの転載等は，かたく禁止します。
2. 第三者へのユーザー ID・パスワードの譲渡・共有はご遠慮ください。1つの参加登録IDでご視聴頂けるのは1名のみです。必ずお一人ずつ事前参加登録をお済ませください。
3. ご視聴にあたっては，必ず上記推奨環境をご確認いただき，指定のブラウザをご利用ください。アクセスが集中すると，指定ブラウザをご利用の場合でも，動画再生にお時間がかかる場合がございます。あらかじめご了承ください。

#### 本サイトの視聴推奨環境

視聴に際し，以下の環境を推奨しています。これ以外の環境では，一部もしくはすべてのサービスがご利用できない場合があります。

ブラウザ	Edge Firefox Safari Chrome
JavaScript	必ず有効にしてご利用ください。
インターネット接続環境	動画再生には、2Mbps程度以上の回線速度が必要です。通信速度が不足している環境では、音声のみが再生され、動画の再生がスムーズに行われない場合があります。上記以上の回線契約であっても、混雑などのため回線が不安定になり、視聴がスムーズに行えない場合があります。その際は、回線が混み合っていないかなどをご確認ください。ご視聴いただく施設内のセキュリティ上の関係でストリーミング動画がご覧になれない場合がありますのでご注意ください。

2. プログラム・抄録集につきましては、PDFデータを視聴サイトに掲載しております。下記の視聴サイトにアクセスしていただき、閲覧・ダウンロード等をお願いします。（※視聴に際しては、事前登録が必要です。）

→ <https://sites5.net-convention.com/jrs98/>

3. 日本呼吸器学会近畿支部 総会につきましては、書面での開催となりますので、後日、会員の皆さまに、ご案内申し上げます。

4. 参加で取得できる単位は以下のとおりです。

なお、参加証明書は、参加登録サイト（視聴サイト）よりダウンロードする形で入手してください。

日本呼吸器学会専門医 出席は**5単位**、筆頭演者は**3単位**加算。

日本結核病学会 結核・抗酸菌症認定医/指導医、抗酸菌症エキスパート資格 出席は**5単位**、筆頭演者は**5単位**追加。

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 出席は**7単位**、筆頭演者は**7単位**加算

3学会合同呼吸器療法認定士 **20単位**。

## <発表者の方へ>

1. 発表時間

セッション	発表時間
教育講演（EL）	50分（質疑応答を含む）
ランチョンセミナー（LS）	60分（質疑応答を含む）
オーラルセッション（OS）	発表7分・質疑2分
ポスターセッション（AW）	（オンデマンド配信）

2. 発表演題に関する利益相反（COI）の開示について

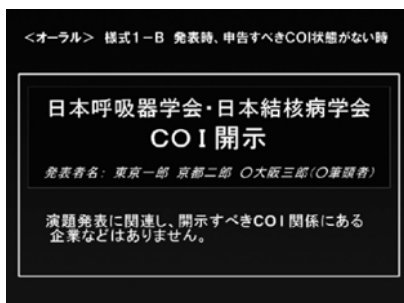
全ての発表・講演について、筆頭演者はCOI（利益相反）の開示が求められます。

オーラル発表：発表スライドの2枚目にて開示

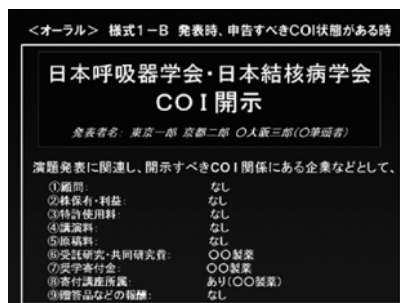
ポスター発表：発表スライドの2枚目にて開示

## スライド例

近畿地方会口頭発表時、  
申告すべきCOI状態がない時



近畿地方会口頭発表時、  
申告すべきCOI状態がある時



※詳細は利益相反ページをご覧ください。

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

URL： [http://www.jrs.or.jp/modules/about/index.php?content\\_id=31](http://www.jrs.or.jp/modules/about/index.php?content_id=31)

一般社団法人日本結核・非結核性抗酸菌症学会 倫理委員会「利益相反（COI）関連」

URL： [https://www.kekkaku.gr.jp/medical\\_staff/#rinri](https://www.kekkaku.gr.jp/medical_staff/#rinri)

## <口演発表者の方へ>

1. 全会場（視聴サイト）、Zoomを使用した発表です。ご自身のパソコンの画面を、視聴者の方と共有すると同時に、口頭で発表を行っていただきます。  
詳細につきましては、別途ご送付しております、「発表に際してのマニュアル」をご参照ください。
2. 本番時間の前に、「試写時間」を設定しております。（各セッション開始の30分前）個別にご送付しておりますURLにアクセスしていただきますようお願い申し上げます。  
※本番用と試写用のURLがございますので、ご注意ください。

## 【運営事務局】

第98回日本呼吸器学会近畿地方会

第128回日本結核・非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会

合同学会 運営事務局

(株式会社コンベンションリンクージ内)

TEL：06-6772-6389 FAX：06-6772-7600

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8丁目2-6

E-mail: [jrs-kinki@c-linkage.co.jp](mailto:jrs-kinki@c-linkage.co.jp)

# 学会進行予定表 (一般演題：オーラルセッション発表7分+質疑2分)

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00
第1会場 視聴サイト1	(9:10～9:15) 開会の辞	<b>OS1</b> (9:15～10:00) 一般演題 「間質性肺疾患1」 座長：西山 理 OS1-1～OS1-5	<b>OS2</b> (10:00～10:45) 一般演題 「間質性肺疾患2」 座長：酒井 直樹 OS2-1～OS2-5	<b>EL1</b> (11:00～11:50) 教育講演1 「新型コロナウイルス感染症の診療における疑問にせまる」 座長：伊達 洋至 演者：伊藤 功朗	<b>LS1</b> (12:10～13:10) ランチョンセミナー1 「ドライバー遺伝子変異陽性NSCLCの新たな治療戦略」 座長：三尾 直士 演者：谷崎 潤子 共催：日本イーライリリー株式会社
		<b>OS4</b> (9:15～10:00) 一般演題 「胸膜・縦隔疾患1」 座長：岡田あすか OS4-1～OS4-5	<b>OS5</b> (10:00～10:45) 一般演題 「胸膜・縦隔疾患2」 座長：高橋 憲一 OS5-1～OS5-5		<b>LS2</b> (12:10～13:10) ランチョンセミナー2 「非小細胞肺癌の診断とバイオマーカー～肺癌診療ガイドラインでの位置付け～」 「EGFR遺伝子変異陽性肺癌の最適な一次治療とは」 座長：西村 尚志 山田 忠明 演者：竹田 隆之 宿谷 威仁 共催：アストラゼネカ株式会社
第2会場 視聴サイト2		<b>OS10</b> (9:15～10:00) 一般演題 「間質性肺疾患・薬剤性肺障害」 座長：富岡 洋海 OS10-1～OS10-5	<b>OS11</b> (10:00～10:54) 一般演題 「間質性肺疾患・サルコイドーシス」 座長：羽白 高 OS11-1～OS11-6		<b>LS3</b> (12:10～13:10) ランチョンセミナー3 「Remove Sedentary, Move COPD 身体活動性向上のためアプローチ」 座長：佐藤 晋 演者：南方 良章 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
		<b>OS17</b> (9:15～10:00) 一般演題 「治療手技・検査手技」 座長：豊 洋次郎 OS17-1～OS17-5	<b>OS18</b> (10:00～10:45) 一般演題 「外科手術」 座長：毛受 暁史 OS18-1～OS18-5		<b>LS4</b> (12:10～13:10) ランチョンセミナー4 「ALK陽性肺癌の最適治療を考える～アレクシニブの位置づけ～」 座長：田久保康隆 演者：小笹 裕晃 共催：中外製薬株式会社
第3会場 視聴サイト3		<b>OS23</b> (9:15～10:00) 一般演題 「腫瘍1」 座長：大政 貢 OS23-1～OS23-5	<b>OS24</b> (10:00～10:45) 一般演題 「腫瘍2」 座長：糸谷 涼 OS24-1～OS24-5	<b>OS25</b> (10:45～11:30) 一般演題 「稀少疾患」 座長：青山 晃博 OS25-1～OS25-5	<b>LS5</b> (12:10～13:10) ランチョンセミナー5 「吸入療法新時代～LAMA導入の意義とテリルジーの可能性～」 座長：羽白 高 演者：小賀 徹 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社
		<b>AW</b>	医学生・研修医アワード (オンデマンド配信) 座長：伊達 洋至 AW-1～AW-10		
第4会場 視聴サイト4					
第5会場 視聴サイト5					
ポスター会場 オンデマンド配信					

13:00

14:00

15:00

16:00

17:00

18:00

	<b>EL2</b> (13:40 ~ 14:30) <b>教育講演 2</b> 「2022年公表予定慢性閉塞性肺疾患(COPD)ガイドライン第6版の改訂ポイント」 座長：平井 豊博 演者：室 繁郎	<b>EL3</b> (14:30 ~ 15:20) <b>教育講演 3</b> 「間質性肺炎と肺移植」 座長：立花 功 演者：半田 知宏	<b>EL4</b> (15:20 ~ 16:10) <b>教育講演 4</b> 「進行肺がんに対する最適な治療前検査から1次治療の選択まで」 座長：三尾 直士 演者：里内美弥子	<b>OS3</b> (16:15 ~ 17:00) <b>一般演題</b> 「気胸・腫瘍随伴症候群・働き方改革」 座長：相原 顕作 OS3-1~OS3-5	(17:10 ~ 17:25) 表彰式 / 閉会の辞
	<b>OS6</b> (13:40 ~ 14:25) <b>一般演題</b> 「結核1」 座長：佐藤 敦夫 OS6-1~OS6-5	<b>OS7</b> (14:25 ~ 15:10) <b>一般演題</b> 「結核2」 座長：多田 公英 OS7-1~OS7-5	<b>OS8</b> (15:10 ~ 16:04) <b>一般演題</b> 「非結核性抗酸菌症1」 座長：松本 智成 OS8-1~OS8-6	<b>OS9</b> (16:04 ~ 16:49) <b>一般演題</b> 「非結核性抗酸菌症2」 座長：露口 一成 OS9-1~OS9-5	
	<b>OS12</b> (13:40 ~ 14:25) <b>一般演題</b> 「呼吸器感染症1」 座長：重松三知夫 OS12-1~OS12-5	<b>OS13</b> (14:25 ~ 15:01) <b>一般演題</b> 「呼吸器感染症2」 座長：丸毛 聡 OS13-1~OS13-4	<b>OS14</b> (15:01 ~ 15:46) <b>一般演題</b> 「呼吸器感染症3」 座長：佐々木 信 OS14-1~OS14-5	<b>OS15</b> (15:46 ~ 16:22) <b>一般演題</b> 「気道疾患」 座長：土谷美知子 OS15-1~OS15-4	<b>OS16</b> (16:22 ~ 16:58) <b>一般演題</b> 「呼吸不全・呼吸管理」 座長：角 謙介 OS16-1~OS16-4
	<b>OS19</b> (13:40 ~ 14:34) <b>一般演題</b> 「アレルギー性肺疾患」 座長：松本 久子 OS19-1~OS19-6	<b>OS20</b> (14:34 ~ 15:19) <b>一般演題</b> 「COVID-19 1」 座長：藤田 幸男 OS20-1~OS20-5	<b>OS21</b> (15:19 ~ 16:04) <b>一般演題</b> 「COVID-19 2」 座長：立川 良 OS21-1~OS21-5	<b>OS22</b> (16:04 ~ 16:49) <b>一般演題</b> 「COVID-19 3」 座長：郷間 巖 OS22-1~OS22-5	
	<b>OS26</b> (13:40 ~ 14:25) <b>一般演題</b> 「腫瘍 3」 座長：木島 貴志 OS26-1~OS26-5	<b>OS27</b> (14:25 ~ 15:10) <b>一般演題</b> 「腫瘍 4」 座長：中川 達雄 OS27-1~OS27-5	<b>OS28</b> (15:10 ~ 15:55) <b>一般演題</b> 「腫瘍 5」 座長：石床 学 OS28-1~OS28-5	<b>OS29</b> (15:55 ~ 16:31) <b>一般演題</b> 「腫瘍 6」 座長：塩田 哲広 OS29-1~OS29-4	<b>OS30</b> (16:31 ~ 17:07) <b>一般演題</b> 「腫瘍 7」 座長：新谷 康 OS30-1~OS30-4
<b>AW</b>	<b>医学生・研修医アワード (オンデマンド配信)</b> 座長：伊達 洋至 AW-1~AW-10				

# 第 1 会 場

## 視聴サイト1

開会の辞 9:10~9:15

**OS1** 9:15~10:00

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患1

座長 西山 理

(近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科)

- OS1-1 急激に呼吸不全が進行した抗ARS抗体症候群の一例  
大津赤十字病院呼吸器内科  
○塚元 鈴音, 伏屋 芳紀, 安田 直晃, 佐藤 将嗣, 住永圭一郎, 嶋 一樹,  
八木 由夫, 高橋 珠紀, 西岡 慶善, 酒井 直樹
- OS1-2 COVID-19を契機に発見された抗ARS抗体症候群の1例  
大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科  
○羽藤 沙恵, 岡田あすか, 飯塚 正徳, 太田 和輝, 乾 佑輔, 古山 達大,  
上田 将秀, 茨木 敬博, 美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人
- OS1-3 演題取り下げ
- OS1-4 骨髄異形成症候群に合併した自己免疫性肺胞蛋白症(APAP)の一例  
1) NHO 近畿中央呼吸器センター 内科, 2) 同 臨床研究センター,  
3) 同 放射線科, 4) 同 病理科  
○島矢未奈子<sup>1)</sup>, 稲垣 雄士<sup>1)</sup>, 滝本 宜之<sup>1)</sup>, 新井 徹<sup>2)</sup>, 澄川 裕充<sup>3)</sup>,  
清水 重喜<sup>4)</sup>, 井上 義一<sup>2)</sup>
- OS1-5 慢性骨髄性白血病に合併した自己免疫性肺胞蛋白症の1例  
独立行政法人 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター  
○川上 真由, 新井 徹, 露口 一成, 竹内奈緒子, 滝本 宜之, 菅原 玲子,  
香川 智子, 新谷 亮太, 茂田 光弘, 龍華 美咲, 大崎 恵, 島矢未奈子,  
井上 義一

**OS2** 10:00~10:45

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患2

座長 酒井 直樹

(大津赤十字病院 呼吸器内科)

- OS2-1 食道・気道狭窄を認めたPPFEの1例  
1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科, 2) 京都第一赤十字病院 臨床腫瘍部,  
3) 京都第一赤十字病院 感染制御部  
○松本 祥生<sup>1)</sup>, 辻 泰佑<sup>1)</sup>, 陣野 一輝<sup>1)</sup>, 立花 佑介<sup>1)</sup>, 合田 志穂<sup>1)</sup>,  
笹田 碧沙<sup>1)</sup>, 大村亜矢香<sup>1)</sup>, 塩津 伸介<sup>1,2)</sup>, 弓場 達也<sup>1,3)</sup>, 内匠千恵子<sup>1,2)</sup>,  
平岡 範也<sup>1)</sup>

- OS2-2 関節リウマチに合併した間質性肺疾患に対してニンテダニブ内服中に左室内血栓症が発生した1例  
 1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科, 2) 京都第一赤十字病院 循環器内科,  
 3) 京都第一赤十字病院 臨床腫瘍部  
 ○陣野 一輝<sup>1)</sup>, 辻 泰佑<sup>1)</sup>, 木村 雅喜<sup>2)</sup>, 松本 祥生<sup>1)</sup>, 立花 佑介<sup>1)</sup>,  
 合田 志穂<sup>1)</sup>, 笹田 碧沙<sup>1)</sup>, 大村亜矢香<sup>1)</sup>, 塩津 伸介<sup>3)</sup>, 弓場 達也<sup>1)</sup>,  
 内匠千恵子<sup>3)</sup>, 平岡 範也<sup>1)</sup>
- OS2-3 経気管支肺生検(TBLB)によりリンパ脈管筋腫症(lymphangiomyomatosis:LAM)と診断した2症例  
 1) 京都大学 医学部 附属病院 呼吸器内科,  
 2) 京都大学 医学部 附属病院 放射線診断科,  
 3) 京都大学 医学部 附属病院 病理診断科  
 ○嶋村 亜紀<sup>1)</sup>, 松梨 敦史<sup>1)</sup>, 半田 知宏<sup>1)</sup>, 大森 千穂<sup>1)</sup>, 池添 浩平<sup>1)</sup>,  
 谷澤 公伸<sup>1)</sup>, 坂本 亮<sup>2)</sup>, 寺田 和弘<sup>3)</sup>, 吉澤 明彦<sup>3)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>
- OS2-4 切迫早産に対し塩酸リトドリン投与中に発症した好酸球性肺炎の1例  
 1) 大津赤十字病院 呼吸器内科, 2) 大津赤十字病院 産婦人科  
 ○安田 直晃<sup>1)</sup>, 高橋 珠紀<sup>1)</sup>, 佐藤 将嗣<sup>1)</sup>, 住永圭一郎<sup>1)</sup>, 嶋 一樹<sup>1)</sup>,  
 八木 由生<sup>1)</sup>, 伏屋 芳紀<sup>1)</sup>, 西岡 慶善<sup>1)</sup>, 恩地 孝尚<sup>2)</sup>, 金 共子<sup>2)</sup>,  
 酒井 直樹<sup>1)</sup>
- OS2-5 COVID-19との鑑別を要した漢方薬による薬剤性肺炎の2例  
 1) 神戸市立医療センター中央市民病院, 2) 神戸市立医療センター西市民病院  
 ○遠藤 慧<sup>1)</sup>, 富岡 洋海<sup>2)</sup>, 金子 正博<sup>2)</sup>, 藤井 宏<sup>2)</sup>, 富井 啓介<sup>1)</sup>

**EL1** 11:00~11:50

**教育講演1**

座長 伊達 洋至

(京都大学大学院医学研究科 呼吸器外科学)

『新型コロナウイルス感染症の診療における疑問にせまる』

演者: 伊藤 功朗

(京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

**LS1** 12:10~13:10

**ランチョンセミナー1**

座長 三尾 直士

(独立行政法人国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科 科長)

『ドライバー遺伝子変異陽性NSCLCの新たな治療戦略』

演者: 谷崎 潤子

(近畿大学医学部 内科学腫瘍内科部門 医学部講師)

共催: 日本イーライリリー株式会社



**EL2** 13:40～14:30

教育講演2

座長 平井 豊博

(京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

『2022年公表予定 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) ガイドライン第6版  
の改訂ポイント』

演者: 室 繁郎

(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

**EL3** 14:30～15:20

教育講演3

座長 立花 功

(日本生命済生会 日本生命病院 呼吸器・免疫内科)

『間質性肺炎と肺移植』

演者: 半田 知宏

(京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座)

**EL4** 15:20～16:10

教育講演4

座長 三尾 直士

(独立行政法人国立病院機構 京都医療センター 呼吸器内科)

『進行肺がんに対する最適な治療前検査から1次治療の選択まで』

演者: 里内美弥子

(兵庫県立がんセンター 呼吸器内科)

**OS3** 16:15～17:00

一般演題 オーラルセッション

気胸・腫瘍随伴症候群・働き方改革

座長 相原 顕作

(大阪府済生会野江病院 呼吸器内科)

OS3-1 thymoma-associated multiorgan autoimmunity の1例

1) 京都府立医科大学附属病院 医学部 呼吸器内科,

2) 京都府立医科大学附属病院 医学部 皮膚科

○渡邊 理愛<sup>1)</sup>, 尾ノ井恵佑<sup>1)</sup>, 河内 勇人<sup>1)</sup>, 金子 美子<sup>1)</sup>, 澤 杏樹<sup>2)</sup>,  
在田 貴裕<sup>2)</sup>, 徳田 深作<sup>1)</sup>, 山田 忠明<sup>1)</sup>, 加藤 則人<sup>2)</sup>, 高山 浩一<sup>1)</sup>

OS3-2 健診を機に発見された肺血管内膜肉腫の一例

1) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科, 2) 大阪府済生会中津病院 呼吸器外科

○宮里 和佳<sup>1)</sup>, 東 正徳<sup>1)</sup>, 北川 玲奈<sup>1)</sup>, 福島 有星<sup>1)</sup>, 藤木 貴宏<sup>1)</sup>,  
野田 彰大<sup>1)</sup>, 宮崎 慶宗<sup>1)</sup>, 佐藤 竜一<sup>1)</sup>, 春田 由貴<sup>1)</sup>, 佐渡 紀克<sup>1)</sup>,  
齋藤 隆一<sup>1)</sup>, 上田 哲也<sup>1)</sup>, 長谷川吉則<sup>1)</sup>, 安藤 悠子<sup>2)</sup>, 松本 学<sup>2)</sup>,  
田根 慎也<sup>2)</sup>, 内野 和哉<sup>2)</sup>

OS3-3 両側肺虚脱と縦隔気腫および気腹症を呈した食道癌術後の右自然気胸の1例

神戸市立西神戸医療センター 呼吸器外科

○足立 泰志, 中西 崇雄, 本山 秀樹, 大政 貢

OS3-4 肺野移動性空洞影を呈し気胸を繰り返した血管型エーラス・ダンロス症候群の1例  
北野病院 呼吸器内科

○船内 敦司, 塚本 信哉, 林 優介, 宇山 倫弘, 伊元 孝光, 濱川 瑤子,  
北島 尚昌, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

OS3-5 呼吸器内科医夫婦の男性育休時短勤務の経験

1) 大阪府済生会野江病院 呼吸器内科,  
2) 京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学講座

○山本 直輝<sup>1)</sup>, 船造 智子<sup>2)</sup>, 金子 顕子<sup>1)</sup>, 日下部悠介<sup>1)</sup>, 中山 絵美<sup>1)</sup>,  
田中 彩加<sup>1)</sup>, 松本 健<sup>1)</sup>, 相原 顕作<sup>1)</sup>, 山岡 新八<sup>1)</sup>, 三嶋 理晃<sup>1)</sup>

**表彰式/閉会の辞 17:10～17:25**

## 第 2 会 場

### 視聴サイト2

**OS4** 9:15~10:00

一般演題 オーラルセッション

胸膜・縦隔疾患1

座長 岡田あすか

(大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科)

- OS4-1 リンパ球優位の漏出性胸水を呈したIgG4関連疾患に伴う胸膜炎の一例  
1) 公立甲賀病院 呼吸器内科, 2) 公立甲賀病院 呼吸器外科  
○加藤 悠人<sup>1)</sup>, 徳岡 駿一<sup>1)</sup>, 大岡 彩<sup>1)</sup>, 福永健太郎<sup>1)</sup>, 片岡 瑛子<sup>2)</sup>,  
藤田 琢也<sup>2)</sup>
- OS4-2 IgG4関連疾患との鑑別を要した悪性中皮腫の一例  
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西市民病院  
○横田 真, 富岡 洋海, 勝山 栄治, 李 正道, 橋本 梨花, 網本 久敬,  
瀧口 純司, 金子 正博, 藤井 宏
- OS4-3 大量胸水貯留を認めた髄膜腫胸膜転移の1例  
大阪赤十字病院 呼吸器内科  
○伊藤 雅弘, 植松 慎矢, 高橋 祥太, 為定 裕貴, 水谷 萌, 青柳 貴之,  
石川 遼一, 高岩 卓也, 中川 和彦, 森田 恭平, 黄 文禧, 吉村 千恵,  
西坂 泰夫
- OS4-4 左胸骨傍第2肋間リンパ節のみに転移した左上皮型悪性胸膜中皮腫に対する胸膜外肺  
全摘術の1例  
ベルランド総合病院 呼吸器外科  
○岡部 和倫, 木村 拓也, 古河 奈央, 宮本 光, 原 幹太郎
- OS4-5 限局性悪性胸膜中皮腫の1切除例  
1) 天理よろづ相談所病院呼吸器外科, 2) 天理よろづ相談所病院病理診断科  
○宮本 英<sup>1)</sup>, 金森 直美<sup>2)</sup>, 住吉 真治<sup>2)</sup>, 村上 裕亮<sup>1)</sup>, 大角 潔<sup>1)</sup>,  
後藤 正司<sup>1)</sup>, 中川 達雄<sup>1)</sup>

**OS5** 10:00~10:45

一般演題 オーラルセッション

胸膜・縦隔疾患2

座長 高橋 憲一

(市立岸和田市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科)

- OS5-1 多発性内分泌腫瘍症1型治療として胸腺神経内分泌腫瘍を切除した1例  
関西電力病院 呼吸器外科  
○吉村 誉史, 館 秀和

- OS5-2 当院における子宮内膜症性気胸4例の検討  
 1) 市立伊丹病院 呼吸器内科, 2) 市立伊丹病院 呼吸器外科  
 ○山内桂二郎<sup>1)</sup>, 新井 将弘<sup>1)</sup>, 高 祥泰<sup>1)</sup>, 満屋 奨<sup>1)</sup>, 永田 憲司<sup>1)</sup>,  
 原 彩子<sup>1)</sup>, 原 聡志<sup>1)</sup>, 木下 善詞<sup>1)</sup>, 細井 慶太<sup>1)</sup>, 黒田 鮎美<sup>2)</sup>,  
 奥村 好邦<sup>2)</sup>
- OS5-3 クロピドグレル硫酸塩による薬剤誘発性ループスの一例  
 明石医療センター 呼吸器内科  
 ○塚本 玲, 高宮 麗, 岡村佳代子, 増田 佳純, 藤本 昌大, 池田 美穂,  
 畠山由記久, 大西 尚
- OS5-4 タルクによる胸膜癒着術後にFDG高集積の胸膜変化を認めた1例  
 兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器外科  
 ○武智 浩子, 磯和 賢秀, 深田 武久, 高萩 亮宏, 松岡 隆久, 阪井 宏彰
- OS5-5 胸椎浸潤を伴う後縦隔腫瘤像を呈し悪性腫瘍との鑑別を要した化膿性脊椎炎の1例  
 1) 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 姫路医療センター 病理診断科,  
 3) 姫路医療センター 呼吸器外科  
 ○平田 展也<sup>1)</sup>, 平岡 亮太<sup>1)</sup>, 竹野内政紀<sup>1)</sup>, 平野 克也<sup>1)</sup>, 久米佐知枝<sup>1)</sup>,  
 小南 亮太<sup>1)</sup>, 大西 康貴<sup>1)</sup>, 東野 幸子<sup>1)</sup>, 加藤 智浩<sup>1)</sup>, 鏡 亮吾<sup>1)</sup>,  
 勝田 倫子<sup>1)</sup>, 横井 陽子<sup>1)</sup>, 三宅 剛平<sup>1)</sup>, 水守 康之<sup>1)</sup>, 塚本 宏壮<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>, 上田 聡司<sup>3)</sup>

**LS2** 12:10~13:10  
**ランチョンセミナー2**

座長 西村 尚志  
 (京都桂病院 副院長/呼吸器センター・呼吸器内科 部長)  
 山田 忠明  
 (京都府立医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 准教授)

『非小細胞肺癌の診断とバイオマーカー  
 ～肺癌診療ガイドラインでの位置付け～』

演 者：竹田 隆之  
 (京都第二赤十字病院 呼吸器内科 部長)

『EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の最適な一次治療とは』

演 者：宿谷 威仁  
 (順天堂大学 医学部・大学院医学研究科 呼吸器内科学講座 准教授)  
 共催：アストラゼネカ株式会社

**OS6** 13:40～14:25

一般演題 オーラルセッション

結核1

座長 佐藤 敦夫

(独立行政法人国立病院機構 東京都病院 呼吸器内科)

OS6-1 粟粒結核に続発した脳結核腫に対して抗結核薬治療中に頭蓋内結節の増悪を認めた一例  
日本赤十字社 京都第二赤十字病院 呼吸器内科  
○國松 勇介, 中野 貴之, 片岡 伸貴, 堤 玲, 佐藤いずみ, 谷村 真依,  
谷村 恵子, 竹田 隆之

OS6-2 結核性皮下膿瘍・腹部大動脈瘤を併発した粟粒結核の1例  
大阪赤十字病院  
○高橋 祥太, 黄 文禧, 伊藤 雅弘, 為定 裕貴, 水谷 萌, 青柳 貴之,  
石川 遼一, 植松 慎矢, 高岩 卓也, 中川 和彦, 森田 恭平, 吉村 千恵,  
西坂 泰夫

OS6-3 血液培養が有用であった粟粒結核の1例  
関西電力病院 呼吸器内科  
○堀川 正悦, 稲田 祐也, 古川雄一郎, 水谷 亮, 田村佳菜子, 篠木 聖徳,  
伊東 友好

OS6-4 縦隔リンパ節腫大に対して超音波気管支鏡ガイド下針生検を施行し粟粒結核と診断した一例  
1) 兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科,  
2) 兵庫県立尼崎総合医療センター 血液内科  
○葭 七海<sup>1)</sup>, 松本 啓孝<sup>1)</sup>, 岡崎 航也<sup>1)</sup>, 齋藤恵美子<sup>1)</sup>, 平位 知之<sup>1)</sup>,  
遠藤 和夫<sup>1)</sup>, 万代 和宏<sup>2)</sup>, 河田 岳人<sup>2)</sup>, 渡邊 光正<sup>2)</sup>, 平林 正孝<sup>1)</sup>

OS6-5 痛性リンパ管症、サルコイドーシスと鑑別を要したリンパ節結核の一例  
1) 高槻病院 呼吸器内科, 2) 高槻病院 呼吸器外科  
○岡本真理子<sup>1)</sup>, 岩坪 重彰<sup>1)</sup>, 大内 愛子<sup>1)</sup>, 山岡 貴志<sup>1)</sup>, 岩本 夏彦<sup>1)</sup>,  
松村佳乃子<sup>1)</sup>, 中村 美保<sup>1)</sup>, 金 永学<sup>1)</sup>, 金 泰雄<sup>2)</sup>, 椎名 祥隆<sup>2)</sup>,  
船田 泰弘<sup>1)</sup>

**OS7** 14:25～15:10

一般演題 オーラルセッション

結核2

座長 多田 公英

(神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科)

OS7-1 肺癌の疑いで右上葉切除術施行したところ、肺腺癌と結核菌が同時に検出された一例  
1) 天津赤十字病院 呼吸器内科, 2) 天津赤十字病院 呼吸器外科  
○佐藤 将嗣<sup>1)</sup>, 安田 直晃<sup>1)</sup>, 住永圭一郎<sup>1)</sup>, 嶋 一樹<sup>1)</sup>, 八木 由生<sup>1)</sup>,  
伏屋 芳紀<sup>1)</sup>, 高橋 珠紀<sup>1)</sup>, 西岡 慶善<sup>2)</sup>, 相馬 逸人<sup>2)</sup>, 松本 瞭<sup>2)</sup>,  
庄司 剛<sup>2)</sup>, 片倉 浩理<sup>2)</sup>, 酒井 直樹<sup>1)</sup>

- OS7-2 両側胸水貯留から両側性結核性胸膜炎と診断した一例  
 社会医療法人 愛仁会 高槻病院  
 ○岩本 夏彦, 大内 愛子, 山崎菜々美, 山岡 貴志, 岡本真理子, 岩坪 重彰,  
 松村佳乃子, 中村 美保, 金 永学, 船田 泰弘
- OS7-3 痛性腹膜炎との鑑別を要した結核性腹膜炎の一例  
 独立行政法人 国立病院機構 奈良医療センター  
 ○富田 大, 中村 真弥, 小山 友里, 熊本 牧子, 田中小百合, 板東 千昌,  
 久下 隆, 芳野 詠子, 玉置 伸二
- OS7-4 内視鏡検査で診断され、事前に予見できなかった肺結核の症例  
 1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科,  
 2) 近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科, 3) 近畿大学医学部附属病院  
 ○澤口博千代<sup>1)</sup>, 花田宗一郎<sup>1)</sup>, 山崎 亮<sup>1)</sup>, 山縣 俊之<sup>1)</sup>, 村木 正人<sup>1)</sup>,  
 松本 久子<sup>2)</sup>, 東田 有智<sup>3)</sup>
- OS7-5 当院における肺結核治療中の死菌検出についての検討  
 独立行政法人 国立病院機構 和歌山病院  
 ○田中 将規, 南方 良章, 佐々木誠悟, 東 祐一郎, 川邊 和美, 小野 英也

## OS8 15:10～16:04

### 一般演題 オーラルセッション

#### 非結核性抗酸菌症 1

座長 松本 智成

(一般財団法人大阪府結核予防会 大阪複十字病院 内科)

- OS8-1 *Mycobacterium Shigaense* 肺感染症の1例  
 1) 京都市立病院, 2) 京都大学大学院 医学研究科 臨床病態検査学  
 ○笹倉 美咲<sup>1)</sup>, 太田 登博<sup>1)</sup>, 篠原 浩<sup>1,2)</sup>, 田中 駿也<sup>1)</sup>, 高田 直秀<sup>1)</sup>,  
 西川 圭美<sup>1)</sup>, 吉岡 秀敏<sup>1)</sup>, 五十嵐修太<sup>1)</sup>, 小林 祐介<sup>1)</sup>, 後藤 健一<sup>1)</sup>,  
 古田健二郎<sup>1)</sup>, 江村 正仁<sup>1)</sup>
- OS8-2 質量分析法で診断した *Mycobacterium shimoidei* 感染症の1例  
 関西電力病院 呼吸器内科  
 ○篠木 聖徳, 古川雄一郎, 水谷 亮, 田村佳菜子, 稲田 祐也, 伊東 友好
- OS8-3 非結核性抗酸菌症とアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の治療中に発症した自己免疫性溶血性貧血の1例  
 1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 血液内科  
 ○藤本 佑樹<sup>1)</sup>, 大塚浩二郎<sup>1)</sup>, 難波 晃平<sup>1)</sup>, 藤岡 美結<sup>1)</sup>, 平位 一廣<sup>1)</sup>,  
 橋田 恵佑<sup>1)</sup>, 田中 悠也<sup>1)</sup>, 稲尾 崇<sup>1)</sup>, 門田 和也<sup>1)</sup>, 伊藤 公一<sup>1)</sup>,  
 笠井 由隆<sup>1)</sup>, 梶屋 大輝<sup>1)</sup>, 常峰 絃子<sup>2)</sup>, 鈴木雄二郎<sup>1)</sup>

- OS8-4 長期間罹患の関節リウマチ患者でエタネルセプトの投与下に新たに肺非結核性抗酸菌症を発症した一例  
独立行政法人 国立病院機構 大阪刀根山医療センター  
○宮崎 暁人, 新居 卓朗, 木庭 太郎, 松木 隆典, 辻野 和之, 三木 啓資,  
木田 博
- OS8-5 肺非結核性抗酸菌症の経過中に ANCA 関連血管炎を発症した一例  
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科  
○山本 亮, 坂本 裕人, 田中 佑磨, 武田 淳志, 丸口 直人, 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
- OS8-6 肺移植前後の非結核性抗酸菌症の治療成績  
1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器外科, 2) 京都大学医学部附属病院 感染制御部  
○大角 明宏<sup>1)</sup>, 長尾 美紀<sup>2)</sup>, 栢分 秀直<sup>1)</sup>, 田中 里奈<sup>1)</sup>, 山田 義人<sup>1)</sup>,  
豊 洋次郎<sup>1)</sup>, 濱路 政嗣<sup>1)</sup>, 中島 大輔<sup>1)</sup>, 伊達 洋至<sup>1)</sup>

## OS9 16:04~16:49

### 一般演題 オーラルセッション

#### 非結核性抗酸菌症2

座長 露口 一成

(独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター)

- OS9-1 肺 Mycobacterium peregrinum 感染症に対して3剤併用の化学療法行った1例  
市立伊丹病院  
○新井 将弘
- OS9-2 気管支鏡検査後の医原性気胸に続発し、ノカルジアやカンサシとの関連が想起された胸膜炎の症例  
加古川中央市民病院  
○石田 貢一, 堀 朱矢, 松本 夏鈴, 山本 浩生, 山本 賢, 藤井 真央,  
多木 誠人, 徳永俊太郎, 西馬 照明
- OS9-3 内科的,外科的加療でコントロールできたCAM耐性のMAC症による胸膜炎,皮下膿瘍の一例  
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,  
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科,  
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 形成外科,  
4) 神戸市立医療センター中央市民病院 感染症科  
○嶋田 有里<sup>1)</sup>, 平林 亮介<sup>1)</sup>, 貴志 亮太<sup>1)</sup>, 田代 隼基<sup>1)</sup>, 岩林 正明<sup>1)</sup>,  
遠藤 慧<sup>1)</sup>, 世利 佳滉<sup>1)</sup>, 島 佑介<sup>1)</sup>, 白川 千種<sup>1)</sup>, 佐藤 悠城<sup>1)</sup>,  
永田 一真<sup>1)</sup>, 中川 淳<sup>1)</sup>, 立川 良<sup>1)</sup>, 甲 貴文<sup>2)</sup>, 川端 智也<sup>3)</sup>,  
黒田 浩一<sup>4)</sup>, 高橋 豊<sup>2)</sup>, 片岡 和哉<sup>3)</sup>, 富井 啓介<sup>1)</sup>

- OS9-4 非典型的な画像所見を呈し診断に難渋した肺 *Mycobacterium abscessus* 症の1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 病理診断センター  
○難波 晃平<sup>1)</sup>, 田中 悠也<sup>1)</sup>, 藤本 佑樹<sup>1)</sup>, 橋田 恵佑<sup>1)</sup>, 稲尾 崇<sup>1)</sup>,  
門田 和也<sup>1)</sup>, 大塚浩二郎<sup>1)</sup>, 鈴木雄二郎<sup>1)</sup>, 伊藤 公一<sup>1)</sup>, 笠井 由隆<sup>1)</sup>,  
梶屋 大輝<sup>1)</sup>, 田代 敬<sup>2)</sup>
- OS9-5 肺結核との鑑別に難渋した *Mycobacterium malmoeense* (*M. malmoeense*) による肺感染  
症の1例  
公立那賀病院 呼吸器内科  
○小暮美和子, 佐藤 孝一, 土橋友紀子, 金井 一修, 中西 宏公, 池田 剛司



## 第 3 会 場

### 視聴サイト3

**OS10** 9:15~10:00

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患・薬剤性肺障害

座長 富岡 洋海

(神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科)

- OS10-1 エルトロンボパグによる薬剤性肺障害の一例  
関西電力病院 呼吸器内科  
○古川雄一郎, 稲田 祐也, 水谷 亮, 田村佳菜子, 篠木 聖徳, 伊東 友好
- OS10-2 乳癌に対する dose-dense EC療法後にパクリタキセルを投与し、薬剤性肺障害を発症した1例  
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科  
○丸口 直人, 永富 旺, 坂本 裕人, 田中 佑磨, 武田 淳志, 山本 亮, 中村 哲史, 松村 和紀, 上山 維晋, 加持 雄介, 橋本 成修, 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫
- OS10-3 オラパリブによる薬剤性肺炎との鑑別を要したりウマチ関連器質化肺炎の1例  
公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科  
○坂本 裕人, 上山 維晋, 田中 佑磨, 武田 淳志, 丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史, 松村 和紀, 加持 雄介, 橋本 成修, 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫
- OS10-4 両肺びまん性小粒状影と肉芽腫性病変を呈した、オラパリブによる薬剤性肺障害の一例  
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,  
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 産婦人科,  
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科  
○世利 佳澁<sup>1)</sup>, 佐藤 悠城<sup>1)</sup>, 松林 彩<sup>2)</sup>, 西野 彰悟<sup>3)</sup>, 田代 隼基<sup>1)</sup>, 貴志 亮太<sup>1)</sup>, 白川 千種<sup>1)</sup>, 島 佑介<sup>1)</sup>, 嶋田 有里<sup>1)</sup>, 平林 亮介<sup>1)</sup>, 永田 一真<sup>1)</sup>, 中川 淳<sup>1)</sup>, 立川 良<sup>1)</sup>, 原 重雄<sup>3)</sup>, 富井 啓介<sup>1)</sup>
- OS10-5 両肺びまん性粒状影を呈し、類上皮細胞性肉芽腫と好酸球浸潤を認めたイマチニブによる薬剤性肺炎の1例  
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,  
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科  
○貴志 亮太<sup>1)</sup>, 立川 良<sup>1)</sup>, 嶋田 有里<sup>1)</sup>, 田代 隼基<sup>1)</sup>, 世利 佳澁<sup>1)</sup>, 遠藤 慧<sup>1)</sup>, 岩林 正明<sup>1)</sup>, 白川 千種<sup>1)</sup>, 島 佑介<sup>1)</sup>, 平林 亮介<sup>1)</sup>, 佐藤 悠城<sup>1)</sup>, 永田 一真<sup>1)</sup>, 中川 淳<sup>1)</sup>, 山下 大祐<sup>2)</sup>, 原 重雄<sup>2)</sup>, 富井 啓介<sup>1)</sup>

**OS11** 10:00~10:54

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患・サルコイドーシス

座長 羽白 高

(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

- OS11-1 病態悪化時の病歴聴取と気管支肺胞洗浄により、過敏性肺炎の可能性が示唆された線維化性間質性肺炎の1例  
NHO近畿中央呼吸器センター  
○茂田 光弘, 新井 徹, 井上 義一
- OS11-2 免疫性血小板減少症による肺胞出血が疑われた一例  
1) 独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,  
2) 独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 血液内科  
○久米佐知枝<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>, 平野 克也<sup>1)</sup>,  
小南 亮太<sup>1)</sup>, 大西 康貴<sup>1)</sup>, 加藤 智浩<sup>1)</sup>, 東野 幸子<sup>1)</sup>, 鏡 亮吾<sup>1)</sup>,  
勝田 倫子<sup>1)</sup>, 三宅 剛平<sup>1)</sup>, 横井 陽子<sup>1)</sup>, 塚本 宏壮<sup>1)</sup>, 水守 康之<sup>1)</sup>,  
佐々木 信<sup>1)</sup>, 河村 哲治<sup>1)</sup>, 中原 保治<sup>1)</sup>, 日下 輝俊<sup>2)</sup>
- OS11-3 大柴胡湯による薬剤性肺炎が既往にあり、COVID-19の流行下で防風通聖散による薬剤性肺炎を発症した一例  
神戸市立医療センター 中央市民病院 呼吸器内科  
○白川 千種, 立川 良, 貴志 亮太, 田代 準基, 世利 佳滉, 島 佑介,  
嶋田 有里, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真, 中川 淳, 富井 啓介
- OS11-4 多発肺内リンパ節腫大で発症しVATSで診断に至ったサルコイドーシスの1例  
高槻赤十字病院 呼吸器科  
○村山 恒峻, 山本 晴香, 野溝 岳, 深田 寛子, 中村 保清, 北 英夫
- OS11-5 清肺湯による薬剤性肺炎を鑑別に要した肺サルコイドーシスの一例  
1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科, 2) 吉野病院 内科  
○鈴木健太郎<sup>1)</sup>, 甲斐 吉郎<sup>1)</sup>, 堀本 和秀<sup>2)</sup>, 岩井 一哲<sup>2)</sup>, 松田 昌之<sup>1)</sup>,  
村上 伸介<sup>2)</sup>, 福岡 篤彦<sup>2)</sup>
- OS11-6 TNF- $\alpha$ 阻害剤(エタネルセプト)投与中に発症した肺・皮膚サルコイドーシスの一例  
奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座  
○伊藤 栞, 長 敬翁, 山本 佳史, 井上 泰孝, 奥田 陽亮, 藤原 隆徳,  
濱田恵理子, 佐藤 一郎, 高橋 輝一, 岩佐 佑美, 有山 豊, 新田 祐子,  
藤岡 伸啓, 春成加奈子, 坂口 和宏, 太田 浩世, 藤田 幸男, 山内 基雄,  
吉川 雅則, 室 繁郎

**LS3** 12:10～13:10

ランチョンセミナー3

座長 佐藤 晋

(京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座 特定准教授)

『Remove Sedentary, Move COPD  
身体活動性向上のためアプローチ』

演者：南方 良章

(国立病院機構和歌山病院 院長)

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

**OS12** 13:40～14:25

一般演題 オーラルセッション

呼吸器感染症1

座長 重松三知夫

(一般財団法人 住友病院 呼吸器科)

OS12-1 びまん性汎細気管支炎加療中に発熱を契機にMPO-ANCA陽性顕微鏡的多発血管炎が発症した一例

1) 京都大学 医学部 附属病院 呼吸器内科,

2) 京都大学 医学部 附属病院 腎臓内科,

3) 京都大学 医学部 附属病院 膠原病内科

○嶋村 亜紀<sup>1)</sup>, 伊藤 功朗<sup>1)</sup>, 曾根 尚之<sup>1)</sup>, 森田 圭介<sup>2)</sup>, 石郷岡 望<sup>3)</sup>,  
平井 豊博<sup>1)</sup>

OS12-2 Burkholderia cepaciaによって生じた市中肺炎

大津赤十字病院

○住永圭一郎, 安田 直晃, 佐藤 将嗣, 嶋 一樹, 八木 由生, 伏屋 芳紀,  
高橋 珠紀, 西岡 慶善, 酒井 直樹

OS12-3 毛染めを契機に敗血症性肺塞栓症、MRSA感染性心内膜炎を発症した1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院

○為定 裕貴, 北島 尚昌, 北野真理子, 塚本 信哉, 船内 敦司, 宇山 倫弘,  
林 優介, 伊元 孝光, 濱川 瑤子, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

OS12-4 抗真菌薬とHMG-CoA阻害薬の併用により薬剤性横紋筋融解症を発症したと考えられた2例

1) NHO近畿中央呼吸器センター 内科, 2) NHO近畿中央呼吸器センター 麻酔科,

3) NHO近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター, 4) 耳原総合病院

○山口 諒也<sup>1,4)</sup>, 小林 岳彦<sup>1)</sup>, 新谷紗代子<sup>1)</sup>, 香川 智子<sup>1)</sup>, 井上 康<sup>2)</sup>,  
倉原 優<sup>1)</sup>, 滝本 宜之<sup>1)</sup>, 露口 一成<sup>1,3)</sup>, 井上 義一<sup>3)</sup>

OS12-5 多発性筋炎の治療中に発症した肺ムーコル症の1例

北野病院 呼吸器外科

○小林 萌, 長 博之, 熊谷 陽介, 平山安見子, 住友 亮太, 黄 政龍

**OS13** 14:25～15:01

一般演題 オーラルセッション

呼吸器感染症2

座長 丸毛 聡

(公益財団法人田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器センター内科部門)

- OS13-1 両肺野にびまん性粒状影を呈したマイコプラズマ肺炎の2症例  
関西電力病院  
○水谷 亮, 伊東 友好, 稲田 祐也, 篠木 聖徳, 田村佳菜子, 古川雄一郎
- OS13-2 NO吸入療法, エンドトキシン吸着療法を含む集学的治療を行い救命し得た重症レジオネラ肺炎の1例  
1) 滋賀医科大学医学部附属病院 内科学講座 呼吸器内科,  
2) 滋賀医科大学医学部附属病院 感染制御部, 3) 滋賀医科大学 保健管理センター  
○入山 朋子<sup>1)</sup>, 山口 将史<sup>1)</sup>, 奥田 祥伍<sup>1)</sup>, 植木 康光<sup>1)</sup>, 中西 司<sup>1)</sup>,  
黒田 凌<sup>1)</sup>, 成宮 慶子<sup>1)</sup>, 角田 陽子<sup>1)</sup>, 山崎 晶夫<sup>1)</sup>, 河島 暁<sup>1)</sup>,  
松尾裕美子<sup>3)</sup>, 内田 泰樹<sup>1)</sup>, 仲川 宏昭<sup>1)</sup>, 黄瀬 大輔<sup>1)</sup>, 大澤 真<sup>2)</sup>,  
小川恵美子<sup>3)</sup>, 中野 恭幸<sup>1)</sup>
- OS13-3 LAMP法遺伝子検査によってレジオネラ肺炎の診断に至った一例  
大阪警察病院  
○仲谷 勇輝, 町山 裕知, 水谷 哲
- OS13-4 トレーラー運転手に発症したレジオネラ肺炎の一例  
神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科  
○橋本 梨花, 富岡 洋海, 藤井 宏, 金子 正博, 古田健二郎, 吉積 悠子,  
網本 久敬, 和田 学政, 李 正道, 岩林 正明

**OS14** 15:01～15:46

一般演題 オーラルセッション

呼吸器感染症3

座長 佐々木 信

(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)

- OS14-1 間質性肺炎のフォローアップ中に発症したScedosporium apiospermumによる肺感染症の1手術例  
神戸市立西神戸医療センター  
○益田 隆広, 多田 公英, 櫻井 稔泰, 上領 博, 木田 陽子, 額 力也,  
三輪菜々子, 濱崎 直子, 松岡 佑, 松尾健二郎, 徳重 康介
- OS14-2 Scopulariopsis sppによるMucoid impaction of the bronchiの1例  
国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科  
○竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 久米佐知枝, 平野 克也, 小南 亮太,  
大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩, 鏡 亮吾, 勝田 倫子, 中原 保治,  
三宅 剛平, 塚本 宏壮, 水守 康之, 佐々木 信, 河村 哲治

- OS143 アスペルギルス膿胸に対してアムホテリシンBの胸腔内注入が有効であった症例  
 1) 一般財団法人 住友病院 呼吸器内科, 2) 一般財団法人 住友病院 呼吸器外科  
 ○駒沢 志織<sup>1)</sup>, 工藤 慶子<sup>1)</sup>, 久野 真人<sup>2)</sup>, 頼住 昇<sup>1)</sup>, 中田 侑吾<sup>1)</sup>,  
 桂 悟史<sup>1)</sup>, 酒井 勇輝<sup>1)</sup>, 南 和宏<sup>1)</sup>, 奥村 太郎<sup>1)</sup>, 橋本章太郎<sup>2)</sup>,  
 重松三知夫<sup>1)</sup>, 森本 真人<sup>2)</sup>
- OS144 膿胸に対する胸腔洗浄中に空気塞栓を起こしCPAとなった一例  
 神戸市立医療センター中央市民病院  
 ○島 佑介, 永田 一真, 貴志 亮太, 田代 隼基, 岩林 正明, 世利 佳滉,  
 遠藤 慧, 白川 千種, 嶋田 有里, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 中川 淳淳,  
 立川 良, 富井 啓介
- OS145 肺血栓塞栓症に緑膿菌感染が合併し肺巨大空洞を形成した一例  
 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,  
 2) 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科  
 ○島 佑介<sup>1)</sup>, 嶋田有里有里<sup>1)</sup>, 益田 隆広<sup>2)</sup>, 佐藤 悠城<sup>1)</sup>, 貴志 亮太<sup>1)</sup>,  
 田代 隼基<sup>1)</sup>, 岩林 正明<sup>1)</sup>, 世利 佳滉<sup>1)</sup>, 遠藤 慧<sup>1)</sup>, 白川 千種<sup>1)</sup>,  
 平林 亮介<sup>1)</sup>, 永田 一真<sup>1)</sup>, 中川 淳<sup>1)</sup>, 立川 良<sup>1)</sup>, 多田 公英<sup>2)</sup>,  
 富井 啓介<sup>1)</sup>

**OS15** 15:46~16:22  
**一般演題 オーラルセッション**  
**気道疾患**

座長 土谷美知子  
 (洛和会音羽病院 呼吸器科)

- OS15-1 BCG膀胱内注射療法による好酸球性細気管支炎が疑われた1例  
 神戸市立西神戸医療センター  
 ○松尾健二郎, 上領 博, 徳重 康介, 松岡 佑, 益田 隆広, 濱崎 直子,  
 三輪菜々子, 木田 陽子, 額額 力也, 桜井 稔泰, 多田 公英
- OS15-2 PET-CTが診断に有用であった再発性多発軟骨炎の1例  
 近畿大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科  
 ○白波瀬 賢, 佐野安希子, 國田 裕貴, 吉川 和也, 御勢 久也, 西川 裕作,  
 大森 隆, 西山 理, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 原口 龍太, 松本 久子
- OS15-3 ニボルマブ投与後に発症した再発性多発軟骨炎の一例  
 1) 京都大学医学部附属病院 総合臨床教育・研修センター,  
 2) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科,  
 3) 京都大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科  
 ○國宗 直紘<sup>1)</sup>, 大木元達也<sup>2)</sup>, 吉田 博徳<sup>2)</sup>, 水田 匡信<sup>3)</sup>, 吉田 寛<sup>2)</sup>,  
 橋本健太郎<sup>2)</sup>, 糸谷 涼<sup>2)</sup>, 坂森 優一<sup>2)</sup>, 小笹 裕晃<sup>2)</sup>, 平井 豊博<sup>2)</sup>

- OS15-4 練炭煙吸入後にびまん性細気管支炎を発症し、小葉中心性病変と混合性換気障害が残存した一例  
神戸市立医療センター中央市民病院  
○田代 隼基, 立川 良, 貴志 亮太, 岩林 正明, 遠藤 慧, 世利 佳晃,  
白川 千種, 嶋田 有里, 島 佑介, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,  
中川 淳, 富井 啓介

**OS16** 16:22~16:58

**一般演題 オーラルセッション**

**呼吸不全・呼吸管理**

座長 角 謙介

(独立行政法人国立病院機構 南京都病院 内科)

- OS16-1 高度縦隔気腫を伴う重症COVID-19に対してVV-ECMO(体外式膜型人工肺)を導入した2症例  
1) 堺市立総合医療センター 診療局, 2) 堺市立総合医療センター 呼吸器内科  
○白石 綾<sup>1)</sup>, 久瀬 雄介<sup>2)</sup>, 西田 幸司<sup>2)</sup>, 中野 仁夫<sup>2)</sup>, 榊田 元<sup>2)</sup>,  
草間 加与<sup>2)</sup>, 西尾 智尋<sup>2)</sup>, 岡本 紀雄<sup>2)</sup>, 郷間 巖<sup>2)</sup>
- OS16-2 急速に呼吸不全が進行し、致死的経過を辿った急性線維素性器質化肺炎 (AFOP) の1例  
1) 社会医療法人 生長会 ベルランド総合病院 臨床研修室,  
2) 社会医療法人 生長会 ベルランド総合病院 呼吸器センター 呼吸器内科  
○秋岡 正史<sup>1)</sup>, 佐渡 康介<sup>2)</sup>, 江口 陽介<sup>2)</sup>, 引石 惇仁<sup>2)</sup>, 杉本 亮<sup>2)</sup>,  
服部 剛士<sup>2)</sup>, 曾根 莉彩<sup>2)</sup>, 高野 愛<sup>2)</sup>
- OS16-3 心肺停止蘇生後、集学的治療にて減量し軽快した肥満低換気症候群 (OHS) の1例  
1) 医療法人藤井会石切生喜病院 呼吸器センター 呼吸器内科,  
2) 医療法人藤井会石切生喜病院 呼吸器センター 呼吸器腫瘍内科  
○谷 恵利子<sup>1)</sup>, 松浦 弘幸<sup>1)</sup>, 大島 友里<sup>1)</sup>, 櫻井 佑輔<sup>1)</sup>, 平位 佳歩<sup>1)</sup>,  
吉本 直樹<sup>1)</sup>, 平島 智徳<sup>2)</sup>, 南 謙一<sup>1)</sup>
- OS16-4 持続陽圧呼吸により心室性不整脈の増悪を来した特発性拡張型心筋症の一例  
1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座,  
2) 京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座,  
3) 京都大学大学院医学研究科 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>, 長崎 忠雄<sup>2)</sup>, 半田 知宏<sup>1)</sup>,  
平井 豊博<sup>3)</sup>, 佐藤 晋<sup>2)</sup>

## 第 4 会 場

### 視聴サイト4

**OS17** 9:15~10:00

一般演題 オーラルセッション

治療手技・検査手技

座長 豊 洋次郎

(京都大学医学部附属病院 呼吸器外科)

- OS17-1 EBUS-TBNAによる正確な病期診断によって根治切除可能になったサルコイドーシス合併肺癌の1例  
済生会野江病院 呼吸器外科  
○大迫 隆敏, 福田 章浩, 多久和輝尚
- OS17-2 気胸に伴う重篤な皮下気腫に対してVAC (Vacuum Assisted Closure) 療法が奏功した1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,  
3) 洛和会音羽病院 呼吸器外科, 4) 洛和会音羽病院 形成外科  
○山羽 智大<sup>1)</sup>, 田宮 暢代<sup>1)</sup>, 土谷美智子<sup>1)</sup>, 長坂 行雄<sup>2)</sup>, 畑 妙<sup>1)</sup>,  
田中 友樹<sup>1)</sup>, 榎本 昌光<sup>1)</sup>, 村井 淳二<sup>1)</sup>, 川瀬 広倫<sup>1)</sup>, 一瀬増太郎<sup>3)</sup>,  
堀本かんな<sup>3)</sup>, 井上 唯史<sup>4)</sup>
- OS17-3 癌性胸水に対する胸膜癒着術は不完全拡張肺に対しても有効であるか  
市立伊丹病院 呼吸器内科  
○高 祥泰, 原 彩子, 原 聡志, 新井 将弘, 山内桂二郎, 満屋 奨,  
永田 憲司, 木下 善詞, 細井 慶太
- OS17-4 肺結核後の気管支狭窄に対してバルーン拡張を行い開存を得た一例  
兵庫医科大学病院呼吸器外科  
○中道 徹, 中村 晃史, 渡辺 梨砂, 橋本 昌樹, 松本 成司, 近藤 展行,  
長谷川誠紀
- OS17-5 腎癌の縦隔、肺門リンパ節転移診断にAcquire超音波内視鏡下穿刺針によるEBUS-TBNAが有用であった3重癌の1例  
1) 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 呼吸器内科,  
2) 医療法人 ほそや医院 呼吸器内科,  
3) 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 アレルギー科,  
4) 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 病理診断科  
○南 大輔<sup>1)</sup>, 長野 昭近<sup>1)</sup>, 亀井 裕子<sup>1)</sup>, 中島 康博<sup>1,3)</sup>, 藤井 将義<sup>4)</sup>,  
宮原 信明<sup>1)</sup>, 瀧川奈義夫<sup>1)</sup>, 田端 雅弘<sup>1)</sup>, 金廣 有彦<sup>1,3)</sup>

**OS18** 10:00~10:45

一般演題 オーラルセッション  
外科手術

座長 毛受 暁史

(京都大学医学部附属病院 呼吸器外科)

- OS18-1 特発性間質性肺炎に合併した難治性気胸に対しECMO併用全身麻酔下肺嚢胞切除術を施行した1例  
1) 京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器外科,  
2) 京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科  
○岡田春太郎<sup>1)</sup>, 祖開 暁彦<sup>2)</sup>, 山藤 緑<sup>2)</sup>, 太田紗千子<sup>1)</sup>, 高橋 守<sup>1)</sup>,  
西村 尚志<sup>2)</sup>, 青山 晃博<sup>1)</sup>
- OS18-2 Nivolumab投与後にsalvage手術を施行した左上葉肺腺癌の1例  
1) 大阪赤十字病院 呼吸器外科, 2) 大阪赤十字病院 呼吸器内科  
○坂口 泰人<sup>1)</sup>, 洪 雄貴<sup>1)</sup>, 山崎 順久<sup>1)</sup>, 田中 宏和<sup>1)</sup>, 植松 慎矢<sup>2)</sup>,  
豊蔵恵里佳<sup>2)</sup>, 西坂 泰夫<sup>2)</sup>, 園部 誠<sup>1)</sup>
- OS18-3 肺葉内肺分画症に対して胸腔鏡下右肺底区切除術を施行した1例  
独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器外科  
○荊尾 木綿, 印藤 貴士, 上田 聡司, 山田 徹, 今西 直子, 長井信二郎,  
植田 充宏, 宮本 好博
- OS18-4 交通外傷による右大量血胸の出血源検索手術時に発見した右側心膜断裂と右心耳破裂の1救命例  
1) 日本赤十字社和歌山医療センター 呼吸器外科,  
2) 日本赤十字社和歌山医療センター 心臓血管外科  
○宮田 亮<sup>1)</sup>, 島津 夢太<sup>1)</sup>, 福井 哲矢<sup>1)</sup>, 石川 浩之<sup>1)</sup>, 糸永 竜也<sup>2)</sup>,  
阪口 仁寿<sup>2)</sup>, 石川 将史<sup>1)</sup>
- OS18-5 当科で診断加療(VATS等)で外科に紹介した症例の検討  
1) 橋本市民病院 呼吸器内科, 2) 橋本市民病院 総合内科,  
3) 橋本市民病院 消化器内科, 4) 橋本市民病院 臨床研修センター,  
5) 橋本市民病院 循環器内科, 6) 近畿大学病院  
○藤田 悦生<sup>1)</sup>, 有吉 平<sup>2)</sup>, 石亀 慎也<sup>2)</sup>, 千田 修平<sup>2)</sup>, 有吉 彰子<sup>2)</sup>,  
渡邊 航大<sup>2)</sup>, 堀谷 亮介<sup>2)</sup>, 和田 梓<sup>3)</sup>, 桑島 史明<sup>3)</sup>, 吉田 悟<sup>3)</sup>,  
坂口 勇太<sup>4)</sup>, 大石 齊<sup>4)</sup>, 織田嶋崇嗣<sup>4)</sup>, 泉 有紀<sup>4)</sup>, 疋田 稜<sup>5)</sup>,  
星屋 博信<sup>5)</sup>, 河原 正明<sup>1)</sup>, 東田 有智<sup>6)</sup>, 駿田 直俊<sup>1)</sup>



**LS4** 12:10～13:10

ランチョンセミナー4

座長 田久保康隆  
(市立長浜病院 呼吸器外科 責任部長)

『ALK陽性肺癌の最適治療を考える  
～アレクチニブの位置づけ～』

演者：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)

共催：中外製薬株式会社

**OS19** 13:40～14:34

一般演題 オーラルセッション  
アレルギー性肺疾患

座長 松本 久子  
(近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科)

OS19-1 デュピルマブが奏効したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の1例

- 1) 日本赤十字社 京都第二赤十字病院 初期研修医,  
2) 日本赤十字社 京都第二赤十字病院 呼吸器内科  
○広実 佐保<sup>1)</sup>, 片岡 伸貴<sup>2)</sup>, 堤 玲<sup>2)</sup>, 國松 勇介<sup>2)</sup>, 佐藤いずみ<sup>2)</sup>,  
谷村 真依<sup>2)</sup>, 中野 貴之<sup>2)</sup>, 谷村 恵子<sup>2)</sup>, 竹田 隆之<sup>2)</sup>

OS19-2 シロリムス長期投与中のリンパ脈管筋腫症に合併したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例

- 1) 京都大学医学部附属病院呼吸器内科, 2) 京都大学医学部附属病院泌尿器科,  
3) 京都大学医学部附属病院産婦人科, 4) 京都大学医学部附属病院放射線診断科,  
5) 京都大学医学部附属病院病理診断科  
○谷澤 公伸<sup>1)</sup>, 松梨 敦史<sup>1)</sup>, 服部 友哉<sup>1)</sup>, 半田 知宏<sup>1)</sup>, 池添 浩平<sup>1)</sup>,  
佐野 剛視<sup>2)</sup>, 最上 晴太<sup>3)</sup>, 坂本 亮<sup>4)</sup>, 吉澤 明彦<sup>5)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

OS19-3 過敏性肺炎加療後長期間の観察中,器質的变化部位に生じたアレルギー性気管支肺真菌症の一例

- 1) 市立岸和田市民病院 呼吸器内科, 2) 市立岸和田市民病院 呼吸器外科  
○上榎 潔<sup>1)</sup>, 平山 寛<sup>1)</sup>, 安田 有斗<sup>1)</sup>, 岩嶋 大介<sup>1)</sup>, 高橋 憲一<sup>1)</sup>,  
今村 直人<sup>2)</sup>, 松本 和也<sup>2)</sup>

OS19-4 気管支動脈塞栓術の造影剤が原因と考えられた肺胞出血の1例  
和泉市立総合医療センター

- 上野健太郎, 小林 真晃, 上田 隆博, 上西 力, 中辻 優子, 石井真梨子,  
田中 秀典, 松下 晴彦

OS19-5 アレルギー性気管支肺アスペルギルス症の経過中に、スエヒロタケによる再燃を来した1例

加古川中央市民病院 呼吸器内科

- 山本 浩生, 松本 夏鈴, 山本 賢, 石田 貢一, 藤井 真央, 多木 誠人,  
徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明

- OS19-6 末梢血好酸球数が漸増した器質化肺炎の2例  
独立行政法人 労働者健康安全機構 神戸労災病院  
○石黒 豊, 石井 達也, 村田 祐一, 中川 真吾, 廣田 功平, 吉岡 隆之,  
仲田 庄志, 井上 信孝

**OS20** 14:34~15:19

一般演題 オーラルセッション

COVID-19 1

座長 藤田 幸男

(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

- OS20-1 COVID-19肺炎後の器質化肺炎に対するステロイド加療中に急性増悪を起こした1例  
浅香山病院 呼吸器内科  
○石山 福道, 丸山 直美, 小島 和也, 太田 勝康
- OS20-2 COVID-19関連間質性肺炎に合併した続発性気胸の1例  
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科,  
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科  
○甲 貴文<sup>1)</sup>, 高山 昌和<sup>1)</sup>, 鉄本 啓介<sup>1)</sup>, 齊藤 正男<sup>1)</sup>, 浜川 博司<sup>1)</sup>,  
清水 祐里<sup>2)</sup>, 原 重雄<sup>2)</sup>, 高橋 豊<sup>1)</sup>
- OS20-3 COVID-19加療後の続発性器質化肺炎に対する副腎皮質ステロイド投与が有効であった1例  
兵庫県立淡路医療センター 呼吸器内科  
○佐伯 翼, 桐生 辰徳, 松岡 史憲, 堂國 良太, 奥野 恵子, 小谷 義一
- OS20-4 COVID-19肺炎に合併した肝障害の検討  
NHO姫路医療センター  
○三宅 剛平, 平岡 亮太, 平田 展也, 竹之内政樹, 平野 克也, 久米佐知枝,  
小南 亮太, 大西 康貴, 加藤 智浩, 鏡 亮吾, 勝田 倫子, 横井 陽子,  
東野 幸子, 水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信, 河村 哲治
- OS20-5 ネーザルハイフロー療法を要した新型コロナウイルス感染妊婦の一例  
加古川中央市民病院 呼吸器内科  
○多木 誠人, 松本 夏鈴, 山本 浩生, 石田 貢一, 山本 賢, 藤井 真央,  
徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明

**OS21** 15:19~16:04

一般演題 オーラルセッション

COVID-19 2

座長 立川 良

(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科)

- OS21-1 COVID-19中等症にレムデシビル, ステロイド, バリシチニブ併用での治療経験  
地方独立行政法人 公立甲賀病院 内科  
○福永健太郎, 大張 靖幸, 徳岡 駿一, 加藤 悠人, 村田幸一郎, 中浦 玄也,  
高木 彩乃, 佐々木裕二, 大村 寧, 渋谷 和之

- OS21-2 COVID-19に対するステロイドパルス療法とトシリズマブまたはバリシチニブの併用療法の後方視的検討  
1) 大阪府済生会千里病院 初期臨床研修センター,  
2) 大阪府済生会千里病院 呼吸器内科, 3) 大阪府済生会千里病院 免疫内科  
○上田美智子<sup>1)</sup>, 多河 広史<sup>2)</sup>, 古川 貢<sup>2)</sup>, 山根 宏之<sup>2)</sup>, 松浦 良信<sup>3)</sup>
- OS21-3 重症COVID-19に合併する細菌感染の検討  
1) 堺市立総合医療センター 呼吸器内科, 2) 堺市立総合医療センター 感染症内科,  
3) 堺市立総合医療センター 腫瘍内科  
○西田 幸司<sup>1)</sup>, 小川 吉彦<sup>2)</sup>, 久瀬 雄介<sup>1)</sup>, 中野 仁夫<sup>1)</sup>, 榊田 元<sup>1)</sup>,  
草間 加与<sup>1)</sup>, 西尾 智尋<sup>1)</sup>, 岡本 紀雄<sup>3)</sup>, 郷間 巖<sup>1)</sup>
- OS21-4 COVID-19肺炎後に再増悪を来した4例の臨床的検討  
大阪市立総合医療センター 呼吸器内科  
○藤井 裕子, 山口 実賀, 堤 将也, 山入 和志, 三木 雄三, 眞本 卓司,  
柳生 恭子, 少路 誠一
- OS21-5 当院で経験したCovid-19治療後の再増悪症例10例の検討  
1) 市立奈良病院 呼吸器内科, 2) 市立奈良病院 総合診療科,  
3) 市立奈良病院 感染制御内科  
○森川 昇<sup>1)</sup>, 西前 弘憲<sup>1)</sup>, 森川 暢<sup>2)</sup>, 菱矢 直邦<sup>3)</sup>, 児山 紀子<sup>1)</sup>

## **OS22** 16:04～16:49

### 一般演題 オーラルセッション

#### COVID-19 3

座長 郷間 巖  
(堺市立総合医療センター 呼吸器内科)

- OS22-1 COVID-19肺炎軽快後に器質化肺炎の再燃と鑑別を要した肺血栓塞栓症の2例  
神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科  
○嶋田 有里, 永田 一真, 貴志 亮太, 田代 隼基, 岩林 正明, 遠藤 慧,  
世利 佳滉, 島 佑介, 白川 千種, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 中川 淳,  
立川 良, 富井 啓介
- OS22-2 COVID-19肺炎後に発症したニューモシスチス肺炎の一例  
大阪府済生会野江病院 呼吸器内科  
○田中 彩加, 金子 顕子, 日下部悠介, 中山 絵美, 山本 直輝, 松本 健,  
相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃
- OS22-3 COVID-19に侵襲性肺炎球菌感染症を合併した2例  
兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科  
○岡崎 航也, 葭 七海, 松本 啓孝, 齋藤恵美子, 平位 知之, 遠藤 和夫,  
平林 正孝

- OS22-4 重症 COVID-19 患者に対する長期のステロイド投与が CMV 感染に与える影響  
1) 大阪大学大学院 医学系研究科 呼吸器・免疫内科学,  
2) 大阪大学大学院 医学系研究科 麻酔・集中治療医学  
○山本 悠司<sup>1)</sup>, 白山 敬之<sup>1)</sup>, 平田 陽彦<sup>1)</sup>, 久下 朋輝<sup>1)</sup>, 松本錦之介<sup>1)</sup>,  
米田 翠<sup>1)</sup>, 山本 真<sup>1)</sup>, 内山 昭則<sup>2)</sup>, 武田 吉人<sup>1)</sup>, 熊ノ郷 淳<sup>1)</sup>
- OS22-5 COVID-19 後の間質性肺疾患の一例  
近畿大学 医学部 呼吸器アレルギー内科  
○國田 裕貴, 松本 久子, 岩永 賢司, 西山 理, 佐野安希子

## 第 5 会 場

### 視聴サイト5

**OS23** 9:15~10:00

一般演題 オーラルセッション

腫瘍1

座長 大政 貢

(神戸市立西神戸医療センター 呼吸器外科)

- OS23-1 EGFR-TKI導入後に根治的肺葉切除術を行った1例  
1) 京大病院 呼吸器外科, 2) 京大病院 呼吸器内科  
○岩本 拓也<sup>1)</sup>, 豊 洋次郎<sup>1)</sup>, 糸谷 涼<sup>2)</sup>, 栢分 秀直<sup>1)</sup>, 田中 里奈<sup>1)</sup>,  
大角 明宏<sup>1)</sup>, 中島 大輔<sup>1)</sup>, 濱路 政嗣<sup>1)</sup>, 毛受 暁史<sup>1)</sup>, 伊達 洋至<sup>1)</sup>
- OS23-2 SLE治療中に肺癌肉腫を発症し、同一肺葉内のアスペルギルス感染嚢胞とともに切除可能であった一例  
京都岡本記念病院  
○吉澤 正敏, 石田 久雄, 桑原 正喜, 星野 大葵, 村澤 正樹
- OS23-3 腫瘍の穿破による有癭性膿胸に対して気管支充填術が奏功しDurvalumabを使用したIII期肺腺癌の1例  
1) 日本生命病院 呼吸器・免疫内科, 2) 日本生命病院 放射線治療科,  
3) 日本生命病院 呼吸器外科  
○所司原奈央<sup>1)</sup>, 甲原 雄平<sup>1)</sup>, 柳澤 篤<sup>1)</sup>, 國屋 研斗<sup>1)</sup>, 二宮 隆介<sup>1)</sup>,  
丸岡真太郎<sup>2)</sup>, 富田栄美子<sup>3)</sup>, 橋本久仁彦<sup>1)</sup>, 立花 功<sup>1)</sup>
- OS23-4 若年者の肺リンパ上皮腫様癌の一例  
市立岸和田市民病院 呼吸器外科  
○今村 直人, 松本 和也
- OS23-5 肺結核加療後に急激に増大した肺空洞性病変の一例  
高槻病院 呼吸器内科  
○大内 愛子, 松村佳乃子, 山崎菜々美, 山岡 貴志, 岩本 夏彦, 岡本真理子,  
岩坪 重彰, 中村 美保, 金 永学, 船田 泰弘

**OS24** 10:00~10:45

一般演題 オーラルセッション

腫瘍2

座長 糸谷 涼

(京都大学医学部附属病院 呼吸器内科)

- OS24-1 孤発性肺腫瘍をきたしたリンパ腫様肉芽腫症Grade 3の1例  
1) 京都大学医学部附属病院呼吸器内科, 2) 京都大学医学部附属病院血液内科,  
3) 京都大学医学部附属病院呼吸器外科, 4) 京都大学医学部附属病院放射線診断科,  
5) 京都大学医学部附属病院病理診断科  
○谷澤 公伸<sup>1)</sup>, 奥谷 亮子<sup>1)</sup>, 阪本 貴士<sup>2)</sup>, 大角 明宏<sup>3)</sup>, 半田 知宏<sup>1)</sup>,  
池添 浩平<sup>1)</sup>, 坂本 亮<sup>4)</sup>, 吉澤 明彦<sup>5)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

- OS24-2 両肺および皮膚に多発結節を呈し、診断に難渋したリンパ腫様肉芽腫症の1例  
 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院  
 ○坂野 勇太, 伊元 孝光, 藤原 直樹, 船内 敦司, 塚本 信哉, 林 優介,  
 宇山 倫弘, 濱川 瑤子, 北島 尚昌, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成
- OS24-3 急激な経過を辿り血栓症による小腸壊死を来した血管内リンパ腫の一剖検例  
 1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科, 2) 加古川中央市民病院 病理診断科  
 ○山本 賢<sup>1)</sup>, 堀 朱矢<sup>1)</sup>, 松本 夏鈴<sup>1)</sup>, 山本 浩生<sup>1)</sup>, 石田 貢一<sup>1)</sup>,  
 藤井 真央<sup>1)</sup>, 徳永俊太郎<sup>1)</sup>, 西馬 照明<sup>1)</sup>, 西野 彰悟<sup>2)</sup>, 今井 幸弘<sup>2)</sup>
- OS24-4 肺病変の伴ったメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の3症例  
 大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科  
 ○田中 智, 鬼頭里以子, 小牟田清英, 谷崎 智史, 金井 友宏, 内田 純二,  
 上野 清伸
- OS24-5 胸膜に発生したメトトレキサート関連悪性リンパ腫の一例  
 1) 大阪複十字病院 内科, 2) 第二大阪警察病院 血液内科  
 ○東口 将佳<sup>1)</sup>, 松本 智成<sup>1)</sup>, 金 義浩<sup>2)</sup>, 前倉 俊也<sup>1)</sup>, 西岡 紘治<sup>1)</sup>,  
 木村 裕美<sup>1)</sup>, 奥田みゆき<sup>1)</sup>, 小牟田 清<sup>1)</sup>

## **OS25** 10:45~11:30

### 一般演題 オーラルセッション

#### 稀少疾患

座長 青山 晃博  
 (京都桂病院 呼吸器外科)

- OS25-1 10年間にわたって経過観察し得た硝子血管型のキャスルマン病の1例  
 奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー・血液内科  
 ○井上 泰孝, 新田 祐子, 山本 佳史, 佐藤 一郎, 高橋 輝一, 岩佐 佑美,  
 有山 豊, 藤岡 伸啓, 春成加奈子, 坂口 和宏, 長 敬翁, 大田 正秀,  
 田崎 正人, 太田 浩世, 藤田 幸男, 本津 茂人, 山内 基雄, 天野 逸人,  
 吉川 雅則, 室 繁郎
- OS25-2 呼吸不全, 胸水を呈した, 血管免疫芽球性T細胞リンパ腫の1例  
 1) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科,  
 2) 社会医療法人 神鋼記念病院 呼吸器内科,  
 3) 京都大学大学院医学研究科 細胞機能制御学,  
 4) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学,  
 5) 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 呼吸器内科,  
 6) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 血液内科,  
 7) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 医学研究所,  
 8) 京都大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科  
 ○中村 哲史<sup>1)</sup>, 稲尾 崇<sup>2)</sup>, 戸田 有亮<sup>3)</sup>, 松村 和紀<sup>1)</sup>, 上山 維晋<sup>1)</sup>,  
 寺田 悟<sup>4)</sup>, 加持 雄介<sup>1)</sup>, 安田 武洋<sup>5)</sup>, 羽白 高<sup>1)</sup>, 田中 栄作<sup>1)</sup>,  
 田口 善夫<sup>1)</sup>, 丸山 互<sup>6)</sup>, 赤坂 尚司<sup>6)</sup>, 林田 雅彦<sup>7)</sup>, 大野 仁嗣<sup>7)</sup>,  
 鹿子島大貴<sup>8)</sup>

- OS25-3 非結核性抗酸菌症に合併した定型カルチノイドの一例  
 1) 公立豊岡病院 呼吸器内科, 2) 公立豊岡病院 呼吸器心臓血管外科,  
 3) 公立豊岡病院 病理診断科, 4) 京都大学 呼吸器内科,  
 5) 神鋼記念病院 呼吸器センター  
 ○橋田 恵佑<sup>1,5)</sup>, 中治 仁志<sup>1)</sup>, 平野 竜史<sup>2)</sup>, 中島 直樹<sup>3)</sup>, 白田 全弘<sup>4)</sup>,  
 大塚浩二郎<sup>5)</sup>
- OS25-4 血痰および肺門部腫瘤影にて紹介受診した多発転移を伴う悪性褐色細胞腫の1例  
 1) 市立長浜病院 呼吸器内科, 2) 市立長浜病院 呼吸器外科  
 ○高木 順平<sup>1)</sup>, 伊藤 高範<sup>1)</sup>, 上林 憲司<sup>1)</sup>, 三由 僚<sup>2)</sup>, 中川 雅登<sup>1)</sup>,  
 田久保康隆<sup>2)</sup>, 野口 哲男<sup>1)</sup>
- OS25-5 月経に伴って血痰を繰り返し、気管支子宮内膜症と診断した1例  
 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院  
 ○塚本 信哉, 伊元 孝光, 福井 基成

**LS5** 12:10～13:10

**ランチョンセミナー5**

座長 羽白 高

(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科 部長)

『吸入療法新時代

～LAMA導入の意義とテリルジーの可能性～』

演者：小賀 徹

(川崎医科大学 呼吸器内科学 主任教授)

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

**OS26** 13:40～14:25

**一般演題 オーラルセッション**

**腫瘍3**

座長 木島 貴志

(兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学)

- OS26-1 KRAS遺伝子変異から腺癌術後肺転移と診断した1例  
 1) 日本赤十字社 京都第二赤十字病院 初期研修医,  
 2) 日本赤十字社 京都第二赤十字病院 呼吸器内科  
 ○白井 遼<sup>1)</sup>, 片岡 伸貴<sup>2)</sup>, 堤 玲<sup>2)</sup>, 國松 勇介<sup>2)</sup>, 佐藤いずみ<sup>2)</sup>,  
 谷村 真依<sup>2)</sup>, 中野 貴之<sup>2)</sup>, 谷村 恵子<sup>2)</sup>, 竹田 隆之<sup>2)</sup>
- OS26-2 クリゾチニブ投与にて奏効が得られたが、CYFRAの上昇を認めたROSI陽性の肺扁平上皮癌の一例  
 日本赤十字社和歌山医療センター  
 ○北原 健一, 濱田健太郎, 河内 寛明, 田中瑛一朗, 矢本 真子, 深尾あかり,  
 寺下 聡, 渡邊 創, 堀川 禎夫, 池上 達義, 杉田 孝和

- OS26-3 胸膜癒着術が有効であった肺癌に伴う乳糜胸の1例  
京都大学医学部附属病院  
○服部 友哉, 阪森 優一, 吉田 寛, 橋本健太郎, 糸谷 涼, 吉田 博徳,  
小笹 裕晃, 平井 豊博
- OS26-4 ペムプロリズマブによる大腸炎に対してステロイドにインフリキシマブを併用した非小細胞肺癌の一例  
1) 彦根市立病院 呼吸器内科, 2) 彦根市立病院 消化器内科,  
3) 彦根市立病院 呼吸器外科  
○吉川 勝喜<sup>1)</sup>, 岡本 菜摘<sup>1)</sup>, 糸井 啓之<sup>2)</sup>, 斎藤漸太郎<sup>1)</sup>, 渡邊 勇夫<sup>1)</sup>,  
林 栄一<sup>3)</sup>, 月野 光博<sup>1)</sup>
- OS26-5 肺炎、血小板減少、肝胆道系酵素上昇、多発リンパ節腫大を認めた原発不明混合型小細胞癌の1剖検例  
1) 大阪府済生会野江病院 呼吸器内科,  
2) 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<sup>1,2)</sup>, 松本 健<sup>1)</sup>, 藤木 貴宏<sup>1)</sup>, 野田 彰大<sup>1)</sup>, 山本 直輝<sup>1)</sup>,  
相原 顕作<sup>1)</sup>, 山岡 新八<sup>1)</sup>, 三嶋 理晃<sup>1)</sup>

## **OS27** 14:25～15:10

### 一般演題 オーラルセッション 腫瘍4

座長 中川 達雄

(天理よろづ相談所病院 呼吸器外科)

- OS27-1 化学放射線治療とデュルバルマブによる地固め療法が奏功した高悪性度胎児型肺腺癌の1例  
1) 奈良県総合医療センター 呼吸器内科, 2) 奈良県総合医療センター 呼吸器外科,  
3) 奈良県立医科大学附属病院 病理診断科  
○奥田悠太郎<sup>1)</sup>, 宮高 泰匡<sup>1)</sup>, 伊藤 武文<sup>1)</sup>, 花岡 健司<sup>1)</sup>, 伊木れい佳<sup>1)</sup>,  
村上 早穂<sup>1)</sup>, 伊佐敷沙恵子<sup>1)</sup>, 松本 祥生<sup>1)</sup>, 櫛部 圭司<sup>2)</sup>, 大林 千穂<sup>3)</sup>
- OS27-2 進行肺癌と鑑別を要した唾液腺導管癌の一例  
1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 天理よろづ相談所病院 病理診断部  
○松村 和紀<sup>1)</sup>, 武田 淳志<sup>1)</sup>, 丸口 直人<sup>1)</sup>, 山本 亮<sup>1)</sup>, 中村 哲史<sup>1)</sup>,  
上山 雅晋<sup>1)</sup>, 加持 雄介<sup>1)</sup>, 安田 武洋<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>, 桂川 広幸<sup>2)</sup>, 住吉 真治<sup>2)</sup>
- OS27-3 急速な経過を辿った肺膠様腺癌の一例  
公益財団法人 天理よろづ相談所病院  
○田中 佑磨, 中村 哲史, 羽白 高, 田口 善夫, 田中 栄作, 橋本 成修,  
加持 雄介, 上山 維晋, 松村 和紀, 丸口 直人, 山本 亮, 武田 淳志,  
坂本 裕人



OS27-4 肺原発NUT midline carcinomaと診断され、抗癌化学療法を行った1例  
大阪府 済生会 野江病院 呼吸器内科  
○金子 顕子, 山本 直輝, 日下部悠介, 中山 絵美, 田中 彩加, 松本 健,  
相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

OS27-5 胸腺癌化学療法中に発症した心嚢気腫の一例  
独立行政法人 国立病院機構 姫路医療センター  
○平野 克也, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 久米佐知枝, 小南 亮太,  
大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩, 勝田 倫子, 鏡 亮吾, 横井 陽子,  
三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信, 河村 哲治

**OS28** 15:10~15:55

**一般演題 オーラルセッション**

**腫瘍5**

座長 石床 学  
(滋賀県立総合病院 呼吸器内科)

OS28-1 胸膜中皮腫に対するイピリムマブ・ニボルマブ併用療法により胆嚢炎と二峰性の重症肝障害を来した1例  
市立吹田市民病院  
○宮本 哲志

OS28-2 Pembrolizumabによる難治性血球貪食症候群に対して多剤併用免疫療法が奏功した一例  
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科, 2) 倉敷中央病院 呼吸器内科,  
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 総合内科,  
4) 神戸市立医療センター中央市民病院 膠原病内科  
○神戸 寛史<sup>1,2)</sup>, 佐藤 悠城<sup>1)</sup>, 藤田 将平<sup>3)</sup>, 大村浩一郎<sup>3)</sup>, 富井 啓介<sup>1)</sup>

OS28-3 非小細胞肺癌に対してNivolumab、Ipilimumab (Nivo/Ipi) 療法を施行した2例  
宝塚市立病院  
○西村 駿, 上野 峻輔, 東山 友樹, 発 忠信, 吉積 悠子, 岡本 忠司,  
高瀬 直人, 灘波 良信, 片上 信之, 根来 俊一

OS28-4 アテゾリズマブによる免疫関連有害事象治療中にサイトメガロウイルス腸炎を合併した進展型肺小細胞癌の一例  
松下記念病院  
○梶井 太輝, 宮本 瑛史, 大倉 直子, 山田 展久, 山田 崇央

OS28-5 肺扁平上皮癌に対してニボルマブ投与中に発症した結核性胸膜炎の一例  
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) 社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院 病理診断センター  
○七條 直人<sup>1)</sup>, 難波 晃平<sup>1)</sup>, 門田 和也<sup>1)</sup>, 藤本 佑樹<sup>1)</sup>, 橋田 恵佑<sup>1)</sup>,  
田中 悠也<sup>1)</sup>, 稲尾 崇<sup>1)</sup>, 伊藤 公一<sup>1)</sup>, 笠井 由隆<sup>1)</sup>, 梶屋 大輝<sup>1)</sup>,  
大塚浩二郎<sup>1)</sup>, 鈴木雄二郎<sup>1)</sup>, 田代 敬<sup>2)</sup>

**OS29** 15:55～16:31

一般演題 オーラルセッション

腫瘍6

座長 塩田 哲広  
(赤穂市民病院 呼吸器科)

OS29-1 両肺にすりガラス状濃度の小葉中心性結節を多数認め過敏性肺炎との鑑別を要した浸潤性肺腺癌の1例  
愛仁会高槻病院 診療部  
○松村 雅生, 岩本 夏彦, 大内 愛子, 山岡 貴志, 岡本真理子, 岩坪 重彰,  
松村佳乃子, 中村 美保, 金 永学, 船田 泰弘

OS29-2 Osimertinibを投与したde novo T790M遺伝子変異陽性非小細胞肺癌の1例  
1) 市立奈良病院 研修医室, 2) 市立奈良病院 呼吸器内科,  
3) 市立奈良病院 病理診断科, 4) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座  
○鷺岡 篤司<sup>1)</sup>, 西前 弘憲<sup>2)</sup>, 森川 昇<sup>2)</sup>, 田崎 正人<sup>4)</sup>, 児山 紀子<sup>2)</sup>,  
高野 将人<sup>3)</sup>, 島田 啓司<sup>3)</sup>

OS29-3 オシメルチニブ加療中に皮膚血管炎を合併した肺腺癌の1例  
1) 兵庫県立がんセンター 呼吸器内科, 2) 北播磨総合医療センター,  
3) 兵庫県立がんセンター 皮膚科  
○伊藤 彩希<sup>1,2)</sup>, 安田裕一郎<sup>1)</sup>, 中谷 祥子<sup>3)</sup>, 田中 美穂<sup>1)</sup>, 東内 理恵<sup>1)</sup>,  
伊藤 彰一<sup>1)</sup>, 河 良崇<sup>1)</sup>, 浦田 佳子<sup>1)</sup>, 服部 剛弘<sup>1)</sup>, 高井 利浩<sup>3)</sup>,  
里内美弥子<sup>1)</sup>

OS29-4 超高齢者のALK陽性肺癌に対しTKIを導入した1例  
宝塚市立病院 呼吸器内科  
○岡本 忠司, 西村 駿, 上野 峻輔, 東山 友樹, 発 忠信, 吉積 悠子,  
高瀬 直人, 灘波 良信, 片上 信之, 根来 俊一

**OS30** 16:31～17:07

一般演題 オーラルセッション

腫瘍7

座長 新谷 康  
(大阪大学大学院医学研究科 外科学講座 呼吸器外科学)

OS30-1 hCG産生縦隔型肺癌の一例  
1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,  
2) 国立病院機構 姫路医療センター 病理診断科,  
3) 兵庫県立がんセンター 腫瘍内科, 4) 兵庫県立がんセンター 病理診断科  
○平岡 亮太<sup>1)</sup>, 竹野内政紀<sup>1)</sup>, 平田 展也<sup>1)</sup>, 平野 克也<sup>1)</sup>, 久米佐知枝<sup>1)</sup>,  
小南 亮太<sup>1)</sup>, 大西 康貴<sup>1)</sup>, 東野 幸子<sup>1)</sup>, 加藤 智浩<sup>1)</sup>, 鏡 亮吾<sup>1)</sup>,  
勝田 倫子<sup>1)</sup>, 三宅 剛平<sup>1)</sup>, 塚本 宏壮<sup>1)</sup>, 水守 康之<sup>1)</sup>, 佐々木 信<sup>1)</sup>,  
河村 哲治<sup>1)</sup>, 河合 潤<sup>2)</sup>, 松本 光史<sup>3)</sup>, 佐久間淑子<sup>4)</sup>, 廣瀬 隆則<sup>4)</sup>

- OS30-2 多発性脳転移を認めた胸膜炎症性筋線維芽細胞腫(IMT)の一例  
日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科  
○濱田健太郎, 北原 健一, 河内 寛明, 田中瑛一朗, 矢本 真子, 深尾あかり,  
寺下 聡, 渡邊 創, 堀川 禎夫, 池上 達義, 杉田 孝和
- OS30-3 急速な経過で死に至った異型カルチノイド合併肺扁平上皮癌の一例  
1) 甲南医療センター 呼吸器内科, 2) 甲南医療センター 整形外科,  
3) 甲南医療センター 病理診断科  
○榎本 隆則<sup>1)</sup>, 関谷 怜奈<sup>1)</sup>, 杉本 裕史<sup>1)</sup>, 寺下 智美<sup>1)</sup>, 江原 豊<sup>2)</sup>,  
笠原 孝一<sup>2)</sup>, 高橋 卓也<sup>3)</sup>, 中田 恭介<sup>1)</sup>
- OS30-4 胸部悪性腫瘍の患者およびその家族の相談に対応するチャットボットの開発と検証  
1) 京都民医連あすかい病院, 2) 京都民医連中央病院, 3) 兵庫県立大学情報科学研究科  
○片岡 裕貴<sup>1)</sup>, 竹村 知容<sup>2)</sup>, 笹嶋 宗彦<sup>3)</sup>, 加藤 直樹<sup>3)</sup>

# ポスター会場 オンデマンド配信

## AW

### 医学生・研修医アワード（オンデマンド配信）

座長 伊達 洋至  
(京都大学大学院医学研究科 呼吸器外科)

AW-1 演題取り下げ

AW-2 免疫複合療法後に血球貪食症候群を来した小リンパ球性リンパ腫合併肺腺がんの一例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科, 2) 京都大学医学部附属病院 腫瘍内科,  
3) 京都大学医学部附属病院 血液内科,  
4) 京都大学医学部附属病院 病理診断科・総合解剖センター,  
5) 京都大学大学院医学研究科附属がん免疫総合研究センター がん免疫治療臨床免疫学部門  
○村岡慎太郎<sup>1)</sup>, 糸谷 涼<sup>1)</sup>, 橋本健太郎<sup>1)</sup>, 吉田 寛<sup>1)</sup>, 吉田 博徳<sup>1)</sup>,  
阪森 優一<sup>2)</sup>, 小笹 裕晃<sup>1)</sup>, 錦織 桃子<sup>3)</sup>, 吉澤 明彦<sup>4)</sup>, 村上 孝作<sup>5)</sup>,  
平井 豊博<sup>1)</sup>

AW-3 胸水貯留を呈した一次性シェーグレン症候群の一例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科, 2) 同 免疫・膠原病内科,  
3) 同 呼吸器外科  
○竹内 遼<sup>1)</sup>, 伊藤 功朗<sup>1)</sup>, 曾根 尚之<sup>1)</sup>, 権 淳英<sup>2)</sup>, 田中 里奈<sup>3)</sup>,  
岩本 拓也<sup>3)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

AW-4 複合免疫療法による重症irAE間質性肺疾患の一例

- 1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科, 2) 京都第一赤十字病院 臨床腫瘍部,  
3) 京都第一赤十字病院 感染制御部, 4) 京都第一赤十字病院 救急科  
○渡辺 啓也<sup>1)</sup>, 辻 泰祐<sup>1)</sup>, 松本 祥生<sup>1)</sup>, 陣野 一輝<sup>1)</sup>, 立花 祐介<sup>1)</sup>,  
笹田 碧沙<sup>1)</sup>, 合田 志穂<sup>1)</sup>, 大村亜矢香<sup>1,3)</sup>, 塩津 伸介<sup>1,2)</sup>, 弓場 達也<sup>1,3)</sup>,  
内匠千恵子<sup>1,2)</sup>, 堀口 真仁<sup>4)</sup>, 平岡 範也<sup>1)</sup>

AW-5 当院でNivolumabによる免疫チェックポイント治療を行った肉腫型悪性胸膜中皮腫の3例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科, 2) 京都大学医学部附属病院 呼吸器外科,  
3) 京都大学医学部附属病院 病理診断科  
○南谷 晃誠<sup>1)</sup>, 橋本健太郎<sup>1)</sup>, 岩本 拓也<sup>2)</sup>, 濱路 政嗣<sup>2)</sup>, 吉澤 明彦<sup>3)</sup>,  
吉田 寛<sup>1)</sup>, 糸谷 涼<sup>1)</sup>, 吉田 博徳<sup>1)</sup>, 阪森 優一<sup>1)</sup>, 小笹 裕晃<sup>1)</sup>,  
平井 豊博<sup>1)</sup>

AW-6 右上葉切除後に中葉肺静脈還流障害を生じ、中葉壊死を生じた1例  
京都市立病院 呼吸器外科

- 白波瀬公香, 村西 佑介, 田中 伸岳, 河野 朋哉, 宮原 亮

- AW-7 ニボルマブ投与中に心筋炎を来した超高齢肺がん患者の一例  
1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科, 2) 京都大学医学部附属病院 腫瘍内科,  
3) 京都大学医学部附属病院 循環器内科, 4) 京都大学医学部附属病院 病理診断科,  
5) 京都大学大学院附属癌免疫総合研究センター  
○國久 恭平<sup>1)</sup>, 糸谷 涼<sup>1)</sup>, 林 康之<sup>1)</sup>, 吉田 寛<sup>1)</sup>, 橋本健太郎<sup>1)</sup>,  
吉田 博徳<sup>1)</sup>, 小笹 裕晃<sup>1)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>, 阪森 優一<sup>2)</sup>, 嶋本 光兵<sup>3)</sup>,  
渡邊 真<sup>3)</sup>, 牧山 武<sup>3)</sup>, 吉澤 明彦<sup>4)</sup>, 村上 孝作<sup>5)</sup>
- AW-8 肺扁平上皮癌に対して化学療法中に急速に進行した神経内分泌癌の1例  
市立池田病院 呼吸器内科  
○安里美夕里, 住谷 仁, 三橋 靖大, 清水 裕平, 田幡江利子, 橋本 重樹
- AW-9 コントラスト心エコー法により診断し得た肝肺症候群の1例  
1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修部, 2) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科  
○前田 杏樹<sup>1)</sup>, 上田 将秀<sup>2)</sup>, 飯塚 正徳<sup>2)</sup>, 羽藤 沙恵<sup>2)</sup>, 太田 和輝<sup>2)</sup>,  
乾 佑輔<sup>2)</sup>, 古山 達大<sup>2)</sup>, 茨木 敬博<sup>2)</sup>, 美藤 文貴<sup>2)</sup>, 岡田あすか<sup>2)</sup>,  
竹中 英昭<sup>2)</sup>, 長 澄人<sup>2)</sup>
- AW-10 縦隔腫瘤に対して超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を施行し、悪性胸膜中  
皮腫と診断した1例  
1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修部, 2) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科  
○飯沼 紀実<sup>1)</sup>, 茨木 敬博<sup>2)</sup>, 飯塚 正徳<sup>2)</sup>, 羽藤 沙恵<sup>2)</sup>, 太田 和輝<sup>2)</sup>,  
乾 佑輔<sup>2)</sup>, 古山 達大<sup>2)</sup>, 上田 将秀<sup>2)</sup>, 美藤 文貴<sup>2)</sup>, 岡田あすか<sup>2)</sup>,  
竹中 英昭<sup>2)</sup>, 長 澄人<sup>2)</sup>



# 抄 録

**EL** 教育講演

**LS** ランチョンセミナー





**新型コロナウイルス感染症の診療における疑問にせまる****伊藤 功朗**

京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

新型コロナウイルス感染症が発生して早や2年になろうとしている。少なくとも近代では経験したことのなかったような新しい呼吸器感染症に対して人類は立ち向かい、これまでにない早いペースで治療薬やワクチンが開発されている。どうしても臨床試験・経験が不足しがちな中で、これらの薬剤が承認され、推奨され、我々臨床医に利用可能となっている。

治療薬に関しては、当初ファビピラビル（アビガン錠）やシクレソニド（オルベスコ吸入薬）が、わが国発の抗ウイルス薬として有望視され、使用されはじめた。その後、レムデシビル（ベクルリー点滴静注液）の使用が日本で特例承認され、適応範囲が拡大された。レムデシビルはすでに挿管や高流量の酸素投与に至った重症例では効果が期待できない可能性が指摘され、そこまでに至らない酸素需要のある症例で有効性が見込まれている。したがって、投与は肺炎のある中等症が良い適応とされている。こうした適用範囲は、少数の「権威ある」ジャーナルに報告された論文がもととなっており、日本の患者背景や医療事情に合致しているかは不明である。また、治療薬の目標となるアウトカムも異なっている。また、腎不全患者での使用についての情報は乏しい。

デキサメタゾン（デカドロン錠、デキサート注射液）はコルチコステロイド製剤であり、抗炎症作用によりウイルスが引き起こす全身性炎症反応を抑制する可能性が示唆されている。一つの大規模多施設無作為化オープンラベル試験にて、酸素投与を要していた患者集団で予後改善効果がみられたと報告された。これを受けてデキサメタゾンが日本で保険適用となり、使用量や使用期間もこれに準じている。唯一の研究プロトコルをバイブルのごとく扱う必要はあるのであろうか。まだまだ議論と研究が必要であると考え。

新型コロナウイルスに対するワクチンについては、ファイザー社製のmRNAワクチンを皮切りに、モデルナ社製のmRNAワクチン、アストラゼネカ社製のウイルスベクターワクチンが薬事承認されている。ファイザー社のコナミティについては健常人を対象として中和抗体の陽転化や感染予防効果などがみられており、日本で最も多く接種されている。基礎疾患を有する患者や免疫抑制患者、高齢者が優先接種の対象として推奨されたにも関わらず、これらの対象者での有効性については不明な点が多い。また、接種後の時間経過でどの程度有効性が保たれるかもデータが少ない。

本講演では日常臨床における疑問を、私どもが行っている多施設共同研究の結果もふまえて議論したい。

## 2022年公表予定 慢性閉塞性肺疾患（COPD）ガイドライン第6版の改訂ポイント

室 繁郎

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

COPDは気流閉塞によって定義される病態であり、安定期における薬物治療の中心は、長時間作用型気管支拡張薬（LABD）の定期吸入である。COPDはしばしば気管支喘息を合併することがあり、Asthma COPD overlap（ACO）と呼称されるが、ACOにおいては吸入ステロイド製剤（ICS）を併用することが原則となる。喘息合併のないCOPDにLABDsに追加してICSを併用するベネフィットに関してはWISDOM試験（2014年、NEJM）においてLAMA+LABA治療下でのICSの併用効果は増悪抑制の観点から否定的で、LAMA+LABAとICS+LABAを比較したFLAME試験（2016年、NEJM）においては、LAMA+LABAがより増悪抑制効果に優れていたという結果であり、いずれもLABD治療下でのICSの併用・追加効果に対して否定的であった。これらを踏まえて、2018年4月のCOPDガイドライン第5版では、ICSは喘息合併あるいは限られた症例にのみ併用と記載されている。その後、2017年から2018年にかけて、LAMA、LABA、LAMAの3剤が1つのdeviceに配合された、いわゆるトリプル製剤（single inhaler Triple therapy, SITT）による介入試験の結果が複数報告され、SITTがCOPD増悪抑制に良好な効果を発揮し、LAMA+LABA配合薬よりも、生命予後改善面でも有用性を示唆する結果が注目されるようになった。これら大規模試験の解釈においては、エントリー基準により、厳しく選別された対象群から得られた結果であること、ほとんどが欧米の症例で、日本人COPDと比較して、頻回頻度や体格などの患者背景が大きく異なっていることなどが注意点として挙げられる。これらの点を踏まえて、大規模介入試験のサブ解析として、日本人データのみでの報告も複数発表されている。

上記を踏まえ、2022年春に公表予定の日本呼吸器学会の慢性閉塞性肺疾患（COPD）ガイドライン第6版では、治療に関してClinical Questionを設定し、それらの回答のために日本人データのサブ解析を含めたSystematic review, メタ解析を施行し、専門家の協議・投票により、EBMに基づいた治療の推奨を記載する予定である。また、COPDの認知度、診断率が依然として低迷していることを踏まえ、診断の章を改訂し、生命予後因子として注目されている身体活動性の項目にもより具体性をもった記載をする予定である。

## 間質性肺炎と肺移植

半田 知宏

京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座

1983年にトロント大学のCooperらが初めて肺移植後の長期生存に成功し、以降全世界ではこれまでに6万件以上の肺移植が行われている。本邦では1998年に岡山大学で本邦初の生体肺移植が施行され、2020年12月までに838件の肺移植が施行された。そのうち間質性肺炎は301例（36%）を占め、近年は間質性肺炎に対する肺移植が全対象疾患の半数を超えるようになってきている。一方で、本邦ではドナー不足の現状から脳死肺移植待機期間が長期となっており、臓器移植法の改正後平均で865日となっている。脳死肺移植登録を行った間質性肺疾患患者の42-64%が待機中に死亡したと報告されており、特発性間質性肺炎は待機中死亡率の最も高い疾患である。欧米では疾患の重症度を加味したLung allocation score (LAS) が導入されており、より効率的な移植肺の分配が工夫されているが、本邦では、肺移植登録をされた順番に従って移植肺の分配が行われている (First come, first served)。

本講演では、肺移植の対象疾患や登録の手順、慢性拒絶への対応などの一般的事項について説明し、日本呼吸器学会の肺移植専門委員会が作成した本邦独自の肺移植施設紹介基準を紹介する。また、間質性肺炎特有の課題として、PPFEにおける肺移植や、家族性間質性肺炎の移植についてお話しする。さらに、本邦におけるLASの議論、ドナー不足に対して行われている対策として、MC (メディカルコンサルタント) の介入、マージナルドナー肺の利用、Ex Vivo Lung Perfusion (EVLV) を紹介する。最後にCOVID-19の肺移植についても触れたい。

## 進行肺がんに対する最適な治療前検査から1次治療の選択まで

里内美弥子

兵庫県立がんセンター 呼吸器内科

肺癌薬物療法は進歩のスピードが速くなり、ここ数年は1年に何剤もの新薬が登場するような状況が続いている。その状況下でドライバー遺伝子変異に対する分子標的薬の上市も続いており、EGFR、ALK、ROS1、BRAFを標的とした各種治療薬に加え、2020年にMET exon 14 skipping変異にテポチニブとカプマチニブが、2021年12月にはRET融合遺伝子にセルベルカチニブが承認された。来年早々にKRAS G12C変異にソトラシブの承認が見込まれるほか、HER2、KRAS を標的とした治療薬の開発においても有望な結果が得られてきており、今後も新たな遺伝子標的に対する薬剤の上市が続くことが見込まれている。また、その登場により一部の症例とはいえ、進行肺がんにも durable response がもたらされ、治療のパラダイムシフトを起こした免疫チェックポイント阻害剤については、更なる治療効果を得るために抗PD-1/PD-L1抗体に加え、抗CTLA-4抗体が臨床導入され、抗PD-1/PD-L1抗体の単剤治療、抗PD-1抗体と抗CTLA-4抗体の併用療法、そしてそれらへのプラチナ併用療法との併用療法と数多くの免疫複合療法が使用可能となっている。PD-L1 statusを含め、個々の症例・腫瘍の因子により、単剤治療を行うのか、免疫複合療法を行うのか、免疫複合療法でもどれを使うのか、1次治療前の治療選択が複雑化してきており、初回治療前の検査に何を行うべきで、その結果を治療選択にどのようにしていくのかを検討することが非専門医にとって難しい状況になってきている。これらの治療選択を行うためのバイオマーカー検査については初回治療前に必須のものであるが、どんどん承認薬が増えていく現状の元、ドライバー遺伝子変異の検索のための遺伝子検査については単一遺伝子検査ではなく、Multiplex 検査が可能な限り勧められている。これら遺伝子変異検索とPD-L1検査を行ってから初回治療に入ることを考慮すると、存在診断→確定診断→病期診断→バイオマーカー診断と一つ一つ進めてく場合には、進行肺がんが疑われて初診されてから初回治療開始までに2ヶ月近くを要してしまうことも想定される。確定診断だけを念頭に組織診断を行い進行がんとわかってからバイオマーカー検査を行おうとすると、組織量が足らなくてMultiplex 検査を諦めるしかない、一部の検査しかおこなえないということが起こることも想定される。

今回の教育講演では、目の前に進行肺がんが疑われる方が初診された場合に、個々人に合わせた最適治療を行うための検査結果が揃うまでの時間をできるだけ短縮し、可能な限り網羅的なバイオマーカー検査を行い、その結果からガイドラインに沿った、今までのデータから最も勧められる初回治療を選択可能となるような検査戦略につき、バイオマーカー検査の選択や、それに応じられる組織採取も含めて概説し、その後の治療選択肢をどのように考えて選択していくかまでをお話する予定です。

### ドライバー遺伝子変異陽性NSCLCの新たな治療戦略

谷崎 潤子

近畿大学医学部 内科学腫瘍内科部門 医学部講師

近年非小細胞肺癌（NSCLC）において多数のドライバー遺伝子異常が報告されており、本邦でも分子標的治療薬が相次いで承認され個別化医療の時代に突入している。

EGFR 遺伝子変異陽性NSCLCにおける治療戦略開発も盛んであり未治療進行期EGFR陽性NSCLCには複数の治療選択肢が存在する。未治療進行EGFR 遺伝子変異陽性患者を対象とした第III相国際共同二重盲検無作為化試験であるRELAY試験（エルロチニブと抗VEGFR-2抗体薬ラムシルマブとの併用療法）の結果が発表され本邦でも2020年11月に承認、日常診療で使用可能となった。複数の治療選択肢が存在するようになり、EGFR 遺伝子変異陽性NSCLCをひとつの集団として扱うのではなく、さらに細分化しサブタイプ別の治療方針を検討することが有用か注目され始めている。例えば、major sensitizing mutationとして扱われる exon19del、L858R変異はEGFR-TKIの有効性が異なることが過去の臨床試験の結果から読みとれる。また、p53変異はEGFR 遺伝子変異陽性症例の約半数に認めるが、p53変異の有無がEGFR-TKIに及ぼす影響も報告され、これらのサブタイプ別の治療戦略が検討されている。

RET融合遺伝子は日本人の肺腺癌の約2%にみられ、RET 遺伝子異常の癌患者を対象とした国際共同第I / II相試験であるLIBRETTO-001試験の結果を受けて、セルベルカチニブが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に対して2021年9月に承認された。RET融合遺伝子を含めた希少なドライバー遺伝子を標的とする分子標的治療薬が次々に開発されており、効率的な遺伝子検査を実施するために、マルチプレックス検査への期待が高まっている。

今回の講演では、このようなドライバー遺伝子変異陽性NSCLCの新たな治療戦略について、特にEGFR、RETに注目して紹介する。

## LS2-1 ランチョンセミナー2

### 非小細胞肺癌の診断とバイオマーカー ～肺癌診療ガイドラインでの位置付け～

竹田 隆之

京都第二赤十字病院 呼吸器内科 部長

肺癌は高齢者の増加に伴い、本邦における悪性新生物による部位別死亡数の1位、部位別がん罹患率の3位となった。

肺癌の確定診断は症例に応じて、気管支鏡、CTガイド下経皮針生検、外科的肺生検などで行うが、気管支鏡においてはEBUS-GS / EBUS-TBNAや極細径気管支鏡などデバイスの進歩により診断率が向上している。

一方、薬物療法はこの20年で進行・再発非小細胞肺癌におけるdriver oncogeneの発見とキナーゼ阻害薬の創薬などにより、特定のpopulationで予後が劇的に改善した。また、該当しない症例でも免疫チェックポイント阻害薬や複合免疫療法により予後は延長し続けている。

肺癌診療ガイドラインでは、非扁平上皮非小細胞肺癌でdriver oncogeneの検索を推奨しているが、扁平上皮肺癌でも若年・非喫煙者などの臨床背景を考慮して検索を提案している。また、Hematoxylin-Eosin染色で組織型が確定出来ない症例ではTTF-1やp40などによる免疫組織化学染色がその参考とされる。

検索すべきdriver oncogeneが増加し、PD-L1、免疫組織化学染色などを含めると以前よりも多くの検体が必要となり、確定診断のための生検が以前にも増して重要になっている。一方で、driver oncogeneは単一遺伝子検査からオンコマイン Dx Target Test マルチCDx システム（オンコマイン DxTT）などの次世代シーケンサーを用いた遺伝子パネル検査が主流となり、検体の有効利用が進んでいる。しかし、オンコマイン DxTTは単一遺伝子検査に比べるとturnaround timeが長い点、コンパニオン診断の問題に加えて、検体量不足・判定不能となった際に新たに単一遺伝子検査を行っても保険償還されない問題なども残されている。

本セミナーでは、確定診断におけるデバイス選択、driver oncogeneやPD-L1の検索などについて、治療に関連する問題を中心に肺癌診療ガイドラインと対比して概説する。

## LS2-2 ランチョンセミナー2

### EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の最適な一次治療とは

宿谷 威仁

順天堂大学 医学部・大学院医学研究科 呼吸器内科学講座 准教授

日本における非小細胞肺癌におけるドライバー遺伝子変異はEGFRが多く占めている。

EGFR 遺伝子変異陽性の場合、脳転移の累積出現率は年々高まり、EGFR 遺伝子変異陽性は脳転移出現の独立したリスクとなる。また、非小細胞肺癌においては、脳転移の有無がQOLに相関することが知られている。

オシメルチニブは脳転移を制御するという点で有効性が期待できる薬剤である。今回、脳転移症例を含め、FLAURA 試験でのオシメルチニブの有用性・安全性をご紹介します。

また、日本やASCOのガイドラインから示されるオシメルチニブの位置づけとEGFR 遺伝子変異タイプ別のNSCLCに対する治療方針についても解説する。

## Remove Sedentary, Move COPD 身体活動性向上のためアプローチ

南方 良章

国立病院機構和歌山病院 院長

身体活動性の低下したCOPD患者では予後不良で、身体活動性はCOPD死亡の最大の危険因子である。身体活動性に対する影響因子として、呼吸機能、運動耐容能、呼吸困難感、年齢、就業状態等が確認されており、筋肉から産生されるマイオカインの関与も示唆されている。身体活動性維持・向上には薬物療法、運動トレーニング、行動変容等が推奨されており、我々の国内多施設共同研究においても、気管支拡張薬単剤に比べ配合剤では身体活動時間が有意に延長することを確認している（VESUTO試験）。一方、気管支拡張薬が無効との報告もみられるが、天候や特別活動日を除くなどデータの精度管理を行って検討した報告では身体活動性は改善しているのに対し、無効とする報告ではいずれもデータの精度管理は行われていない。すなわち、高精度の加速度計を使用したとしても、データの精度管理も重要であることが示唆される。

身体活動性に対する介入の中で、カウンセリングを加えた場合に改善率は大きく、リハビリ単独に対しカウンセリング追加では有意な短期的改善効果がメタ解析で示されている。カウンセリングには、目標設定、目標への到達感、フィードバックなどが重要とされるが、COPD患者に対する身体活動性の目標値は存在しない。そこで、日常診療で入手しやすい関連因子を用いて、COPDの歩数予測式を作成し、現状の歩数実測値と予測式から算出される歩数標準値から、患者個々に適した歩数目標値の設定方法を考案した。さらに、パイロット試験では、特に歩数の少ない患者において歩数の増加効果が確認され、有用性が示唆されている。目標値の一般診療での活用拡大を目指し、無料の標準値・目標値自動計算アプリを作成したので、本セミナー内で紹介する。

近年、覚醒時のエネルギー消費量が $\leq 1.5$  METsの活動（sedentary行動）が注目されている。これは、身体活動性の主要指標である $\geq 3.0$  METs以上の活動時間で補正された後でも、sedentary時間が長いCOPD患者では短い患者より予後が有意に不良であるとの報告に基づく。すなわち、sedentary時間は身体活動時間とは独立したCOPD死亡の危険因子であるといえる。sedentary時間は気管支拡張薬により短縮可能である。一方、COPD患者では同年代の健常者に比べテレビ視聴時間は長い、テレビ視聴時間は長い患者ほどCOPD関連死が有意に多いことも報告されている。また、30分の座位時間を軽度/中等度あるいは高度の活動に置き換えた場合、FEV1が有意に改善する報告もみられる。すなわち、座位でのテレビ視聴時間の短縮が重要になると考えられる。

このように、COPD身体活動性の向上には、より活動的に動くことに加えsedentary時間を短縮するという2次元的視点での対応が今後重要になると考える。



## ALK陽性肺癌の最適治療を考える ～アレクチニブの位置づけ～

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

ALK融合遺伝子陽性肺癌は、非小細胞肺癌の3～5%を占めます。ALK融合蛋白質は、恒常的にALKチロシンキナーゼを活性化することにより、細胞は癌細胞となり、その悪性形質を維持することができます。これまでに5つのALK阻害薬が本邦で承認され、臨床応用されています。その中でも、実施臨床で長年に渡って頻用されているのが、アレクチニブになっております。近年、第3世代のロールラチニブ・ブリガチニブが1次治療として承認されたことが、ALK融合遺伝子陽性肺癌に対する治療戦略に多様性をもたらし、ALK阻害剤の使い分け・優先順位が再び注目されております。

本講演では、最新の肺癌診療ガイドラインでも最も推奨されているアレクチニブを中心に、当院での治療成績も踏まえて、最も適切なALK融合遺伝子陽性肺癌の治療戦略について考えていきたいと思っております。

## 吸入療法新時代

### ～ LAMA導入の意義とテリルジールの可能性～

小賀 徹

川崎医科大学 呼吸器内科学 主任教授

1990年代からのICSの普及、2007年のICS/LABAの登場により、喘息の全般的なコントロールは向上したが、依然としてコントロール不良の患者が存在している。ガイドラインが示す喘息の管理目標には症状のコントロールと将来へのリスク回避が挙げられており、喘息コントロールを良好に保つには「症状」だけでは不十分であり気道炎症や呼吸機能、増悪などの多面的な評価が必要である。喘息は、様々な病態を包括した症候群であり、それらの要素の改善を念頭に置いた治療が重要である。M3受容体は気道平滑筋や粘膜下腺などの気道の組織に発現し、COPDだけでなく喘息の病態にも関与しており、近年LAMAの有用性は数多くのエビデンスが集積されている。本邦においては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/VI/UMEC配合剤のCAPTAIN試験ではICS/LABAに対する優越性が確認され、実臨床での効果が期待される。本講演では、実症例も交えながら、喘息治療におけるLAMA導入の意義と新たな選択肢として登場したtriple配合剤の可能性について探りたい。

# 抄 録

**OS** オーラルセッション

**AW** 医学生・研修医アワード



## OS1-1

### 急激に呼吸不全が進行した抗ARS抗体症候群の一例

大津赤十字病院呼吸器内科

○塚元 鈴音, 伏屋 芳紀, 安田 直見, 佐藤 将嗣,  
住永圭一郎, 嶋 一樹, 八木 由夫, 高橋 珠紀,  
西岡 慶善, 酒井 直樹

【症例】80歳代男性

【経過】糖尿病、高血圧、脂質異常症で加療中だった。1ヶ月前からの倦怠感、10日前からの咳嗽、呼吸困難、胸痛でかかりつけ医を受診し、胸部CTで肺容積縮小、牽引性気管支拡張、両側肺底部浸潤影を認め間質性肺炎を疑われ紹介された。胃癌を疑う胃角小弯部の壁肥厚とその周囲のリンパ節腫大を認めていた。気管支鏡では細胞診、組織診で悪性所見なく細菌検査で起炎菌を同定されなかった。BALFで好酸球が増加していた。身体所見ではfine cracklesを聴取する他、機械工の手を認めた。抗核抗体陽性、抗ARS抗体陽性のため抗ARS抗体症候群と診断した。入院後呼吸状態が悪化したため、ハイフローセラピーで呼吸管理を行いつつステロイドパルス療法、エンドキサンパルス療法などで加療したが、呼吸不全が進行し入院18日目に永眠された。

【結語】亜急性に呼吸不全が進行し悪性疾患併存の可能性のある抗ARS抗体症候群の症例を経験した。

## OS1-2

### COVID-19を契機に発見された抗ARS抗体症候群の1例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○羽藤 沙恵, 岡田あすか, 飯塚 正徳, 太田 和輝,  
乾 佑輔, 古山 達大, 上田 将秀, 茨木 敬博,  
美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人

症例は70歳の女性。10日ほど前から労作時呼吸困難と食思不振が出現・増悪したとことで近医受診。低酸素血症を認め当院紹介受診となり、COVID-19肺炎と診断した。同日緊急入院の上COVID-19に対してレムデシビルやステロイドを中心とした治療を開始した。しかしながら聴診所見でfine cracklesを聴取したこと、また胸部CT所見がCOVID-19に典型的とは言えず、間質性肺炎の鑑別として各種自己抗体の測定を行ったところ抗ARS抗体陽性と判明した。来院時に軽度のCK上昇を認めたが明らかな筋炎症状、皮膚所見なく、肺病変先行型の抗ARS抗体症候群と診断した。COVID-19肺炎と診断される中には背景に間質性肺炎が隠れている可能性があり、慎重に検査を進める必要があると考える。現在は筋炎症状の出現に注意しながらステロイド漸減しながら外来通院中である。

## OS1-3

### 演題取り下げ

## OS1-4

### 骨髄異形成症候群に合併した自己免疫性肺胞蛋白症(APAP)の一例

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

○鳥矢未奈子<sup>1)</sup>, 稲垣 雄士<sup>1)</sup>, 滝本 宜之<sup>1)</sup>, 新井 徹<sup>2)</sup>,  
澄川 裕充<sup>3)</sup>, 清水 重喜<sup>1)</sup>, 井上 義一<sup>2)</sup>

73歳男性。X-1年末から労作時呼吸困難があり、X年3月の健康診断で胸部異常影を指摘され、当院を受診した。胸部レントゲンでは、肺容量減少と下肺野に網状影を認め、胸部CTではびまん性網状影と牽引性気管支拡張を認めたため、間質性肺炎を疑った。気管支肺泡洗浄の外観は白濁を呈し、細胞診では泡沫状マクロファージとPAS染色陽性顆粒が散見された。経気管支肺生検組織では好酸性無構造物質がみられ、PAS染色、SpA染色陽性を示した。病理学的には肺胞蛋白症(PAP)に矛盾しない所見であった。末梢血液像は白血球3700/ $\mu$ L、血小板7万/ $\mu$ L、Hb 10.4g/dL、MCV 113.1であり、血液内科にて骨髄異形成症候群(MDS)と診断された。血清抗GM-CSF抗体は陽性を示し、APAPと診断した。MDS合併PAPは一般に抗GM-CSF抗体陰性の続発性PAPと考えられるが、本例はAPAPであった。

## OS1-5

### 慢性骨髄性白血病に合併した自己免疫性肺胞蛋白症の1例

独立行政法人 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター

○川上 真由, 新井 徹, 露口 一成, 竹内奈緒子,  
滝本 宜之, 菅原 玲子, 香川 智子, 新谷 亮太,  
茂田 光弘, 龍華 美咲, 大崎 恵, 鳥矢未奈子,  
井上 義一

症例は66歳女性。20XX-10年から骨髄性白血病（CML）に対しImatinibによる治療中であった。20XX-1年10月に呼吸困難を認め、前医にて胸部CT検査で間質性肺炎が疑われた。同年11月に気管支鏡検査を行い、特発性間質性肺炎と診断され、プレドニゾロンが開始された。しかし、増悪傾向を認めため12月に再度気管支鏡検査を行った。気管支肺胞洗浄液は白濁し、細胞診所見、抗GM-CSF抗体陽性から自己免疫性肺胞蛋白症（APAP）と診断された。労作時呼吸困難、低酸素血症の増悪傾向を認めたため、20XX年8月に当院に紹介、入院となり、全身麻酔下全肺洗浄が施行された。呼吸機能、KL-6などの改善を認め退院となった。CMLや骨髄異形成症候群などの血液疾患に関連して続発性肺胞蛋白症（SPAP）を発症することは報告されているが、APAPとの合併は稀であり報告する。

## OS2-1

### 食道・気道狭窄を認めたPPFEの1例

1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科,  
2) 京都第一赤十字病院 臨床腫瘍部,  
3) 京都第一赤十字病院 感染制御部

○松本 祥生<sup>1)</sup>, 辻 泰佑<sup>1)</sup>, 陣野 一輝<sup>1)</sup>, 立花 佑介<sup>1)</sup>,  
合田 志穂<sup>1)</sup>, 笹田 碧沙<sup>1)</sup>, 大村亜矢香<sup>1)</sup>,  
塩津 伸介<sup>1,2)</sup>, 弓場 達也<sup>1,3)</sup>, 内匠千恵子<sup>1,2)</sup>,  
平岡 範也<sup>1)</sup>

【症例】81歳、女性。

【主訴】呼吸困難感。

【現病歴】X-7年に他院で肺MAC症と診断され治療を行ったが副作用で中止となった。当院受診時CTでは中葉舌区の気管支拡張と両側上葉胸膜直下に低吸収域を認め、PPFEの合併を考えた。X-2年に嚥下困難を自覚、上部消化管内視鏡検査で食道狭窄を認めた。さらにX年には仰臥位で喘鳴と呼吸困難が出現、胸部CT及び気管支鏡検査で左主気管支の狭小化を認めた。PPFEによる肺の線維化進行のため胸郭前後径が短縮し、食道や気管支が周囲の構造物に圧排されたことが原因であると考えた。侵襲的処置は希望されず、食事を柔らかくすること、仰臥位を避けることで対応した。

【考察】PPFEでは扁平胸郭がしばしば認められるが、食道や気道の狭窄に至ったという報告はない。本症例における解剖学的構造や画像経過から、狭窄の危険因子を推定し、その対応法について検討し報告する。

## OS2-2

### 関節リウマチに合併した間質性肺疾患に対してニンテダニブ内服中に左室内血栓症が発生した1例

1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科,  
2) 京都第一赤十字病院 循環器内科,  
3) 京都第一赤十字病院 臨床腫瘍部

○陣野 一輝<sup>1)</sup>, 辻 泰佑<sup>1)</sup>, 木村 雅喜<sup>2)</sup>, 松本 祥生<sup>1)</sup>,  
立花 佑介<sup>1)</sup>, 合田 志穂<sup>1)</sup>, 笹田 碧沙<sup>1)</sup>, 大村亜矢香<sup>1)</sup>,  
塩津 伸介<sup>3)</sup>, 弓場 達也<sup>1)</sup>, 内匠千恵子<sup>3)</sup>, 平岡 範也<sup>1)</sup>

【症例】83歳 男性

【現病歴】関節リウマチによる間質性肺炎に対して8ヶ月前からニンテダニブを内服していた。呼吸状態が徐々に悪化し在宅酸素流量の調整目的に入院となった。

【併存疾患】心房細動（ワーファリン服用中）、陳旧性心筋梗塞

【臨床経過】入院時の心エコー検査で3ヶ月前には認めなかった左室内血栓が指摘された。凝固線溶系の異常は指摘できなかった。ニンテダニブを中止、ヘパリン投与とワーファリン増量により、フォローアップの心エコー検査では左室内血栓は縮小を認めた。

【考察】心筋梗塞による左室壁運動異常が存在し血栓症リスクのある患者であったが、ワーファリン内服を継続しており、3か月前には左室内血栓を認めなかったことからニンテダニブが血栓形成に寄与した可能性がある。ニンテダニブ使用中の左室内血栓の報告は他に認めず、重篤な合併症を引き起こす可能性があり重要であると考え報告する。

## OS2-3

### 経気管支肺生検(TBLB)によりリンパ脈管筋腫症(lymphangioleiomyomatosis:LAM)と診断した2症例

1) 京都大学 医学部 附属病院 呼吸器内科,  
2) 京都大学 医学部 附属病院 放射線診断科,  
3) 京都大学 医学部 附属病院 病理診断科

○嶋村 亜紀<sup>1)</sup>, 松梨 敦史<sup>1)</sup>, 半田 知宏<sup>1)</sup>, 大森 千穂<sup>1)</sup>,  
池添 浩平<sup>1)</sup>, 谷澤 公伸<sup>1)</sup>, 坂本 亮<sup>2)</sup>, 寺田 和弘<sup>3)</sup>,  
吉澤 明彦<sup>3)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

【症例1】45歳女性。6カ月続く労作時呼吸困難で近医を受診し、胸部X線で両下肺野の異常陰影を指摘された。労作時の高度低酸素血症を認め、在宅酸素療法を導入された。胸腹部CTで両肺野のびまん性囊胞病変と後腹膜軟部陰影を指摘され当科に紹介された。TBLBによりLAMの診断に至り、シロリムスによる治療が開始された。

【症例2】48歳女性。3年前に肺野の気腫性病変を指摘され、前医を受診した。LAMやシェーグレン症候群、α1アンチトリプシン欠損症などの検索を行ったが診断に至らず、外科的肺生検も低肺機能のため困難でCOPDとして加療され、経過中に在宅酸素療法も導入された。肺移植の適応評価目的で当院に紹介されたにTBLBを実施し、病理学的にLAMの診断に至った。シロリムスによる薬物治療および肺移植登録を予定している。

【結語】広範な陰影を呈するLAMの診断にTBLBが有効であった2症例を経験した。

## OS2-4

### 切迫早産に対し塩酸リトドリン投与中に発症した好酸球性肺炎の1例

- 1) 大津赤十字病院 呼吸器内科,
- 2) 大津赤十字病院 産婦人科

○安田 直見<sup>1)</sup>, 高橋 珠紀<sup>1)</sup>, 佐藤 将嗣<sup>1)</sup>, 住永圭一郎<sup>1)</sup>,  
嶋 一樹<sup>1)</sup>, 八木 由生<sup>1)</sup>, 伏屋 芳紀<sup>1)</sup>, 西岡 慶善<sup>1)</sup>,  
恩地 孝尚<sup>2)</sup>, 金 共子<sup>2)</sup>, 酒井 直樹<sup>1)</sup>

【症例】基礎疾患のない38歳女性。

【病歴及び経過】妊娠30週6日。切迫早産に対して塩酸リトドリン投与開始15日後に、発熱および咳嗽、呼吸困難を主訴に呼吸器内科受診。SpO<sub>2</sub>低下を認め、血液検査で好酸球13%と上昇していた。胸部単純CTで両側下葉を中心としたびまん性のすりガラス影と右下葉に浸潤影が出現。原因検索のための各種細菌検査や膠原病の抗体検査では有意な所見を認めなかったが、喀痰細胞診で好酸球が52%と増加しており、急性好酸球性肺炎が疑われた。臨床経過から塩酸リトドリンによる好酸球性肺炎と診断し、同薬剤の中止および硫酸マグネシウムへの変更、全身ステロイドの投与で酸素化は改善し、陰影も消失した。

【結語】塩酸リトドリンによる好酸球性肺炎の報告例は稀だが、妊娠経過に影響する。妊娠中の肺炎では選択できる検査が限られているため、比較的侵襲の少ない検査で診断および治療を選択できることが重要と考えられる。

## OS2-5

### COVID-19との鑑別を要した漢方薬による薬剤性肺炎の2例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院,
- 2) 神戸市立医療センター西市民病院

○遠藤 慧<sup>1)</sup>, 富岡 洋海<sup>2)</sup>, 金子 正博<sup>2)</sup>, 藤井 宏<sup>2)</sup>,  
富井 啓介<sup>1)</sup>

COVID-19の蔓延下で、胸部すりガラス影へのアプローチにおいてはCOVID-19とそれ以外との鑑別がしばしば問題となる。今回、その中でも漢方薬による薬剤性肺炎と診断した2例について報告する。症例1:83歳女性。X年7月下旬に前医にて両側すりガラス影と散在性浸潤影を指摘され、細菌性肺炎として抗菌薬投与を受けるも改善せず8月上旬に当科紹介、入院となった。BALにて好酸球34%と上昇を認めた。五苓散の関与を疑い、被疑薬の中止と経口ステロイドの投与にて軽快した。症例2:78歳男性。X年7月中旬より発熱、咳嗽、咽頭痛が出現、両側上葉優位のすりガラス影を認め入院となった。BALはマクロファージ優位で好酸球9%とやや上昇を認めた。防風通聖散の関与を疑い、被疑薬の中止にて軽快した。生活歴からは過敏性肺炎も鑑別に挙げたものの自宅退院後も症状再燃なく経過し、薬剤性肺炎と考えられた。

## OS3-1

### thymoma-associated multiorgan autoimmunityの1例

- 1) 京都府立医科大学附属病院 医学部 呼吸器内科,
- 2) 京都府立医科大学附属病院 医学部 皮膚科

○渡邊 理愛<sup>1)</sup>, 尾ノ井恵佑<sup>1)</sup>, 河内 勇人<sup>1)</sup>, 金子 美子<sup>1)</sup>,  
澤 杏樹<sup>2)</sup>, 在田 貴裕<sup>2)</sup>, 徳田 深作<sup>1)</sup>, 山田 忠明<sup>1)</sup>,  
加藤 則人<sup>2)</sup>, 高山 浩一<sup>1)</sup>

【症例】30代男性

【主訴】皮疹、下痢

【現病歴】X-6年に全身型重症筋無力症合併胸腺腫（WHO Type B3, 正岡分類II期）と診断され、複数回の外科加療及び放射線治療を実施した。X-1年に再発し、ADOC4コース実施し、以後半年間増悪なく経過した。その後発熱と全身性紅斑が出現し、重度下痢による脱水症で入院加療を要した。紅斑の治療としてステロイド、免疫グロブリン大量投与、光線療法を行うも改善に乏しく、複数回の皮膚生検より最終的にthymoma-associated multiorgan autoimmunity (TAMA)と診断された。

【考察】TAMAは胸腺腫の腫瘍随伴症候群の一つで、皮膚、腸管など多臓器にGVHD類似の病態を示す非常に稀な疾患である。重篤感染症により予後は極めて不良で確立した治療法はない。原疾患治療が有効との報告もあり、現在の治療経過と若干の文献的考察を加えて報告する。

## OS3-2

### 健診を機に発見された肺血管内膜肉腫の1例

- 1) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科,
- 2) 大阪府済生会中津病院 呼吸器外科

○宮里 和佳<sup>1)</sup>, 東 正徳<sup>1)</sup>, 北川 玲奈<sup>1)</sup>, 福島 有星<sup>1)</sup>,  
藤木 貴宏<sup>1)</sup>, 野田 彰大<sup>1)</sup>, 宮崎 慶宗<sup>1)</sup>, 佐藤 竜一<sup>1)</sup>,  
春田 由貴<sup>1)</sup>, 佐渡 紀克<sup>1)</sup>, 齋藤 隆一<sup>1)</sup>, 上田 哲也<sup>1)</sup>,  
長谷川吉則<sup>1)</sup>, 安藤 悠子<sup>2)</sup>, 松本 学<sup>2)</sup>, 田根 慎也<sup>2)</sup>,  
内野 和哉<sup>2)</sup>

【症例】28歳男性

【経過】当院初診の5年前から毎年健診にて胸部X線検査を受けており、これまで異常陰影の指摘はなかった。今回、健診の胸部X線検査にて右下肺野の結節影を指摘され当院紹介となる。明らかな自覚症状は認めなかった。胸部造影CT検査では右S9、10に肺血管の流入を伴う4cm大の表面平滑な腫瘤影を認め、腫瘍近傍のS10領域の肺動脈に塞栓を疑う造影不良域を認めた。FDG-PETでは同病変にSUV4.4の集積亢進を認め悪性疾患(T2bN0M0 StageIIA)が疑われた。胸腔鏡下右下葉切除術を施行し、肺血管内膜肉腫の診断となった。

【考察】肺血管内膜肉腫は稀な疾患であり、未切除症例の平均余命1.5ヶ月と短く、早期の診断治療が重要である。胸部造影CT検査では本症例のように血管内塞栓病変を認めることが多いため、血管内塞栓を伴う腫瘍性病変は肺血管内膜肉腫も考慮し早期の病理学的診断を検討すべきと思われた

### OS3-3

#### 両側肺虚脱と縦隔気腫および気腹症を呈した食道癌術後の右自然気胸の1例

神戸市立西神戸医療センター 呼吸器外科

○足立 泰志, 中西 崇雄, 本山 秀樹, 大政 貢

背景: 食道癌術後に縦隔交通が存在する場合は片側に生じた気胸により両側肺虚脱を呈しうるが, その報告は少ない。

症例: 74歳, 男性, 10年前に食道癌の手術歴あり(他院)。呼吸困難を主訴に前医に救急搬送, 両側肺虚脱を認め左胸腔へのドレナージのみで速やかに両側肺虚脱は改善したが気腫が持続するため手術目的に当院へ転院となった。左胸腔ドレインから気腫を認めたため同時発症の両側気胸の可能性を否定できないながらもCT所見より右発症が疑われ, 右側アプローチを先行し, 胸腔鏡下に右肺からの気腫を同定し切除。また対側胸腔との交通を再建された胃管の近傍に認めた。左側の手術は行わなかった。術後気胸再発無く術後9日目に退院となった。

結論: 食道癌術後に両側気胸や併発する縦隔気腫および気腹症を認めた場合には縦隔内交通を考慮して治療を行うべきである。術前に患側の特定は困難なこともあり, 両側手術も念頭に手術に臨む必要がある。

### OS3-4

#### 肺野移動性空洞影を呈し気胸を繰り返した血管型エーラス・ダンロス症候群の1例

北野病院 呼吸器内科

○船内 敦司, 塚本 信哉, 林 優介, 宇山 倫弘, 伊元 孝光, 濱川 瑤子, 北島 尚昌, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

【背景】血管型エーラス・ダンロス症候群(Ehlers-Danlos syndrome: EDS)は約50,000人に1人に見られ, 予後は不良である。今回, 繰り返す気胸, 肺野移動性空洞影を認め, 外科的肺生検, 遺伝子検査にて診断に至った血管型EDSを経験したため報告する。

【症例】生来健康な19歳男性。X年10月に初発の右気胸を発症した。その際胸部CTで右肺空洞影を指摘された。X年12月に左気胸, 肺野多発空洞影を認め当院へ紹介となった。胸腔ドレイン留置にて気胸は改善し, 肺野空洞影も自然軽快の傾向にあった。X+1年3月に右気胸を再発し, 再度肺野多発空洞影も認め, 胸腔鏡下左下葉部分切除術を施行した。組織学的に肺構造が失われた嚢胞性病変と骨化を認め, 血管型EDSを疑った。血管型EDSを疑う家族歴は認めなかった。遺伝子COL3A1に病的変異を確認し孤発例の血管型EDSと診断した。

【結論】肺野移動性空洞影, 気胸を指摘した際には家族歴に関わらず血管型EDSを鑑別し上げる。

### OS3-5

#### 呼吸器内科医夫婦の男性育児時短勤務の経験

- 1) 大阪府済生会野江病院 呼吸器内科,
- 2) 京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学講座

○山本 直輝<sup>1)</sup>, 船造 智子<sup>2)</sup>, 金子 顕子<sup>1)</sup>, 日下部悠介<sup>1)</sup>, 中山 絵美<sup>1)</sup>, 田中 彩加<sup>1)</sup>, 松本 健<sup>1)</sup>, 相原 顕作<sup>1)</sup>, 山岡 新八<sup>1)</sup>, 三嶋 理晃<sup>1)</sup>

症例は33歳男性(8年目)と34歳女性(10年目)の呼吸器内科医夫婦。夫は急性期病院に常勤医として勤務しており, 妻は大学院生(後に研究生)として研究に従事している。妻は, 2020年7月の学位審査の後, 9月に出産, 2021年3月まで休学した。復帰にあたり, 夫は2021年4月から9月まで育児の為の時短勤務を行った。時短勤務中は週3日・20時間の勤務を基本とし, 半日の外来を週3回, 退院調整カンファレンス・緩和ケアカンファレンスにそれぞれ週1回, irAE対策WG・化学療法委員会にそれぞれ月1回出席した他, 外来担当患者が入院した場合の入院診療を行った。妻は復帰後大学で研究を行い, 2022年度特別研究員奨励費(RPD)を獲得した。男性医師の育児休暇については, 救急科・耳鼻咽喉科・産婦人科などからの報告があるが, 呼吸器内科からの報告はなく, また, 男性医師の育児の為の時短勤務についての報告に乏しく, 貴重な経験と考えられたため, 文献的考察も含めて報告する。

### OS4-1

#### リンパ球優位の漏出性胸水を呈したIgG4関連疾患に伴う胸膜炎の一例

- 1) 公立甲賀病院 呼吸器内科,
- 2) 公立甲賀病院 呼吸器外科

○加藤 悠人<sup>1)</sup>, 徳岡 駿一<sup>1)</sup>, 大岡 彩<sup>1)</sup>, 福永健太郎<sup>1)</sup>, 片岡 瑛子<sup>2)</sup>, 藤田 琢也<sup>2)</sup>

【背景】IgG4関連疾患に伴う胸膜炎では, リンパ球優位の滲出性胸水を呈すると報告されている。一方, 漏出性胸水は胸膜炎の炎症性疾患が原因となることは少ない。今回, 漏出性胸水に胸膜生検を行いIgG4関連疾患と診断した胸膜炎の一例を報告する。

【症例】80歳代男性。閉塞性動脈硬化症, 心房細動, 2型糖尿病で内科通院中であった。2年前から少量の左胸水を認めていたが, 急速に増加し当科紹介となった。胸水穿刺でリンパ球優位の漏出性胸水を認めた。胸水は利尿薬で減少せず, 診断目的で胸膜生検を行った。壁側胸膜にリンパ濾胞の過形成を認め, 濾胞間のIgG陽性形質細胞は半分以上がIgG4陽性で, 高倍1視野中のIgG4陽性細胞数は100個以上であった。血清IgG4は高値でありIgG4関連疾患と診断した。

【結語】漏出性胸水であっても炎症性疾患が原因のことがあり, 治療への反応が不良なら胸腔鏡での精査を検討すべきである。



## OS4-2

### IgG4関連疾患との鑑別を要した悪性中皮腫の一例

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西市民病院

○横田 真, 富岡 洋海, 勝山 栄治, 李 正道,  
橋本 梨花, 網本 久敬, 瀧口 純司, 金子 正博,  
藤井 宏

症例は86歳男性、左胸水貯留を主訴に当科紹介受診。体重減少とアスベスト曝露歴もあったことから悪性中皮腫を疑い胸部CT・胸腔穿刺施行した。胸部CT上は左片側性胸水に加え両側胸膜に石灰化を伴う肥厚を認めた。胸水は滲出性で血液・胸水中の腫瘍マーカーの上昇はなかった。胸水中には中皮細胞を認めるも悪性所見は無く、胸腔鏡検査施行し病理・抗酸菌も含めた培養検査を施行したがいずれも陰性であった。PET-CTも施行したが有意な集積は認めなかった。経過からは良性石綿関連胸水を考えていたが、胸水中のIgG/IgG4比が50%以上であることが判明し、稀ながら石綿曝露患者でのIgG4関連疾患としての胸膜炎があることからそれを疑いステロイド投与を行った。その最中に胸腔ドレーン創部から肉芽の出現あり、生検にて肉腫型の悪性中皮腫の診断となった。繰り返す病理検査での悪性所見陰性と、IgG4値からもIgG4関連疾患との鑑別を要した悪性中皮腫の症例であった。

## OS4-4

### 左胸骨傍第2肋間リンパ節のみに転移した左上皮型悪性胸膜中皮腫に対する胸膜外肺全摘術の1例

ベルランド総合病院 呼吸器外科

○岡部 和倫, 木村 拓也, 古河 奈央, 宮本 光,  
原 幹太郎

【はじめに】悪性胸膜中皮腫(MPM)では、リンパ節転移症例に対する手術適応やリンパ節郭清の方法にはコンセンサスが得られていない。左胸骨傍第2肋間リンパ節のみに転移所見を認めた左上皮型悪性胸膜中皮腫に対して、左胸膜外肺全摘術(EPP)を行った。治療開始後2年5カ月間、明らかな再発なく生存中なので、ビデオを含めて報告する。

【症例】EPP施行時58歳、男性。22歳～30歳に建築業。2019年3月、左胸水指摘。胸膜生検で、上皮型MPMの診断。5月から、前医でCDDPとPEMによる化学療法を3コース。7月、左EPP施行。左胸骨傍第2肋間リンパ節と#5、#7、#8、#10リンパ節を郭清した。手術時間は9時間7分で、出血量は1,500ml。pT3(心膜)N1M0 Stage IIIAであった。9月から、左全胸郭照射を50.4Gy行った。乾燥肺1g中のアスベスト小体数は、16,076本であった。

【結語】MPMのリンパ節転移症例に対する手術適応やリンパ節郭清の方法に関して、興味深い症例を発表した。

## OS4-3

### 大量胸水貯留を認めた髄膜腫胸膜転移の1例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○伊藤 雅弘, 植松 慎矢, 高橋 祥太, 為定 裕貴,  
水谷 萌, 青柳 貴之, 石川 遼一, 高岩 卓也,  
中川 和彦, 森田 恭平, 黄 文禧, 吉村 千恵,  
西坂 泰夫

症例は57歳男性。X-9年発症の髄膜腫に対して他院で腫瘍摘出術、放射線照射を複数回施行された。X年4月、呼吸困難で当院に救急搬送、左大量胸水(黄色透明の滲出性胸水)を認め、当科に緊急入院した。造影CTでは両側胸腔内に不均一な造影効果を伴う胸膜腫瘍を認め、超音波ガイド下経皮針生検を施行した。前医の手術標本と類似した、核内封入体を有する腫瘍細胞の浸潤を認め、髄膜腫胸膜転移に矛盾しない所見を得た。胸水コントロール目的でユニタルクによる胸膜腫着術を施行した上で退院した。一般的に髄膜腫は良性腫瘍であり、胸膜転移を含めて他臓器転移の頻度は極めて少ない。髄膜腫の既往のある胸水症例では髄膜腫胸膜転移も考慮する必要があり、文献的考察を加えて報告する。

## OS4-5

### 限局性悪性胸膜中皮腫の1切除例

- 1) 天理よろづ相談所病院呼吸器外科,
- 2) 天理よろづ相談所病院病理診断科

○宮本 英<sup>1)</sup>, 金森 直美<sup>2)</sup>, 住吉 真治<sup>2)</sup>, 村上 裕亮<sup>1)</sup>,  
大角 潔<sup>1)</sup>, 後藤 正司<sup>1)</sup>, 中川 達雄<sup>1)</sup>

限局型悪性胸膜中皮腫は稀な疾患であり、孤発の充実性腫瘍として胸壁や縦隔に発生する。びまん性悪性胸膜中皮腫と比べて予後良好とされ、外科切除後長期生存例の報告もある。右上縦隔に発生した限局性悪性胸膜中皮腫に対して外科的切除を行った症例を報告する。症例は73歳男性。高校生時の1カ月間にアスベスト吹き付け作業に従事した曝露歴がある。慢性閉塞性肺疾患で治療中に増大する右上縦隔腫瘍(FDG-PET陽性, 33mm大)を指摘され、縦隔型原発性肺癌が疑われ、胸腔鏡下に切除を行った。病理組織像では、縦隔脂肪織を主座として多稜形、短紡錘形の腫瘍細胞が充実に増殖し、肺および血管への浸潤を示し、二相性の限局型悪性胸膜中皮腫pT3N0M0, stage IBと診断され、断端はいずれも陰性であった。免疫組織化学染色ではcalretinin, CK56はともに陽性であり、BerEP4およびTTF-1はともに陰性であった。腫瘍の完全切除が達成されたと考え、現在経過観察中である。

## OS5-1

### 多発性内分泌腫瘍症1型治療として胸腺神経内分泌腫瘍を切除した1例

関西電力病院 呼吸器外科

○吉村 誉史, 館 秀和

多発性内分泌腫瘍症は同時性、異時性に内分泌臓器を中心に腫瘍性病変を多発する常染色体優性遺伝性の疾患である。症例は37才、男性。母親が多発性内分泌腫瘍症1型(MEN1)で当院外科にて治療中。尿管結石のために撮影した腹部CTで膵腫瘍を指摘され、当院外科に紹介された。MEN1として精査を開始。胸腹部造影CTで膵腫瘍・十二指腸腫瘍・前縦隔腫瘍を指摘され、脳MRでは下垂体微小腺腫、副甲状腺シンチでは左副甲状腺腫が疑われた。MEN1患者では胸腺腫の悪性度が一番高いとされており、まず当科にて胸骨正中切開下に胸腺・胸腺腫瘍切除術を施行した。右側6.5cm、左側2.0cm大の2個の胸腺腫瘍があり、組織学的にはいずれも神経内分泌腫瘍で前上縦隔血管前リンパ節(右)に転移が確認された。その後2か月程度の間隔をあけて耳鼻科で副甲状腺腺腫過形成手術、外科で膵頭十二指腸切除・膵尾部腫瘍核出術が施行された。

## OS5-2

### 当院における子宮内膜症性気胸4例の検討

- 1) 市立伊丹病院 呼吸器内科,
- 2) 市立伊丹病院 呼吸器外科

○山内桂二郎<sup>1)</sup>, 新井 将弘<sup>1)</sup>, 高 祥泰<sup>1)</sup>, 満屋 奨<sup>1)</sup>, 永田 憲司<sup>1)</sup>, 原 彩子<sup>1)</sup>, 原 聡志<sup>1)</sup>, 木下 善詞<sup>1)</sup>, 細井 慶太<sup>1)</sup>, 黒田 鮎美<sup>2)</sup>, 奥村 好邦<sup>2)</sup>

【目的】子宮内膜症性気胸は月経周期に関連して発症する再発性の疾患であり、月経開始1日前から開始後3日目までに発症することが多い。当院では2012年5月～2021年6月に病理学的に診断を得られた子宮内膜症性気胸4例を経験しており、その臨床的特徴について後方視的に検討し報告する。

【結果】患者は全て女性、発症年齢は16歳～47歳(平均37.3歳)で、4例中3例が初発気胸であった。発症日は月経開始日1日前から開始後8日目までであった。全例で胸腔鏡下手術が施行され、1例で横隔膜の瘻孔、2例で横隔膜の暗色斑点を認めた。横隔膜部分切除術または肺部分切除術が施行され、全例で切除検体中に子宮内膜様組織を確認できた。

【考察】自験例では初発例が多く、月経開始から8日後に発症した症例など、過去の文献と比較して非典型的な症例も認めた。若年女性の気胸では、初発例や月経前後の発症ではない症例でも子宮内膜症性気胸を鑑別に挙げるのが重要である。

## OS5-3

### クロピドグレル硫酸塩による薬剤誘発性ループスの一例

明石医療センター 呼吸器内科

○塚本 玲, 高宮 麗, 岡村佳代子, 増田 佳純, 藤本 昌大, 池田 美穂, 畠山由記久, 大西 尚

脳梗塞の既往がある77歳男性。労作時呼吸困難を主訴に受診し右優位の両側胸水がみられた。リンパ球優位の滲出性胸水であり、悪性胸膜中皮腫や結核性胸膜炎などを鑑別に挙げて胸腔鏡検査を行ったが非特異的な炎症所見のみであった。膠原病や薬剤性などを鑑別目的に精査したところ抗核抗体(homogeneous pattern)が2560倍であったが抗ds-DNA抗体やRF因子は陰性であり皮疹や関節症状は無かった。薬剤誘発性ループスを疑い、2年前より開始されているクロピドグレル硫酸塩の中止かつステロイド投与を行った。抗核抗体は低下しステロイド中止可能であった。後日抗ヒストン抗体陽性が判明し、薬剤誘発性ループスと診断した。同系統薬であるチロピジン塩酸塩を被疑薬とする薬剤誘発性ループスの報告はあるがクロピドグレル硫酸塩が被疑薬と考えられた報告がなく貴重な症例と思われるため報告する。

## OS5-4

### タルクによる胸膜癒着術後にFDG高集積の胸膜変化を認めた1例

兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器外科

○武智 浩子, 磯和 賢秀, 深田 武久, 高萩 亮宏, 松岡 隆久, 阪井 宏彰

症例は52歳男性。既往症に右気胸あり33歳時にタルクで胸膜癒着術施行。CTで左肺尖に増大傾向の結節を認め肺癌疑いで当科紹介。術前PET検査で左肺尖結節にFDG集積を認めた。その他に右胸膜にFDG集積を伴う多発石灰化結節を認めた。PET読影でFDG集積は左肺尖結節と右多発胸膜結節では性状が異なり右多発胸膜結節はタルクによるFDG集積の可能性を指摘された。左肺癌疑いに対してVATS左肺上葉切除術施行。永久病理はLarge cell carcinoma, p-T1aN0M0, p-stageIA1。右多発胸膜結節に対しても診断目的にVATS右胸膜生検術施行。永久病理は「透明な結晶様異物を多数含む炎症を伴う線維性組織」で、タルクによる異物肉芽と考えられた。タルクを用いた胸膜癒着術では胸膜結節に長期間FDGの集積がみられるとの報告あり、本症例も術後4年の経過で右胸膜結節のFDG集積に変化はない。タルクによるFDG高集積の胸膜変化を認めた症例報告は少ない。若干の文献的考察を加えて報告する。

## OS5-5

### 胸椎浸潤を伴う後縦隔腫瘤像を呈し悪性腫瘍との鑑別を要した化膿性脊椎炎の1例

- 1) 姫路医療センター 呼吸器内科,  
2) 姫路医療センター 病理診断科,  
3) 姫路医療センター 呼吸器外科

○平田 展也<sup>1)</sup>, 平岡 亮太<sup>1)</sup>, 竹野内政紀<sup>1)</sup>, 平野 克也<sup>1)</sup>,  
久米佐知枝<sup>1)</sup>, 小南 亮太<sup>1)</sup>, 大西 康貴<sup>1)</sup>, 東野 幸子<sup>1)</sup>,  
加藤 智浩<sup>1)</sup>, 鏡 亮吾<sup>1)</sup>, 勝田 倫子<sup>1)</sup>, 横井 陽子<sup>1)</sup>,  
三宅 剛平<sup>1)</sup>, 水守 康之<sup>1)</sup>, 塚本 宏壮<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>, 上田 聡司<sup>3)</sup>

症例は47歳女性、背部痛と縦隔腫瘤影で当科紹介となった。WBC 8000 / $\mu$ L (Seg 76%)、CRP 8.51 mg/dL、造影CTでTh4/5を中心に中・後縦隔に扁平な軟部腫瘤を認め、骨破壊と脊柱管内への伸展を伴っていた。悪性腫瘍を疑いEBUS-TBNAを施行したところ、小型の異型細胞を認め腺癌が疑われたが、胸椎MRIではSTIRでTh 4/5レベルで椎間板の高信号を認め、化膿性脊椎炎の可能性も考えられた。確定診断目的で胸腔鏡下生検を施行、病理学的には形質細胞を主体とする細胞浸潤を伴った変性線維性組織であり、組織培養でS. aureusが検出された。化膿性脊椎炎と診断、CEZを投与し軽快した。悪性腫瘍との鑑別に苦慮した症例であり、文献の考察を踏まえ報告する。

## OS6-2

### 結核性皮下膿瘍・腹部大動脈瘤を併発した粟粒結核の1例

大阪赤十字病院

○高橋 祥太, 黄 文禧, 伊藤 雅弘, 為定 裕貴,  
水谷 萌, 青柳 貴之, 石川 遼一, 植松 慎矢,  
高岩 卓也, 中川 和彦, 森田 恭平, 吉村 千恵,  
西坂 泰夫

症例は特記すべき既往のない81歳男性。X-1年12月頃より右腹部の膨隆を自覚、X年1月に膨隆の増大・疼痛が強くなり、近医を受診、皮下膿瘍と診断された。2月膿瘍搔爬術を施行されたが、創治癒遷延し、4月28日当院紹介となった。造影CTでは右腹部皮下膿瘍と感染性腹部大動脈瘤が疑われ、同日入院。メロペネムとバンコマイシンが開始され、皮下膿瘍は開窓術が施行された。起因菌不明のまま、抗菌薬治療不応であったことから、5月14日腹部大動脈感染巣搔爬術と人工血管置換術を施行するも発熱は続き改善は乏しかった。5月31日の胸部CTで両側肺野に4月28日には認めなかった粟粒影を認め、粟粒結核が疑われた。皮下膿瘍検体の結核PCR陽性が判明、切除大動脈組織では壊死性肉芽腫を認め、粟粒結核と診断した。抗結核剤開始後は速やかに解熱、皮下膿瘍も改善した。診断に苦慮した粟粒結核の1例を経験したので文献の考察も含め報告する。

## OS6-1

### 粟粒結核に続発した脳結核腫に対して抗結核薬治療中に頭蓋内結節の増悪を認めた一例

日本赤十字社 京都第二赤十字病院 呼吸器内科

○國松 勇介, 中野 貴之, 片岡 伸貴, 堤 玲,  
佐藤いずみ, 谷村 真依, 谷村 恵子, 竹田 隆之

【背景】脳結核腫は治療中に画像上増悪を認める例が知られている。

【症例】症例は61歳男性、細胞性免疫不全の既往はない。20XX年1月22日に発熱を主訴に近医を受診した。対症療法を受けたが改善せず、両肺浸潤影および小粒状影を伴ったため当科を紹介受診した。胸部CTで左肺上葉に空洞影および両肺野にランダム分布を呈する小粒状影を認めた。胃液抗酸菌検査で結核菌PCR陽性であり、肺結核および粟粒結核の診断で入院した。頭部造影MRI検査で両側前頭葉・側頭葉皮質下・右側頭葉皮質下・左深部白質に散在する造影効果を伴う小結節影を認め、脳結核腫と診断された。20XX年5月26日に撮像した頭部造影MRIで多発結節は一過性に増大したが、抗結核薬投与継続にて同病変は縮小した。標準治療を3カ月延長して治療中である。

【考察】脳結核腫の画像上増悪を認めながらも抗結核薬治療を継続し得た一例を経験した。文献の考察を交え報告する。

## OS6-3

### 血液培養が有用であった粟粒結核の1例

関西電力病院 呼吸器内科

○堀川 正悦, 稲田 祐也, 古川雄一郎, 水谷 亮,  
田村佳菜子, 篠木 聖徳, 伊東 友好

【症例】62歳女性

【主訴】発熱

【現病歴】X年3月に糖尿病性ケトアシドーシスでの入院中断続的に熱源不明の発熱があり、退院後も持続していた。同年6月の胸部CTにて両肺野にランダム分布性びまん性粒状影を指摘、粟粒結核疑いで入院となり血液培養と肝生検を施行後抗結核薬治療を開始した。第9病日に意識障害を認め腰椎穿刺を施行、髄液検査で単球優位、ADA上昇を認め結核性髄膜炎の疑いとしてデキサメタゾン追加投与したところ、第40病日に軽快退院となった。結核菌は血液培養からのみ検出された。

【考察】非HIV患者において稀とされる血液培養からのみ結核菌を証明することによって診断/治療に寄与できた貴重な症例と考え、文献の考察を加え報告する。

## OS6-4

### 縦隔リンパ節腫大に対して超音波気管支鏡ガイド下針生検を施行し粟粒結核と診断した一例

- 1) 兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科,  
2) 兵庫県立尼崎総合医療センター 血液内科

○ 榎 七海<sup>1)</sup>, 松本 啓孝<sup>1)</sup>, 岡崎 航也<sup>1)</sup>, 齋藤恵美子<sup>1)</sup>,  
平位 知之<sup>1)</sup>, 遠藤 和夫<sup>1)</sup>, 万代 和宏<sup>2)</sup>, 河田 岳人<sup>2)</sup>,  
渡邊 光正<sup>2)</sup>, 平林 正孝<sup>1)</sup>

【症例】57歳女性

【現病歴】臍帯血移植後でステロイド、免疫抑制剤を内服している急性リンパ性白血病(ALL)の患者。発熱、全身倦怠感を認め、胸部CTにて両肺広範に小結節影多数と縦隔リンパ節腫大を認めた。

【経過】細菌性肺炎として抗生剤加療を開始したが、全身状態の改善は認めなかった。ALLの再燃を考慮し、気管分岐下リンパ節に対して超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を施行した。検体には組織成分はなく膿汁であり、悪性成分は認めず結核菌を検出した。その後採取した骨髓・胃液・喀痰培養でも結核菌を検出し、粟粒結核と診断した。

【結語】縦隔リンパ節腫大に対してEBUS-TBNAが粟粒結核の診断に有用であった一例を経験した。

## OS6-5

### 癌性リンパ管症、サルコイドーシスと鑑別を要したリンパ節結核の一例

- 1) 高槻病院 呼吸器内科, 2) 高槻病院 呼吸器外科

○ 岡本真理子<sup>1)</sup>, 岩坪 重彰<sup>1)</sup>, 大内 愛子<sup>1)</sup>, 山岡 貴志<sup>1)</sup>,  
岩本 夏彦<sup>1)</sup>, 松村佳乃子<sup>1)</sup>, 中村 美保<sup>1)</sup>, 金 永学<sup>1)</sup>,  
金 泰雄<sup>2)</sup>, 椎名 祥隆<sup>2)</sup>, 船田 泰弘<sup>1)</sup>

症例は75歳女性。X-6年に腭管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)に対して亜全胃温存瘻頭十二指腸切除術を施行後、定期的に外来で経過観察されていたが、X年7月のCTで右肺上葉から中葉にかけて小葉間隔壁の肥厚と多発微小結節、縦隔リンパ節腫大が出現した。同時期から湿性咳嗽が出現した。右中葉からBAL+TBLB、#7リンパ節に対してEBUS-TBNAを施行するも診断がつかず、X年8月のCTでは右上葉から中葉の多発微小結節は消失していた。胸腔鏡下縦隔リンパ節生検を施行したところ、病理検査で乾酪壊死を伴う肉下腫を認め、培養でTB-PCR陽性の抗酸菌を認め、リンパ節結核と診断した。喀痰抗酸菌塗抹、気管支鏡検査での肺胞洗浄液の抗酸菌塗抹は陰性であった。結核は肺外にもさまざまな病巣を作り、診断に難渋することも多い。リンパ節結核の画像所見と臨床的特徴について文献学的考察を踏まえ考察する。

## OS7-1

### 肺癌の疑いで右上葉切除術施行したところ、肺腺癌と結核菌が同時に検出された一例

- 1) 大津赤十字病院 呼吸器内科,  
2) 大津赤十字病院 呼吸器外科

○ 佐藤 将嗣<sup>1)</sup>, 安田 直晃<sup>1)</sup>, 住永圭一郎<sup>1)</sup>, 嶋 一樹<sup>1)</sup>,  
八木 由生<sup>1)</sup>, 伏屋 芳紀<sup>1)</sup>, 高橋 珠紀<sup>1)</sup>, 西岡 慶善<sup>2)</sup>,  
相馬 逸人<sup>2)</sup>, 松本 瞭<sup>2)</sup>, 庄司 剛<sup>2)</sup>, 片倉 浩理<sup>2)</sup>,  
酒井 直樹<sup>1)</sup>

症例は71歳男性。検診で胸部異常陰影を指摘され受診。CT所見でスリガラス陰影、結節影を認め、肺癌と結核双方の可能性を考慮し、気管支鏡検査を行った。IFN- $\gamma$ 遊離試験陰性であり、気管支鏡検体の培養で結核菌は検出されず。病理結果では悪性所見はなく、総合的に肺癌を強く疑い、当院呼吸器外科で手術を行った。術中提出の結節にて抗酸菌塗抹陽性であり、PCR検査で結核菌陽性の判定。手術検体の組織診断の結果、肺腺癌の診断を得、pT1bN0M0 pStage1A2となり、肺癌については経過観察の方針とした。結核に関しては3連痰の陰性を確認したうえで隔離解除とし、INH、RFP、EB、PZAによる標準治療を開始した。現在も外来にて内服継続中である。肺癌と結核を同一病巣にて併発した一例を経験した。画像上、肺癌と結核のいずれの否定も困難な際は同時発症の可能性も考慮すべきことを示した教育的症例としてここに報告する。

## OS7-2

### 両側胸水貯留から両側性結核性胸膜炎と診断した一例

社会医療法人 愛仁会 高槻病院

○ 岩本 夏彦, 大内 愛子, 山崎菜々美, 山岡 貴志,  
岡本真理子, 岩坪 重彰, 松村佳乃子, 中村 美保,  
金 永学, 船田 泰弘

66歳男性。発熱、両側胸水貯留を認め当院紹介され入院した。胸部CT画像にて肺内に小結節を散見したが3回喀痰および胃液抗酸菌塗抹の陰性を確認した。エコー上両側胸水を認め胸腔穿刺を各々施行、ともにADA高値(左:49.6 IU/L、右:73.8 IU/L)、リンパ球優位の血性滲出性胸水だった。胸水の抗酸菌塗抹は陰性だったが、左胸水で結核のPCRが陽性と判明したため結核性胸膜炎と診断した。入院第5病日より抗結核薬4剤(INH 300mg/日、RFP 600mg/日、EB 750mg/日、PZA 1.4g/日)で治療を開始した。その後、右胸水培養でも結核菌を検出し両側性結核性胸膜炎と診断した。抗結核薬の継続により胸部X線写真にて両側胸水は著明に減少した。両側性結核性胸膜炎の機序として結核菌がリンパ行性、あるいは血行性に散布し両側の胸膜に炎症を起こしたとする仮説があり、両側胸水貯留の場合にも結核性胸膜炎を鑑別に挙げる必要がある。

## OS7-3

### 癌性腹膜炎との鑑別を要した結核性腹膜炎の一例

独立行政法人 国立病院機構 奈良医療センター

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

【症例】68歳、男性

【主訴】腹痛、発熱

【現病歴】2か月前より右側腹部痛、嘔気を認め、38℃の発熱を認めるようになり他医受診。血液検査ではCRP、CA125、可溶性IL-2受容体の上昇を認め、腹部CTでは少量の腹水及び大網の肥厚を認め、癌性腹膜炎が疑われた。上部及び下部消化管内視鏡検査を施行するも占拠性病変を認めず。EUS-FNAで採取された腹水はリンパ球優位で、細胞診は悪性所見を認めずADA79.1U/Lと高値であった。臨床的に結核性腹膜炎と診断され、INH+RFP+EB+PZAによる治療が開始されたが、治療3週間後に再度発熱を認め、加療目的で当科紹介、入院となる。

【経過】当科入院後も抗結核剤による治療を継続し、発熱及びCRPの上昇も徐々に改善傾向となった。腹痛も軽快したために、当科退院となる。現在外来にて加療を継続しているが、経過良好である。

【考察】癌性腹膜炎が疑われる症例においても、結核性腹膜炎を念頭に置いて精査を進める必要がある。

## OS7-5

### 当院における肺結核治療中の死菌検出についての検討

独立行政法人 国立病院機構 和歌山病院

○田中 将規, 南方 良章, 佐々木誠悟, 東 祐一郎,  
川邊 和美, 小野 英也

【背景】肺結核患者の治療開始後の喀痰塗抹陽性・培養陰性、すなわち死菌の検出は入院期間が延長する一つの要因である可能性がある。そこで今回、当院で治療した肺結核患者の死菌の検出状況とその特徴について調査した。

【対象と方法】2019年4月から2020年3月において当院入院となった排菌のある肺結核患者を対象とした。

【結果】全患者49例で死亡退院の10例を除き退院基準を満たすまで治療を行った患者は39例であった。39例中、33例(85%)で死菌の検出を認めた。塗抹陰性が確認できず培養検査にて退院基準を満たしたものが17例であった。患者背景因子は死菌検出に影響は認めなかった。死菌検出期間は中央値35日(範囲7~76日)であった。

【結論】肺結核治療患者の大部分で死菌が検出され、結核の入院期間に大きな影響を及ぼしていると考えられた。

## OS7-4

### 内視鏡検査で診断され、事前に予見できなかった肺結核の症例

1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科,  
2) 近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科,  
3) 近畿大学医学部附属病院

○澤口博千代<sup>1)</sup>, 花田宗一郎<sup>1)</sup>, 山崎 亮<sup>1)</sup>, 山縣 俊之<sup>1)</sup>,  
村木 正人<sup>1)</sup>, 松本 久子<sup>2)</sup>, 東田 有智<sup>3)</sup>

症例：82歳男性

経過：XX年5月30日悪性リンパ腫と診断され、化学療法を開始、維持療法中の6月12日から発熱、末梢血中WBC、CRP上昇と右上葉浸潤影の出現を認めた。セフェム系抗菌剤投与により解熱、炎症所見も改善したが、右上葉浸潤影は残存した。喀痰培養は抗酸菌も含めて有意な所見なく、血中結核菌特異的インターフェロン $\gamma$ も陰性だった。浸潤影は一ヶ月以上残存し、器質性肺炎や重複腫瘍が疑われ、8月3日気管支鏡検査が施行された。この気管支肺胞洗浄液からガフキー4号で抗酸菌が検出され、PCRで結核と診断された。本症例は、3剤併用による結核標準治療がおこなわれて治癒し、悪性リンパ腫も寛解が維持できているのであるが、患者の身体的負担も大きく、医療スタッフや検査技師の暴露リスクも高い気管支鏡検査を行う前に診断できなかったか、考察を加えて発表したい。

## OS8-1

### *Mycobacterium Shigaense* 肺感染症の1例

1) 京都市立病院,  
2) 京都大学大学院 医学研究科 臨床病態検査学

○笹倉 美咲<sup>1)</sup>, 太田 登博<sup>1)</sup>, 篠原 浩<sup>1,2)</sup>,  
田中 駿也<sup>1)</sup>, 高田 直秀<sup>1)</sup>, 西川 圭美<sup>1)</sup>, 吉岡 秀敏<sup>1)</sup>,  
五十嵐修太<sup>1)</sup>, 小林 祐介<sup>1)</sup>, 後藤 健一<sup>1)</sup>, 古田健二郎<sup>1)</sup>,  
江村 正仁<sup>1)</sup>

症例は55歳、男性。主訴は1か月持続する咳嗽。健診で胸部異常陰影を指摘され前医を受診し、非結核性抗酸菌症 (NTM) の疑いで当院紹介となった。胸部CTで右下葉に空洞性病変を認め、喀痰抗酸菌培養より同定不能な抗酸菌が検出されたため遺伝子検査を依頼し *Mycobacterium Shigaense* が同定された。1か月の経過で右下葉空洞影の増大、新規に右上葉の浸潤影を認めたがRFP+EB+CAMによる加療を開始したところ陰影の改善を認め現在も治療継続中である。 *M. Shigaense* は2012年に免疫抑制患者における皮膚・軟部組織感染症として本邦で初めて報告され、2014年に肺感染症として初めて報告された新種のNTMであり、Ryunion分類では2群に分類される。 *M. Shigaense* 肺感染症は稀であり、比較的急速な陰影経過を辿った1例を経験したため文献的考察を交えて報告する。

## OS8-2

### 質量分析法で診断したMycobacterium shimoidei感染症の1例

関西電力病院 呼吸器内科

○篠木 聖徳, 古川雄一郎, 水谷 亮, 田村佳菜子,  
稲田 祐也, 伊東 友好

症例は72歳, 男性。発熱, 咳嗽を認め4年前に近医より当科へ紹介となった。胸部CTで右上葉, 左下葉に空洞影を認めた。喀痰の抗酸菌塗抹は陽性, PCR法は結核・MACとも陰性で, Mycobacterium属が培養された。DDH法で菌種の同定不能であり, マトリックス支援レーザー脱離イオン化飛行時間型質量分析計(Matrix-Assisted Laser Desorption/Ionization Time-of-Flight Mass Spectrometer:MALDI-TOF MS)による質量分析法を行ったところM. shimoideiを同定した。RFP, EB, CAMの治療開始5ヶ月後には抗酸菌培養が陰性化し, その後両肺野の空洞影は軽減した。M.shimoidei感染症に対する診断・治療に対し, 文献的考察を加え報告する。

## OS8-3

### 非結核性抗酸菌症とアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の治療中に発症した自己免疫性溶血性貧血の1例

1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 血液内科

○藤本 佑樹<sup>1)</sup>, 大塚浩二郎<sup>1)</sup>, 難波 晃平<sup>1)</sup>, 藤岡 美結<sup>1)</sup>,  
平位 一廣<sup>1)</sup>, 橋田 恵佑<sup>1)</sup>, 田中 悠也<sup>1)</sup>, 稲尾 崇<sup>1)</sup>,  
門田 和也<sup>1)</sup>, 伊藤 公一<sup>1)</sup>, 笠井 由隆<sup>1)</sup>, 榎屋 大輝<sup>1)</sup>,  
常峰 紘子<sup>2)</sup>, 鈴木雄二郎<sup>1)</sup>

症例は57歳, 女性。難治性, CAM耐性の非結核性抗酸菌症(NTM)のため長期に多剤治療を継続し, 荒蕪肺に起因する慢性2型呼吸不全に対して在宅酸素療法を行っている。1年前には, 喀痰よりA. fumigatusを検出, アレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)の診断基準も満たし, ポリコゾールの加療を追加していた。約1ヶ月前から呼吸困難が進行し, 血液検査にて溶血性貧血, 直接Coombs試験陽性を認め, 自己免疫性溶血性貧血(AIHA)と診断した。薬剤の関連も否定できないため, レボフロキサシン(38ヶ月前から使用)とポリコゾール(12ヶ月前から使用)を中止, プレドニゾロン大量療法を行った。溶血所見や貧血は改善し, プレドニゾロン減量を行っているが溶血性貧血の再燃なく経過している。NTMやABPAにAIHAを合併する症例は希であるため報告する。

## OS8-4

### 長期間罹患の関節リウマチ患者でエタネルセプトの投与下に新たに肺非結核性抗酸菌症を発症した一例

独立行政法人 国立病院機構 大阪刀根山医療センター

○宮崎 暁人, 新居 卓朗, 木庭 大郎, 松木 隆典,  
辻野 和之, 三木 啓資, 木田 博

症例は78歳, 女性。X-28年に関節リウマチ(RA)と診断され, X-15年よりメトトレキサート(MTX)が, X-11年よりエタネルセプト(ETN)が開始された。両肺の気管支拡張像と浸潤影, 粒状影を認め, 非結核性抗酸菌(NTM)症を疑い, 2度の気管支鏡検査と繰り返し喀痰検査を行ったがNTMの検出はなく, RAによる気道病変, 間質性肺炎と考えられた。X年9月に左下葉に新規の空洞影と浸潤影を認め, 入院となった。MTXとETNを中止し, 抗菌薬加療に一旦反応したが炎症反応の再上昇, 空洞影の悪化を認めた。喀痰培養からM. intracellulareが2回検出され, 肺NTM症と診断した。長期間のRAの罹病による気道病変, 間質性肺炎を背景とし, 環境常在菌であるNTMが定着し, 生物学的製剤投与下に発症に至ったと考えられる。縦維空洞型の肺NTM症で予後不良が予想され, 治療導入を検討している。

## OS8-5

### 肺非結核性抗酸菌症の経過中にANCA関連血管炎を発症した一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○山本 亮, 坂本 裕人, 田中 佑磨, 武田 淳志,  
丸口 直人, 中村 哲史, 松村 和紀, 上山 維晋,  
加持 雄介, 橋本 成修, 田中 栄作, 田口 善夫,  
羽白 高

症例は79歳女性。X-12年に結節・気管支拡張型の肺MAC症に対してRFP+EB+CAMでの2年間の治療後, 経過観察されていたが, X年3月に空洞を伴う肺結節・喀痰増加・発熱が出現した。喀痰抗酸菌塗抹検査は陰性だったが, 肺MAC症の再燃として, 入院でRFP+EB+CAMによる治療を開始した。入院9日目に血小板減少で3剤を休薬後, 血小板数は回復したため入院15日目にEB+CAMを再開し, その後AMKを追加したが, 発熱は改善せず, 治療前に複数回採取した喀痰抗酸菌培養検査も陰性だった。入院37日目に腎障害や尿中赤血球が出現し精査するとPR3-ANCA強陽性を認め, 肺病変と腎病変を伴うANCA関連血管炎と診断した。免疫抑制治療や透析は希望されず, 入院69日目に腎不全で死亡した。当院でこれまで経験した, 肺NTM症が先行したANCA関連血管炎の症例も含めて報告する。

## OS8-6

### 肺移植前後の非結核性抗酸菌症の治療成績

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

○大角 明宏<sup>1)</sup>, 長尾 美紀<sup>2)</sup>, 栢分 秀直<sup>1)</sup>, 田中 里奈<sup>1)</sup>,  
山田 義人<sup>1)</sup>, 豊 洋次郎<sup>1)</sup>, 濱路 政嗣<sup>1)</sup>, 中島 大輔<sup>1)</sup>,  
伊達 洋至<sup>1)</sup>

当科にて2008年から2021年までに施行した肺移植症例261例を対象に、肺移植前後の非結核性抗酸菌 (NTM) 感染の治療成績を検討した。移植前のNTM感染既往は8例に認めた。2例は18・21年前の感染完治例であった。以外の6例は造血幹細胞移植後肺障害に生じたNTM感染で、うち3例は加療により排菌消失を確認した後、いずれも半年以内に生体肺移植を施行した。全症例が移植後の感染の再燃なく生存中である。一方、移植後のNTM感染は13例に認めた。7例がグラフト肺機能不全となり、うち3例が再移植済みもしくは再肺移植登録中、3例を失った。ほか3例が咯血、肺胞蛋白症、GVHDで死亡され、3例が加療により軽快し生存中である。移植前のNTM感染は治療介入により良好な結果を期待し得るが、特に造血幹細胞移植後肺障害症例では、術前の慎重な経過観察と適切な加療が肝要である。移植後は慢性移植肺機能不全への進展も危惧され、移植前と同様、厳密な管理体制が重要である。

## OS9-2

### 気管支鏡検査後の医原性気胸に続発し、ノカルジアやカンサシとの関連が想起された胸膜炎の症例

加古川中央市民病院

○石田 貢一, 堀 朱矢, 松本 夏鈴, 山本 浩生,  
山本 賢, 藤井 真央, 多木 誠人, 徳永俊太郎,  
西馬 照明

特に基礎疾患のない66歳男性。CTで右肺中葉末梢に結節影、左肺舌区および下葉に気管支拡張症と粒状影を認めた。抗酸菌咯痰検査塗抹は3回陰性、一般細菌咯痰検査から放線菌を認めた。菌確定の目的で気管支鏡検査を施行した際に、医原性右気胸を発症し入院した。気管洗浄液から放線菌(1+)、抗酸菌(2+)を認めた。入院後に38℃台の発熱があったが、気胸の増悪はなく、抗生剤内服で退院した。その後1週間解熱せず、右胸水貯留も出現したため再入院した。胸水性状はリンパ球優位、ADA高値だった。気管洗浄液の放線菌はノカルジアだったため、ST合剤とIMPで治療したが、発熱が持続した。咯痰抗酸菌培養からカンサシが陽性となり、INH, RFP, EBを追加したところ解熱した。後日胸水抗酸菌培養からカンサシが陽性となった。NTMによる胸膜炎は頻度が少ないが、医原性気胸によってこれを発症した症例を経験したため報告する。

## OS9-1

### 肺Mycobacterium peregrinum感染症に対して3剤併用の化学療法行った1例

市立伊丹病院

○新井 将弘

【症例】75歳女性

【現病歴】X - 3年発熱、咳嗽を主訴に近医受診し、アジスロマイシン内服し解熱、咳嗽も改善認めたが胸部レントゲンにて下肺野中心に網状影認め当院紹介受診となった。胸部CTでは右肺中葉、左肺舌区、下葉中心に小葉中心性の粒状影、浸潤影認めており右中葉、左舌区では気管支拡張も認めた。喀痰培養でM.peregrinumを2回検出し非結核性抗酸菌症の診断となった。その後は症状なく外来でフォローされていたがX年に食思不振、体重減少認めCTにて増悪認めていたため8月23日治療目的に入院となった。

【入院後経過】入院後よりクラリスロマイシン、レボフロキサシン、エタンプトール併用療法を開始した。食思不振などの症状は徐々に改善しレントゲンも増悪なく経過している。

【考察】M.peregrinumはM.fortuitum群の他菌種と同様に皮膚軟部組織や骨に感染症を生じることが多いが肺感染症の報告は極めて稀である。文献的考察とともに症例を提示する。

## OS9-3

### 内科的,外科的加療でコントロールできたCAM耐性のMAC症による胸膜炎,皮下膿瘍の一例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,  
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科,  
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 形成外科,  
4) 神戸市立医療センター中央市民病院 感染症科

○嶋田 有里<sup>1)</sup>, 平林 亮介<sup>1)</sup>, 貴志 亮太<sup>1)</sup>, 田代 隼基<sup>1)</sup>,  
岩林 正明<sup>1)</sup>, 遠藤 慧<sup>1)</sup>, 世利 佳凜<sup>1)</sup>, 島 佑介<sup>1)</sup>,  
白川 千種<sup>1)</sup>, 佐藤 悠城<sup>1)</sup>, 永田 一真<sup>1)</sup>, 中川 淳<sup>1)</sup>,  
立川 良<sup>1)</sup>, 甲 貴文<sup>2)</sup>, 川端 智也<sup>3)</sup>, 黒田 浩一<sup>4)</sup>,  
高橋 豊<sup>2)</sup>, 片岡 和哉<sup>3)</sup>, 富井 啓介<sup>1)</sup>

症例は77歳男性。入院12年前にMycobacterium intracellulareを起炎菌とした肺MAC症と診断した。CAM, RFP, EBで化学療法を施行していたが、CAM耐性であることが判明、副作用により治療を中止した。入院1カ月前に肺MAC症による続発性気胸に対し胸腔ドレーンを留置した。気胸の制御ができたため、退院したが、右胸水貯留を認め、皮下膿瘍が形成されたため再入院となった。Mycobacterium intracellulareによる胸膜炎、皮下膿瘍と診断、INH, EB, SM, MFLXで化学療法を行った。右側胸部膿瘍腔搔爬術を施行の上、VAC療法(局所陰圧閉鎖療法)を併用しながら胸腔内洗浄を継続した。皮膚瘻を形成した上で入院141日目に自宅退院、退院後も胸腔内洗浄は継続している。CAM耐性MAC症による胸膜炎および皮下膿瘍に対し、INH, EB, SM, MFLXの4剤併用レジメンを用いた集学的治療が有用である可能性が示唆された。

## OS9-4

### 非典型的な画像所見を呈し診断に難渋した肺 *Mycobacterium abscessus* 症の1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 病理診断センター

○難波 晃平<sup>1)</sup>、田中 悠也<sup>1)</sup>、藤本 佑樹<sup>1)</sup>、橋田 恵佑<sup>1)</sup>、  
稲尾 崇<sup>1)</sup>、門田 和也<sup>1)</sup>、大塚浩二郎<sup>1)</sup>、鈴木雄二郎<sup>1)</sup>、  
伊藤 公一<sup>1)</sup>、笠井 由隆<sup>1)</sup>、榎屋 大輝<sup>1)</sup>、田代 敬<sup>2)</sup>

症例はシェーグレン症候群が基礎疾患にある80歳女性。広範な両肺の浸潤影が出現し緩徐に拡大したため精査目的に呼吸器内科に入院した。肺浸潤性粘液腺癌も鑑別として考えられたが、気管支鏡検査を行い肺病理組織で肉芽腫性病変を認め組織培養から *Mycobacterium abscessus* sp. *massiliense* を同定し肺アブセッサス症と診断した。CAM、AMK、IPM/CSで治療し肺病変の縮小と喀痰排菌量減少を得た。肺アブセッサス症は結節・気管支拡張型もしくは線維空洞型を呈するとされ非典型的な画像パターンの本例は貴重な1例であり報告する。

## OS9-5

### 肺結核との鑑別に難渋した *Mycobacterium malmoeense* (*M. malmoeense*) による肺感染症の1例

公立那賀病院 呼吸器内科

○小暮美和子、佐藤 孝一、土橋友紀子、金井 一修、  
中西 宏公、池田 剛司

症例は64歳女性、既往歴に肺結核あり。20XX年10月に血痰、咳、右上前胸部違和感を訴え受診、胸部レントゲンで右上肺野に空洞影を認め、胸部CTで右上葉に空洞影と中葉に浸潤影を認めた。肺結核を疑い行った1日目の胃液検査は抗酸菌塗抹ガフキー (G) 7号、結核菌 rRNA 検査は判定不能、MACrRNA 検査は陰性、2日目の喀痰検査は抗酸菌塗抹 G7号、結核菌 rRNA 検査は判定不能、再検査は陰性、外注検査の結核菌 PCR 検査は陰性、3日目の喀痰検査は抗酸菌塗抹 G7号、希釈した検体の結核菌 rRNA 検査は陰性であった。胃液、喀痰の培養4週で *M. malmoeense* が同定された。*M. malmoeense* による肺感染症と診断しリファンピシン、エタンブトール、クラリスロマイシンによる化学療法を行い、副作用のため4ヶ月間の治療となったが症状、画像の著大な改善を得た。本邦で *M. malmoeense* による肺感染症の報告は少なくまた短期間の治療で奏功した症例を経験したため文献的考察も含めて報告する。

## OS10-1

### エルトロンボパグによる薬剤性肺障害の一例

関西電力病院 呼吸器内科

○古川雄一郎、稲田 祐也、水谷 亮、田村佳菜子、  
篠木 聖徳、伊東 友好

70歳女性。特発性血小板減少性紫斑病、好酸球增多症に対してエルトロンボパグとステロイドが開始された。治療開始約8か月後にステロイドは中止され、エルトロンボパグのみ継続となった。エルトロンボパグ開始約13か月後より咳嗽、呼吸困難が出現し、両肺野に浸潤影を認めた。一旦経過観察をするも、病状は悪化傾向であったため、入院の方針となった。血清KL-6は11600 U/mL、SP-Dは297 ng/mLと著高しており、経気管支肺生検では、器質化肺炎の所見を得た。臨床的に、エルトロンボパグによる薬剤性肺障害を疑い、同薬を中止した。徐々に自覚症状、検査所見、画像所見は改善傾向であったため、ステロイド投与などの追加治療はせず、退院の方針とした。退院後も肺病変は悪化なく経過している。エルトロンボパグによる薬剤性肺障害の報告は稀であり、文献的考察も加え報告する。

## OS10-2

### 乳癌に対する dose-dense EC 療法後にパクリタキセルを投与し、薬剤性肺障害を発症した1例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○丸口 直人、永富 旺、坂本 裕人、田中 佑磨、  
武田 淳志、山本 亮、中村 哲史、松村 和紀、  
上山 維晋、加持 雄介、橋本 成修、羽白 高、  
田中 栄作、田口 善夫

症例は50歳代女性。右乳癌術後化学療法として、ベグフィलगラスチムを併用し、14日毎にエビルピシンとシクロホスファミドを投与する dose-dense EC 療法がX年7月2日から8月13日まで4コース行われた。その後、8月27日にパクリタキセルの投与が開始されたところ、関節痛、発熱に続いて、9月2日に呼吸不全、両肺のすりガラス陰影を認めた。同日気管支肺胞洗浄を行い、一時はST合剤での治療も行ったが、β-Dグルカン陰性、BALFのGrocott染色陰性の結果より中止、メチルプレドニゾロン1000 mg/日3日間の後、プレドニゾロン0.5 mg/kg投与で改善が得られた。乳癌における dose-dense 療法でのニューモシスチス肺炎発症が知られているが、薬剤性肺障害との鑑別を要し、dose-dense EC 療法後にびまん性の肺陰影を呈した当院での経験症例とあわせて、示唆に富む症例と考え報告する。



### OS10-3

#### オラパリブによる薬剤性肺炎との鑑別を要したリウマチ関連器質性肺炎の1例

公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○坂本 裕人, 上山 維晋, 田中 佑磨, 武田 淳志,  
丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史, 松村 和紀,  
加持 雄介, 橋本 成修, 羽白 高, 田中 榮作,  
田口 善夫

症例は64歳女性、卵巣・S状結腸重複癌に対して、オラパリブの投与を受けていた。オラパリブ開始1ヶ月後、発熱・咳嗽が出現し、左中下肺野に肺炎像を認めたため、モキシフロキサシンを投与したが改善しなかった。CTではOPパターンの多発浸潤影が認められ、気管支肺胞洗浄を行なったところ、洗浄液中のリンパ球が48%まで増加していた。同時に、リウマトイド因子および抗CCP抗体が陽性で、多関節痛も呈していたことから、本症例では、オラパリブによる薬剤性肺炎とリウマチ関連器質性肺炎の鑑別が困難であった。プレドニゾロン30mgおよびタクロリムスにて治療を開始し、臨床症状・画像所見の著明な改善が認められた。以後、オラパリブを再開するも、浸潤影の再燃はなく、オラパリブによる薬剤性肺炎は否定的と判断した。

### OS10-5

#### 両肺びまん性粒状影を呈し、類上皮細胞性肉芽腫と好酸球浸潤を認めたイマチニブによる薬剤性肺炎の1例

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

○貴志 亮太<sup>1)</sup>, 立川 良<sup>1)</sup>, 嶋田 有里<sup>1)</sup>, 田代 隼基<sup>1)</sup>,  
世利 佳澁<sup>1)</sup>, 遠藤 慧<sup>1)</sup>, 岩林 正明<sup>1)</sup>, 白川 千種<sup>1)</sup>,  
島 佑介<sup>1)</sup>, 平林 亮介<sup>1)</sup>, 佐藤 悠城<sup>1)</sup>, 永田 一真<sup>1)</sup>,  
中川 淳<sup>1)</sup>, 山下 大祐<sup>2)</sup>, 原 重雄<sup>2)</sup>, 富井 啓介<sup>1)</sup>

症例は71歳男性。X-7年より小腸GISTに対してメシル酸イマチニブを開始したが、8ヵ月後に薬剤性肺炎疑いで中止。X-1年12月より同薬を再開後、X年9月より発熱が出現した。X年10月のCTにて両肺にびまん性の粒状影を認め、約1週間の経過で呼吸困難と低酸素血症が出現したため、精査入院となった。入院時のCTでは、粒状影の増悪に加えて両肺にすりガラス影を認め、粟粒結核+ARDSとして、BAL（好酸球42%）施行後より抗結核薬とmPSL 80mgを開始した。3日間のステロイド投与により肺浸潤影は速やかに消退し、好酸球性肺炎と考えられたが、びまん性の粒状影は残存した。粟粒結核は精査にて否定的となり、追加して施行した経気管支肺生検では、炎症細胞浸潤と類上皮細胞性肉芽腫を認め、臨床的にイマチニブによる好酸球性肺炎+肉芽腫性薬剤性肺炎と診断した。イマチニブによる肉芽腫性薬剤性肺炎は稀であり、文献的考察をまじえて報告する。

### OS10-4

#### 両肺びまん性小粒状影と肉芽腫性病変を呈した、オラパリブによる薬剤性肺障害の一例

1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,  
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 産婦人科,  
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科

○世利 佳澁<sup>1)</sup>, 佐藤 悠城<sup>1)</sup>, 松林 彩<sup>2)</sup>, 西野 彰悟<sup>3)</sup>,  
田代 隼基<sup>1)</sup>, 貴志 亮太<sup>1)</sup>, 白川 千種<sup>1)</sup>, 島 佑介<sup>1)</sup>,  
嶋田 有里<sup>1)</sup>, 平林 亮介<sup>1)</sup>, 永田 一真<sup>1)</sup>, 中川 淳<sup>1)</sup>,  
立川 良<sup>1)</sup>, 原 重雄<sup>3)</sup>, 富井 啓介<sup>1)</sup>

68歳女性。X-2年9月から右卵巣癌に対し、術前化学療法と手術、その後の化学療法が行われた。X-1年7月から維持療法でオラパリブの内服をしていたが、副作用で貧血が出現したためオラパリブの休薬と再開を繰り返していた。X年5月から38度の発熱が出現し、X年6月から咳嗽が出現したためCTを撮影したところ過敏性肺炎様の両肺びまんの小粒状影を指摘された。隔離では症状の改善はなく、採血上も明らかな原因を指摘できなかった。BALとクライオバイオプシーを行ったところ、肺胞隔壁にリンパ球浸潤と壊死を伴わない類上皮細胞性肉芽腫を認めたが、気管支周囲の炎症や細気管支炎を伴わずIndeterminate for HP相当であった。MDDによって薬剤性肺障害と診断し、オラパリブの12日間の休薬で発熱と咳嗽の症状は改善した。1ヶ月後のCTでは小粒状影も改善していた。オラパリブによる薬剤性肺障害への病理学的検討はこれまでなく、文献的考察を含めて報告する。

### OS11-1

#### 病態悪化時の病歴聴取と気管支肺胞洗浄により、過敏性肺炎の可能性が示唆された線維化性間質性肺炎の1例

NHO 近畿中央呼吸器センター

○茂田 光弘, 新井 徹, 井上 義一

症例は79歳男性。8年前に精査が行われ、気管支肺胞洗浄(BAL)所見は正常で、病歴および画像から特発性肺線維症(IPF)と診断された。抗線維化薬が開始されたが、その後も進行性であった。2週間前から咳嗽および呼吸困難の増悪を認めたため外来受診、KL-6の上昇および新規のすりガラス影を認め、IPF急性増悪の疑いで入院となった。病歴聴取で、病態悪化の数日前に鶏糞の使用があったことが判明し、再度施行したBALにてリンパ球比率およびCD4/8比の上昇を認め、線維化性過敏性肺炎(F-HP)の可能性が示唆された。入院後、咳嗽は自然経過で改善し、呼吸状態も安定したため環境調整を行い退院とした。退院後、呼吸困難の悪化はなく経過し、KL-6も自然に改善が得られ、よりF-HPの可能性が示唆された。初期診断時のBALでリンパ球比率上昇がなくても、抗原曝露後にリンパ球比率の上昇が見られ、病歴と合わせてF-HPの可能性が示唆された教訓的な症例と考え報告する。

## OS11-2

### 免疫性血小板減少症による肺胞出血が疑われた一例

- 1) 独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,  
2) 独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 血液内科

○久米佐知枝<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>,  
平野 克也<sup>1)</sup>, 小南 亮太<sup>1)</sup>, 大西 康貴<sup>1)</sup>, 加藤 智浩<sup>1)</sup>,  
東野 幸子<sup>1)</sup>, 鏡 亮吾<sup>1)</sup>, 勝田 倫子<sup>1)</sup>, 三宅 剛平<sup>1)</sup>,  
横井 陽子<sup>1)</sup>, 塚本 宏壮<sup>1)</sup>, 水守 康之<sup>1)</sup>, 佐々木 信<sup>1)</sup>,  
河村 哲治<sup>1)</sup>, 中原 保治<sup>1)</sup>, 日下 輝俊<sup>2)</sup>

95歳女性、X年5月13日から呼吸困難と血痰が出現した。症状の改善なく翌日当院を受診した。CTの縦隔条件で高吸収を示す浸潤影を両側肺に認め、血小板数は8000/ $\mu$ Lと低値であった。凝固系検査に異常なく、骨髓穿刺検査で異型細胞や芽球は認めず巨核球の増加を認め、免疫性血小板減少症による肺胞出血を疑った。ハイフローネーザルカスラにてFiO2 70%まで酸素需要が悪化した。ステロイドパルス療法・免疫グロブリン大量療法・血小板輸血で治療を行い、浸潤影や呼吸状態は改善、血小板数も15000/ $\mu$ Lに回復した。文献考察を含めて報告する。

## OS11-4

### 多発肺内リンパ節腫大で発症しVATSで診断に至ったサルコイドーシスの1例

高槻赤十字病院 呼吸器科

○村山 恒峻, 山本 晴香, 野溝 岳, 深田 寛子,  
中村 保清, 北 英夫

症例：喘息COPDオーバーラップで通院中の70歳男性。X-8年に胸部CTで両肺野に多発小結節影を指摘されて経過観察されていたが、X-3年までは著変を認めなかった。X年3月のCTで肺野の多発結節の増大傾向と縦郭リンパ節の軽度の腫大を指摘された。PET-CTでは一部の小結節と縦郭肺門リンパ節にFDGの取り込みを認めた。VATS生検を施行し、肺野の小結節を含む肺組織と縦郭リンパ節より類上皮性肉芽腫を認め、サルコイドーシスと診断した。文献的考察を加えて報告する。

## OS11-3

### 大柴胡湯による薬剤性肺炎が既往にあり、COVID-19の流行下で防風通聖散による薬剤性肺炎を発症した一例

神戸市立医療センター 中央市民病院 呼吸器内科

○白川 千種, 立川 良, 貴志 亮太, 田代 準基,  
世利 佳凜, 島 佑介, 嶋田 有里, 平林 亮介,  
佐藤 悠城, 永田 一真, 中川 淳, 富井 啓介

例は70歳女性で大柴胡湯による薬剤性肺炎のため入院歴があった。入院3ヶ月前より防風通聖散を内服しており、発熱を主訴に前医を受診した。KL-6上昇と気管支血管束優位に両側すりガラス陰影を呈し、SARS-CoV-2のPCR検査や抗原検査を施行するも陰性だったが、COVID-19の擬似症として抗ウイルス薬、全身性ステロイド加療が行われた。その後、重症呼吸不全のため挿管管理となり当院へ転院搬送された。患者背景や経過から防風通聖散による薬剤性肺炎が疑わしく、全身性ステロイド加療を継続し、呼吸状態は改善し抜管に至った。大柴胡湯と防風通聖散に含まれる黄芩は、薬剤性肺炎の原因として重要である。本症例はCOVID-19流行下に発熱と両側陰影を呈し、陰影の分布や内服薬の聴取により原因究明に至った。近年のダイエットブームで防風通聖散や類似商品が広く流通しており、薬剤性肺炎の発症に留意すべきである。

## OS11-5

### 清肺湯による薬剤性肺炎を鑑別に要した肺サルコイドーシスの一例

- 1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科,  
2) 吉野病院 内科

○鈴木健太郎<sup>1)</sup>, 甲斐 吉郎<sup>1)</sup>, 堀本 和秀<sup>2)</sup>, 岩井 一哲<sup>2)</sup>,  
松田 昌之<sup>1)</sup>, 村上 伸介<sup>2)</sup>, 福岡 篤彦<sup>2)</sup>

72歳男性。禁煙のため清肺湯内服を開始し、徐々に咳嗽と労作時呼吸困難を認めたため近医を受診した。胸部CTで両側上肺野優位にすりガラス陰影を認め、精査加療目的に当科紹介となった。同日入院され、薬剤性肺炎を疑い被疑薬をすべて中止し、細菌性肺炎も否定できず、セフトリアキソン点滴を開始した。第7病日の胸部CTで陰影増大を認めたため、気管支鏡を施行した。気管支肺生検では気道周囲に小型類上皮細胞肉芽腫を認め、またブドウ膜炎も認めたため、サルコイドーシスと診断した。清肺湯の薬剤リンパ球刺激試験は陰性であった。第7病日よりメチルプレドニゾン1000mg3日間、以降はプレドニゾン40mgで開始、徐々に自覚症状消失と胸部X線での陰影改善を認めたため、第27病日にプレドニゾン30mgで退院となった。清肺湯による薬剤性肺炎を鑑別に要した肺サルコイドーシスの一例を経験したため、文献を交えて考察する。

## OS11-6

### TNF-α阻害剤(エタネルセプト)投与中に発症した肺・皮膚サルコイドーシスの一例

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

○伊藤 栞, 長 敬翁, 山本 佳史, 井上 泰孝,  
 奥田 陽亮, 藤原 隆徳, 濱田恵理子, 佐藤 一郎,  
 高橋 輝一, 岩佐 佑美, 有山 豊, 新田 祐子,  
 藤岡 伸啓, 春成加奈子, 坂口 和宏, 太田 浩世,  
 藤田 幸男, 山内 基雄, 吉川 雅則, 室 繁郎

症例は84歳女性。関節リウマチに対し78歳時よりTNF-α阻害剤(エタネルセプト)、プレドニゾロンで加療されていた。20XX-2年12月に左上腕の紅斑が出現し、他院の皮膚科にて生検を行い皮膚サルコイドーシスと診断された。20XX年1月の胸部CT検査で縦隔リンパ節腫大を指摘され、当科に紹介となった。サルコイドーシスの増悪と考えエタネルセプトを中止し、プレドニゾロンの増量を行ったところ、肺病変は著変ないものの縦隔リンパ節は縮小した。その後、関節リウマチに対してアバタセプトを開始し、縦隔リンパ節は縮小を維持している。本来サルコイドーシスの治療薬であるTNFα阻害剤の使用中にサルコイドーシスを発症するという逆説的な報告があり、特にエタネルセプトの報告が多い。TNFα阻害剤開始からサルコイドーシス発症までの期間は数週から数年と幅広いが、本症例では約6年の長期経過で発症しており、希少な症例と考え報告する。

## OS12-2

### Burkholderia cepaciaによって生じた市中肺炎

大津赤十字病院

○住永圭一郎, 安田 直晃, 佐藤 将嗣, 嶋 一樹,  
 八木 由生, 伏屋 芳紀, 高橋 珠紀, 西岡 慶善,  
 酒井 直樹

Burkholderia cepaciaは免疫抑制患者に生じる肺炎の原因菌として知られる。我々は今回特に併存症のない男性に生じた本菌による市中肺炎を経験したので報告する。症例は87歳男性。胸痛と呼吸困難のため受診した。著明な炎症反応上昇に加え右肺の広範な浸潤影を認め細菌性肺炎の診断で入院とした。重症肺炎としてタゾバクタム・ピペラシリンで加療を開始した。後に血液培養からBurkholderia cepaciaの発育を認め同菌による肺炎・菌血症と診断した。その時点で解熱を認めるなど改善傾向であったため抗菌薬変更せず2週間継続し治癒を得て治療を終了した。Burkholderia cepaciaは免疫抑制患者以外にも生じる可能性がある。治療に際しては広域抗菌薬が必要となることから初期のempiric therapyに不応のことも多々あり、非免疫抑制者であっても治療抵抗性の場合には本菌による感染の可能性も考慮に入れ原因菌検索や抗菌薬の変更をする必要があると考えられる。

## OS12-1

### びまん性汎細気管支炎加療中に発熱を契機にMPO-ANCA陽性顕微鏡的多発血管炎が発症した一例

1) 京都大学 医学部 附属病院 呼吸器内科,  
 2) 京都大学 医学部 附属病院 腎臓内科,  
 3) 京都大学 医学部 附属病院 膠原病内科

○嶋村 亜紀<sup>1)</sup>, 伊藤 功朗<sup>1)</sup>, 曾根 尚之<sup>1)</sup>, 森田 圭介<sup>2)</sup>,  
 石郷岡 望<sup>3)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

【背景】慢性気道感染症にANCA関連血管炎が合併しうることが国内外から報告されている。びまん性汎細気管支炎(diffuse panbronchiolitis, DPB)の加療中に発熱と腎機能障害を呈し、顕微鏡的多発血管炎と診断した一例を経験したので報告する。

【症例】73歳女性.DPBの診断でマクロライド少量長期療法中に、発熱と右下肺野の陰影の増強を認めた事から肺炎の合併を疑った。入院後抗菌薬を投与するも発熱が改善せず、他疾患の合併を疑いMPO-ANCAを検査したところ167 U/mLと上昇していた。さらに経過中急速に血清Cre値が1.75 mg/dLまで上昇した事からANCA関連血管炎を疑いステロイドパルス療法を施行し、MPO-ANCAの低下と症状の改善を認めた。後日腎生検を施行した結果、間質および糸球体に病変を認め、顕微鏡的多発血管炎(probable)と診断した。

【結語】慢性気道感染症の経過中に抗菌薬抵抗性の発熱を認める際にはANCA関連血管炎も念頭に置くべき疾患と考えられる。

## OS12-3

### 毛染めを契機に敗血症性肺塞栓症、MRSA感染性心内膜炎を発症した1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院

○為定 裕貴, 北島 尚昌, 北野真理子, 塚本 信哉,  
 船内 敦司, 宇山 倫弘, 林 優介, 伊元 孝光,  
 濱川 瑠子, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

症例は広範な入れ墨のある26歳男性。入院10日前に頭髪の毛染めを行い一部痲皮化していた。入院2日前から発熱、頭痛が持続していた。両肺に多発結節影を認めることから敗血症性肺塞栓症の疑いで入院となった。入院時の頭部MRIで左側頭静脈血栓性静脈炎の所見を認めた。入院当日の血液培養と頭部の創培養いずれからもMRSAの検出あり、頭皮感染を契機としたMRSA菌血症と診断した。経胸壁および経食道心エコーでは疣贅は認めなかった。初期治療としてMEPM+TEIC+LZDを開始し、血中濃度安定後TEIC単剤としていた所、第25病日に再度40℃の発熱を認めた。再評価で頭部病変、肺病変は病勢制御できていたが、再度の経食道心エコーで大動脈弁無尖冠に疣贅を認め、感染性心内膜炎と診断した。薬剤移行性を考えVCMに変更し以降改善傾向となり、第64病日に退院となった。本症例の臨床経過について考察を交えて報告する。

## OS12-4

### 抗真菌薬とHMG-CoA阻害薬の併用により薬剤性横紋筋融解症を発症したと考えられた2例

- 1) NHO 近畿中央呼吸器センター 内科,  
 2) NHO 近畿中央呼吸器センター 麻酔科,  
 3) NHO 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター,  
 4) 耳原総合病院

○山口 諒也<sup>1,4)</sup>, 小林 岳彦<sup>1)</sup>, 新谷紗代子<sup>1)</sup>,  
 香川 智子<sup>1)</sup>, 井上 康<sup>2)</sup>, 倉原 優<sup>1)</sup>, 滝本 宜之<sup>1)</sup>,  
 露口 一成<sup>1,3)</sup>, 井上 義一<sup>3)</sup>

【背景】アゾール系抗真菌薬はCYP3A4阻害作用を有しHMG-CoA阻害薬の血中濃度を上昇させるため、薬剤性横紋筋融解症を誘発する可能性がある。

【症例1】74歳女性。ロスバスタチン2.5mg内服中。ムコール菌症に対してボサコナゾールの内服を開始した。8日後にクレアチンフォスフォキナーゼ（CPK）値の上昇（25597 IU/L）と急性腎障害を認めた。薬剤性横紋筋融解症を疑い内服を中止、治療を行うも改善を認めず、発症から3週間後に死亡した。

【症例2】72歳男性。9年前より肺アスペルギルス症に対してボリコナゾール（VRCZ）の内服を開始。2年前よりロスバスタチン2.5mgの内服を開始。4日前より熱発あり受診。CPK 2205 IU/Lと上昇しており、ミオグロビン尿を伴った。当日よりVRCZを中止し、6日目には34 IU/LとCPKは正常化した。

【考察】2例とも、HMG-CoA阻害薬とアゾール系抗真菌薬との併用が薬剤性横紋筋融解症を誘発したと考えられた。併用薬には十分な注意が必要である。

## OS13-1

### 両肺野にびまん性粒状影を呈したマイコプラズマ肺炎の2症例

関西電力病院

○水谷 亮, 伊東 友好, 稲田 祐也, 篠木 聖徳,  
 田村佳菜子, 古川雄一郎

症例1は51歳男性。咳嗽と呼吸不全のため近医より紹介受診となった。胸部CTで両肺野にびまん性粒状影を認め、血液検査で肝酵素上昇とマイコプラズマ抗体(PA)5120倍、寒冷凝集反応4096倍を認めた。レボフロキサシンによる治療で軽快した。症例2は57歳男性。糖尿病性腎症による末期腎不全で維持透析を受けている。発熱と呼吸不全を認めたため透析クリニックより当院へ転院となった。血液検査で炎症所見高値、胸部CTで両肺野にびまん性粒状影を認めた。粟粒結核、マイコプラズマ肺炎など疑い、喀痰検査、血液検査を提出し、抗菌薬治療を開始した。マイコプラズマ抗体(PA)2560倍であることが判明し、レボフロキサシンによる治療で軽快した。今回、透析中の患者で両肺野にびまん性粒状影を呈し、粟粒結核との鑑別を要したマイコプラズマ肺炎を経験したため文献的考察を交えて報告する。

## OS12-5

### 多発性筋炎の治療中に発症した肺ムーコル症の1例

北野病院 呼吸器外科

○小林 萌, 長 博之, 熊谷 陽介, 平山安見子,  
 住友 亮太, 黄 政龍

66歳女性。2年4カ月前に多発性筋炎と診断され、ステロイドとタクロリムスによる治療が開始された。手術2カ月前に多発性筋炎の増悪を認め、ステロイドパルス、エンドキサシパルス、血漿交換療法を施行した。その後、血痰が出現し、両肺下葉スリガラス影とβ-Dグルカン高値を認めた。気管支鏡検査にて*Aspergillus fumigatus*を検出し、VRCZの投与を開始した。しかし、右肺下葉に空洞病変が出現し、β-Dグルカンのさらなる上昇を認めた。再度気管支鏡検査を施行したところ、菌糸が太く隔壁がはっきりしない90度以上の分岐を示す糸状菌を認め、肺ムーコル症を疑った。抗真菌薬をL-AMBに変更したが、右肺下葉の空洞病変は急速に拡大し、空洞病変に対する外科的治療のため当科紹介となった。開胸右肺下葉切除術を施行し、摘出組織より*Cunninghamella elegans*を認めた。術後合併症は認めず、術後10か月の現在も感染制御は良好である。

## OS13-2

### NO吸入療法、エンドトキシン吸着療法を含む集学的治療を行い救命し得た重症レジオネラ肺炎の1例

- 1) 滋賀医科大学医学部附属病院 内科学講座 呼吸器内科,  
 2) 滋賀医科大学医学部附属病院 感染制御部,  
 3) 滋賀医科大学 保健管理センター

○入山 朋子<sup>1)</sup>, 山口 将史<sup>1)</sup>, 奥田 祥伍<sup>1)</sup>, 植木 康光<sup>1)</sup>,  
 中西 司<sup>1)</sup>, 黒田 凌<sup>1)</sup>, 成宮 慶子<sup>1)</sup>, 角田 陽子<sup>1)</sup>,  
 山崎 晶夫<sup>1)</sup>, 河島 暁<sup>1)</sup>, 松尾裕美子<sup>3)</sup>, 内田 泰樹<sup>1)</sup>,  
 仲川 宏昭<sup>1)</sup>, 黄瀬 大輔<sup>1)</sup>, 大澤 真<sup>2)</sup>, 小川恵美子<sup>3)</sup>,  
 中野 恭幸<sup>1)</sup>

症例は66歳男性。既往に関節リウマチがありPSL 7 mg、MTX内服中。X年9月10日より咳嗽を認め16日に近医を受診した。胸部X線写真にて右肺炎像、尿中レジオネラ抗原陽性を認めレジオネラ肺炎と診断、LVFXが開始されたが、経時的に呼吸状態が悪化し18日に前医へ転院となった。気管挿管後のP/F比<100と重度呼吸不全を認め、挿管後より循環不全も認めた。ECMO使用が検討され、同日に当院搬送となった。当院到着後直ちにNO吸入、エンドトキシン吸着を開始し、循環不全に伴うAKIに対してCHDFを開始、副腎クリーゼに対して鉱質コルチコイド投与を開始した。抗菌薬としてLVFXと、混合感染を考慮しTAZ/PIPC投与を行った。上記治療により気管切開を経て呼吸器離脱し、10月20日に独歩にて退院した。重症レジオネラ肺炎に対してNO吸入及びエンドトキシン吸着を行い救命し得た症例は希少と考え報告する。

### OS13-3

#### LAMP法遺伝子検査によってレジオネラ肺炎の診断に至った一例

大阪警察病院

○仲谷 勇輝, 町山 裕知, 水谷 哲

50歳男性。X日に発熱・倦怠感で前医を受診し、肺炎の診断でガレノキサシンの処方を受け、帰宅となっていた。呼吸苦症状でX+4日に救急要請、前医へ搬送。胸部CTで肺炎像の増悪を認め、当院に転院。CK12万U/L、Na130meq/Lとレジオネラ肺炎を強く疑ったが、尿中レジオネラ抗原は陰性であった。メロペネム・ジスロマックの投与及びステロイドパルス療法を実施したところ肺炎の改善が得られ、X+12日に人工呼吸器の離脱に至った。抜管後、X+4日に提出していた喀痰レジオネラLAMP法の陽性が判明し、レジオネラ肺炎を契機とした器質性肺炎であったことが判明した。以降肺炎の増悪を来すことなく経過し、X+42日に退院とした。尿中レジオネラ抗原は感度・特異度共に高く信頼性の高い検査であるものの、Legionella.pneumophila血清1型以外は検出できないという欠点が存在する。各種所見・経過からレジオネラ肺炎を疑った場合は喀痰レジオネラLAMP法が有用である。

### OS14-1

#### 間質性肺炎のフォローアップ中に発症したScedosporium apiospermumによる肺感染症の1手術例

神戸市立西神戸医療センター

○益田 隆広, 多田 公英, 櫻井 稔泰, 上領 博,  
木田 陽子, 額額 力也, 三輪菜々子, 濱崎 直子,  
松岡 佑, 松尾健二郎, 徳重 康介

症例は78歳男性。20XX-9年に胸腔鏡下肺生検で非特異性間質性肺炎と診断した。その後、ステロイドを導入し、現在はプレドニゾロン5mgで長期的に臨床症状は安定していた。20XX年3月にフォローアップ目的に胸部CT検査を施行し、右中葉に菌球様の多発結節影の出現を認めた。原因精査のため気管支鏡検査を施行し、気管支洗浄液よりScedosporium apiospermumを検出した。よって、同菌による肺感染症と診断し、ボリコナゾールで治療を開始した。しかし、約2か月後の胸部CT検査で右中葉の陰影の増悪を認めた。病変が局限していることから、7月に胸腔鏡下右中葉切除術を施行した。術後は経過良好であり、現在も再燃なく経過している。Scedosporium apiospermumによる肺感染症に対する手術例の報告は少なく文献的考察を交えて報告する。

### OS13-4

#### トレーラー運転手に発症したレジオネラ肺炎の一例

神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科

○橋本 梨花, 富岡 洋海, 藤井 宏, 金子 正博,  
古田健二郎, 吉積 悠子, 網本 久敬, 和田 学政,  
李 正道, 岩林 正明

2型糖尿病の既往のある喫煙の60代男性。5日前からの40度以上の発熱、呼吸苦が出現し前医を受診し、室内気でSpO2 94%、血液検査で低Na血症、横紋筋融解症、腎機能低下、肝逸脱酵素上昇を指摘され当院に搬送された。尿中レジオネラ抗原陽性で上記検査所見からもレジオネラ肺炎としてレボフロキサシン高用量の投与を開始した。COPD増悪も合併しておりSABA吸入、プレドニゾロン投与も併用した。入院7日目に酸素投与は不要となり抗菌薬は2週間の投与完遂を予定していたが、入院10日目朝より倦怠感と呼吸状態の悪化、発熱が再燃し、SARS-CoV-2 rtPCRは陽性でCOVID-19による肺炎の合併と診断、重症例として転院搬送となった。入浴施設や24時間風呂の利用歴がなく、トレーラー運転手でありカーエアコンが感染源として考えられ報告した。

### OS14-2

#### Scopulariopsis sppによるMucoid impaction of the bronchiの1例

国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

○竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 久米佐知枝,  
平野 克也, 小南 亮太, 大西 康貴, 東野 幸子,  
加藤 智浩, 鏡 亮吾, 勝田 倫子, 中原 保治,  
三宅 剛平, 塚本 宏壮, 水守 康之, 佐々木 信,  
河村 哲治

74歳男性。気管支喘息の既往なし。X年7月から咳嗽が出現し、胸部CT検査で一部無気肺を含む右上葉の浸潤影を来したため当科紹介となった。血液検査ではWBC 5200/uL、好酸球 15.4%、CRP 0.03mg/dL、IgE 1486IU/mLであった。気管支鏡検査で右上葉に粘液栓を認め、Scopulariopsis sppを検出した。テルビナフィン投与で咳嗽・陰影の改善を見た。Scopulariopsisは爪感染症の原因菌として知られるが、移植後の日和見感染症や稀には肺感染症の報告もある。本例はScopulariopsisによるMucoid impaction of the bronchi (MIB)と考えられたので文献的考察を含め報告する。

### OS14-3

#### アスペルギルス膿胸に対してアムホテリシンBの胸腔内注入が有効であった症例

- 1) 一般財団法人 住友病院 呼吸器内科,  
2) 一般財団法人 住友病院 呼吸器外科

○駒沢 志織<sup>1)</sup>, 工藤 慶子<sup>1)</sup>, 久野 真人<sup>2)</sup>, 頼住 昇<sup>1)</sup>,  
中田 侑吾<sup>1)</sup>, 桂 悟史<sup>1)</sup>, 酒井 勇輝<sup>1)</sup>, 南 和宏<sup>1)</sup>,  
奥村 太郎<sup>1)</sup>, 橋本章太郎<sup>2)</sup>, 重松三知夫<sup>1)</sup>, 森本 真人<sup>2)</sup>

症例は喫煙歴のある62歳男性。X年10月20日より右肺尖部嚢胞内感染にて抗菌薬を4週間投与したが改善に乏しく、保存的加療は困難と判断し12月4日に右上葉切除術を施行した。術後、胸水が徐々に増加し発熱もあり、摘出した肺嚢胞と胸水の両者から *Aspergillus fumigatus* が検出され、アスペルギルス膿胸と診断した。ポリコナゾール300mg/日にて治療を開始したが肝障害のため12日間で中止した。X+1年1月6日よりイトラコナゾール400mg/日に加えて胸腔ドレーンを留置し胸腔洗浄を行い、既報例を参考にアムホテリシンBの胸腔内注入を1月8日から2月4日まで計6回行った。下痢の副作用のため患者がイトラコナゾールの中止を強く希望したため2月19日に終了したが、以降無治療で再燃なく経過している。アスペルギルス膿胸は難治例が多いが、本例は2ヶ月間の治療で寛解が得られており、考察を加えて報告する。

### OS14-5

#### 肺血栓塞栓症に緑膿菌感染が合併し肺巨大空洞を形成した一例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,  
2) 神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科

○鳥 佑介<sup>1)</sup>, 嶋田有里有里<sup>1)</sup>, 益田 隆広<sup>2)</sup>,  
佐藤 悠城<sup>1)</sup>, 貴志 亮太<sup>1)</sup>, 田代 隼基<sup>1)</sup>, 岩林 正明<sup>1)</sup>,  
世利 佳澁<sup>1)</sup>, 遠藤 慧<sup>1)</sup>, 白川 千種<sup>1)</sup>, 平林 亮介<sup>1)</sup>,  
永田 一真<sup>1)</sup>, 中川 淳<sup>1)</sup>, 立川 良<sup>1)</sup>, 多田 公英<sup>2)</sup>,  
富井 啓介<sup>1)</sup>

【症例】71歳、男性

【主訴】胸痛、倦怠感

【現病歴・経過】1ヶ月前より倦怠感を自覚。胸痛にて救急外来受診。胸部CTで右上葉に47mmの空洞と浸潤影を指摘され入院。4病日に空洞の急速な拡大と炎症上昇を認め、造影CT検査にて右肺動脈の血栓塞栓と左深静脈血栓を確認し、肺塞栓症に伴う肺梗塞と感染の合併を疑った。外科的介入希望なく、抗凝固薬と抗菌薬で内科的治療を継続したが、空洞の最大径が123mmへ拡大し、新規空洞も認めた。気管支鏡検査で空洞より緑膿菌を検出し、肺梗塞巣に緑膿菌感染が合併し空洞拡大に至ったと判断。肺化膿症としてMEPMで6週間治療を行い、炎症改善に至った。空洞の拡大も見られなくなり退院した。外来移行後、空洞は経時的に縮小している。

【結語】肺塞栓症に緑膿菌感染が合併し、空洞形成に至った報告が複数ある。本症例では内科的に改善したが、死亡率が高い病態であり外科的介入が推奨される。

### OS14-4

#### 膿胸に対する胸腔洗浄中に空気塞栓を起こしCPAとなった一例

神戸市立医療センター中央市民病院

○鳥 佑介, 永田 一真, 貴志 亮太, 田代 隼基,  
岩林 正明, 世利 佳澁, 遠藤 慧, 白川 千種,  
嶋田 有里, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 中川 淳淳,  
立川 良, 富井 啓介

【症例】71歳、男性

【主訴】左背部痛、食欲不振

【現病歴】胃痛に対して胃全摘後の方。1週間前から左背部痛、食欲不振で前医を受診。左胸腔に多房性液体貯留あり、当院紹介。胸腔穿刺で膿胸と診断し胸腔ドレーン留置を行った。合計3日間ウロキナーゼ併用で胸腔洗浄を行い、生理食塩水250mLでの洗浄を継続した。第12病日に生理食塩水を胸腔内に注入し、30分後に体位変換した直後にCPAとなった。ROSC直後のCT画像で頭蓋内血管に多数の空気塞栓を確認し、胸腔洗浄に伴う空気塞栓のためCPAとなったと判断した。脳波では軽度から中等度のびまん性脳症、予後不良所見はなかったが、右片麻痺、高次機能障害が残存しリハビリ転院となった。

【結合】胸腔内圧上昇の結果、肺静脈内に空気が迷入し空気塞栓を起こすと推定される。胸腔洗浄では過度な胸腔内圧の上昇を防ぐ方が良い。当院での対策を例示する。

### OS15-1

#### BCG膀胱内注射療法による好酸球性細気管支炎が疑われた1例

神戸市立西神戸医療センター

○松尾健二郎, 上領 博, 徳重 康介, 松岡 佑,  
益田 隆広, 濱崎 直子, 三輪菜々子, 木田 陽子,  
額 力也, 桜井 稔泰, 多田 公英

59歳男性。X-1年に膀胱癌に対して経尿道的切除術後にBCG膀胱内注射療法を受けていた。X年6月より喀痰・咳嗽が増悪し、呼吸困難も出現したため、9月に紹介入院となった。末梢血好酸球高値及び喀痰好酸球上昇を認めた。胸部CT上、気管支拡張、気管支壁肥厚、喀痰による気管支内腔の狭小化を認めることから気管支喘息を当初は最も疑ったが、喘息の特徴を伴わず、小葉中心性粒状影をわずかに認めたため好酸球性細気管支炎が示唆された。経気管支肺生検による病理診断は好酸球性細気管支炎であった。吸入ステロイドは無効であったが、経口ステロイドにより画像所見、肺機能ともに改善した。経過からBCG膀胱内注射療法の関与が疑われ、リンパ球刺激試験で陽性であることからBCG膀胱内注射療法による好酸球性細気管支炎と診断した。BCG膀胱内注射療法による好酸球性細気管支炎の発症例はこれまでに報告がなく、本例は貴重な症例と考え報告する。

## OS15-2

### PET-CTが診断に有用であった再発性多発軟骨炎の1例

近畿大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科

○白波瀬 賢, 佐野安希子, 國田 裕貴, 吉川 和也,  
御勢 久也, 西川 裕作, 大森 隆, 西山 理,  
佐野 博幸, 岩永 賢司, 原口 龍太, 松本 久子

【症例】77歳、男性

【主訴】発熱・咳嗽

【現病歴】特に基礎疾患のない患者。約1か月前より発熱と乾性咳嗽が出現。CTで少量の右胸水を認め、胸膜炎疑いとして抗菌薬治療を行うも改善を認めず、悪性疾患も疑われたためPET-CTを施行した。気管・気管支・輪状軟骨にSUVmax: 3.5~5.0の集積と気管軟骨部の壁肥厚があり、気管支鏡検査では、気管下部から両側主気管支にかけて全周性に粘膜腫脹を認めた。気管支と耳介軟骨の生検では病理学的に有意な所見は得られなかったが、気管支鏡とPET-CTの所見から再発性多発軟骨炎としてPSL30mg/日で治療を開始し、病状は改善した。

【考察】再発性多発軟骨炎は様々な発症様式をとり、確定診断に至る血清学的検査がないことから一般的に早期診断は困難である。本症例では、PET-CTの施行が再発性多発軟骨炎を疑う契機となり、ステロイド治療で改善が認められた。

## OS15-3

### ニボルマブ投与後に発症した再発性多発軟骨炎の一例

1) 京都大学医学部附属病院 総合臨床教育・研修センター,  
2) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科,  
3) 京都大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○國宗 直統<sup>1)</sup>, 大木元達也<sup>2)</sup>, 吉田 博徳<sup>2)</sup>, 水田 匡信<sup>3)</sup>,  
吉田 寛<sup>2)</sup>, 橋本健太郎<sup>2)</sup>, 糸谷 涼<sup>2)</sup>, 坂森 優一<sup>2)</sup>,  
小笹 裕晃<sup>2)</sup>, 平井 豊博<sup>2)</sup>

症例は72歳男性。下顎癌に対し原発巣の区域切除、および肺転移への放射線治療を行った。その後、新規肺転移を認めニボルマブを開始した。途中、放射線肺臓炎を発症しプレドニゾロン (PSL) の投与を開始した。PSL漸減中、放射性肺臓炎が再燃したためPSLを再増量しニボルマブを中止した。その後、PSLは緩やかに減量が続いていたが1mg/日の時点で労作時呼吸困難、咳嗽悪化を認めた。その際のCT, FDG-PETでは下顎癌や放射線肺臓炎の悪化は認めなかったが、気管・気管支の壁肥厚、および気管・気管支軟骨や鼻中隔へのFDG集積を認めた。ニボルマブ開始以前はこれらの特徴的な所見を認めておらず、臨床的にニボルマブに起因する再発性多発軟骨炎と診断した。呼吸器症状は軽度でPSLは増量せず吸入ステロイドを追加し、増悪なく経過している。ニボルマブのirAEとして再発性多発軟骨炎を発症した稀な症例を経験したので報告する。

## OS15-4

### 練炭煙吸入後にびまん性細気管支炎を発症し、小葉中心性病変と混合性換気障害が残存した一例

神戸市立医療センター中央市民病院

○田代 隼基, 立川 良, 貴志 亮太, 岩林 正明,  
遠藤 慧, 世利 佳晃, 白川 千種, 嶋田 有里,  
島 佑介, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,  
中川 淳, 富井 啓介

生来健康な25歳男性。X-19日に自殺企図から車内で練炭煙を吸入した。吸入直後から発熱・呼吸困難が持続し、X日に精査のため入院となった。HRCTでは両側下葉末梢の浸潤影と全肺野に及ぶびまん性の小葉中心性の淡い粒状影を認めた。BALFはリンパ球優位(40%)、TBLBでは急性肺炎の所見であり、病歴・画像所見から練炭煙による細気管支炎・肺炎が疑われた。ステロイド(mPSL40-250mg計9日)による治療を行い、発熱と浸潤影は改善するも、硬化したびまん性の粒状影と混合性換気障害を伴う呼吸困難は残存した。X+7日に施行したクライオバイオプシーでは、気道中心性の線維化と軽度の胞隔炎を認める一方で、肉芽腫や炭粉沈着は認めなかった。ステロイド継続による追加治療効果は期待できないと考え、無治療で経過観察中である。細気管支炎の原因が練炭自体によるものか、添加物によるものか特定できていないが、練炭煙により発症した吸入性肺障害の症例と考えられた。

## OS16-1

### 高度縦隔気腫を伴う重症COVID-19に対してVV-ECMO(体外式膜型人工肺)を導入した2症例

1) 堺市立総合医療センター 診療局,  
2) 堺市立総合医療センター 呼吸器内科

○白石 綾<sup>1)</sup>, 久瀬 雄介<sup>2)</sup>, 西田 幸司<sup>2)</sup>, 中野 仁夫<sup>2)</sup>,  
樹田 元<sup>2)</sup>, 草間 加与<sup>2)</sup>, 西尾 智尋<sup>2)</sup>, 岡本 紀雄<sup>2)</sup>,  
郷間 巖<sup>2)</sup>

(症例1)

【主訴】酸素化低下

【病歴】73歳女性。SARS-CoV-2発症6日目に酸素化低下を認め入院。発症8日目に呼吸状態が悪化し人工呼吸管理を開始。同日に高度皮下気腫・縦隔気腫を認めVV-ECMO導入した。

【経過】発症9日目に人工呼吸を離脱。発症10日目に気管切開を施行した。縦隔気腫・皮下気腫は改善し発症23日目にVV-ECMO離脱した。

(症例2)

【主訴】酸素化低下

【病歴】76歳男性。SARS-CoV-2発症4日目に酸素化低下を認め前医入院した。発症10日目に呼吸状態が悪化し人工呼吸管理となり、発症12日目に皮下気腫、発症14日目に縦隔気腫を認め、発症15日目に当院転院してVV-ECMO導入した。

【経過】皮下気腫・縦隔気腫は改善し発症23日目にVV-ECMO離脱した。

【考察】重症COVID-19では人工呼吸管理が必要だが、人工呼吸による陽圧管理は縦隔気腫の発症、増悪の要因となる。今回VV-ECMOを導入して過剰な陽圧換気を回避し、縦隔気腫の悪化なく呼吸管理を行うことができた。

### OS16-2

#### 急速に呼吸不全が進行し、致死経過を辿った急性線維素性器質化肺炎（AFOP）の1例

- 1) 社会医療法人 生長会 ベルランド総合病院 臨床研修室,  
 2) 社会医療法人 生長会 ベルランド総合病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○秋岡 正史<sup>1)</sup>, 佐渡 康介<sup>2)</sup>, 江口 陽介<sup>2)</sup>, 引石 惇仁<sup>2)</sup>, 杉本 亮<sup>2)</sup>, 服部 剛士<sup>2)</sup>, 曾根 莉彩<sup>2)</sup>, 高野 愛<sup>2)</sup>

症例は71歳男性、2日前より増悪する呼吸困難感を主訴に救急搬送となった。来院時には著明な低酸素血症を呈し、胸部X線、CTでは両側肺に広範な浸潤影を認めた。重症細菌性肺炎として挿管、人工呼吸器管理のうえ、抗菌薬治療を開始した。呼吸状態は緩徐に改善傾向を示し、抗菌薬への反応性は良好と思われたが、第6病日に急速に呼吸状態が悪化し、翌日に死亡した。剖検の組織所見では、肺腔内にfibrin ball形成、線維芽細胞増殖を認め、急性線維素性器質化肺炎（acute fibrinous and organizing pneumonia：以下、AFOP）と診断した。AFOPは2002年にBeasleyらにより提唱されたびまん性肺胞障害の1亜型であり、有効な治療法は確立されていない。本症例は急速な経過であり、生前の診断は困難であったが、急速に呼吸不全が進行する重症肺炎においてはAFOPの可能性も考慮すべきと考えられた。

### OS16-4

#### 持続陽圧呼吸により心室性不整脈の増悪を来した特発性拡張型心筋症の一例

- 1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座,  
 2) 京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座,  
 3) 京都大学大学院医学研究科 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>, 長崎 忠雄<sup>2)</sup>, 半田 知宏<sup>1)</sup>, 平井 豊博<sup>3)</sup>, 佐藤 晋<sup>2)</sup>

【症例】50歳、男性

【現病歴】本症例は、早朝時の呼吸困難感を主訴に当院循環器内科入院となり、特発性拡張型心筋症と診断された。入院中施行されたホルター心電図で心室性期外収縮（PVC）は全心拍数の11.2%、非持続性心室頻拍（NSVT）は32回であった。入院中夜間SpO<sub>2</sub>モニタにて3%酸素飽和度低下指数は38.0回/時間であり、退院1か月後に終夜睡眠ポリグラフィ（PSG）を1日目はsplit night study、2日目は持続陽圧呼吸（CPAP）治療下で行った。1日目診断PSGでは閉塞性無呼吸主体で、無呼吸低呼吸指数（AHI）は26.1回/時間であった。1日目後半、CPAP開始直後より、無症候性心室性不整脈が増加し、PVCは10.8%から28.5%へ、NSVTは14回から32回へ増悪を認めた。2日目PSG（CPAP併用）ではPVCは7.8%、NSVTは5回、AHIは13.8回/時間と改善を認めた。

【考察】PVCやNSVTは致死性不整脈につながる可能性があり、CPAP導入にあたっては、心電図変化に注意が必要である。

### OS16-3

#### 心肺停止蘇生後、集学的治療にて減量し軽快した肥満低換気症候群（OHS）の1例

- 1) 医療法人藤井会石切生喜病院 呼吸器センター 呼吸器内科,  
 2) 医療法人藤井会石切生喜病院 呼吸器センター 呼吸器腫瘍内科

○谷 恵利子<sup>1)</sup>, 松浦 弘幸<sup>1)</sup>, 大島 友里<sup>1)</sup>, 櫻井 佑輔<sup>1)</sup>, 平位 佳歩<sup>1)</sup>, 吉本 直樹<sup>1)</sup>, 平島 智徳<sup>2)</sup>, 南 謙一<sup>1)</sup>

【症例】74歳、女性

【現病歴】呼吸苦にて紹介受診された。SpO<sub>2</sub> 58%および、意識不明瞭であり、精査加療のため緊急入院となった。

【経過】BMI37であり、睡眠時無呼吸からCO<sub>2</sub>貯留を来す可能性を考え、NIPネーザルを装着した。しかし、第1病日、夜間不穏にてマスクを外し、心肺停止で発見された。蘇生に成功しICU入室後にV60ベンチレータで換気療法を行った。超音波検査で右心負荷所見を認め、利尿剤を開始した。尿路感染を認め抗生剤を開始した。その後、急速に体重減少し日中NIPPVを離脱し自宅退院となったが、状態悪化なく経過している。

【考察】OHSの根本治療は減量だが、改善しにくくNIPPV離脱困難な例も多い。本症例は、換気療法、利尿治療、抗生剤治療などの12日の集中治療期間に13kg体重が減少していた。その後、食事運動療法を意欲的に行え、更なる減量、維持が出来た。感染による異化亢進、右心不全への治療介入が、減量成功の一助となったと考えた。

### OS17-1

#### EBUS-TBNAによる正確な病期診断によって根治切除可能になったサルコイドーシス合併肺癌の1例

済生会野江病院 呼吸器外科

○大迫 隆敏, 福田 章浩, 多久和輝尚

症例は67歳男性。狭心症のフォローにて撮像したCTで左上葉に2.3cm大の結節影を指摘され紹介となった。造影CT、PET-CTで対側の肺門リンパ節の腫脹と同部位へのFDGの集積を認め、画像上cT1bN3M0、StageIIIBの肺癌が疑われた。しかし、超音波気管支鏡ガイド下針生検にて気管分岐下リンパ節より生検を行ったところ、悪性所見はなく、肉芽腫を認めた。肺の結節影自体の確定診断はついておらず、リンパ節の腫脹についてもサルコイドリアクションである可能性があり、切除診断目的に手術を行った。肺の結節影は病理診断の結果、肺癌であった。摘出したリンパ節のいずれにも悪性所見は認めずpT1cN0M0が確定した。術後補助化学療法を行い、現在再発なく経過している。N3が疑われた症例であったが、リンパ節生検による診断によって根治切除が可能となった。若干の文献的考察を含めて報告する。



## OS17-2

### 気胸に伴う重篤な皮下気腫に対してVAC (Vacuum Assisted Closure) 療法が奏功した1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,  
3) 洛和会音羽病院 呼吸器外科,  
4) 洛和会音羽病院 形成外科

○山羽 智大<sup>1)</sup>, 田宮 暢代<sup>1)</sup>, 土谷美智子<sup>1)</sup>, 長坂 行雄<sup>2)</sup>,  
畑 妙<sup>1)</sup>, 田中 友樹<sup>1)</sup>, 榎本 昌光<sup>1)</sup>, 村井 淳二<sup>1)</sup>,  
川瀬 広倫<sup>1)</sup>, 一瀬増太郎<sup>3)</sup>, 堀本かんな<sup>3)</sup>, 井上 唯史<sup>4)</sup>

COPD, 両側肺瘻手術歴のある79歳男性。突然発症の呼吸困難と左胸部の腫脹のため近医から当科紹介受診。単純CTで左気胸と顔面から大腿にわたる全身性の皮下気腫および縦隔気腫を認め入院した。胸腔ドレナージを開始したがエアリークが持続し、第4病日に皮下気腫増大により頸部圧迫と胸郭の運動制限が生じ低酸素血症が進行した。第5病日VAC療法を開始した後、皮下気腫は改善した。気胸に対して胸膜癒着術を行ったところ、エアリークが消失し、胸腔ドレナージを抜去した。皮下気腫が消失したためVAC療法は計12日間で終了した。皮下気腫の治療は気胸に対する有効な胸腔ドレナージが基本であるが、ドレナージを行っても皮下気腫が増悪することが稀にある。広範な皮下気腫は時に呼吸状態を悪化させるため、皮下気腫そのものに対する処置を要する。皮下気腫に対するVAC療法が有効であった症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## OS17-4

### 肺結核後の気管支狭窄に対してバルーン拡張を行い開存を得た一例

兵庫医科大学病院呼吸器外科

- 中道 徹, 中村 晃史, 渡辺 梨砂, 橋本 昌樹,  
松本 成司, 近藤 展行, 長谷川誠紀

はじめに：肺結核は薬物療法により良好なコントロールが得られるようになったが、軽快後でも気道狭窄が残存する症例も少なくない。

症例：30歳代、女性。左肺結核に対して薬物療法を行い1カ月半の治療で改善し退院するも、入院時より認めた気道狭窄が退院後に増悪し、左下葉は完全に無気肺となった。気管支鏡で左主気管支～上葉気管支の狭窄、下葉気管支の閉塞を認め、気管支拡張術目的に当科紹介。全身麻酔下に左気管支バルーン拡張術を行った(手術時間：1時間、出血量：少量)。閉塞していた下葉気管支は約30%程度まで開存し、主気管支～上葉気管支も狭窄の改善を得た。現在、術後約1年経過するも再狭窄することなく、良好に経過している。

考察：気管支狭窄に対する気管支バルーン拡張術は内腔の細さなどによってバルーンの径や圧などを選択する必要がある。本症例では単回の治療で良好な経過を得られたため、若干の文献的考察を含めて報告する。

## OS17-3

### 癌性胸水に対する胸膜癒着術は不完全拡張肺に対しても有効であるか

市立伊丹病院 呼吸器内科

- 高 祥泰, 原 彩子, 原 聡志, 新井 将弘,  
山内桂二郎, 満屋 奨, 永田 憲司, 木下 善詞,  
細井 慶太

【目的】癌性胸水に対して、ドレナージ後に肺拡張が不十分な場合に胸膜癒着術が有効であるかに関する報告はあまり多くない。不完全拡張肺に対して部分癒着を期待して胸膜癒着術を行うべきどうかを検討した。

【方法】当院において2014年7月から2021年4月までに胸膜癒着術を施行した118症例(ユニタルク100症例、ピシバニール18症例)のうち、気胸症例を除外し、癌性胸水の症例を抽出した。さらに、不完全拡張肺に対して胸膜癒着術を施行した16症例(ユニタルク13症例、ピシバニール3症例)を抽出し、胸水コントロールの奏効率を解析した。

【成績】ユニタルクを使った13症例のうち8症例がその後の胸水貯留による肺虚脱を認めなかった。奏効率は約61%であった。一方、癌性胸水に対するユニタルクの胸膜癒着効果は全体で73.0～89.5%とされている。

【結論】不完全拡張肺であっても部分癒着を期待した胸膜癒着術は有効である。

## OS17-5

### 腎癌の縦隔、肺門リンパ節転移診断にAcquire超音波内視鏡下穿刺針によるEBUS-TBNAが有用であった3重癌の1例

- 1) 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 呼吸器内科,  
2) 医療法人 ほそや医院 呼吸器内科,  
3) 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 アレルギー科,  
4) 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 病理診断科

- 南 大輔<sup>1)</sup>, 長野 昭近<sup>1)</sup>, 亀井 裕子<sup>1)</sup>, 中島 康博<sup>1,3)</sup>,  
藤井 将義<sup>4)</sup>, 宮原 信明<sup>1)</sup>, 瀧川奈義夫<sup>1)</sup>, 田端 雅弘<sup>1)</sup>,  
金廣 有彦<sup>1,3)</sup>

【背景】Acquire (ボストン・サイエンティフィック ジャパン) はカッティング面を3面にしたフランシアン形状針であり、消化器内視鏡分野 (EUS-FNA) では腫瘍、消化管粘膜下腫瘍、リンパ節病変で臨床応用されている。

【症例】78歳、男性。黒色便で紹介となり、胃内視鏡、CT、PET-CTで胃癌、腎癌、前立腺癌が疑われ、縦隔、肺門リンパ節腫大の精査目的に気管鏡検査を行った。Acquire超音波内視鏡下穿刺針によるEBUS-TBNAにより組織を採取し、免疫組織学的検査で腎細胞癌の縦隔、肺門リンパ節転移と診断した。TTF-1 陰性、CA9 陽性で腎細胞癌として矛盾しない所見であり、Acquire超音波内視鏡下穿刺針(22G)1回分の穿刺検体でDNA：952ng、RNA：240ngと次世代シーケンシング(NGS)に十分量の核酸の抽出が可能であった。

【考察】Acquire超音波内視鏡下穿刺針によるEBUS-TBNAは腎癌のリンパ節転移診断(免疫組織染色)、NGSに十分量の核酸採取に有用であった。

### OS18-1

#### 特発性間質性肺炎に合併した難治性気胸に対し ECMO併用全身麻酔下肺嚢胞切除術を施行した1例

- 1) 京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器外科,  
2) 京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○岡田春太郎<sup>1)</sup>, 祖聞 暁彦<sup>2)</sup>, 山藤 緑<sup>2)</sup>, 太田紗千子<sup>1)</sup>,  
高橋 守<sup>1)</sup>, 西村 尚志<sup>2)</sup>, 青山 晃博<sup>1)</sup>

【症例】72歳男性.

【現病歴】特発性間質性肺炎のため当院呼吸器内科に通院中, 突然の右胸痛と呼吸困難感を主訴に受診し右気胸, 呼吸不全の診断で胸腔ドレーナージを施行し入院となった.

【経過】入院後も肺瘻は持続し右肺の拡張が得られず, 高流量鼻カニューラ酸素療法を要した. 左肺には健常肺がほとんど存在せず全身麻酔下の片肺換気は不可能と判断し, まず硬膜外麻酔下胸腔鏡下肺瘻閉鎖術を試みたが癒着のため肺瘻部を視認できず断念した. 4日後に体外式膜型人工肺(v-vECMO)併用全身麻酔下肺瘻閉鎖術を施行した. 上葉と縦隔面との癒着剥離を行いS3の嚢胞より気瘻を確認し同部位を自動縫合機で切除した. 手術室でECMO離脱, 気管チューブを抜去しえた. 術後4日目に胸腔ドレーン抜去, 同日呼吸器内科に転科となった.

【結語】高度呼吸不全を合併した難治性気胸で片肺換気が困難な症例に対してECMO併用により安全に手術を完遂しえた1例を経験した.

### OS18-2

#### Nivolumab投与後にsalvage手術を施行した左上葉肺腺癌の1例

- 1) 大阪赤十字病院 呼吸器外科,  
2) 大阪赤十字病院 呼吸器内科

○坂口 泰人<sup>1)</sup>, 洪 雄貴<sup>1)</sup>, 山崎 順久<sup>1)</sup>, 田中 宏和<sup>1)</sup>,  
植松 慎矢<sup>2)</sup>, 豊蔵恵里佳<sup>2)</sup>, 西坂 泰夫<sup>2)</sup>, 園部 誠<sup>1)</sup>

進行期肺癌に対して免疫チェックポイント阻害剤 (immune checkpoint inhibitor:ICI) 治療によって, 手術可能な状態までdown stageを認めた場合の手術適応についてのコンセンサスは無い. 我々はNivolumab投与後にdown stageを認め, salvage手術を実施した症例を経験したため報告する. 症例は77歳 男性. 72歳時に左上葉原発の肺腺癌(cT2aN1M1 c-stage4b N:12u M1; 椎体への単発転移)に対して1st lineの治療としてCBDCa+nabPAC 6コースを施行し, PR後にPD判定となり, 2nd lineの治療としてNivolumab投与を82コース行い, PR判定となるも, 過去1年で原発巣の増大を認めPD判定となった. PD判定時に全身に対して再評価を行ったところ, PET検査で原発巣に集積を認めたが, 縦隔リンパ節, 椎体転移巣への集積は認めず, ycT2aN1M0 yc-stage 2Bとしてsalvage手術として左上葉切除を施行した. 本症例について治療経過をふまえて考察する.

### OS18-3

#### 肺葉内肺分画症に対して胸腔鏡下右肺底区切除術を施行した1例

独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器外科

○荊尾 木綿, 印藤 貴士, 上田 聡司, 山田 徹,  
今西 直子, 長井信二郎, 植田 充宏, 宮本 好博

症例は53歳女性. 心臓ドックで施行した心臓MRIで右下葉に信号変化を認め, 胸部造影CTで右下葉に嚢胞性病変を含む浸潤影, 下行大動脈から右下葉に流入する異常血管を認め, 肺葉内肺分画症Pryce III型と診断した. 以前より血痰の症状はあったが肺炎の既往はなかった. 分画肺は右S7とS10にあったが, 合併症のリスクを考え胸腔鏡下右肺底区切除とした. 術中所見で分画肺の境界は不明瞭であった. 異常血管は中枢側を非吸収糸で結紮し, 末梢側を自動縫合器で切離した. 術後経過は良好で, 術後10日目に退院となった. 術後3か月の単純CTでは異常血管切離断端の瘤化は認めない. 肺分画症は無症状であっても分画肺が感染源となりうるため, 原則手術適応である. 手術の原則は異常血管の切離と分画肺の切除であるが, 異常血管の処理には注意が必要である. 比較的稀な肺葉内肺分画症の手術を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する.

### OS18-4

#### 交通外傷による右大量血胸の出血源検索手術時に発見した右側心膜断裂と右心耳破裂の1救命例

- 1) 日本赤十字社和歌山医療センター 呼吸器外科,  
2) 日本赤十字社和歌山医療センター 心臓血管外科

○宮田 亮<sup>1)</sup>, 島津 夢太<sup>1)</sup>, 福井 哲矢<sup>1)</sup>, 石川 浩之<sup>1)</sup>,  
糸永 竜也<sup>2)</sup>, 阪口 仁寿<sup>2)</sup>, 石川 将史<sup>1)</sup>

高エネルギー外傷による鈍的心損傷は稀であるが死亡率が高く, 心破裂の様式と心膜断裂の有無, 診断と治療の迅速性が予後を左右する. 症例は40代, 女性. 乗用車の後部座席に搭乗中, 居眠り運転により電柱に衝突して受傷した. 胸部CTで右血胸, 両側多発肋骨骨折, 多発脊椎骨折, 両側多発下肢骨折を認めた. 胸腔ドレーン挿入直後に1700 mlの血性排液あり, 大量輸血下でも出血性ショックが継続しており, 出血源を同定できていなかったが止血目的に手術を行った. 右横隔神経背側に最大長約5 cmの心膜断裂と心嚢内から静脈性出血の持続を認めたが, 出血部位の同定は困難であった. 閉胸後に胸骨正中切開で心膜腔にアプローチし, 右心耳破裂が出血源と特定され, 縫合閉鎖されると循環動態が安定した. 術後, 両側胸水貯留に対して胸腔ドレーナージを, 第6病日に行われた左下肢骨折手術後に発症した心不全に利尿剤投与を行い, 第23病日にリハビリ目的で転院となった.

## OS18-5

### 当科で診断加療(VATS等)で外科に紹介した症例の検討

- 1) 橋本市民病院 呼吸器内科,
- 2) 橋本市民病院 総合内科,
- 3) 橋本市民病院 消化器内科,
- 4) 橋本市民病院 臨床研修センター,
- 5) 橋本市民病院 循環器内科, 6) 近畿大学病院

○藤田 悦生<sup>1)</sup>, 有吉 平<sup>2)</sup>, 石亀 慎也<sup>2)</sup>, 千田 修平<sup>2)</sup>,  
有吉 彰子<sup>2)</sup>, 渡邊 航大<sup>2)</sup>, 堀谷 亮介<sup>2)</sup>, 和田 梓<sup>3)</sup>,  
桑島 史明<sup>3)</sup>, 吉田 悟<sup>3)</sup>, 坂口 勇太<sup>4)</sup>, 大石 齊<sup>4)</sup>,  
織田嶋崇嗣<sup>4)</sup>, 泉 有紀<sup>4)</sup>, 疋田 稜<sup>5)</sup>, 星屋 博信<sup>5)</sup>,  
河原 正明<sup>1)</sup>, 東田 有智<sup>6)</sup>, 駿田 直俊<sup>1)</sup>

当科で 2019年3月から2021年8月まで診断加療で 近畿大学病院外科に紹介した case 11例(62.8 ± 18.3 yrs, 18.3 M 8, F 3)について検討した。Lung cancer suspected 5, Lung cancer 3, Mediastinal tumor 2, Bullae, empyema 1例であった。Operation例 6例 認めた。Lobectomy後の肺機能評価で treadmill での 呼気ガス分析を1例施行した。(81yrs, F, RLL lobectomy, V'O<sub>2</sub> peak 8.4ml/kg/min)

## OS19-2

### シロリムス長期投与中のリンパ脈管筋腫症に合併したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例

- 1) 京都大学医学部附属病院呼吸器内科,
- 2) 京都大学医学部附属病院泌尿器科,
- 3) 京都大学医学部附属病院産婦人科,
- 4) 京都大学医学部附属病院放射線診断科,
- 5) 京都大学医学部附属病院病理診断科

○谷澤 公伸<sup>1)</sup>, 松梨 敦史<sup>1)</sup>, 服部 友哉<sup>1)</sup>, 半田 知宏<sup>1)</sup>,  
池添 浩平<sup>1)</sup>, 佐野 剛視<sup>2)</sup>, 最上 晴太<sup>3)</sup>, 坂本 亮<sup>4)</sup>,  
吉澤 明彦<sup>5)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

症例は35歳女性。小児喘息があり成人後に再発。26歳時に右腎・肝血管筋脂肪腫増大、肺病変を指摘され、孤発性リンパ脈管筋腫症と臨床診断。MLSTS参加によるシロリムス投与で肺病変はほぼ安定、血管筋脂肪腫は縮小。28歳時(シロリムス開始2年後)に右肺底部に mucoid impaction を伴う気管支拡張が出現。34歳時に陰影が増大し、喀痰検査、好酸球像増多、アスペルギルス IgE陽性、栓子喀出から、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症と診断。イトリコナゾール、メボリズムマブを開始したが、閉塞性肺炎を伴って悪化し入院。気管支鏡でアスペルギルス菌体を含む粘液栓を解除し、PSL25mgで速やかに改善。PSL投与終了10ヶ月後に再発し、PSL再投与、気管支鏡での再処置を要した。シロリムス投与中のリンパ脈管筋腫症にアレルギー性気管支肺アスペルギルス症を合併した症例は既報がなく、報告する。

## OS19-1

### デュピルマブが奏効したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の1例

- 1) 日本赤十字社 京都第二赤十字病院 初期研修医,
- 2) 日本赤十字社 京都第二赤十字病院 呼吸器内科

○広実 佐保<sup>1)</sup>, 片岡 伸貴<sup>2)</sup>, 堤 玲<sup>2)</sup>, 國松 勇介<sup>2)</sup>,  
佐藤いずみ<sup>2)</sup>, 谷村 真依<sup>2)</sup>, 中野 貴之<sup>2)</sup>, 谷村 恵子<sup>2)</sup>,  
竹田 隆之<sup>2)</sup>

症例は75歳、女性。気管支喘息でFP/SM-DPI 250、LTRAにて加療中、好酸球性副鼻腔炎に対してPSLで加療し、5mgまで漸減するも肝機能障害で中止された。その後、胸部CTで両側下葉に異所性石灰化を伴う粘液栓を認め、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)の併発を疑い、気管支鏡で好酸球を多数伴う黄色の粘液栓を認めた。PSLを拒否したため、20XX/12/9からdupilumabを開始、自覚症状は4週間で改善、20XX+1/3/10のCTで粘液栓は気管支拡張を残して消失し、以後、再燃を認めていない。ABPAに対してはmepolizumab、benralizumabのIL-5阻害による好酸球浸潤抑制が奏効する報告が多い。一方、dupilumabは臨床試験で知見の集積段階だが、その機序はIL-4抑制を介したILC2由来のIL-5阻害が有力である。文献的考察を追加して報告する。

## OS19-3

### 過敏性肺炎加療後長期間の観察中、器質的変化部位に生じたアレルギー性気管支肺真菌症の一例

- 1) 市立岸和田市民病院 呼吸器内科,
- 2) 市立岸和田市民病院 呼吸器外科

○上榎 潔<sup>1)</sup>, 平山 寛<sup>1)</sup>, 安田 有斗<sup>1)</sup>, 岩嶋 大介<sup>1)</sup>,  
高橋 憲一<sup>1)</sup>, 今村 直人<sup>2)</sup>, 松本 和也<sup>2)</sup>

背景:アレルギー性気管支肺真菌症は吸入した真菌類に対する宿主側の2型免疫応答により生じ、無加療では肺の構造的変化を誘引しうる疾患である。

症例:68歳男性、6年前に過敏性肺炎と診断され抗原回避にて陰影は改善したが一部に気管支拡張・線維化が残存していた。以降経過観察となっていたが、1年前に気管支喘息と好酸球性肺炎の診断にて経口ステロイド薬による加療が行われ改善した。その後、定期フォローのCT画像で右下葉の気管支拡張部分に高吸収域を伴う粘液栓様の構造物と新規浸潤陰影を認めた。気管支鏡検査では右下葉肺底区入口部に粘液栓を認め、病理学的検査では粘液栓に糸状菌を認め、アレルギー性気管支肺真菌症の診断に至った。経口ステロイド薬による加療で右下葉の浸潤影は改善し、ステロイド量を漸減し終了した。

結論:気管支喘息患者において器質的異常を有する気管支部位はアレルギー性気管支肺真菌症の母地となりうる事が示唆された。

## OS19-4

### 気管支動脈塞栓術の造影剤が原因と考えられた肺胞出血の1例

和泉市立総合医療センター

○上野健太郎, 小林 真晃, 上田 隆博, 上西 力,  
中辻 優子, 石井真梨子, 田中 秀典, 松下 晴彦

【症例】80歳男性

【主訴】咯血

【現病歴】咯血を主訴に当院を受診した。胸部CTで右下葉を中心に出血の吸い込み像を認め、気管支鏡検査では右中葉もしくは下葉からの出血が疑われ同日に気管支動脈塞栓術(BAE)を施行した。以後咯血なく経過していたが、塞栓術3日後に38度台の発熱が出現し、酸素飽和度の低下を認めた。胸部CTを行ったところ両側肺に広範囲にスリガラス陰影の出現を認めた。再度気管支鏡検査を行い、気管支肺泡洗浄を施行したところ、気管支肺泡洗浄液は徐々に赤色が濃くなり、細胞診でヘモジデリン貪食組織球を認めたため肺胞出血と診断した。身体所見や血液検査では膠原病を疑う所見はなく、4年前にも咯血に対して気管支動脈塞栓術後に同様の経過を来していることから、最終的に造影剤により肺胞出血を来したと診断した。BAEは造影剤を使用するため肺胞出血の危険性があり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## OS19-5

### アレルギー性気管支肺アスペルギルス症の経過中に、スエヒロタケによる再燃を来した1例

加古川中央市民病院 呼吸器内科

○山本 浩生, 松本 夏鈴, 山本 賢, 石田 貢一,  
藤井 真央, 多木 誠人, 徳永俊太郎, 堀 朱矢,  
西馬 照明

症例は50歳、女性。発熱と咳嗽を主訴に前医受診し、抗生剤治療不応性の右中肺野の浸潤影で紹介受診した。喘息症状および、末梢血好酸球増多、血清IgE高値、血清アスペルギルス沈降抗体が陽性であり、喀痰検査より*Aspergillus fumigatus*が同定され、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症と診断した。プレドニン20mgで治療開始し、浸潤影も改善した。6年後、再び喘息症状の増悪と右中肺野の浸潤影が出現し、末梢血好酸球増多と血清総IgE値の上昇を認めた。喀痰検査から*Schizophyllum commune*が同定され、血清特異的IgG抗体およびIgE抗体が強陽性であった。アスペルギルスの血清特異的抗体は陰性であり、スエヒロタケによるアレルギー性気管支肺真菌症と診断した。アレルギー性気管支肺真菌症の再燃が疑われた場合、原因真菌が異なる場合があり注意が必要である。

## OS19-6

### 末梢血好酸球数が漸増した器質化肺炎の2例

独立行政法人 労働者健康安全機構 神戸労災病院

○石黒 豊, 石井 達也, 村田 祐一, 中川 真吾,  
廣田 功平, 吉岡 隆之, 仲田 庄志, 井上 信孝

【症例1】69歳男性。右上葉肺炎に対し抗菌薬約6週間継続するも改善を認めなかった。胸部CT再検し、器質化肺炎を疑う所見であったが、末梢血好酸球数が漸増したため、診断目的に気管支鏡検査(BAL/TBLB)を施行した。

【症例2】86歳男性。右上・下葉肺炎に対し抗菌薬約1週間継続するも改善を認めなかった。呼吸器症状は約2週間継続し、胸部CT再検し陰影増悪を認めるとともに、末梢血好酸球数増加もあり、BAL/TBLBを施行した。

【結果】BALFでは好酸球数が症例1で65%、症例2で20%と上昇を認め、TBLB検体では症例1,2で肉芽組織を認め器質化肺炎と診断したが、好酸球浸潤は認めなかった。原因の明らかな好酸球性肺疾患がなく、慢性好酸球性肺炎に続発する器質化肺炎と考え、PSL 0.5mg/kg/日で加療し、画像所見、末梢血好酸球数ともに改善した。

【考察】好酸球性肺炎後の二次器質化肺炎は報告が少ないが、抗菌薬加療で改善しない肺炎の鑑別診断に挙げられ、気管支鏡検査が診断に有用である。

## OS20-1

### COVID-19肺炎後の器質化肺炎に対するステロイド加療中に急性増悪を起こした1例

浅香山病院 呼吸器内科

○石山 福道, 丸山 直美, 小島 和也, 太田 勝康

【症例】81歳男性。COVID-19肺炎(中等症2)を発症し、レムデシビルとメチルプレドニゾロンの治療で軽快し、リハビリ目的に当院へ発症25日後に転院した。発熱や酸素低下が続き、CT検査で両肺に散在する斑状の浸潤影やKL-6の上昇から二次性の器質化肺炎と診断して発症36日目からプレドニゾロン40mgで加療した。発症39日目に呼吸状態が悪化し、両肺広範囲にスリガラス影が出現し、急性増悪として人工呼吸管理、ステロイドパルス等で加療した。呼吸状態や肺陰影は速やかに改善し、挿管5日目に抜管して、プレドニゾロン50mgから徐々に減量し、再燃なく経過している。COVID-19肺炎治療後の器質化肺炎から、発症約1ヶ月に急性増悪を起こし、ステロイドが著効した症例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

## OS20-2

### COVID-19 関連間質性肺炎に合併した続発性気胸の 1 例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器外科,  
2) 神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科

○甲 貴文<sup>1)</sup>, 高山 昌和<sup>1)</sup>, 鉄本 啓介<sup>1)</sup>, 齊藤 正男<sup>1)</sup>,  
浜川 博司<sup>1)</sup>, 清水 祐里<sup>2)</sup>, 原 重雄<sup>2)</sup>, 高橋 豊<sup>1)</sup>

COVID-19 患者では高率に気胸を合併し、しばしば治療や管理に難渋する。一方、COVID-19 は他のウイルス感染症と異なり、広範囲の肺野に種々の特徴的な炎症所見をきたし、時に間質性肺炎様に肺の線維化を残すことが知られている。しかし、COVID-19 によりどのような肺障害をきたすのか、またその肺障害と気胸がどのように関連しているのかは明らかになっていない。我々は、人工呼吸管理を要した重症 COVID-19 の肺障害による間質変化に続発した気胸に対し、手術治療を行った 1 例を経験した。同患者から得た病理所見をもとに、その肺障害の特徴と、気胸が発生する機序、そしてその臨床経過について考察する。

## OS20-4

### COVID-19 肺炎に合併した肝障害の検討

NHO 姫路医療センター

○三宅 剛平, 平岡 亮太, 平田 展也, 竹之内政樹,  
平野 克也, 久米佐知枝, 小南 亮太, 大西 康貴,  
加藤 智浩, 鏡 亮吾, 勝田 倫子, 横井 陽子,  
東野 幸子, 水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信,  
河村 哲治

COVID-19 肺炎に合併した肝障害について検討した。当院で入院診療を行った 357 例のうち、AST 高値は 222 例、ALT 高値は 101 例に認めた。男性、高血圧、肝疾患、肺基礎疾患例で肝障害リスクが有意に高く、入院時酸素吸入を必要とする中等症以上の COVID-19 肺炎 (122 例) においては OR 4.19 ( $p < 0.01$ ) と高頻度に肝障害を認めた。治療の選択にはステロイド (OR 3.91)、レムデシビル (OR 2.83)、オルミエント (OR 6.07) の使用はいずれも肝障害例の方が多かった。増悪転院あるいは死亡退院は 56 認めたが、これを指標とした予後に関して肝障害は有意な影響を与えなかった (OR 1.63,  $p = 0.13$ )。COVID-19 肺炎の肝障害は予後に影響を与えず、呼吸状態優先に治療法を選択する方針は理にかなっていると考えられた。

## OS20-3

### COVID-19 加療後の続発性器質化肺炎に対する副腎皮質ステロイド投与が有効であった 1 例

兵庫県立淡路医療センター 呼吸器内科

○佐伯 翼, 桐生 辰徳, 松岡 史憲, 堂國 良太,  
奥野 恵子, 小谷 義一

【症例】63 歳, 男性。

【主訴】呼吸困難。

【現病歴】2021 年 5 月に COVID-19 と診断、自宅療養中の第 8 病日に呼吸状態悪化があり当院入院、デキサメタゾン・ネーザルハイフローでの加療後に在宅酸素療法を導入、第 20 病日に自宅退院となった。退院後呼吸状態の改善なく、第 40 病日に再入院、安静時経鼻酸素 3L/分を要し、胸部 CT で両側びまん性すりガラス影、BAL で CD8 優位のリンパ球増加を認め、続発性器質化肺炎と診断した。第 43 病日からプレドニゾン 40mg(0.5mg/kg)/日 で治療開始、1 週毎に 10mg ずつ漸減したところ、第 57 病日には胸部画像の改善を認め、安静時の酸素投与は不要となった。

【考察】COVID-19 加療後の続発性器質化肺炎で呼吸不全が遷延する場合に副腎皮質ステロイド投与が有効であった。最適な治療方法や介入時期については今後の検討課題であり、治療経過を含め報告する。

## OS20-5

### ネーザルハイフロー療法を要した新型コロナウイルス感染妊婦の一例

加古川中央市民病院 呼吸器内科

○多木 誠人, 松本 夏鈴, 山本 浩生, 石田 貢一,  
山本 賢, 藤井 真央, 徳永俊太郎, 堀 朱矢,  
西馬 照明

症例は 27 歳女性で、妊娠 24 週 2 日に新型コロナウイルス感染のため入院となった。呼吸状態が悪化し、入院 5 日目に集中治療室にてネーザルハイフロー療法を開始し、ステロイドパルスなどを施行した。その後、呼吸状態は改善し、入院 10 日目にネーザルハイフロー療法を離脱した。全身ステロイドを漸減し、入院 24 日目に退院となった。新型コロナウイルスに感染した妊婦に対する治療法は十分に確立していない。重症の新型コロナウイルス感染妊婦の症例を経験したため、報告する。

## OS21-1

### COVID-19中等症にレムデシビル、ステロイド、バリシチニブ併用での治療経験

地方独立行政法人 公立甲賀病院 内科

○福永健太郎, 大張 靖幸, 徳岡 駿一, 加藤 悠人,  
村田幸一郎, 中浦 玄也, 高木 彩乃, 佐々木裕二,  
大村 寧, 渋谷 和之

【背景・目的】 COVID-19はウイルスとの過剰な免疫応答によりウイルス性肺炎を生じ、呼吸不全に至ることがある。治療の主体は抗ウイルス薬と抗炎症薬の併用である。COVID-19中等症に対しレムデシビル (RDV), ステロイド (CS), バリシチニブ (BARI) の3剤を使用した16例を経験したので報告する。

【方法】 RDV, CS, BARIで治療を行った16例について、診療録を用いて後方視的に検討した。

【結果】 男性が12例、以下の項目は中央値で示す。年齢46歳、BMI28.7、酸素投与中止までの日数7日、入院期間18日であった。1例は重症化し挿管人工呼吸管理となったが、その他は全例回復した。有害事象は高血糖、軽度の肝障害、皮疹であった。

【結論】 COVID-19に対しRDV, CS, BARIの併用療法は有効であり、入院時から呼吸不全の進行が予測される症例に関しては早期から3剤での治療も検討される。

## OS21-2

### COVID-19に対するステロイドパルス療法とトシリズマブまたはバリシチニブの併用療法の後方視的検討

1) 大阪府済生会千里病院 初期臨床研修センター,  
2) 大阪府済生会千里病院 呼吸器内科,  
3) 大阪府済生会千里病院 免疫内科

○上田美智子<sup>1)</sup>, 多河 広史<sup>2)</sup>, 古川 貢<sup>2)</sup>, 山根 宏之<sup>2)</sup>,  
松浦 良信<sup>3)</sup>

【背景】 COVID-19に対してステロイドパルス療法 (SPT) とトシリズマブ (TCZ) またはバリシチニブ (BARI) の併用療法を行うことがあるが、その有用性は不明である。

【方法】 第4波と第5波で入院時に中等症以上で非挿管のCOVID-19に対してSPTにTCZの併用療法を行った8例、BARIの併用療法を行った36例、TCZとBARIの併用療法を行った3例の臨床転帰を後ろ向きに検討した。

【結果・考察】 SPTとTCZの併用の8例では3例が気管挿管となり、1例は抜管後に転院、1例は気切後に転院、1例は多臓器不全で死亡した。SPTとBARIの併用の36例では3例が挿管となり、2例は抜管後に退院、1例はECMO導入後に気切している。SPTにTCZとBARIの併用の3例では2例が挿管の適応となり、1例は抜管後に退院、1例は挿管の希望なく死亡した。中等症以上のCOVID-19に対するSPTとTCZまたはBARIの併用療法は人工呼吸器等を回避するのに有用である可能性が示唆され、文献学的考察を含めて報告する。

## OS21-3

### 重症COVID-19に合併する細菌感染の検討

1) 堺市立総合医療センター 呼吸器内科,  
2) 堺市立総合医療センター 感染症内科,  
3) 堺市立総合医療センター 腫瘍内科

○西田 幸司<sup>1)</sup>, 小川 吉彦<sup>2)</sup>, 久瀬 雄介<sup>1)</sup>, 中野 仁夫<sup>1)</sup>,  
梶田 元<sup>1)</sup>, 草間 加与<sup>1)</sup>, 西尾 智尋<sup>1)</sup>, 岡本 紀雄<sup>3)</sup>,  
郷間 巖<sup>1)</sup>

【背景】 重症COVID-19に合併する細菌感染に関して国内のエビデンスは限られている。

【目的】 人工呼吸管理を要する重症COVID-19に合併する細菌感染の頻度と検出菌を報告する。

【方法】 当院で人工呼吸管理を行った重症COVID-19について、挿管後48時間以内に採取された気管内痰の細菌培養結果と、その結果を参考に抗菌薬が投与された症例を集計した。

【結果】 2020年3月から2021年9月に当院で人工呼吸管理を行った重症COVID-19は144例あり、そのうち119例で挿管後48時間以内に気管内痰が採取された。144例中41例(28%)で、気管内痰グラム染色所見や培養結果をもとに抗菌薬治療が開始された。また培養における検出菌は頻度が多い順にMSSA 41例(34%)、肺炎球菌12例(10%)、カンジダ12例(10%)であった。

【結論】 人工呼吸管理を要する重症COVID-19の28%に細菌感染の合併を認めた。また検出菌はMSSAが最多であった。

## OS21-4

### COVID-19肺炎後に再増悪を来した4例の臨床的検討

大阪市立総合医療センター 呼吸器内科

○藤井 裕子, 山口 実賀, 堤 将也, 山入 和志,  
三木 雄三, 眞本 卓司, 柳生 恭子, 少路 誠一

【背景・方法】 COVID-19肺炎の急性期を過ぎ、遺伝子検査が陰性化した後に再増悪する例が散見される。2021年4月から2021年8月までに、COVID-19肺炎後の再増悪に対して治療を行った4名の臨床的特徴について検討した。

【結果】 全例男性であり、年齢は67歳から83歳、すべて前喫煙者であった。COVID-19発症から再増悪までの期間は24日から49日であり、4例中2例は初発時にデキサメタゾンが投与された。再増悪時に3例で侵襲的人工呼吸器管理を要し、1例で高流量式鼻カニューラを要した。再増悪時の胸部CT検査では、全例で両側肺に牽引性気管支拡張を伴うスリガラス影と浸潤影を認めた。4例ともメチルプレドニゾロン1000mg/日を3日間、後療法としてプレドニゾロン1mg/kg/日が投与され、いずれも酸素化と画像所見は改善した。

【結語】 COVID-19肺炎の治療後に再増悪を起こす例が報告されており、急性期治療の再検討と再増悪リスクについての今後さらなる検討が必要である。

## OS21-5

### 当院で経験したCovid-19治療後の再増悪症例10例の検討

- 1) 市立奈良病院 呼吸器内科,  
2) 市立奈良病院 総合診療科,  
3) 市立奈良病院 感染制御内科

○森川 昇<sup>1)</sup>, 西前 弘憲<sup>1)</sup>, 森川 暢<sup>2)</sup>, 菱矢 直邦<sup>3)</sup>, 見山 紀子<sup>1)</sup>

【目的】 Covid-19に対して標準治療終了後に再増悪した当院での症例の臨床的特徴を検討する。

【方法】 第4波～第5波（2021/03/01～2021/09/30）で当院に入院した小児を除く成人のCovid-19患者を対象とした。再増悪の定義は初期のステロイド治療に反応し、ステロイドの減量もしくは終了1週間以内にseven-point ordinal scaleが少なくとも1点以上悪化した症例とした。

【結果】 第4波は167例中8例が再増悪症例で、第5波は166例中2例が再増悪症例であった。再増悪症例は男性が多く（男性7例、女性3例）、年齢の中央値は77歳と高齢者が多く、全例ワクチン未接種であった。発症から再増悪までの期間の中央値は15.5日、ステロイド終了から再増悪までの中央値は3日間、入院期間の中央値は27.5日であった。2例は30日以内に死亡退院となった。

## OS22-2

### COVID-19肺炎後に発症したニューモシスチス肺炎の一例

大阪府済生会野江病院 呼吸器内科

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

【症例】 72歳女性

【主訴】 労作時呼吸困難

【現病歴】 COVID-19に対してステロイドや免疫抑制剤を含む治療を受け、約1ヶ月後に労作時呼吸困難があり受診した。

【臨床経過】 胸部CTで両肺びまん性すりガラス陰影が再燃した。気管支鏡検査を実施し、気管支肺胞洗浄液(BALF)の細菌培養は陰性であり、グロコット染色によって菌体を確認できなかったが、β-Dグルカン高値とBALFのニューモシスチスPCR陽性からニューモシスチス肺炎(PCP)と診断した。HIV1.2抗体は陰性であり、ST合剤およびステロイドを2週間投与し、症状・画像ともに改善した。

【考察】 本症例は2型糖尿病の他には基礎疾患がなく、COVID-19に対してトシリズマブおよび3週間のステロイド治療を受けたことが、PCPの発症につながったと考えられる。COVID-19の治療後に免疫抑制作用が遷延することがあり、日和見感染の発症に注意する必要がある。

## OS22-1

### COVID-19肺炎軽快後に器質化肺炎の再燃と鑑別を要した肺血栓塞栓症の2例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○嶋田 有里, 永田 一真, 貴志 亮太, 田代 隼基,  
岩林 正明, 遠藤 慧, 世利 佳晃, 島 佑介,  
白川 千種, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 中川 淳,  
立川 良, 富井 啓介

症例1.88歳女性.中等症2のCOVID-19で加療,軽快したが,発症28日目より呼吸困難を自覚,発症33日目に再入院となった.胸部CTで浸潤影を認め,器質化肺炎疑いでステロイドを開始した.発症40日目に発熱,Dダイマーの上昇を認めた.胸部CTで浸潤影の増悪を認めたが,造影CTで肺動脈に血栓を認め,肺血栓塞栓症と診断し抗凝固薬を開始した.症例2.86歳女性.中等症2のCOVID-19で加療,軽快したが,発症27日目より呼吸困難を自覚,発症31日目に再入院となった.胸部CTで浸潤影を認め,器質化肺炎疑いでステロイドを開始した.退院したが,呼吸困難が持続するため,発症47日目に再々入院した.胸部CTで浸潤影の増悪を認めたが,造影CTで肺動脈に血栓を認め,肺血栓塞栓症と診断し抗凝固薬を開始した.2例ともにその後の経過は良好である. COVID-19肺炎軽快後に陰影が出現した際に肺血栓塞栓症を鑑別に挙げる必要があることが示唆されたので報告する.

## OS22-3

### COVID-19に侵襲性肺炎球菌感染症を合併した2例

兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科

○岡崎 航也, 葭 七海, 松本 啓孝, 齋藤恵美子,  
平位 知之, 遠藤 和夫, 平林 正孝

【症例1】 59歳男性.前医でCOVID-19としてステロイドパルス療法が行われるも,呼吸不全進行のため当院搬送となった.挿管管理として,トシリズマブを投与した.喀痰・血液培養より,肺炎球菌を検出した.抗菌薬治療を行い,抜管に至るも意識障害・難聴を認めた.髄液検査より,肺炎球菌髄膜炎の診断となった.髄膜炎性内耳炎による難聴が遷延し,人工内耳植込み術目的に転院となった.

【症例2】 59歳女性.前医でCOVID-19としてステロイドパルス療法が行われるも,呼吸不全進行により当院へ搬送となった.挿管管理として,トシリズマブを投与した.間もなく循環不全に陥り,喀痰・血液培養より肺炎球菌を検出した.敗血症性ショックと診断し,ステロイド治療と並行して抗菌薬治療を行い,全身状態は快方へ転じ,抜管後も特記合併症なく軽快した.

【結語】 COVID-19治療のため免疫抑制剤を頻繁に用いるが,細菌重複感染時に重症化リスクがあり,慎重に感染管理を行う必要がある.

## OS22-4

### 重症 COVID-19 患者に対する長期のステロイド投与が CMV 感染に与える影響

- 1) 大阪大学大学院 医学系研究科 呼吸器・免疫内科学,  
2) 大阪大学大学院 医学系研究科 麻酔・集中治療医学

○山本 悠司<sup>1)</sup>, 白山 敬之<sup>1)</sup>, 平田 陽彦<sup>1)</sup>, 久下 朋輝<sup>1)</sup>,  
松本錦之介<sup>1)</sup>, 米田 翠<sup>1)</sup>, 山本 真<sup>1)</sup>, 内山 昭則<sup>2)</sup>,  
武田 吉人<sup>1)</sup>, 熊ノ郷 淳<sup>1)</sup>

【背景】 COVID-19 に対してはステロイドが頻用されているが、ステロイドは易感染性を惹起し二次感染の原因となる。本研究は CMV 等の二次感染を合併せずにステロイドを投与できる最大日数について調査した。

【方法】 ICU 入室時に CMV 感染を合併していない重症 COVID-19 患者 59 人を評価した。全ての患者は人工呼吸器管理下でデキサメタゾン投与された。

【結果】 ICU 入室中、CMV 感染が 15 人の患者に起こり、6 人が治療を要した。4 人の患者が二次感染により死亡した。ICU 入室中の CMV 感染の累積発生率は 26.8% であった。CMV 感染を合併せずにデキサメタゾン投与した日数の中央値は 15 日間であった。ICU 入室中の CMV 感染は ICU 入室中の全死亡と相関した ( $P = 0.003$ )。

【結論】 重症 COVID-19 患者へのステロイドの長期投与は有用でない可能性がある。

## OS23-1

### EGFR-TKI 導入後に根治的肺葉切除術を行った 1 例

- 1) 京大病院 呼吸器外科, 2) 京大病院 呼吸器内科

○岩本 拓也<sup>1)</sup>, 豊 洋次郎<sup>1)</sup>, 糸谷 涼<sup>2)</sup>, 栢分 秀直<sup>1)</sup>,  
田中 里奈<sup>1)</sup>, 大角 明宏<sup>1)</sup>, 中島 大輔<sup>1)</sup>, 濱路 政嗣<sup>1)</sup>,  
毛受 暁史<sup>1)</sup>, 伊達 洋至<sup>1)</sup>

症例は 52 歳女性。胸部 CT にて左上葉に 29 mm の結節を認め、気管支鏡検査で腺癌 (EGFR exon21 L858R 陽性) と診断された。PET-CT で同部位の SUVmax:12.0 の集積に加え遠隔転移を疑う右腋窩リンパ節腫大を認め、cT1cN0M1b としてオシメルチニブが導入された。2 か月後の全身検査で、右腋窩リンパ節は神経鞘腫が疑われた。腫瘍は 18 mm に縮小、ycT1bN0M0 と診断し胸腔鏡下左上葉切除術を施行した。オシメルチニブは disease flare を懸念し 3 日前に休薬した。血管鞘に軽度の炎症を認めた。術後経過は良好で、病理結果は、ypT1bN0M0, Adenocarcinoma, solid, 16 mm, pI0, ly1, v0, pm0 (L858R 陽性) であった。腫瘍組織の多くは viable ながら細胞内に粘液を有しており、周囲組織にも線維化を認めたため、これらの反応を tumor bed と判断し、Efla と判断した。EGFR-TKI 導入後の根治的手術に関しては報告が少なく、病理学的検討を含め報告する。

## OS22-5

### COVID-19 後の間質性肺疾患の一例

近畿大学 医学部 呼吸器アレルギー内科

○國田 裕貴, 松本 久子, 岩永 賢司, 西山 理,  
佐野安希子

【症例】 58 歳男性

【主訴】 呼吸困難

【現病歴】 2021 年 X 月に COVID-19 として前医で入院、人工呼吸器離脱後であった。X+1 月中旬頃から呼吸状態の悪化と両側に広範なすりガラス陰影の出現を認めため当院に転院となった。気管内挿管後に気管支肺胞洗浄を行ったところ、外観は肺胞出血パターン、細胞分画は好中球優位であった。抗菌薬を十分期間使用しても改善なく、COVID-19 後の間質性肺疾患 (ILD) を疑ってステロイドパルス療法を行ったところ、肺野陰影の改善を認め、呼吸不全も脱することができた。

【考察】 COVID-19 では、病状の改善が得られた後にもILD様の陰影が遷延し悪化する場合がある。OP様の画像所見が最も多いが、本症例のようにDADに一致した画像所見を呈した場合は予後が不良であり、早期の治療介入が必要である。

## OS23-2

### SLE 治療中に肺癌肉腫を発症し、同一肺葉内のアスペルギルス感染嚢胞とともに切除可能であった一例

京都岡本記念病院

○吉澤 正敏, 石田 久雄, 桑原 正喜, 星野 大葵,  
村澤 正樹

症例は 81 歳女性。全身性エリテマトーデスで長期ステロイド療法中、右肺下葉に分節状の結節陰影が出現し、比較的急速な増大を認めたため切除手術の方針となった。術中組織診断で肉腫様癌の可能性を指摘され、最終的に右肺下葉切除術を施行した。術後組織診断では癌肉腫、pT1cN0M0 stage1A3 と診断され、扁平上皮癌と紡錘細胞の他、骨肉腫・軟骨肉腫の成分を認めた。同一肺葉内に内部液体貯留を伴う嚢胞性病変があり、こちらも長期に経過を観察されていたが、永久標本からアスペルギルス症と診断された。



### OS23-3

#### 腫瘍の穿破による有癭性膿胸に対して気管支充填術が奏功しDurvalumabを使用したIII期肺腺癌の1例

- 1) 日本生命病院 呼吸器・免疫内科,  
2) 日本生命病院 放射線治療科,  
3) 日本生命病院 呼吸器外科

○所司原奈央<sup>1)</sup>, 甲原 雄平<sup>1)</sup>, 柳澤 篤<sup>1)</sup>, 國屋 研斗<sup>1)</sup>,  
二宮 隆介<sup>1)</sup>, 丸岡真太郎<sup>2)</sup>, 富田栄美子<sup>3)</sup>, 橋本久仁彦<sup>1)</sup>,  
立花 功<sup>1)</sup>

症例は70歳台男性。右下葉肺腺癌cT4N3M0 StageIIICと診断した。化学放射線療法導入前に膿胸を発症し、胸腔ドレナージを施行した。ドレナージを抜去後、抗菌薬継続下で化学放射線療法 (weeklyカルボプラチン+パクリタキセル) を施行した。化学放射線療法終了後、膿胸に対して再度胸腔ドレナージを実施し、軽快したためドレナージを抜去した。Durvalumab療法を開始したが膿胸を再発し、CTで腫瘍と胸腔の交通を認め有癭性膿胸と診断した。胸腔ドレナージと抗菌薬治療を行ったが改善が乏しく、右下葉気管支に対してEWSによる気管支充填術を行ったところ、気漏は減少しドレナージを抜去できた。以降膿胸の再発はなく、Durvalumab療法を継続し寛解を得ている。肺癌の穿破による有癭性膿胸に対してEWS後にDurvalumabを使用できた例は報告がなく、文献的考察を加えて報告する。

### OS23-5

#### 肺結核加療後に急激に増大した肺空洞性病変の一例

高槻病院 呼吸器内科

○大内 愛子, 松村佳乃子, 山崎葉々美, 山岡 貴志,  
岩本 夏彦, 岡本真理子, 岩坪 重彰, 中村 美保,  
金 永学, 船田 泰弘

症例は68歳女性。X年1月に胃MALTリンパ腫と診断された。胸部CTで全肺野びまん性に小葉中心性小結節を認め、気管支鏡下の吸引痰でTB-PCR陽性であり肺結核と診断した。抗結核薬治療後陰影は改善し、X+1年2月に胃MALTリンパ腫に対する放射線照射を行った。X+1年10月より咳嗽が出現しCTで左上葉枝の狭窄、周囲のコンソリデーションが出現し内部の空洞化を伴った。結核の再燃を考え喀痰抗酸菌検査や気管支鏡を施行するも抗酸菌培養陰性であった。X+2年5月末より右鼠径リンパ節腫大を認め、同部位からの生検でびまん性大細胞型リンパ腫(DLBCL)と診断した。PET-CTでは右鼠径部の腫瘍と左上葉病変に一致してFDG高集積を認めた。DLBCLの肺病変と考えR-CHOP療法を開始後、左上葉のコンソリデーションは改善した。肺結核治療後の再発は稀である。悪性リンパ腫の肺病変は多彩な所見を呈し、空洞性病変を伴うコンソリデーションには悪性リンパ腫も鑑別にあげべきである。

### OS23-4

#### 若年者の肺リンパ上皮腫様癌の一例

市立岸和田市民病院 呼吸器外科

○今村 直人, 松本 和也

【症例】22歳男性。

【現病歴】X年四肢疼痛を契機に右肺下葉腫瘍を指摘され、当院紹介となった。

【経過】右下葉に4cm大の腫瘍が存在し、気管支鏡を行ったところ、lymphoepithelial lesionを認めた。ばち状指があり、骨シンチで長管骨中心の集積を認め、肺性肥大性骨関節症の合併が示唆された。右中下葉切除術を施行し、切除標本で腫瘍細胞核内EBV-encoded small nuclear RNA (EBER)が陽性であり、肺リンパ上皮腫様癌 pT2aN0M0 stageIBと診断された。術後四肢疼痛は改善した。X+2年に右上葉肺門部再発が判明、遺残肺全摘術を施行した。現在再発なく経過観察中である。

【考察】肺リンパ上皮腫様癌は稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

### OS24-1

#### 孤発性肺腫瘍をきたしたリンパ腫様肉芽腫症 Grade 3の1例

- 1) 京都大学医学部附属病院呼吸器内科,  
2) 京都大学医学部附属病院血液内科,  
3) 京都大学医学部附属病院呼吸器外科,  
4) 京都大学医学部附属病院放射線診断科,  
5) 京都大学医学部附属病院病理診断科

○谷澤 公伸<sup>1)</sup>, 奥谷 亮子<sup>1)</sup>, 阪本 貴士<sup>2)</sup>, 大角 明宏<sup>3)</sup>,  
半田 知宏<sup>1)</sup>, 池添 浩平<sup>1)</sup>, 坂本 亮<sup>4)</sup>, 吉澤 明彦<sup>5)</sup>,  
平井 豊博<sup>1)</sup>

症例は84歳女性。近医で病歴、画像、経気管支肺生検、抗トリコスボロン・アサヒ抗体陽性から夏型過敏性肺炎と診断され、経過観察目的で当科に紹介。環境整備で過敏性肺炎は改善していたが、左下葉腫瘍影が急激に増大。経気管支生検で診断に至らず、左下葉部分切除術によりリンパ腫様肉芽腫症 Grade 3/Epstein-Barrウイルス陽性びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と組織診断された。残存病変がないために化学療法を希望されず、追加治療は行っていない。過敏性肺炎の季節性再発はあるが、リンパ腫様肉芽腫症 Grade 3は無治療で、2年間再発なく経過している。孤発性肺腫瘍をきたし、治癒切除されるリンパ腫様肉芽腫症 Grade 3は稀であり、報告する。

## OS24-2

### 両肺および皮膚に多発結節を呈し、診断に難渋したリンパ腫様肉芽腫症の1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院

○坂野 勇太, 伊元 孝光, 藤原 直樹, 船内 敦司,  
塚本 信哉, 林 優介, 宇山 倫弘, 濱川 瑤子,  
北島 尚昌, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

症例は82歳女性。X-6年に咳嗽を主訴に近医を受診し、多発肺結節および皮膚結節を指摘された。皮膚生検および2度の気管支鏡生検を行うも診断に至らず、X-5年に肺結節の自然消退を認め経過観察となった。X年1月に溶血性貧血を呈し、同時期に肺結節の増大を認めた。X年4月、下腿の多発結節および潰瘍が出現し、肺病変の急速な増大を認めた。血管炎を疑い腎生検および気管支鏡生検を行うも確定診断に至らなかった。皮膚生検にて多彩なリンパ球による血管系への浸潤・局所壊死像を認めリンパ腫様肉芽腫症が疑われた。エコーガイド下肺生検を追加しEBER-1 in situ hybridizationを用いた結果、EBV陽性のB細胞を認めリンパ腫様肉芽腫症と診断した。リンパ腫様肉芽腫症は稀なリンパ増殖性疾患であり、浸潤細胞が多彩なため診断に難渋することが多い。今回我々は、複数回の生検を行うことでようやく診断し得た1例を経験したため、若干の文献的考察を交え報告する。

## OS24-4

### 肺病変の伴ったメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の3症例

大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科

○田中 智, 鬼頭里子, 小牟田清英, 谷崎 智史,  
金井 友宏, 内田 純二, 上野 清伸

メトトレキサート (MTX) は関節リウマチのキードラッグであるが、その合併症としてメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) がある。MTX-LPDは節外病変として発症するケースが多いが、肺病変は比較的稀である。また合併症として感染症 (細菌性肺炎・カリニ肺炎など) や間質性肺炎などが同時に発症する場合もあり、肺病変の診断において詳細な評価が求められる。また治療においてもMTXの中止のみで約半数は軽快するが、化学療法や放射線療法を要する場合もある。以上のように肺病変の伴うMTX-LPDは診断・治療の臨床経過において様々な経過を辿り、個々の症例に応じたきめ細かな対応が求められる。今回我々は2017年8月1日から2021年7月31日までの間に当センターで経験した肺病変の伴ったMTX-LPDの3症例を提示し、診断・治療におけるその多彩な臨床経過に関してここに報告する。

## OS24-3

### 急激な経過を辿り血栓症による小腸壊死を来した血管内リンパ腫の一部検例

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

○山本 賢<sup>1)</sup>, 堀 朱矢<sup>1)</sup>, 松本 夏鈴<sup>1)</sup>, 山本 浩生<sup>1)</sup>,  
石田 貢一<sup>1)</sup>, 藤井 真央<sup>1)</sup>, 徳永俊太郎<sup>1)</sup>, 西馬 照明<sup>1)</sup>,  
西野 彰悟<sup>2)</sup>, 今井 幸弘<sup>2)</sup>

症例は68歳男性。X年8月より発熱を認め、9月に当院総合内科を受診した。血液検査ではLDHの著明高値を認めたが、一旦解熱したため経過観察となっていた。10月下旬に再度発熱と呼吸困難を認めたため、当院外来を再受診した。その際に胸部CT検査を施行したところ、両肺のびまん性のすりガラス影を認めた。酸素化の低下もあったため、当科に入院となった。LDH値と病歴、CT画像から血管内リンパ腫も鑑別に挙げて気管支内視鏡検査、ランダム皮膚生検などを施行した。第6病日未明に悪寒と腹痛の訴えがあり、その2時間後に突然心肺停止状態となった。蘇生行為を行ったが救命できず死亡し、剖検を施行した。その結果、静脈血栓による小腸壊死の所見を認め、それに伴う敗血症が死因と考えられた。その後、生前の検査結果が判明し、皮膚と肺の生検結果から血管内リンパ腫の診断に至った。急激な経過を辿った血管内リンパ腫の一部検例を剖検所見も併せて報告する。

## OS24-5

### 胸膜に発生したメトトレキサート関連悪性リンパ腫の一例

1) 大阪複十字病院 内科, 2) 第二大阪警察病院 血液内科

○東口 将佳<sup>1)</sup>, 松本 智成<sup>1)</sup>, 金 義浩<sup>2)</sup>, 前倉 俊也<sup>1)</sup>,  
西岡 紘治<sup>1)</sup>, 木村 裕美<sup>1)</sup>, 奥田みゆき<sup>1)</sup>, 小牟田 清<sup>1)</sup>

症例は78再男性。58歳時に関節リウマチと診断され、最近10年間メトトレキサート治療中であった。2週間前からの側胸部痛にて受診。胸部CTで右胸水と右胸膜の結節様肥厚を認めた。胸腔鏡検査で壁側胸膜に2-3cm大の胸膜腫瘍を多数認めた。胸膜生検でびまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断した。メトトレキサートの中止のみで病変は消退し、関節リウマチの治療はトシリズマブに変更した。2年以上が経過するも再発を認めていない。メトトレキサート関連悪性リンパ腫はメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患とも呼ばれ、2008年のWHOによるリンパ系腫瘍の組織分類第4版では「他の医原性免疫不全関連増殖性疾患」の1つに分類されている。メトトレキサートの中止により病変が消退することも少なくないが、中止後も増悪する場合や寛解後の再発も少なくない。また、診断の遅れは予後不良につながる。そのため、すみやかに診断し専門医に紹介することが重要である。

## OS25-1

### 10年間にわたって経過観察し得た硝子血管型のキャッスルマン病の1例

奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー・血液内科

○井上 泰孝, 新田 祐子, 山本 佳史, 佐藤 一郎, 高橋 輝一, 岩佐 佑美, 有山 豊, 藤岡 伸啓, 春成加奈子, 坂口 和宏, 長 敬翁, 大田 正秀, 田崎 正人, 太田 浩世, 藤田 幸男, 本津 茂人, 山内 基雄, 天野 逸人, 吉川 雅則, 室 繁郎

24歳, 男性, X年3月に健康診断の胸部X線写真で左肺門部に腫瘤影を認め, 当科紹介受診. 胸部造影CTで左鎖骨上窩・縦隔・左肺門部に多発するリンパ節腫大を認めた. 発熱・体重減少・倦怠感などの自覚症状はなく, 血液検査所見ではCRPは陰性で,  $\gamma$ グロブリンやアルブミンは正常範囲であった. 若年者に生じた無症状の多発リンパ節腫大であり, サルコイドーシスを第一に疑い気管支鏡検査の施行を検討したが, 同意が得られなかった. X年11月のCTで縦隔・左肺門部リンパ節がわずかに増大したため, X+1年1月に胸腔鏡下左肺門部リンパ節生検を施行し, 硝子血管型のキャッスルマン病と診断した. 以後X+10年まで多発するリンパ節腫大には大きな変化がなく, 無治療で経過している. 硝子血管型のキャッスルマン病に対して10年にわたって経過観察し得た貴重な症例であり報告する.

## OS25-3

### 非結核性抗酸菌症に合併した定型カルチノイドの一例

1) 公立豊岡病院 呼吸器内科,  
2) 公立豊岡病院 呼吸器心臓血管外科,  
3) 公立豊岡病院 病理診断科, 4) 京都大学 呼吸器内科,  
5) 神鋼記念病院 呼吸器センター

○橋田 恵佑<sup>1,5)</sup>, 中治 仁志<sup>1)</sup>, 平野 竜史<sup>2)</sup>, 中島 直樹<sup>3)</sup>, 白田 全弘<sup>4)</sup>, 大塚浩二郎<sup>5)</sup>

73歳女性, X年3月に腭頭部癌の診断, 初診時のCTにて左舌区末梢に気道散布性の多発小結節を指摘されていたが炎症性と考えられた. 術前化学療法後に亜全胃温存腭頭十二指腸切除術を施行され, 術後のCTにて左舌区の結節影は23mm×13mmまで増大していた. 腫瘍マーカー上昇無くMAC抗体陽性から肺非結核性抗酸菌症の診断で内服加療を行われたが改善認めなかった. 背景疾患から悪性腫瘍の合併も考えられるため診断治療目的に外科的切除を行った. 肺切除検体からM.aviumを検出すると同時に病理組織所見で長径6mmの腫瘍も認められ免疫染色で定型カルチノイドの診断であった. 本症例では切除肺の病理組織所見から非結核性抗酸菌症と定型カルチノイドの合併と診断された. 非結核性抗酸菌症の基本的治療は内服加療だが, 効果不良の場合は本症例のように稀な疾患の合併の診断に至ることもあるため外科的切除を検討する意義がある.

## OS25-2

### 呼吸不全, 胸水を呈した, 血管免疫芽球形T細胞リンパ腫の1例

1) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科,  
2) 社会医療法人 神鋼記念病院 呼吸器内科,  
3) 京都大学大学院医学研究科 細胞機能制御学,  
4) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学,  
5) 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 呼吸器内科,  
6) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 血液内科,  
7) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 医学研究所,  
8) 京都大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○中村 哲史<sup>1)</sup>, 稲尾 崇<sup>2)</sup>, 戸田 有亮<sup>3)</sup>, 松村 和紀<sup>1)</sup>, 上山 維晋<sup>1)</sup>, 寺田 悟<sup>4)</sup>, 加持 雄介<sup>1)</sup>, 安田 武洋<sup>5)</sup>, 羽白 高<sup>1)</sup>, 田中 栄作<sup>1)</sup>, 田口 善夫<sup>1)</sup>, 丸山 互<sup>6)</sup>, 赤坂 尚司<sup>6)</sup>, 林田 雅彦<sup>7)</sup>, 大野 仁嗣<sup>7)</sup>, 鹿子島大貴<sup>8)</sup>

X年5月に他院でCOPD急性増悪として入院加療を実施された. 退院時に自覚症状が著明に改善していたが, 退院後1週間後より呼吸困難が出現し, 近医で右胸水を指摘され, X年5月28日に当科受診. 呼吸不全を認め, 精査加療目的で当科へ即時入院となった. 入院時に撮像したCTでは, 右下葉胸膜直下の浸潤影, 右側優位両側の胸水貯留, 両肺広義間質の肥厚と, 縦隔リンパ節・両側鎖骨上窩・腋窩・腹部リンパ節腫脹, 脾腫を認め, 悪性リンパ腫やリンパ増殖性疾患が疑われた. 右胸水の評価を行ったところ, 淡黄色の滲出性胸水であり, 胸水中に形質細胞様の異型細胞を多数認め, 胸水中のT細胞において, TCRG(V $\gamma$ /J $\gamma$ ), TCRB(V $\beta$ J $\beta$ 1.2)のT細胞受容体遺伝子再構成バンドを指摘され, 後に生検を実施した右頸部リンパ節からも同様の再構成バンドが検出された. RhoA G17V変異は検出されなかった. 臨床経過, 検査所見から血管免疫芽球形T細胞リンパ腫と診断した.

## OS25-4

### 血痰および肺門部腫瘤影にて紹介受診した多発転移を伴う悪性褐色細胞腫の1例

1) 市立長浜病院 呼吸器内科,  
2) 市立長浜病院 呼吸器外科

○高木 順平<sup>1)</sup>, 伊藤 高範<sup>1)</sup>, 上林 憲司<sup>1)</sup>, 三由 僚<sup>2)</sup>, 中川 雅登<sup>1)</sup>, 田久保康隆<sup>2)</sup>, 野口 哲男<sup>1)</sup>

褐色細胞腫は比較的可能な内分泌腫瘍であり, そのうち悪性は10%程度とされる. 今回, 多発転移を伴う悪性褐色細胞腫症例を診断したため報告する. 症例は49歳男性, 特記すべき既往歴はない. 2021年X月血痰を主訴に近医を受診し, 胸部単純写真で右肺門部腫瘤影を指摘され当院に紹介された. 胸部単純CTでは右肺門部腫瘍, 縦隔リンパ節腫大を認め, 肺野には転移を疑う円形結節が多発し, 肝転移, 右副腎転移も指摘され, 肺癌の多発遠隔転移を疑った. 造影CT所見では肝門部や左腎静脈上部に多血性リンパ節転移が認められ, 多発肺転移も動脈相で早期より濃染し一連の病変は著明な多血性腫瘍の転移と考えられ, カテコラミン分画検査, I-123MIBGシンチグラフィなどの結果より多発遠隔転移を伴う悪性褐色細胞腫と診断した. 生検により出血などのイベントを惹起する危険性が懸念されたため鑑別疾患としても重要と考えられた.

## OS25-5

### 月経に伴って血痰を繰り返し、気管支子宮内膜症と診断した1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院

○塚本 信哉, 伊元 孝光, 福井 基成

症例は生来健康の40歳女性。血痰を主訴に救急外来を受診し、胸部CTで右S3にすりガラス影を認め、当科紹介となった。月経開始3日前の胸部CTで上記陰影は消失していたが、月経開始とともに再度血痰が出現し、胸部CTで再度右S3にすりガラス影を認めた。経過から月経随伴性の血痰を疑い、月経5日目に気管支鏡検査を施行した。観察すると、気管から右主気管支を中心に凝血塊が見られた。また右B3a入口部に出血を認め、NBIで粘膜下の毛細血管破綻も認めた。B3aの粘膜浮腫を認める部位から生検したが、子宮内膜組織は認めなかった。気管支洗浄液ではヘモジデリン貪食細胞を検出した。以上を総合し、気管支子宮内膜症と診断した。異所性子宮内膜症の中でも気管支子宮内膜症の報告は稀であり、文献的考察を交えて報告する。

## OS26-1

### KRAS 遺伝子変異から腭癌術後肺転移と診断した1例

1) 日本赤十字社 京都第二赤十字病院 初期研修医,  
2) 日本赤十字社 京都第二赤十字病院 呼吸器内科

○白井 遼<sup>1)</sup>, 片岡 伸貴<sup>2)</sup>, 堤 玲<sup>2)</sup>, 國松 勇介<sup>2)</sup>,  
佐藤いずみ<sup>2)</sup>, 谷村 真依<sup>2)</sup>, 中野 貴之<sup>2)</sup>, 谷村 恵子<sup>2)</sup>,  
竹田 隆之<sup>2)</sup>

症例は80歳、男性。腭頭部癌に対して亜全胃温存腭頭十二指腸切除術を施行後、術後補助放射線療法に続いてS-1による術後補助化学療法を施行中、術後6ヶ月のCTで右肺下葉S9aに17.8mm大の結節を認めて当科へ紹介、CTガイド下生検により肺胞上皮置換型増殖を伴うinvasive mucinous adenocarcinomaと診断した。TTF-1陰性、CK7/CK20陽性で腭癌の手術検体と同様であるが、原発巣の特定は困難とされた。オンコマインDx Target TestマルチCDxシステムで精査の結果、EGFR/ALK/ROSL/BRAFなどは陰性で、KRAS 遺伝子変異 (G13A / G13R) を認め、腭癌の肺転移と診断した。KRAS 遺伝子変異は腭癌の80-90%と高頻度に認めるが、日本人の肺癌では約10%に留まり、形態学的に原発巣の診断が困難な場合には有用な場合もあり、文献的考察を加えて発表する。

## OS26-2

### クリゾチニブ投与にて奏効が得られたが、CYFRAの上昇を認めたROSL陽性の肺扁平上皮癌の一例

日本赤十字社和歌山医療センター

○北原 健一, 濱田健太郎, 河内 寛明, 田中瑛一朗,  
矢本 真子, 深尾あかり, 寺下 聡, 渡邊 創,  
堀川 禎夫, 池上 達義, 杉田 孝和

症例は65歳女性。咳嗽を契機に他院で胸部CTを撮影され、右下葉腫瘤影、縦隔リンパ節腫大を認めたため当院に紹介となった。血清CEAとCYFRAが上昇しており、経気管支生検にて肺扁平上皮癌と診断した。明らかな遠隔転移は認めずcT2bN3M0 StageIIIBであったが、両側の鎖骨上窩までリンパ節転移があり、病変の範囲が広いため根治的な同時化学放射線療法は困難であった。オンコマインDx Target TestマルチCDxにてROSL融合遺伝子が陽性であったため、クリゾチニブ500mg/dayを開始したところ病変は著明に縮小してCEAも低下した。一方、CYFRAはクリゾチニブを開始してから経時的に上昇する経過を辿った。ROSL陽性の肺扁平上皮癌は非常に稀少であるとともに、クリゾチニブの腫瘍縮小効果とCYFRAとに何らかの関連がある可能性が示唆される症例であったため報告する。

## OS26-3

### 胸膜癒着術が有効であった肺癌に伴う乳糜胸の1例

京都大学医学部附属病院

○服部 友哉, 阪森 優一, 吉田 寛, 橋本健太郎,  
糸谷 涼, 吉田 博徳, 小笹 裕晃, 平井 豊博

症例は62歳女性。肺腺癌 (cT4N1M1b stage IV, EGFR Exon19 Del) に対し2016年7月より1st line Afatinib, 2018年10月より2nd line Osimertinib, 2021年2月より3rd line CBCDA + PEM, 2021年5月より4th line Osimertinibとレジメンを変更しつつ治療を行っていたところ、左胸水の著名な貯留が見られた。穿刺により乳白色の胸水が採取され、同時に胸水中から腺癌細胞が発見された。穿刺排液にて胸水量の改善を認めないことから、胸腔ドレーンを挿入し、絶食にて色調改善見られるも排液量に変化見られず、リンパ管造影を行った上で胸管結紮術・サンドスタチンの投与を施行したが、排液量および色調の改善は見られなかった。その後、胸膜癒着術を2度施行したところ排液量が低下し、増悪は見られなかった。肺癌に伴う乳糜胸の治療に難渋した1例として文献的考察を交え報告する。

## OS26-4

### ペムプロリズマブによる大腸炎に対してステロイドにインフリキシマブを併用した非小細胞肺癌の一例

- 1) 彦根市立病院 呼吸器内科,
- 2) 彦根市立病院 消化器内科,
- 3) 彦根市立病院 呼吸器外科

○吉川 勝喜<sup>1)</sup>, 岡本 菜摘<sup>1)</sup>, 糸井 啓之<sup>2)</sup>, 斎藤漸太郎<sup>1)</sup>, 渡邊 勇夫<sup>1)</sup>, 林 栄一<sup>3)</sup>, 月野 光博<sup>1)</sup>

【症例】62歳男性。右上葉非小細胞肺癌に対してカルボプラチン、ナブパクリタキセル、ペムプロリズマブを2コース施行後、Grade2の下痢を発症、免疫関連有害事象を疑いプレドニゾン 50 mg/日を開始したが改善せず、血便・血圧低下を呈した。腹部造影CT、下部消化管内視鏡で全大腸炎型の潰瘍性大腸炎を認めた。ステロイド単独では効果乏しくインフリキシマブを併用し改善した。

【考察】非小細胞肺癌に対する化学療法とペムプロリズマブ併用療法における免疫関連大腸炎の発症頻度はGrade3以上で0.6-0.7%と報告されている。既報ではGrade3以上でステロイドにインフリキシマブの併用を要した頻度は24-60%と高く、併用した方が早期寛解が得られたとの報告もある。ステロイド無効例には早期に追加治療を検討する必要があると考えられる。

## OS27-1

### 化学放射線治療とデュルバルマブによる地固め療法の奏功した高悪性度胎児型肺腺癌の1例

- 1) 奈良県総合医療センター 呼吸器内科,
- 2) 奈良県総合医療センター 呼吸器外科,
- 3) 奈良県立医科大学附属病院 病理診断科

○奥田悠太郎<sup>1)</sup>, 宮高 泰匡<sup>1)</sup>, 伊藤 武文<sup>1)</sup>, 花岡 健司<sup>1)</sup>, 伊木れい佳<sup>1)</sup>, 村上 早穂<sup>1)</sup>, 伊佐敷沙恵子<sup>1)</sup>, 松本 祥生<sup>1)</sup>, 櫛部 圭司<sup>2)</sup>, 大林 千穂<sup>3)</sup>

69歳男性。検診で胸部異常陰影を指摘され当院を受診し胸部CTで右上葉に8cm大の腫瘤影を認めた。気管支鏡検査では組織診断に至らず、外科的肺生検により高悪性度胎児型肺腺癌(cT4N3M0 cStage3B)の診断に至った。非小細胞肺癌として化学放射線治療を行う方針とし、Weekly CBDCA+PAC併用放射線治療を行い、加えてデュルバルマブによる地固め療法を施行した。治療により腫瘍は縮小し、約3年間再発なく経過している。高悪性度胎児型肺腺癌は、胎児肺に類似した形態を取る高悪性度の肺腺癌であり非常に稀である。臨床像については不明な点が多く、文献的考察を加えて報告する。

## OS26-5

### 肺炎、血小板減少、肝胆道系酵素上昇、多発リンパ節腫大を認めた原発不明混合型小細胞癌の1剖検例

- 1) 大阪府済生会野江病院 呼吸器内科,
- 2) 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<sup>1,2)</sup>, 松本 健<sup>1)</sup>, 藤木 貴宏<sup>1)</sup>, 野田 彰大<sup>1)</sup>, 山本 直輝<sup>1)</sup>, 相原 顕作<sup>1)</sup>, 山岡 新八<sup>1)</sup>, 三嶋 理晃<sup>1)</sup>

症例は76歳男性。X年10月にCTで多発リンパ節腫大を指摘され血液内科を紹介受診、その後経過観察となっていた。11月より血小板減少を認め、12月にはCTで右肺の浸潤影と肝胆道系酵素上昇を認めたため当科に入院となり、細菌性肺炎としてPIPC/TAZで治療を開始した。PIPC/TAZの継続投与でも改善を認めないため、悪性リンパ腫等を念頭に診断的治療としてステロイドを開始したが奏功せず、第42病日に死亡に至った。経過中に施行した各種培養で有意な起原因菌は検出されず、気管支鏡検査と骨髄検査で悪性所見は認めなかった。死後家族の同意を得て病理解剖を行った結果、肺病変、癌性リンパ管症、多発リンパ節転移、多発肝転移、骨転移を伴う原発不明の大細胞神経内分泌癌成分を含む小細胞癌と診断された。多臓器にわたる病変を認めるにも関わらず診断に難渋し、多発転移を伴う原発不明混合型小細胞癌と診断された報告は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## OS27-2

### 進行肺癌と鑑別を要した唾液腺導管癌の1例

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

○松村 和紀<sup>1)</sup>, 武田 淳志<sup>1)</sup>, 丸口 直人<sup>1)</sup>, 山本 亮<sup>1)</sup>, 中村 哲史<sup>1)</sup>, 上山 雅晋<sup>1)</sup>, 加持 雄介<sup>1)</sup>, 安田 武洋<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>, 桂川 広幸<sup>2)</sup>, 住吉 真治<sup>2)</sup>

症例は63歳女性。X年1月からの咳嗽症状の増悪で近医に受診し、胸部単純写真で右下肺野に腫瘤影を指摘されて同年4月に当院に紹介となった。受診時には左側頭部に潰瘍所見を認め、PET検査では同部位以外に左耳下腺、左頸部リンパ節、右下葉の腫瘤性病変、右肺門～気管分岐部～気管前リンパ節、両側副腎に集積を認めた。左側頭部の潰瘍病変で生検を行ったところ唾液腺導管癌の転移を疑う組織所見を認めた。左唾液腺、左頸部リンパ節での穿刺生検、また右中間気管支幹での生検の組織でも唾液腺導管癌の所見と一致しており、全体像としては唾液腺導管癌と診断した。進行肺癌のような臨床像を呈した唾液腺導管癌という点で非典型的であり、文献的考察を踏まえて報告する。

## OS27-3

### 急速な経過を辿った肺膠様腺癌の一例

公益財団法人 天理よろづ相談所病院

○田中 佑磨, 中村 哲史, 羽白 高, 山口 善夫,  
田中 栄作, 橋本 成修, 加持 雄介, 上山 維晋,  
松村 和紀, 丸口 直人, 山本 亮, 武田 淳志,  
坂本 裕人

症例は73歳男性。3か月前からのふらつきと左下腹部痛を主訴に前医で精査され、肺癌疑いに当科紹介となった。CTでは、左肺下葉に6cm大の腫瘤影、左肺門・縦隔リンパ節腫大、両肺多発肺結節、左胸水を認めた。全身検索では、右小脳半球を含む多発脳転移を認め、左恥骨・寛骨などに多発骨転移を認めた。原発巣から経気管支鏡下生検を行い、膠様腺癌の結果を得、左下葉原発膠様腺癌, cT3N2M1c, Stage IVBと診断した。Driver mutationは陰性で、Carboplatin + nab-Paclitaxelを導入し、多発骨転移および左骨盤骨転移に対し緩和照射を行った。化学療法1コース施行後も腫瘍は増大を認めた。また、放射線腸炎や発熱性好中球減少症を併発し、急速に全身状態は悪化し、初診から2か月の経過で死亡した。膠様腺癌は肺癌の中では稀であり文献的考察も含め報告する。

## OS27-4

### 肺原発NUT midline carcinomaと診断され、抗癌化学療法を行った1例

大阪府 済生会 野江病院 呼吸器内科

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

症例は52歳男性。咳嗽を主訴に当科受診し、CTにて右肺門部腫瘤を認め肺癌が疑われた。PET-CTでは右縦隔、肺門、鎖骨上窩、腹部のリンパ節転移、心膜、胸膜への浸潤や多発骨転移を認めた。気管支鏡検査では左右ともに主気管支に腫瘍が露出しており、右主気管支から中間幹にかけての露出した腫瘍の生検で悪性細胞を認めた。進行が急速であり、病理診断は未確定であったがCBCDA+nab-PTX+Pembrolizumabで治療を開始し、その後に肺原発NUT midline carcinoma (NMC) と診断した。2コース終了時に腫瘍の縮小を認めたが、その後は胸水の増加、心拡大の増悪、発作性心房細動の頻発を認め、4コース途中で約3か月の経過で死亡した。NMCは、染色体 15q14 上にあるNUT遺伝子の遺伝子転座 t(15;19)により定義されている上皮系悪性腫瘍で化学療法に治療抵抗性を示すことが多い。肺原発NMCは本邦での症例報告も数例であり、貴重な症例として若干の文献的考察を含めて報告する。

## OS27-5

### 胸腺癌化学療法中に発症した心嚢気腫の一例

独立行政法人 国立病院機構 姫路医療センター

○平野 克也, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太,  
久米佐知枝, 小南 亮太, 大西 康貴, 東野 幸子,  
加藤 智浩, 勝田 倫子, 鏡 亮吾, 横井 陽子,  
三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信,  
河村 哲治

症例は68歳女性。胸腺癌の2nd line治療としてX年9月よりレンパチニブの投与を開始した。投与開始1ヶ月後の胸部Xpで心陰影周囲に空気の貯留を認めた。自覚症状がないため経過観察としていたが3週間後の胸部Xpで増悪していた。胸部CTでは胸腺癌は縮小しており腫瘤内部に少量のガス像を認め、心嚢内に気腫を認めた。臨床経過と画像所見から、化学療法の効果により腫瘍が縮小したことで肺-心嚢瘻が形成され心嚢気腫が生じたと考えられた。レンパチニブを休業し、心嚢ドレナージを行わずに慎重に経過観察した。1週間後の胸部Xpでは心嚢気腫は改善し、その後増悪なく経過したためレンパチニブを再開した。文献を検索しえた限り胸腺癌化学療法中に生じた心嚢気腫の報告はなく、若干の考察を含めて報告する。

## OS28-1

### 胸膜中皮腫に対するイピリムマブ・ニボルマブ併用療法により胆嚢炎と二峰性の重症肝障害を来した1例

市立吹田市民病院

○宮本 哲志

【症例】65歳、男性。

【現病歴】X年7月に悪性中皮腫2期と診断された。day1にニボルマブ・イピリムマブ併用療法が開始されたが、day8より心窩部痛、水様便が出現した。day9に肝酵素の上昇と胸腹部単純CT検査で胆嚢壁肥厚、大腸壁肥厚を指摘され、免疫関連有害事象(以下irAE)が疑われ入院となった。

【臨床経過】同日よりプレドニゾン(以下PSL)30mg/日の内服を開始すると、症状は改善し肝酵素も低下した。day19よりPSLを25mg/日に減量したが、day24より腹痛が再燃し、肝酵素の著明な再上昇を認め、PSLを50mg/日に増量した。増量後、自覚症状は速やかに改善し、PSLを緩徐に減量したが再燃は認めなかった。

【考察】ニボルマブ及びイピリムマブ投与中のirAEによる肝障害は初期のステロイド治療への反応性は良好といわれているが、二峰性の経過を辿る報告例もあり文献的考察を加えて報告する。

## OS28-2

### Pembrolizumabによる難治性血球貪食症候群に対し多剤併用免疫療法が奏功した一例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,
- 2) 倉敷中央病院 呼吸器内科,
- 3) 神戸市立医療センター中央市民病院 総合内科,
- 4) 神戸市立医療センター中央市民病院 膠原病内科

○神戸 寛史<sup>1,2)</sup>, 佐藤 悠城<sup>1)</sup>, 藤田 将平<sup>3)</sup>,  
大村浩一郎<sup>3)</sup>, 富井 啓介<sup>1)</sup>

【症例】50代女性

【主訴】発熱, 倦怠感

【現病歴】前医で四期肺扁平上皮癌と診断し, Carboplatin/nab Paclitaxel/Pembrolizumab(PEM)を開始. 2コース目でSteven-Johnson症候群(SJS)を発症しステロイドパルスを施行. プレドニゾロン25mgまで減量した時点で発熱・倦怠感を自覚し救急外来を受診. 精査の結果PEMによる血球貪食証候群と診断した. ステロイドパルスとシクロスポリンの併用療法で治療を開始したが, 治療開始後も臨床的改善が得られなかったことからミコフェノール酸モフェチルを追加. 以降は改善し, 入院第30病日に自宅退院となった.

【考察】PEMによる免疫関連副作用(ir-AE)での血球貪食症候群とSJSが合併した症例はほとんどなく, ir-AEによる血球貪食症候群に対して多剤併用免疫抑制療法を行って改善した報告も少ないため, 文献的考察を踏まえて報告する.

## OS28-4

### アテゾリズマブによる免疫関連有害事象治療中にサイトメガロウイルス腸炎を合併した進展型肺小細胞癌の一例

松下記念病院

○榊井 太輝, 宮本 瑛史, 大倉 直子, 山田 展久,  
山田 崇央

症例は50代女性. 進展型肺小細胞癌に対してICIを含めた化学療法を行っていたが, 倦怠感と神経障害のため化学療法は中断となっていた. 最終投与から2カ月後に腹痛と下痢を認めirAE腸炎と診断した. ステロイド治療を行っていた所, CMV腸炎を発症しガンシクロビルによる治療を行った. 治療後大腸カメラで潰瘍は軽快し現在の所CMVの検出も認めていない. 固形癌の化学療法に伴うCMV腸炎は比較的まれではあるが, 化学療法中の患者が難治性的の下痢や下血をきたした場合は, 薬物による副作用以外の可能性も念頭におき, リスクの高い場合には積極的にCMV抗原検査や消化管内視鏡検査を行うことで, 有益な情報が得られる可能性があると考えられた. 今回ICI投与によるirAEの治療でステロイド投与を行い, 経過中にCMV腸炎を来した1例を経験したので, 若干の文献的考察を加え報告する.

## OS28-3

### 非小細胞肺癌に対してNivolumab, Ipilimumab (Nivo/Ipi) 療法を施行した2例

宝塚市立病院

○西村 駿, 上野 峻輔, 東山 友樹, 発 忠信,  
吉積 悠子, 岡本 忠司, 高瀬 直人, 灘波 良信,  
片上 信之, 根来 俊一

近年, 肺がん治療において新たな治療法が報告されており, 2020年に非小細胞肺癌に対してNivo/Ipi療法が新たに保険適応となった. 今回は当院にてNivo/Ipi療法を施行した2症例を報告する. 1例目は70歳男性, 胸部CTで右肺S6に空洞を伴う腫瘤影を認め, 右肺区域切除で多型癌(PD-L1: TPS20%)の確定診断を得た. 根治切除1年後に縦郭リンパ節, 肝転移所見を認め術後再発と判断し, PS:0であり1stLineとしてNivo/Ipi療法を開始. 4コース後PRとなった. 2例目は71歳男性, 胸部CTで右肺S6に腫瘤影を認め, 生検より扁平上皮癌(PD-L1: TPS<1%)の確定診断を得た. 肋骨と左側頭葉に転移性腫瘍を認め, PS:0であり1stLineとしてNivo/Ipi療法と肋骨転移部位に放射線照射を開始. 3コース後PDとなった. 当院ではPS:0~1で遺伝子変異陰性, PD-L1陰性または弱陽性の非小細胞肺癌症例に対してNivo/Ipi療法は選択肢の1つと考えており, 上記2症例の治療経過を当日報告予定とする.

## OS28-5

### 肺扁平上皮癌に対してニボルマブ投与中に発症した結核性胸膜炎の一例

- 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) 社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院 病理診断センター

○七條 直人<sup>1)</sup>, 灘波 晃平<sup>1)</sup>, 門田 和也<sup>1)</sup>, 藤本 佑樹<sup>1)</sup>,  
橋田 恵佑<sup>1)</sup>, 田中 悠也<sup>1)</sup>, 稲尾 崇<sup>1)</sup>, 伊藤 公一<sup>1)</sup>,  
笠井 由隆<sup>1)</sup>, 榊屋 大輝<sup>1)</sup>, 大塚浩二郎<sup>1)</sup>, 鈴木雄二郎<sup>1)</sup>,  
田代 敬<sup>2)</sup>

症例は80歳男性, X年10月にCTで肺野に異常陰影を指摘され当科紹介となった. 同年12月に気管支鏡検査施行し, 扁平上皮癌(PD-L1 TPS<1%)と診断し, cT1cN0M1a(Stage4A)であった. X+1年1月よりCBDCA+nab-PTXを行うも, PDとなり, 同年8月からはNivolumabを投与開始した. 投与開始6日後に右胸水増加を認め, 胸水検査にてリンパ球優位のADA高値の滲出性胸水が得られたが, 悪性細胞は認めず, 胸水の抗酸菌培養も結核菌の検出は認めなかった. 同年9月に胸腔鏡検査施行し, 胸膜上の白色隆起病変を認め, 病理検査で肉芽腫形成を認めた. 結核性胸膜炎と診断し, Nivolumab中止の上, 抗結核薬内服を開始した. 以後胸水は消失し, 増加を認めていない. Nivolumab投与後における結核発症の既報は散見されるが, 結核性胸膜炎の報告は調べた限りなく, 貴重な1例であり報告する.

## OS29-1

### 両肺にすりガラス状濃度の小葉中心性結節を多数認め過敏性肺炎との鑑別を要した浸潤性肺腺癌の1例

愛仁会高槻病院 診療部

○松村 雅生, 岩本 夏彦, 大内 愛子, 山岡 貴志,  
岡本真理子, 岩坪 重彰, 松村佳乃子, 中村 美保,  
金 永学, 船田 泰弘

【症例】42歳女性

【主訴】呼吸困難

【現病歴】X-1年4月より咳嗽、喀痰、咽頭痛が出現。X年5月に歩行時呼吸困難も出現し当院受診。来院時SpO<sub>2</sub> 97%(酸素2L/分)、呼吸音は両背側でcoarse cracklesも聴取。血液検査でKL-6 838 U/mLと上昇を認めた。胸部CTで右上葉にconsolidation、両肺にすりガラス状濃度の小葉中心性結節を多数認めた。症状出現の数週間前から自宅マンションの外壁工事が行われていた病歴等から過敏性肺炎が鑑別に挙げられた。気管支鏡検査にて右B5で気管支肺胞洗浄、右B4b、B2bで肺生検を施行。入院後1週間抗原回避したが呼吸器症状は変わらず、画像陰影も不変だった。病理学的に肺腺癌と診断し、全身検査よりcT4N0M1a、cStageIVAと診断した。EGFR遺伝子変異(exon21L858R)陽性でオシメルチニブ内服開始。開始後第5病日で著明に陰影の改善を認め、有害事象なく経過した。

## OS29-2

### Osimertinibを投与したde novo T790M遺伝子変異陽性非小細胞肺癌の1例

1) 市立奈良病院 研修医室,  
2) 市立奈良病院 呼吸器内科,  
3) 市立奈良病院 病理診断科,  
4) 奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

○鷲岡 篤司<sup>1)</sup>, 西前 弘憲<sup>2)</sup>, 森川 昇<sup>2)</sup>, 田崎 正人<sup>4)</sup>,  
児山 紀子<sup>2)</sup>, 高野 将人<sup>3)</sup>, 島田 啓司<sup>3)</sup>

【症例】83歳男性、喫煙歴なし。X-8年に胸部CTで結節影を認めた。その後は炎症後の変化として経過観察していたが、X-4年に病変の増大と縦隔リンパ節腫大を認めた。PET-CTで肺病変と全身リンパ節のFDG集積亢進を認めた。そのため悪性リンパ腫を考へて血液内科へ紹介したが、生検を希望されずFDG集積亢進は消退したため血液内科は終診となった。X年7月に病変の増大と右鎖骨上窩リンパ節腫大、胸水貯留を認めて各種検査の結果で肺腺癌cT2aN3M1aStage4Aと診断した。EGFR遺伝子変異解析でL858RとT790Mが検出され、Osimertinib 80mg/dayを開始した。

【考察】Osimertinibは活性型EGFR遺伝子変異とT790M変異の両方を阻害する第三世代EGFR-TKIであり肺癌診療ガイドラインでEGFR-TKI未治療のT790M遺伝子変異症例に対して弱く推奨されている。EGFR-TKI未治療のT790M変異発生機序について文献的に考察して報告する。

## OS29-3

### オシメルチニブ加療中に皮膚血管炎を合併した肺腺癌の1例

1) 兵庫県立がんセンター 呼吸器内科,  
2) 北播磨総合医療センター,  
3) 兵庫県立がんセンター 皮膚科

○伊藤 彩希<sup>1,2)</sup>, 安田裕一郎<sup>1)</sup>, 中谷 祥子<sup>3)</sup>,  
田中 美穂<sup>1)</sup>, 東内 理恵<sup>1)</sup>, 伊藤 彰一<sup>1)</sup>, 河 良崇<sup>1)</sup>,  
浦田 佳子<sup>1)</sup>, 服部 剛弘<sup>1)</sup>, 高井 利浩<sup>3)</sup>, 里内美弥子<sup>1)</sup>

症例は74歳女性。右下葉肺腺癌cT2aN2M1c, Stage 4B (EGFR遺伝子変異陽性:L858R) に対しX年4月より一次治療としてオシメルチニブ80 mg/日の投与を開始した。内服開始24日目に両下肢に紫斑を認めた。発熱や関節痛、腹痛を認めず、血液検査および尿検査で異常所見は認めなかった。薬剤性の紫斑も考慮しオシメルチニブを休薬した。皮膚生検を施行し、病理組織診で皮膚白血球破砕性血管炎と判断した。蛍光抗体法では血管壁周囲に免疫グロブリンや補体の沈着を認めなかった。紫斑はオシメルチニブの休薬のみで消退した。休薬後23日目にオシメルチニブを40 mg/日に減量の上で再開した。以降は紫斑の再燃を認めず、最良効果として部分奏効が得られている。皮膚血管炎に対し、休薬・減量にてオシメルチニブの投与を継続できた症例を経験したため報告する。

## OS29-4

### 超高齢者のALK陽性肺癌に対しTKIを導入した1例

宝塚市立病院 呼吸器内科

○岡本 忠司, 西村 駿, 上野 峻輔, 東山 友樹,  
発 忠信, 吉積 悠子, 高瀬 直人, 灘波 良信,  
片上 信之, 根来 俊一

【背景】超高齢者のALK陽性肺癌に対するTKIの使用経験は限られる。超高齢者のALK陽性肺癌に対しTKIを導入した一例を経験したため報告する。

【症例】93歳女性。PS1.20XX-1年7月、左上葉結節影にて紹介。気管支鏡にてALK陽性肺腺癌と診断。脳造影MRIにて脳転移なし。PET-CTにて左肺上葉55mm腫瘍影、左癌性リンパ管症、縦隔リンパ節転移、左肺門リンパ節転移、左胸膜播種を認めた。以上よりALK陽性肺腺癌(cStage:cT4N3M1a)と診断。20XX-1年7月より1st line化学療法アレクチニブ600mg/日を開始したところ、副作用なくCRが得られた。20XX年8月、腫瘍マーカー上昇、右下葉に新規結節影出現、左癌性リンパ管症増悪、左胸水増加よりPDと判断。20XX年9月より2nd line化学療法ロルラチニブ75mg/日を開始。認知機能低下(Grade1)の副作用を認めたため、50mg/日に減量したところ、軽快した。

【結語】超高齢者のALK陽性肺癌に対しALK-TKIを導入した一例を経験したため報告した。



## OS30-1

### hCG産生縦隔型肺癌の一例

- 1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
- 2) 国立病院機構 姫路医療センター 病理診断科,
- 3) 兵庫県立がんセンター 腫瘍内科,
- 4) 兵庫県立がんセンター 病理診断科

○平岡 亮太<sup>1)</sup>, 竹野内政紀<sup>1)</sup>, 平田 展也<sup>1)</sup>, 平野 克也<sup>1)</sup>, 久米佐知枝<sup>1)</sup>, 小南 亮太<sup>1)</sup>, 大西 康貴<sup>1)</sup>, 東野 幸子<sup>1)</sup>, 加藤 智浩<sup>1)</sup>, 鏡 亮吾<sup>1)</sup>, 勝田 倫子<sup>1)</sup>, 三宅 剛平<sup>1)</sup>, 塚本 宏壮<sup>1)</sup>, 水守 康之<sup>1)</sup>, 佐々木 信<sup>1)</sup>, 河村 哲治<sup>1)</sup>, 河合 潤<sup>2)</sup>, 松本 光史<sup>3)</sup>, 佐久間淑子<sup>4)</sup>, 廣瀬 隆則<sup>4)</sup>

症例は58歳女性。嚥下障害、喘鳴で近医を受診、胸部CTで気管分岐部と食道を高度圧排する直径68mmの中縦隔腫瘤影を認め当科紹介となった。画像的には胚細胞腫瘍や悪性リンパ腫などの縦隔腫瘍や縦隔型肺癌が考えられた。経食道針生検の結果、大型異型核をもつ多形性もしくは紡錘形細胞が増殖していたが、癌種特定が困難であった。窒息リスクがあるため、病理学的確定診断を待たずに原発不明癌としてCBDCA+nab-PTXを投与し腫瘍縮小効果を得た。その後、血液検査でhCGが1000mIU/mL(正常上限 0.3mIU/mL)と著明な高値を示していることが判明、胚細胞腫瘍の可能性も考えられたが、免疫染色でHhCG(+),SALL(-),Ocr3/4(-),HPL(-),PLAP(-)だったことから、hCG産生縦隔型肺癌と診断した。放射線併用weekly CBDCA+PTX療法後にDurvalmab投与中で腫瘍の縮小を認めている。文献的考察を加え報告する。

## OS30-3

### 急速な経過で死に至った異型カルチノイド合併肺扁平上皮癌の一例

- 1) 甲南医療センター 呼吸器内科,
- 2) 甲南医療センター 整形外科,
- 3) 甲南医療センター 病理診断科

○榎本 隆則<sup>1)</sup>, 関谷 怜奈<sup>1)</sup>, 杉本 裕史<sup>1)</sup>, 寺下 智美<sup>1)</sup>, 江原 豊<sup>2)</sup>, 笠原 孝一<sup>2)</sup>, 高橋 卓也<sup>3)</sup>, 中田 恭介<sup>1)</sup>

【症例】65歳男性

【主訴】両股関節痛、腰痛、歩行障害、排尿障害

【現病歴】20XX年3月より徐々に歩行困難を自覚、4月15日より腰痛、両股関節痛が出現し立位困難となった。21日より排尿・排便なく翌日当院に救急搬送された。

【臨床経過】入院時精査にて左肺門部腫瘍、多発肝転移・骨転移・リンパ節転移を認めた。第12胸椎転移によると思われる膀胱直腸障害を求していたことから緊急除圧術を施行した。その後、固定術や緩和照射を予定していたが、入院第11病日より呼吸状態の悪化、肝胆道系酵素の上昇、凝固異常などを認め翌日に永眠された。病理解剖にて肺原発の異型カルチノイド及び肺扁平上皮癌の多発転移による腫瘍死の診断に至った。

【考察】カルチノイドは一般的に他の悪性腫瘍に比べ予後良好で、異型カルチノイドでも5年生存率は56%程度とされる。本症例はその中でも急速な経過、転帰に至った稀な症例と考えられた。

## OS30-2

### 多発性脳転移を認めた胸膜炎症性筋線維芽細胞腫(IMT)の一例

日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科

○濱田健太郎, 北原 健一, 河内 寛明, 田中瑛一郎, 矢本 真子, 深尾あかり, 寺下 聡, 渡邊 創, 堀川 禎夫, 池上 達義, 杉田 孝和

【症例】70歳代男性。食欲不振、倦怠感で近医を受診、胸部異常陰影を認め当院紹介となった。CTで右横隔膜上に約9cmの腫瘤を認め、CTガイド下生検でIMTの診断となった。頭部MRIでは多発脳転移を認め、頭痛やふらつきが出現したため、ステロイドパルスや脳転移に対しての放射線治療を先行し、化学療法を開始した。

【考察】IMTは炎症細胞浸潤を伴う筋線維芽細胞からなり、稀に転移を伴う良悪性中間の腫瘍と定義されている。一般的には進行は緩徐で良性腫瘍の経過をたどる事が多いが、肺・胸膜や縦隔への浸潤や遠隔転移を伴うような症例も報告されている。そのため、通常は外科的切除が第一選択だが、切除不能例では副腎皮質ステロイドやNSAIDsの投与、放射線治療や化学療法などが行われているが確立された治療法はない。今回、我々は診断時に症候性多発脳転移を伴った胸膜IMTの一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

## OS30-4

### 胸部悪性腫瘍の患者およびその家族の相談に対応するチャットボットの開発と検証

- 1) 京都市民連あすかい病院,
- 2) 京都市民連中央病院,
- 3) 兵庫県立大学情報科学研究科

○片岡 裕貴<sup>1)</sup>, 竹村 知容<sup>2)</sup>, 笹嶋 宗彦<sup>3)</sup>, 加藤 直樹<sup>3)</sup>

目的：肺がん患者とその介護者の症状管理知識を向上させるためのチャットボットを開発すること

方法：逐次混合研究法を採用した。2019年6月から7月にかけて、肺癌患者のケアに従事する医師とコメディカルを対象にWebベースの匿名アンケート調査を実施した。呼吸器専門医2名がアンケートの内容分析を行い、よくある質問（FAQ）のカテゴリを抽出した。チャットボットを患者やその介護者が評価した。

結果：内容分析によって見いだされた91のカテゴリを元に回答を作成し、Line, DialogFlow, Google Cloud Functionsを組み合わせてチャットボットを実装した。12名の患者より研究期間中に60の質問があった。うち、8つの質問（13%）が適切な回答にマッチしなかった。

考察：マッチを増やすために、質問が増える工夫をする必要がある

### AW-3 胸水貯留を呈した一次性シェーグレン症候群の一例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科,
- 2) 同 免疫・膠原病内科, 3) 同 呼吸器外科

○竹内 遼<sup>1)</sup>, 伊藤 功朗<sup>1)</sup>, 曾根 尚之<sup>1)</sup>, 権 淳英<sup>2)</sup>,  
田中 里奈<sup>3)</sup>, 岩本 拓也<sup>3)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

【背景】シェーグレン症候群 (Sjogren syndrome: SjS) では、腺病変以外にも肺病変の合併が知られているが、胸水貯留は稀であり鑑別に難渋することがある。胸水貯留を呈した一次性SjSの一例を経験したので報告する。

【症例】31歳女性。検診の胸部X線検査で左胸水貯留を指摘され前医を受診。胸部CTでは肺内/胸膜病変を認めず、胸水穿刺を施行したところ赤褐色の胸水を認め当院に紹介。抗SS-A抗体/抗SS-B抗体陽性と口唇生検で4mm<sup>2</sup>当たり50個以上のリンパ球浸潤を認めた事から診断基準を満たし一次性SjSと診断した。赤褐色胸水であり悪性腫瘍との鑑別が必要であることから胸膜生検を施行し、脂肪組織周囲にリンパ球・形質細胞浸潤を認め、SjSによる胸膜炎に矛盾しない所見であった。悪性胸水が否定され、無治療経過観察中である。

【結語】一次性SjSによる胸水貯留の報告は非常に稀であるが、胸水の鑑別にSjSも念頭におくべきであり文献的考察を加えて報告する。

### AW-2 免疫複合療法後に血球貪食症候群を来した小リンパ球性リンパ腫合併肺腺がんの一例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科,
- 2) 京都大学医学部附属病院 腫瘍内科,
- 3) 京都大学医学部附属病院 血液内科,
- 4) 京都大学医学部附属病院 病理診断科・総合解剖センター,
- 5) 京都大学大学院医学研究科附属がん免疫総合研究センター がん免疫治療臨床免疫学部門

○村岡慎太郎<sup>1)</sup>, 糸谷 涼<sup>1)</sup>, 橋本健太郎<sup>1)</sup>, 吉田 寛<sup>1)</sup>,  
吉田 博徳<sup>1)</sup>, 阪森 優一<sup>2)</sup>, 小笹 裕晃<sup>1)</sup>, 錦織 桃子<sup>3)</sup>,  
吉澤 明彦<sup>4)</sup>, 村上 孝作<sup>5)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

75歳男性。小リンパ球性リンパ腫を合併した右下葉原発肺腺がん (cT4N3M1a) に対し、カルボプラチン+ペメトレキセド+イピリムマブ+ニボルマブ療法を開始した。2コース目投与9日目に発熱、呼吸困難を来した。CT検査にて、右下葉原発巣、多発肺転移は縮小していたが、縦隔・肺門・腋窩・腹部リンパ節の増大と血小板減少、LDH上昇を認め、精査目的に緊急入院となった。血球貪食症候群 (HPS) を疑い、原因として免疫関連有害事象や、リンパ腫の形質転換の可能性を考えリンパ節生検・骨髄生検を実施した。生検の結果、リンパ腫の形質転換は認められず、免疫療法によるHPSの可能性が高いと考えられた。ステロイドを投与することなく自然軽快した。以降、免疫療法は併用せず、カルボプラチン+ペメトレキセド療法に切り替えて治療を再開した。免疫療法によるHPSの発症頻度は0.03から0.4%と報告されており、稀な副作用である。リンパ腫との関連を踏まえ報告する。

### AW-4 複合免疫療法による重症irAE間質性肺疾患の一例

- 1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科,
- 2) 京都第一赤十字病院 臨床腫瘍部,
- 3) 京都第一赤十字病院 感染制御部,
- 4) 京都第一赤十字病院 救急科

○渡辺 啓也<sup>1)</sup>, 辻 泰祐<sup>1)</sup>, 松本 祥生<sup>1)</sup>, 陣野 一輝<sup>1)</sup>,  
立花 祐介<sup>1)</sup>, 笹田 碧沙<sup>1)</sup>, 合田 志穂<sup>1)</sup>,  
大村亜矢香<sup>1,3)</sup>, 塩津 伸介<sup>1,2)</sup>, 弓場 達也<sup>1,3)</sup>,  
内匠千恵子<sup>1,2)</sup>, 堀口 真仁<sup>4)</sup>, 平岡 範也<sup>1)</sup>

【症例】63歳 男性。PS0. 喫煙歴なし。間質性肺疾患の既往なし。

【経過】StageIVB肺腺癌に対してニボルマブ+イピリムマブ+化学療法を開始。維持治療1コース目のニボルマブとイピリムマブ投与後に発熱、血圧低下、右下葉の浸潤影と呼吸不全を認め、重症細菌性肺炎と診断し人工呼吸管理を開始した。一旦、抗菌薬投与で改善を認めたが、day6に酸素化の悪化、左下葉のすりガラス陰影の拡大を認め、irAEによる間質性肺疾患と診断した。ステロイドパルスを施行、続いてIVCYを併用したが、奏功せずday11に2度目のステロイドパルスとIVIgを行った。その後、呼吸状態は改善し、day29に酸素投与から離脱し、day57に自宅退院となった。

【考察】irAEの間質性肺疾患に対して、ステロイドが第一選択薬とされるが、効果不十分であった場合の治療に関して明確なEvidenceは存在しない。本症例ではIVCYとIVIgの併用により改善を認めたが、重症irAE間質性肺疾患に対する治療法について文献的考察を加え報告する。

## AW-5

### 当院でNivolumabによる免疫チェックポイント治療を行った肉腫型悪性胸膜中皮腫の3例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科,
- 2) 京都大学医学部附属病院 呼吸器外科,
- 3) 京都大学医学部附属病院 病理診断科

○南谷 晃誠<sup>1)</sup>, 橋本健太郎<sup>1)</sup>, 岩本 拓也<sup>2)</sup>, 濱路 政嗣<sup>2)</sup>, 吉澤 明彦<sup>3)</sup>, 吉田 寛<sup>1)</sup>, 糸谷 涼<sup>1)</sup>, 吉田 博徳<sup>1)</sup>, 阪森 優一<sup>1)</sup>, 小笹 裕晃<sup>1)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>

悪性胸膜中皮腫 (MPM) に対してはNivolumab (Nivo) による免疫チェックポイント治療 (ICT) が有効と報告される一方で、肉腫型MPM (sMPM) に対するエビデンス、臨床報告は限定的である。今回当院にてNivoにより加療したsMPMの3例を報告する。3例全て男性で、年齢は各々73歳、66歳、82歳。2例には明確なアスベスト暴露歴を認めた。診断方法は外科的胸膜生検が2例、胸膜針生検が1例で、免疫染色などで病理組織学的にsMPMと診断された。腫瘍のPD-L1は1-24%が2例、50%以上が1例だった。Nivo開始後、全例で縮小効果を認めた。各症例のNivo投与回数は12回、9回、2回と様々だったが、PDまでの期間は223日、211日、202日と近い結果になった。全生存期間は344日、279日、226日だった。irAEを疑う副作用として、急性腎障害を1例、肝障害を1例に認めた。sMPMは上皮型MPMよりも細胞障害性抗瘍剤に不応傾向で、ICTはsMPMの治療として期待され、今後の知見の集積が待たれる。

## AW-7

### ニボルマブ投与中に心筋炎を来した超高齢肺がん患者の一例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科,
- 2) 京都大学医学部附属病院 腫瘍内科,
- 3) 京都大学医学部附属病院 循環器内科,
- 4) 京都大学医学部附属病院 病理診断科,
- 5) 京都大学大学院附属病免疫総合研究センター

○國久 恭平<sup>1)</sup>, 糸谷 涼<sup>1)</sup>, 林 康之<sup>1)</sup>, 吉田 寛<sup>1)</sup>, 橋本健太郎<sup>1)</sup>, 吉田 博徳<sup>1)</sup>, 小笹 裕晃<sup>1)</sup>, 平井 豊博<sup>1)</sup>, 阪森 優一<sup>2)</sup>, 嶋本 光兵<sup>3)</sup>, 渡邊 真<sup>3)</sup>, 牧山 武<sup>3)</sup>, 吉澤 明彦<sup>4)</sup>, 村上 孝作<sup>5)</sup>

90歳男性。20XX年1月左下葉原発肺多形癌 (pT1cN0M0) に対し左下葉切除術を施行した。術後UFTを内服していたが、同年4月肺と脳に転移再発を来し、6月からニボルマブによる薬物療法を開始した。2回目のニボルマブ投与5日後に37.9度の発熱があり、CK-MB、LDH、BNP、トロポニンTの上昇と心電図異常を認めたため、緊急入院となった。3日間の経過でLVEFは70%から40%まで急激に低下した。ニボルマブによる心筋炎を疑いステロイド投与を開始した上で、診断目的に心筋生検を行った。ステロイド開始後は解熱し、心筋逸脱酵素の低下とLVEFの改善を認めた。免疫チェックポイント阻害薬による心筋炎は稀ではあるが致死的な経過をたどることもあり、発症早期の治療開始が推奨されている。本症例はニボルマブ投与開始前後に新型コロナウイルスワクチンの接種歴があり、副反応による心筋炎との鑑別も踏まえて報告する。

## AW-6

### 右上葉切除後に中葉肺静脈還流障害を生じ、中葉壊死を生じた1例

京都市立病院 呼吸器外科

○白波瀬公香, 村西 佑介, 田中 伸岳, 河野 朋哉, 宮原 亮

右上葉切除後に生じる中葉の稀な合併症として中葉軸捻転症がある。今回我々は明らかな捻転所見は認めないにもかかわらず、右肺上葉切除後に中葉に無気肺を生じ、中葉静脈還流障害により中葉壊死を生じた症例を経験したため報告する。症例は54歳女性。肺腺癌cT1cN0M0と診断し、ロボット支援胸腔鏡下右上葉切除術を施行した。術翌日のX線で中葉の無気肺を認め、術後2日目に施行した造影CTでは中葉無気肺所見の他、中葉静脈還流障害も疑ったが血液検査・全身状態に問題なく保存的治療を選択した。しかしその後もX線での無気肺所見は改善を認めず、術後5日目に再手術を行った。手術所見では上中葉間を形成したステーブルが下葉S6面に癒着し、中葉静脈は頭側へ牽引されていた。そのため還流障害をきたし中葉壊死が生じたと考えられた。同様の症例報告は過去に1例のみであり、極めて稀な合併症と考えられた。その機序について若干の文献的考察を加えて報告する。

## AW-8

### 肺扁平上皮癌に対して化学療法中に急速に進行した神経内分泌癌の1例

市立池田病院 呼吸器内科

○安里美夕里, 住谷 仁, 三橋 靖大, 清水 裕平, 田幡江利子, 橋本 重樹

症例は74歳男性。マントル細胞リンパ腫に対して経過観察中にFDG-PETで右肺上葉に集積する結節あり。右肺上葉切除術を施行したところ肺扁平上皮癌と診断。その後のCTで左下葉に増大する結節認め気管支鏡検査を施行したところ扁平上皮癌であり術後再発と考えCBDCA+nab-PTXを4コース施行した。化学療法後のCTでは右中葉に新規の腫瘍および縦隔リンパ節の腫大あり。二次治療としてニボルマブ投与するも効果なく腫瘍は急速に増大した。縦隔リンパ節に対してEBUS-TBNA施行したところchromograninA,synaptophysinおよびCD56が陽性であり大細胞神経内分泌癌と診断に至った。小細胞肺癌に準じてCBDCA+ETP+デュレルバルマブを投与したが病状は急速に悪化し診断後14日目に永眠された。典型的でない臨床所見を有する場合、他の組織型の腫瘍が混在している可能性を疑い積極的に検査を行い診断の見直しが必要と考えた。

## AW-9

### コントラスト心エコー法により診断し得た肝肺症候群の1例

- 1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修部,  
2) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○前田 杏樹<sup>1)</sup>, 上田 将秀<sup>2)</sup>, 飯塚 正徳<sup>2)</sup>, 羽藤 沙恵<sup>2)</sup>,  
太田 和輝<sup>2)</sup>, 乾 佑輔<sup>2)</sup>, 古山 達大<sup>2)</sup>, 茨木 敬博<sup>2)</sup>,  
美藤 文貴<sup>2)</sup>, 岡田あすか<sup>2)</sup>, 竹中 英昭<sup>2)</sup>, 長 澄人<sup>2)</sup>

肝肺症候群は肺内血管拡張と肺内動静脈シャントによる換気血流比不均衡、拡散障害および右左シャントを主病態とし、肝硬変等の慢性肝疾患において稀に合併することが知られている。今回、コントラスト心エコー法により診断し得た肝肺症候群を経験した。症例は72歳の女性。アルコール性肝硬変のため当院消化器内科に通院していた。X-1年頃より労作時呼吸困難を自覚し、同年11月頃より呼吸不全を認めるようになりX年1月に紹介となった。慢性呼吸不全の原因精査のため、血液検査、胸部CTおよび肺機能検査などを行ったが感染症や心・肺疾患は否定的であった。肝肺症候群を疑いコントラスト心エコー法を行ったところ肺内シャントが確認され診断に至った。現在、在宅酸素療法を行いながら経過観察中である。

## AW-10

### 縦隔腫瘤に対して超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を施行し、悪性胸膜中皮腫と診断した1例

- 1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修部,  
2) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○飯沼 紀実<sup>1)</sup>, 茨木 敬博<sup>2)</sup>, 飯塚 正徳<sup>2)</sup>, 羽藤 沙恵<sup>2)</sup>,  
太田 和輝<sup>2)</sup>, 乾 佑輔<sup>2)</sup>, 古山 達大<sup>2)</sup>, 上田 将秀<sup>2)</sup>,  
美藤 文貴<sup>2)</sup>, 岡田あすか<sup>2)</sup>, 竹中 英昭<sup>2)</sup>, 長 澄人<sup>2)</sup>

症例：61歳・女性、

現病歴：定期的に健診を受けていたが特に異常は指摘されなかった。X年3月頃から右側胸部痛を自覚するようになり、徐々に疼痛が増強するためX年6月18日近医を受診した。胸部レントゲンで右肺門部に腫瘤影、右胸水貯留を疑われ精査加療目的にX年6月21日当科紹介受診となった。胸部CTで肺内に明らかな腫瘤影や浸潤影は認められなかったが、右気管前に上大静脈を内側に圧排するような腫瘤を認めた。更に気管分岐部から右下葉枝根部に広がる腫瘤も認めた。#7リンパ節に対して超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を行い、免疫染色結果より上皮型悪性胸膜中皮腫と考えられた。胸水細胞診・セルブロック法でもリンパ節と同様の免疫形質所見を認め、上皮型悪性胸膜中皮腫と診断した。X年9月より1st line Nivolumab+Ipilimumab療法を開始し、以後継続中である。

## 協賛企業一覧

第98回日本呼吸器学会近畿地方会 第128回日本結核・非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会  
開催にあたり、下記の企業よりご支援を賜りました。ここに厚く御礼申し上げます。

アストラゼネカ株式会社  
グラクソ・スミスクライン株式会社  
中外製薬株式会社  
帝人ヘルスケア株式会社  
日本イーライリリー株式会社  
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

2021年12月1日現在  
敬省略・50音順

患者さんのQuality of Lifeの  
向上が私たちの理念です。



**TEIJIN**

●在宅酸素療法



酸素濃縮装置  
(テレメトリー式パルスオキシメータ受信機)

**ハイサンソ<sup>i</sup>**

認証番号:230ADBZX00107000

●在宅酸素療法



酸素濃縮装置  
(呼吸同調式レギュレータ)

**ハイサンソ ポータブル<sup>αII</sup>**

認証番号:227ADBZX00202000

●NPPV療法



汎用人工呼吸器  
(二相式気道陽圧ユニット)

**NIPネーザル<sup>®</sup> V-E**(タイプ名)

承認番号:22300BZX00433000

●ハイフローセラピー



加熱式加湿器

**F&P AIRVO™ 2**

**F&P myAIRVO™ 2**

販売名:フロージェネレーターAirvo  
フロージェネレーターmyAirvo  
承認番号:22500BZX00417000  
22800BZX00186000

●ASV療法

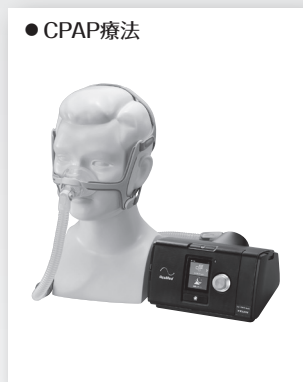


二相式気道陽圧ユニット

**AirCurve<sup>™</sup> TJ**

販売名:レスメドAirCurve 10 CS-A TJ  
承認番号:22900BZI00028000

●CPAP療法



持続的自動気道陽圧ユニット  
(CPAP装置)

**スリープメイト<sup>10</sup>**

承認番号:22700BZI00027000

ご使用前に添付文書および取扱説明書をよく読み、正しくお使いください。