

第146回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会

第128回 日本呼吸器学会東海地方会

第31回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会

社) 日本呼吸器学会 URL <https://www.jrs.or.jp>

会 期 2025年11月15日(土) 午前11時50分より  
2025年11月16日(日) 午前 9時45分より

会 場 浜松市浜北文化センター  
静岡県浜松市浜北区貴布祢291番地の1

A会場 (1階 小ホール)

B会場 (3階 大会議室)

C会場 (2階 第1 + 2会議室)

会 長 妹川 史朗

(磐田市立総合病院 呼吸器内科)

第146回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会  
第128回日本呼吸器学会東海地方会  
第31回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会

合同地方会 会長挨拶



磐田市立総合病院  
呼吸器内科  
妹川 史朗

この度は、2025年11月15日・16日の両日に第146回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会、第128回日本呼吸器学会東海地方会、および第31回日本サルコイドーシス／肉下腫性疾患学会中部支部会の合同地方会にご参加いただき、誠にありがとうございます。会長を務めさせていただきます磐田市立総合病院呼吸器内科の妹川史朗でございます。会長として一言ご挨拶申し上げます。

この地方会を浜松市浜北区で開催するのは2年ぶりで3回目となります。会場の浜松市浜北文化センターは設備の改築が行われ、より充実した環境で開催できることを大変喜ばしく思っております。今回の日程は、第29回アジア太平洋呼吸器学会：APSR2025の会期と一部重なつてしましましたが、102題（医学生・初期臨床研修医の先生の演題：42題）と多数の演題を応募いただきました。演題を登録していただきました皆様、そして関係者の方々にこの場をおかりして深く感謝申し上げます。

今回は浜松医科大学臨床薬理学講座、教授の乾直輝先生より特別講演、ふじのくに女性医師支援センターの谷口千津子先生により男女共同参画講演と賜るとともに、公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センターの古内浩司先生による抗酸菌教育講演を含めて共催セミナーを4題企画させていただきました。

また、前回と同様に学生・初期診療研修医の方の発表を第1日目にまとめ、発表しやすい環境を用意するとともに、その発表のセッションに続けて「研修医のための呼吸器セミナー」を開催致します。セミナーでは呼吸器内科の様々なキャリアパスや留学体験、および2例の実際の症例の診断や治療の解説で構成し、呼吸器診療・研究の楽しさを実感していただけるような内容に致しました。参加いただいた初期臨床研修医の先生方が、呼吸器内科の診療に興味を持っていただききっかけになれば幸いです。

活発なディスカッションを通じて、ご参加いただいた先生方にとって、実りある地方会にできればと願っております。皆さまのご支援とご協力を賜りますようよろしくお願ひ申し上げます。

2025年10月吉日

## 会場

### 浜松市浜北文化センター

〒434-0038

静岡県浜松市浜北区貴布祢 291 番地の 1  
TEL 053-586-5151 (代表)

ホームページアドレス  
<https://www.hcf.or.jp/facilities/hkb/>

#### 【アクセス方法】

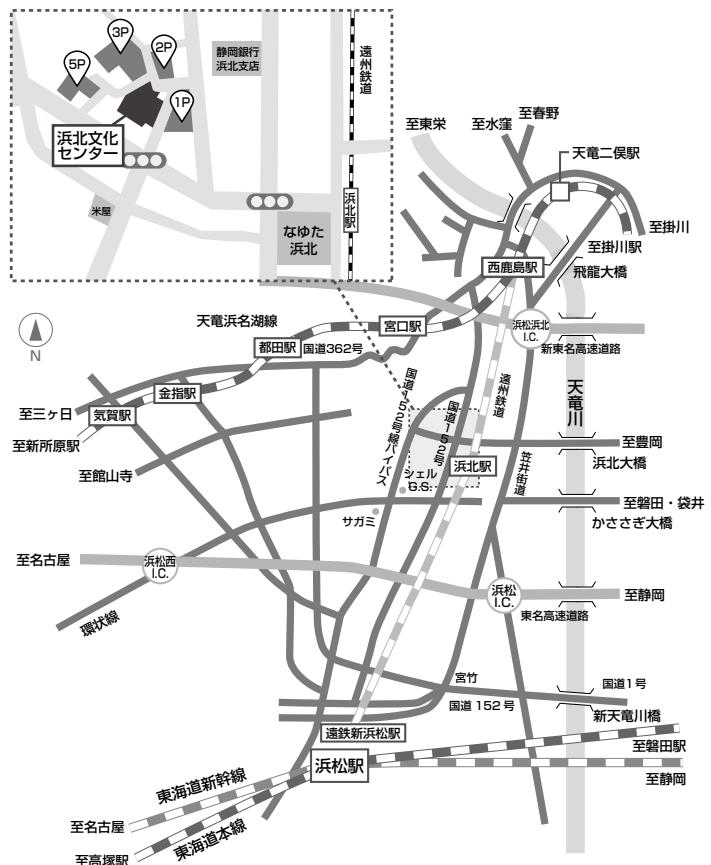
##### ■電車でお越しの方

・遠州鉄道浜北駅から徒歩 5 分

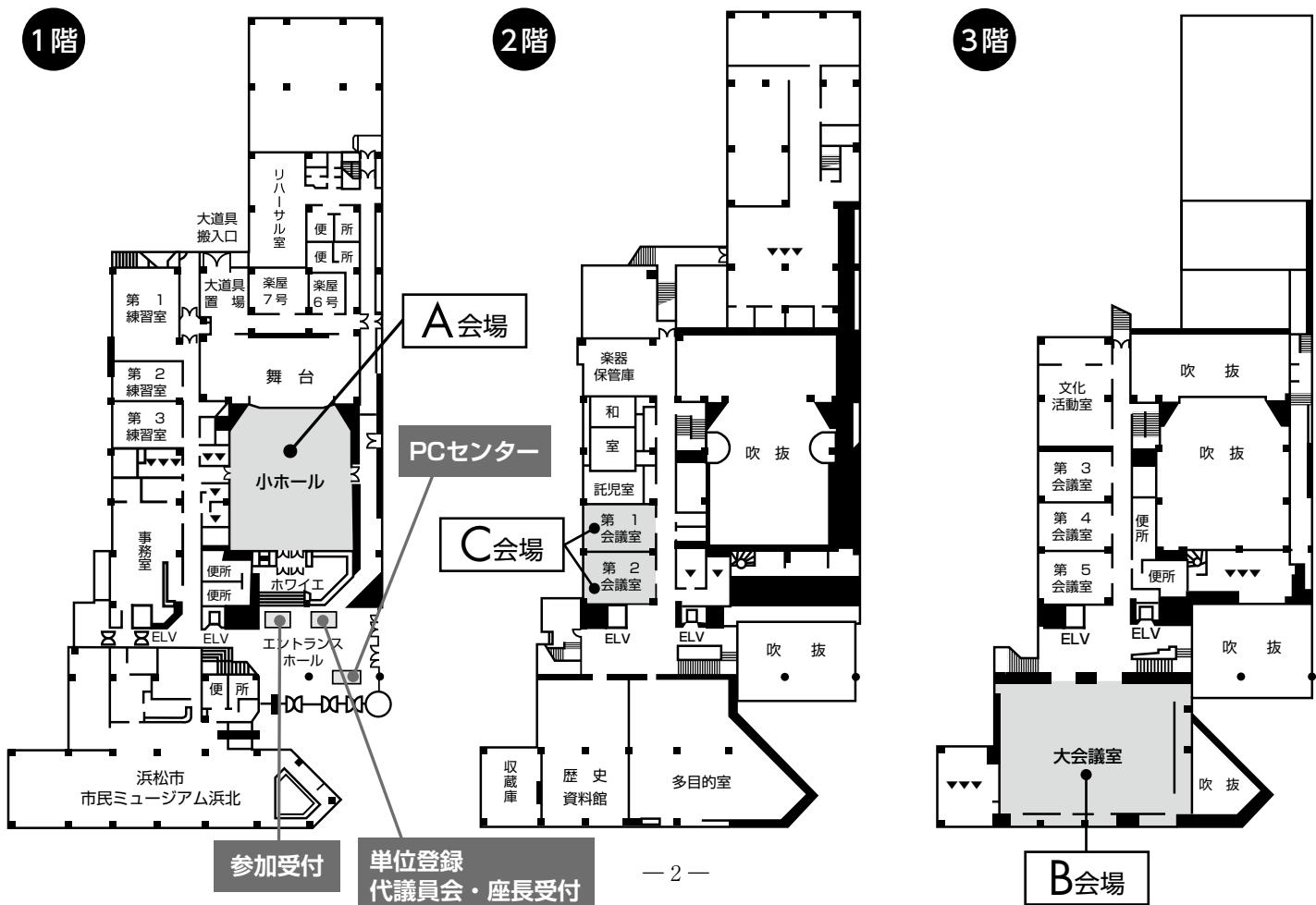
##### ■車でお越しの方

・東名高速道路 浜松・浜松西 IC から約 20 分  
・新東名浜北 IC から約 15 分  
・JR 浜松駅からタクシーで約 30 分

駐車台数に限りがあります。なるべく自動車でのご来場はお控えいただき、公共交通機関をご利用ください。また、文化センター駐車場以外の近隣駐車場や周辺道路には駐車しないようお願い致します。



## 会場案内図



# 参加者へのご案内

## 1. 参加登録

- 1) 参加費3,000円。医学生（大学院生除く）と研修医（医師国家試験取得後3年目まで）は無料です。会員は非課税、非会員は課税（10%消費税込）です。  
参加受付は1階エントランスホール、受付時間は1日目11:00～17:00、2日目9:00～16:00です。開場1日目11:00、2日目9:00です。（ご協力をお願いします）
- 2) 参加費お支払後、ネームカードをお渡しますので、所属・氏名をご記入の上、会場内では常時ご着用いただきますようお願いいたします。
- 3) 参加で取得できる単位は以下のとおりです。
  - 日本呼吸器学会専門医 5単位、筆頭演者 3単位
  - 日本結核・非結核性抗酸菌症学会結核・抗酸菌症認定医／指導医、抗酸菌症エキスパート資格 5単位、筆頭演者 5単位（参加領収書・ネームカードが出席証明になります）
  - 3学会合同呼吸療法認定士 20単位
  - ICD制度協議会 5単位、筆頭演者 2単位
  - 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 7単位、筆頭演者 7単位
- 4) 日本呼吸器学会員は、会員カード（web会員証も可）をお持ちください。  
専門医でない場合も参加登録を必ず行ってください。代理の方による受付はできませんので必ずご本人が行ってください。  
参加登録および専門医単位の確認は会員専用ページで行ってください。  
なお、会員カードもしくはweb会員証をお持ちいただかなかった場合は、ネームカードについている参加証明書を専門医更新時にご提出ください。専門医更新時以外は受付いたしませんので各自保管をお願いいたします。

## 2. 座長の先生方へのご案内

- 1) 一般演題座長の先生は、ご担当セッション20分前までに座長受付にて受付をしてください。
- 2) ご担当セッションにより研修医アワードの評価をしていただきますのでご協力の程、お願いいたします。
- 3) 各セッションの開始・終了などについてはタイムテーブルに従って進行をお願いいたします。

## 3. 演者（一般演題）の先生方へのご案内

- 1) 一般演題は発表時間6分、討論3分、時間厳守でお願いします。
- 2) 発表はすべてPCプレゼンテーションで、一面映写です。発表データはUSBメモリーにてご持参いただき、発表の30分前までにPCセンターで受付及び動作確認をしてください。
- 3) COI（利益相反）状態の有無にかかわらず、発表スライドの一枚目にCOI状態を開示してください。
- 4) スライド枚数の指定はございませんが、発表者ツール、動画は使用できません。  
主催者側で用意するPCはWindows、アプリケーションはPowerPointです。発表データはWindows版PowerPointで作成してください。発表データファイル名は「演題番号+氏名」としてください。スクリーンのアスペクト比は16:9です。

## 4. その他

- 1) 会場内では携帯電話の電源をお切りいただくか、マナーモードに設定してください。
- 2) 駐車場は無料ですが台数に限りがあります。公共交通機関をご利用ください。
- 3) クロークはありませんのでご了承ください。
- 4) ホームページアドレス [https://www.kekkaku.gr.jp/ntm/no146\\_tokai/](https://www.kekkaku.gr.jp/ntm/no146_tokai/)

## 日程表

### 11月15日 (土)

	A会場 1階 小ホール	B会場 3階 大会議室	C会場 2階 第1 + 2会議室
11:00			
12:00		11:50 開会の挨拶 12:00 ~ 13:00 ランチョンセミナー 1	
13:00		13:05 ~ 13:50 感染症 2 医学生・初期研修医セッション	13:05 ~ 13:50 悪性腫瘍 治療有害事象 1 医学生・初期研修医セッション
14:00	13:15 ~ 14:09 感染症 1 医学生・初期研修医セッション	13:50 ~ 14:26 悪性腫瘍 1 医学生・初期研修医セッション	13:50 ~ 14:44 びまん性肺疾患 医学生・初期研修医セッション
14:00	14:09 ~ 14:45 悪性腫瘍 2 医学生・初期研修医セッション	14:26 ~ 15:20 呼吸器内視鏡 医学生・初期研修医セッション	14:44 ~ 15:38 膜原病・血管炎 1 医学生・初期研修医セッション
15:00	14:45 ~ 15:30 悪性腫瘍 3	15:20 ~ 15:56 アスペルギルス	15:40 ~ 16:40 第9回研修医のための 呼吸器セミナー
16:00	15:30 ~ 16:15 悪性腫瘍 4	15:56 ~ 16:32 サルコイドーシス 他	
17:00		16:40 ~ 17:40 イブニングセミナー (抗酸菌教育講演)	
18:00			

## 日程表

### 11月16日 (日)

	A会場 1階 小ホール	B会場 3階 大会議室	C会場 2階 第1 + 2会議室
9 : 00			
10 : 00	9 : 45 ~ 10 : 39 悪性腫瘍 治療有害事象 2	9 : 45 ~ 10 : 30 間質性肺疾患	9 : 45 ~ 10 : 30 感染症 3
11 : 00	10 : 50 ~ 11 : 50 特別講演		
12 : 00		12 : 00 ~ 13 : 00 代議員会	12 : 00 ~ 13 : 00 ランチョンセミナー 2
13 : 00	13 : 10~13 : 25 総会		
14 : 00	13 : 30 ~ 14 : 00 男女共同参画講演		
15 : 00	15 : 00 ~ 15 : 45 膜原病・血管炎 2	15 : 00 ~ 15 : 54 悪性腫瘍 5	15 : 00 ~ 15 : 54 希少疾患
16 : 00	15 : 45 ~ 16 : 30 悪性腫瘍 6	15 : 54 ~ 16 : 30 結核・抗酸菌症	
17 : 00	16 : 30 閉会の挨拶		

## 特別演題プログラム

特別講演

11月16日（日） 10:50～11:50 A会場 1階 小ホール

座長：磐田市立総合病院 呼吸器内科 部長 妹川 史朗

「呼吸器内科医として考える医薬品開発と臨床研究」

浜松医科大学臨床薬理学講座 教授 乾 直輝 先生

男女共同参画講演

11月16日（日） 13:30～14:00 A会場 1階 小ホール

座長：浜松医科大学 内科学第2講座 講師 藤澤 朋幸 先生

「女性医師のキャリアと両立支援 — 支援のジレンマから考える」

浜松医科大学付属病院 ふじのくに女性支援センター 専任医師 谷口千津子 先生

## 共催プログラム

ランチョンセミナー1

11月15日（土） 12:00～13:00 B会場 3階 大会議室

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

座長：磐田市立総合病院 呼吸器内科 副病院長 教育研修センター長 妹川 史朗 先生

「間質性肺疾患診療の変遷：抗線維化薬と共に歩んだ10年」

愛知医科大学 医学部 内科学講座（呼吸器・アレルギー内科）特命教授 近藤 康博 先生

イブニングセミナー（抗酸菌教育講演）11月15日（土） 16:40～17:40 B会場 3階 大会議室

共催：インスマッド合同会社

座長：独立行政法人国立病院機構 天竜病院 院長 白井 正浩 先生

「肺NTM症診療の現状とアリケイス<sup>®</sup> 活用の実際－本邦の見解を踏まえて－」

公益財団法人結核予防会 複十字病院 呼吸器内科 古内 浩司 先生

ランチョンセミナー2

11月16日（日） 12:00～13:00 C会場 2階 第1+2会議室

共催：中外製薬株式会社

座長：浜松医科大学 化学療法部 部長 柄山 正人 先生

「その一手が、QOLと予後を変える～高齢者肺がんにIMpowerレジメンを選ぶ理由～」

一宮西病院 副院長 兼 呼吸器内科部長 竹下 正文 先生

アフタヌーンセミナー

11月16日（日） 14:00～15:00 B会場 3階 大会議室

共催：MSD株式会社

座長：磐田市立総合病院 呼吸器内科部長 感染対策室長 原田 雅教 先生

「非小細胞肺癌におけるICIを用いた治療戦略～周術期から進行期まで～」

静岡県立静岡がんセンター 呼吸器内科部長 兼 ゲノム医療推進部部長 釤持 広知 先生

# 第9回研修医のための呼吸器セミナー

日 時：2025年11月15日（土） 15時40分～16時40分  
会 場：浜松市浜北文化センター 2階 第1+2会議室 C会場  
参加方法：当日会場に直接お越しください（事前参加登録不要）

このセミナーは、主として初期臨床研修医に呼吸器内科の魅力を知っていただくことを目的として開催致します。パート1では、呼吸器内科医としてキャリアをスタートされた後、様々な分野で活躍されている先生方のキャリア形成の体験談や、留学を経験された先生よりその魅力等を講演いただく予定です。呼吸器内科の幅広い可能性を知っていただければと思っています。

パート2では、2名の先生にそれぞれ実際の症例を通じて呼吸器疾患の診断・治療の仕方について明日からの診療に役立つような内容の解説をしていただきます。

本セミナーを通じて呼吸器内科の診療に興味をもっていただければ幸いです。

事前参加登録不要ですので、どうぞお気軽にご参加下さい。

パート1：呼吸器内科のキャリア形成：多くの可能性をもって広がる呼吸器内科医の未来  
(15時40分～15時55分)

座長：浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究センター 安井 秀樹 先生

演者：聖隸三方原病院 ホスピス科 三輪 聖 先生

浜松医科大学医学部附属病院 感染制御センター 古橋 一樹 先生

名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 安藤 啓 先生

パート2：症例の解説

(15時55分～16時25分)

座長：浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究センター 安井 秀樹 先生

症例1 名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 安藤 啓 先生

症例2 磐田市立総合病院 呼吸器内科 原田 雅教 先生

16時25分～16時40分 研修医アワード 表彰

共催：日本呼吸器学会東海支部



第146回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会  
第128回日本呼吸器学会東海地方会  
第31回日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会中部支部会

一般演題

A会場 1階 小ホール  
第1日目 (11月15日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

13:15~14:09 感染症1

座長 静岡市立静岡病院 呼吸器内科 増田 寿寛

*A-01	新型コロナウイルスの持続感染による肺炎に苦慮した一例 JA 愛知厚生連 安城更生病院	谷口 拓未
*A-02	診断に時間を要した精巣上体結核・腹部リンパ節結核の一例 聖隸浜松病院 呼吸器内科	大宇根惣平
*A-03	COVID-19治療中に抗ARS抗体と抗MDA 5抗体陽性判明後、侵襲性肺アスペルギルス症や難治性気胸を発症した一例 藤枝市立総合病院 呼吸器内科	矢崎 茉代
*A-04	多発結核性膿瘍、結核性髄膜炎を呈し、薬物治療により軽快した粟粒結核の1例 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科	塙村 友香
*A-05	COVID-19罹患後に呼吸機能の改善を認めたCOPDの一例 松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科	前川 智輝
*A-06	食道結核及び食道縦隔瘻を合併した粟粒結核の一例 静岡県立総合病院 呼吸器内科	白井慶史郎

14:09~14:45 悪性腫瘍2

座長 刈谷豊田総合病院 呼吸器内科 平野 達也

*A-07	薄壁の空洞性病変を伴うMET Ex14 skipping陽性肺腺癌の1症例 藤枝市立総合病院	浅井 敦貴
*A-08	好酸球增多を契機に診断された肺腺癌の一例 トヨタ記念病院 総合診療科	安積 正都
*A-09	気管支動脈塞栓術が止血に有用であった肺腺癌の一例 大垣市民病院 臨床研修センター	能勢 良大
*A-10	二臓器からの生検により診断したT0肺癌の1例 静岡済生会総合病院 呼吸器内科	武内 麟成

14:45~15:30 悪性腫瘍3

座長 浜松医療センター 呼吸器内科 小澤 雄一

A-11	当院におけるタルラタマブの使用経験 JA 愛知厚生連 安城更生病院	麻生 裕紀
A-12	Lambert-Eaton症候群ならびに原疾患である小細胞肺癌の治療に難渋した1例 静岡市立静岡病院 呼吸器内科	板川 俊輝
A-13	ABCP療法が奏功した肺原発肝様腺癌の1例 安城更生病院 呼吸器内科	新美 諒
A-14	肺腺癌術後8年以上が経過してから癌性胸膜炎で再発した1例 一宮西病院	小澤 達志
A-15	乳癌と肺腺癌の重複癌治療中に乳癌による胸膜播種および肺内転移をきたした1例 一宮西病院	織田 智

## 15:30~16:15 悪性腫瘍4

座長 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 松井 利憲

---

A-16 セルペルカチニブが著効したRET融合遺伝子陽性肺腺癌の一例  
刈谷豊田総合病院 呼吸器内科 横山 昌己

A-17 左上葉S3に区域性に分布する微小結節を生じ肺抗酸菌症との鑑別を要した肺扁平上皮癌の1例  
三重県立総合医療センター 呼吸器内科 三木 寛登

A-18 化学療法施行後に抗TIF 1- $\gamma$ 抗体陽性皮膚筋炎を発症した非小細胞肺癌の一例  
聖隸浜松病院 呼吸器内科 中根 千夏

A-19 気胸術後ステープルラインから発生した肺腺癌の一例  
静岡市立静岡病院 呼吸器内科 宮本 凌太

A-20 サイトカイン放出症候群と原疾患の骨髄進展の鑑別に苦慮した小細胞癌の1例  
藤田医科大学 呼吸器内科学 桐生 七海

**B会場 3階 大会議室**  
**第1日目 (11月15日 土曜日)**

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

**13:05~13:50 感染症2**

座長 聖隸浜松病院 呼吸器内科 二橋 文哉

---

- \*B-01 若年成人に発症した急性呼吸窮迫症候群を伴うアデノウイルス肺炎の一例  
総合病院 聖隸三方原病院 呼吸器センター 内科 嶋崎 航輝
- \*B-02 ラスクフロキサシン (LSFX) で改善せず、気管支鏡検査で肺ノカルジア症と診断した一例  
豊橋市民病院 呼吸器内科 若山 武
- \*B-03 肺炎を契機に白血球破碎血管炎を発症した一例  
JA 愛知厚生連 安城更生病院 吉川 麗奈
- \*B-04 レジオネラと鑑別を要したマイコプラズマ肺炎の1例  
刈谷豊田総合病院 呼吸器内科 野又 夏実
- \*B-05 劇症型溶血性レンサ球菌感染症に伴う出血性肺炎の一例  
磐田市立総合病院 早乙女真由

**13:50~14:26 悪性腫瘍1**

座長 聖隸三方原病院 呼吸器センター 内科 松井 隆

---

- \*B-06 神経線維腫症1型の既往をもち、肺扁平上皮癌による両腎転移で、急性腎障害を来たした1例  
市立四日市病院 内科 林 徹
- \*B-07 胸部SMARCA4欠損未分化腫瘍を発症した1例  
JA 静岡厚生連 遠州病院 井手 陽心
- \*B-08 胸部大動脈への仮性動脈瘤形成が確認された未分化肉腫の一剖検例  
浜松医療センター 呼吸器内科 山中 大季
- \*B-09 診断に難渋した前縦隔発症Tリンパ芽球性リンパ腫の1例  
刈谷豊田総合病院 呼吸器内科 津川 航大

**14:26~15:20 呼吸器内視鏡**

座長 松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科 坂口 直

---

- \*B-10 マイコプラズマ肺炎との鑑別に難渋した慢性好酸球性肺炎の一例  
静岡市立清水病院 呼吸器内科 山本 雄介
- \*B-11 演題取り下げ
- \*B-12 気管支内腔転移による左上葉無気肺が診断の契機となった腎細胞癌の1例  
浜松労災病院 呼吸器内科 山本 慎也
- \*B-13 多臓器転移を伴う気管支原発唾液腺型腺様囊胞癌に対して化学療法を行った一例  
公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 野崎 千穂
- \*B-14 検診にて発見されたDiffuse Minute Pulmonary Meningothelial-like Nodulesの1例  
浜松労災病院 呼吸器内科 小森 賢一
- \*B-15 合併症治療に苦慮し、その後良好な治療効果を得た気管支鏡的肺容量減量術の一例  
松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科 山田 周平

## 15:20~15:56 アスペルギルス

座長 藤枝市立総合病院 呼吸器内科 田中 和樹

---

B-16 COVID-19 後の器質化肺炎に対する治療中に、侵襲性肺アスペルギルス症を発症し死亡した1剖検例  
大垣市民病院 呼吸器内科 中井 將仁

B-17 半年の経過で急速に進行した若年肺アスペルギルス症の一例  
島田市立総合医療センター 呼吸器内科 加藤 陽生

B-18 気管支鏡検査で真菌検出不成功であったが診断し得たアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例  
藤田医科大学 呼吸器内科学 亀之園翔子

B-19 胸水貯留を伴ったアレルギー性肺アスペルギルス症(ABPA)の1例  
磐田市立総合病院 柴田 立雨

## 15:56~16:32 サルコイドーシス 他

座長 安城更生病院 呼吸器内科 麻生 裕紀

---

B-20 びまん性微細粒状影を呈した肺サルコイドーシスの一例  
国立病院機構 天竜病院 大場 久乃

B-21 アダリムマブ中止後に進行性の多彩な神経障害を認めたサルコイドーシスの一例  
藤田医科大学病院 呼吸器内科学 森谷 遼馬

B-22 ぶどう膜炎や縦隔リンパ節腫大を認めず、器質化肺炎様の陰影を示し診断に難渋したサルコイドーシスの1例  
浜松医科大学医学部附属病院 第二内科 石井 英恵

B-23 膵癌治療経過中に、外科的生検で診断した肺クリプトコックス症の一例  
三重大学医学部附属病院 呼吸器内科 久留 仁

## C会場 2階 第1+2会議室

第1日目 (11月15日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

### 13:05~13:50 悪性腫瘍 治療有害事象 1

座長 静岡済生会総合病院 呼吸器内科 渡邊 裕文

*C-01	ゲフィニチブによるがん治療関連心機能障害(CTRCD)を発症したEGFR陽性肺腺癌の1例 藤枝市立総合病院 呼吸器内科 住吉 郁哉	
*C-02	JAK阻害薬内服中に侵襲性肺炎球菌感染症となり頸髄硬膜外膿瘍を続発した一例 日赤愛知医療センター名古屋第二病院 浅井 敬大	
*C-03	免疫チェックポイント阻害薬の使用により発症した口腔咽頭粘膜障害の一例 豊川市民病院 呼吸器内科 小出 瑛景	
*C-04	進行肺癌における免疫化学療法関連Cytokine Release Syndrome (CRS) Grade 1への対処法を症例経験から考える 桑名市総合医療センター 三浦 悠暉	
*C-05	タルラタマブ投与後に重篤なサイトカイン放出症候群を発症した小細胞肺癌の一例 藤枝市立総合病院 呼吸器内科 茶田 深咲	

### 13:50~14:44 びまん性肺疾患

座長 島田市立総合医療センター 呼吸器内科 金田 桂

*C-06	CTガイド下肺生検で診断し得た硝子化肉芽腫の1例 島田市立総合医療センター 呼吸器内科 落合 杏風	
*C-07	扁平胸郭で食道狭窄と窒息を来した胸膜肺実質弹性線維症(pleuroparenchymal fibroelastosis: PPFE)の一例 公立陶生病院 河方 尚子	
*C-08	金属粉の吸引を契機に発症した急性肺傷害の一例 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 齊藤 弘明	
*C-09	Reversed halo signを呈した特発性器質化肺炎の1例 三重県立総合医療センター 西村悠里奈	
*C-10	デュピルマブ休薬後に好酸球性肺炎を発症した一例 聖隸三方原病院 呼吸器センター 内科 相川 混太	
*C-11	救急外来で気管支喘息の増悪と診断されたアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例 国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器内科 後藤 祐成	

### 14:44~15:38 膠原病・血管炎 1

座長 静岡県立総合病院 呼吸器内科 赤松 泰介

*C-12	不明熱精査中、皮膚生検にて確定診断を得た好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)の1例 国立病院機構 三重中央医療センター 久野 潤一	
*C-13	胸水を契機に診断した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)の一例 豊橋市民病院 呼吸器内科 青木秀二郎	
*C-14	多発結節性肺アミロイドーシスを合併したシェーグレン症候群の一例 津島市民病院 呼吸器内科 五島 真	
*C-15	下垂体炎で発症したIgG 4関連疾患の1例 聖隸三方原病院 呼吸器センター 内科 堀 裕輝	
*C-16	局所麻酔下胸腔鏡で診断したIgG 4関連胸膜炎の一例 岐阜市民病院 呼吸器・腫瘍内科 中島 歩睦	
*C-17	抗ARS抗体、抗セントロメア抗体が同時陽性であった間質性肺炎を伴うオーバーラップ症候群の一例 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 呼吸器内科 宮戸 聖征	

**A会場 1階 小ホール**  
**第2日目 (11月16日 日曜日)**  
(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

**9：45～10：39 悪性腫瘍 治療有害事象 2**

座長 浜松ろうさい病院 呼吸器内科 幸田 敬悟

---

A-21	ペグフィルグラストムによる薬剤誘発性血管炎の一例 静岡県立総合病院 呼吸器内科	鈴木 浩介
A-22	進行肺腺癌に対して長期にペムブロリズマブ投与を行い、自己免疫性溶血性貧血を発症した一例 藤田医科大学 呼吸器内科	長谷川 新
A-23	長期Osimertinib内服中に水疱性類天疱瘡を併発した1例 藤田医科大学 呼吸器内科学	重康 善子
A-24	ステロイドパルスおよびトシリズマブ療法を要したタルラタマブによる重症サイトカイン放出症候群の一例 浜松医科大学 内科学第二講座	佐藤 大樹
A-25	Tarlatamab を導入した4例における、有害事象の検討とマネジメント 名古屋掖済会病院	恵美 亮佑
A-26	肺癌化学療法中、出血性膀胱炎、前立腺炎を来した一例 JA岐阜中濃厚生病院 呼吸器内科	印牧 卓哉

**15：00～15：45 膠原病・血管炎 2**

座長 国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器内科 内藤 雅大

---

A-27	シェーブレン症候群を合併して、緩徐に増大した結節性肺アミロイドーシスの1例 中東遠総合医療センター 呼吸器内科	森川 昇
A-28	20代女性が成人Still病による重症ARDSを生じた1例 藤枝市立総合病院 呼吸器内科	北 健介
A-29	血栓性微小血管症を合併し治療に難渋した抗MDA 5抗体陽性皮膚筋炎に伴う間質性肺疾患の1例 浜松医科大学 内科学第二講座	増田 拓也
A-30	COVID-19罹患後に難治性呼吸器症状・下肢痛にて発症した多発血管炎性肉芽腫症の1例 浜松医療センター	宇都宮 瑞
A-31	特発性肺線維症の治療経過中に巨細胞性動脈炎様の症状で発症した顕微鏡的多発血管炎の1例 聖隸三方原病院 呼吸器センター 内科	吉関 尚子

**15：45～16：30 悪性腫瘍 6**

座長 JA岐阜厚生連 中濃厚生病院 呼吸器内科 河江 大輔

---

A-32	濾胞性リンパ腫が原因と考えられた乳び胸の一例 磐田市立総合病院 呼吸器内科	白鳥晃太郎
A-33	クライオ生検が診断に有用であった血管内大細胞型B細胞リンパ腫の1例 一宮西病院	細田 敬介
A-34	演題取り下げ	
A-35	鳥関連過敏性肺炎の経過中に発症したびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例 聖隸浜松病院 呼吸器内科	日笠 美郷
A-36	CTガイド下生検で診断し得た原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫の一例 島田市立総合医療センター	松下 隼也

**B会場 3階 大会議室**  
**第2日目 (11月16日 日曜日)**  
 (研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

**9：45～10：30 間質性肺疾患**

座長 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 片岡 健介

B-24	気管支血管束に一致した浸潤影を呈した器質化肺炎の一例	JCHO 中京病院	馬渕 英徒
B-25	藤田医科大学での間質性肺炎に対する肺移植 5 例の検討	藤田医科大学医学部 呼吸器外科学	松田 安史
B-26	当科で施行した第一例目の脳死肺移植例を振り返る	名古屋大学大学院・医学部 呼吸器外科学	仲西 慶太
B-27	癌性リンパ管症と鑑別を要した、オシメルチニブによる薬剤性肺障害の一例	刈谷豊田総合病院 呼吸器内科	深見 悅
B-28	メサラジンによる薬剤性肺炎として好酸球性肺炎と器質化肺炎の混在を認めた一例	磐田市立総合病院 呼吸器内科	川村 彰

**15：00～15：54 悪性腫瘍 5**

座長 一宮西病院 呼吸器内科 竹下 正文

B-29	BAP 1 loss の胸膜原発高分化乳頭型中皮腫の 1 例	静岡済生会総合病院 呼吸器内科	霜多 凌
B-30	Halo sign を伴う空洞影を呈し診断に苦慮した膀胱癌肺転移の一例	トヨタ記念病院	佐野 真由
B-31	健診での右中肺野腫瘍影の指摘を契機に発見された限局性胸膜中皮腫の 1 例	一般社団法人 日本海員掖済会 名古屋掖済会病院 呼吸器内科	大西 義之
B-32	卵巣癌術後に乳糜胸を生じた 1 例	三重県立総合医療センター 呼吸器内科	後藤 広樹
B-33	重複癌と鑑別を要した腎細胞癌肺転移の一例	静岡県立総合病院 呼吸器内科	深澤 詠美
B-34	緊急体外式ペーシングを要した縦隔奇形腫の一例	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	中村 花凜

**15：54～16：30 結核・抗酸菌症**

座長 国立病院機構 天竜病院 呼吸器・アレルギー科 岩泉江里子

B-35	肺 <i>Mycobacterium xenopi</i> 症の 1 例	静岡市立静岡病院 呼吸器内科	水嶋 桜子
B-36	肺 <i>Mycobacterium colombiense</i> 症の一例	国立病院機構 天竜病院	大嶋 智子
B-37	低血糖による意識障害で見つかった結核性アジソン病の 1 例	静岡県立総合病院 呼吸器内科	藤田 侑美
B-38	関節リウマチ治療中に発症した播種性非結核性抗酸菌症の一例	浜松医科大学医学部附属病院	村松 卓実

## C会場 2階 第1+2会議室

第2日目 (11月16日 日曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

9:45~10:30 感染症3

座長 三重県立総合医療センター 呼吸器内科 藤原 篤司

---

C-18	急性骨髓性白血病の化学療法中に <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> 出血性肺炎を発症し生存した一例 順天堂大学医学部附属静岡病院 呼吸器内科	松本 卓也
C-19	ステロイド使用中にサイトメガロウイルス肺炎とノカルジア肺炎を合併した一例 浜松医療センター 呼吸器内科	長崎 公彦
C-20	肺結核症と鑑別を要した肺虫吸症の1例 JA岐阜厚生連 中濃厚生病院	山内 康弘
C-21	胸水の性状と問診が有用であった肺吸虫症の1例 岐阜県総合医療センター 呼吸器内科	熊崎廣志郎
C-22	重症レジオネラ肺炎に体外式膜型人工肺 (PCPS) を要し救命した1例 静岡市立静岡病院	臼井 鉄郎

15:00~15:54 希少疾患

座長 藤田医科大学 呼吸器・アレルギー科 堀口 智也

---

C-23	溶接業従事者に発症し、両側上葉胸膜下に限局性すりガラス影を呈した自己免疫性肺胞蛋白症の一例 聖隸浜松病院	村松 卓実
C-24	自己免疫性肺胞蛋白症に対してGM-CSF吸入製剤投与を行った一例 独立行政法人国立病院機構 天竜病院	永福 建
C-25	囊状気管支拡張症に伴う喀血に対して気管支動脈塞栓術を繰り返し施行した重症Job症候群の一例 愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科	神谷 昂希
C-26	同時性単発肺転移を伴うTypeA胸腺腫の一例 静岡赤十字病院 呼吸器内科	宮本 宰太
C-27	同時多発肺原発性髄膜腫の1切除例 名古屋大学医学部付属病院 呼吸器外科	竹中 裕史
C-28	気管支喘息に合併した慢性血栓塞栓性肺高血圧症 (CTEPH) の一例 聖隸浜松病院 呼吸器内科	松田 光生



# **一般演題**

# **第1日目**

# **抄 錄**

〈筆頭演者が研修医アワード対象の発表には下線が付いています。〉

## A-01

新型コロナウイルスの持続感染による肺炎に苦慮した一例

JA 愛知厚生連 安城更生病院

○谷口 拓未、麻生 裕紀、原 徹、富田 康裕、  
八田 貴広、岩出香穂里、野呂 大貴、手柴 富美、  
新美 諒、水野 祐希

症例は56歳の男性。CD20陽性悪性リンパ腫に対して rituximab維持療法を施行中にX年3月8日より発熱・咳の症状あり、3月18日にCTにて肺炎像を認めLVFXを処方されるも悪化あり、3月21日よりDEX 6mg/day開始し、3月24日にSARS-CoV 2 抗原陽性が判明し COVID-19肺炎とした。画像上肺炎像は消退傾向ではあったが、4月2日に呼吸不全の悪化を認め入院となった。抗ウイルス薬・広域抗生素に加えてmPSL 80mg/dayを使用した。改善傾向にてLTOT導入し一時退院となるも5月1日に肺炎の悪化にて入院。その後も多種の抗ウイルス薬とステロイドの増減を繰り返し、SARS-CoV 2 抗原陽性も持続、画像・臨床上からSARS-CoV-2 持続感染に伴うCOVID-19肺炎と判断した。6月26日に抗ウイルス薬併用下でIVI g (300mg/kg) を開始し改善を認め、7月18日に退院可能となり、8月21日にSARS-CoV 2 抗原陰性が確認された。SARS-CoV-2 持続感染の対応に苦慮した症例であり、当日は文献的考察も含め発表する。

## A-03

COVID-19治療中に抗ARS抗体と抗MDA 5抗体陽性判明後、侵襲性肺アスペルギルス症や難治性気胸を発症した一例

<sup>1</sup>藤枝市立総合病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>磐田市立総合病院 呼吸器内科

○矢崎 茉代<sup>1</sup>、田中 和樹<sup>1</sup>、川村 彰<sup>1, 2</sup>、北 健介<sup>1</sup>、  
松下 京平<sup>1</sup>、鈴木 僚<sup>1</sup>、長崎 拓己<sup>1</sup>、山本 雄也<sup>1</sup>、  
山田耕太郎<sup>1</sup>、中村 隆一<sup>1</sup>、秋山 訓通<sup>1</sup>、松浦 駿<sup>1</sup>、  
小清水直樹<sup>1</sup>

症例は77歳女性。5日前からの発熱、咳嗽、全身倦怠感、食思不振を主訴に救急搬送され、COVID-19中等症Iの診断で入院となった。レムデシビルにて治療を開始したが、呼吸不全が進行したためデキサメタゾン、パリシチニブを追加した。以後も改善乏しく、ステロイドはパルス療法に切り替え、免疫抑制剤はトシリズマブに変更した。第16病日に右気胸及び左上葉に新規のすりガラス影が出現し、フェリチン高値が持続していた。追加で測定した抗ARS抗体及び抗MDA 5抗体が陽性であり、多発性筋炎/皮膚筋炎に伴う間質性肺疾患を疑いタクロリムスを追加した。経過中に侵襲性肺アスペルギルス症を発症し、抗真菌薬を追加投与した。また右気胸に対して胸腔ドレナージ及び自己血癰着を試みたが再発を繰り返し、第29病日に永眠された。COVID-19感染による抗ARS抗体と抗MDA 5抗体共に陽性となる症例は希少であり、文献的考察を加えて報告する。

## A-02

診断に時間を要した精巣上体結核・腹部リンパ節結核の一例

聖隸浜松病院 呼吸器内科

○大字根惣平、橋本 大、松田 光生、中根 千夏、  
竹田健一郎、日笠 美郷、二橋 文哉、青野 祐也、  
勝又 峰生、三輪 秀樹、河野 雅人、三木 良浩

症例は70代男性、半年前から続く左陰嚢部違和感を主訴に当院泌尿器科を紹介された。悪性腫瘍を疑い高位精巣摘除術を行ったところ、腫瘍性病変はなく一部壊死を伴った類上皮細胞肉芽腫を認めた。同時に指摘されていた胃小弯リンパ節腫大に対して、消化器内科で経胃的に超音波内視鏡下穿刺吸引 (EUS-FNA) を行ったところ、こちらも類上皮細胞肉芽腫を認め、サルコイドーシス疑いとして当科に紹介された。肺野に結核感染を示唆する所見は認めなかつたが、小児期に結核罹患歴があり、T-SPOTは陽性であったため結核感染を疑い再度胃小弯リンパ節のEUS-FNAを行ったところ結核菌が培養された。以上より、一元的に精巣上体結核・腹部リンパ節結核と診断した。本邦の結核罹患数は減少傾向にあり、また性器結核は0.17%とまれである。本症例は初診から細菌学的診断までに6ヶ月を要しており、結核診療経験の不足が診断遅延に影響したと考えられた。

## A-04

多発結核性膿瘍、結核性髄膜炎を呈し、薬物治療により軽快した粟粒結核の1例

<sup>1</sup>公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

<sup>2</sup>同 救急部集中治療室

<sup>3</sup>同 感染症内科

○塙村 友香<sup>1</sup>、市原 聖也<sup>1</sup>、萩本 聰<sup>1</sup>、寺町 涼<sup>1, 2</sup>、  
富貴原 淳<sup>1</sup>、武藤 義和<sup>1, 3</sup>、笹野 元<sup>1</sup>、横山 俊樹<sup>1, 2</sup>、  
片岡 健介<sup>1</sup>、木村 智樹<sup>1</sup>

【症例】78歳男性。1か月の経過で意思疎通が困難となり当院を受診した。初診時のCT検査では両側全肺野に粒状影、前立腺および左腸腰筋に巨大な膿瘍を認めたが、頭部MRI検査では異常は認めなかった。喀痰、尿の抗酸菌塗抹が陽性となり、遺伝子検査で結核菌が同定されたため、粟粒結核の診断にて入院となった。INH・RFP・LVFX・PZAの4剤併用療法を開始したが、経過で髄液からも結核菌が同定されたことから、結核性髄膜炎として副腎皮質ステロイドを追加した。意識レベルは徐々に改善し、肺病変および膿瘍も縮小傾向を示したため、2か月後からINH・RFPの2剤による維持療法に移行した。分離された結核菌株の薬剤感受性は良好であった。【結語】高齢者の意識障害では、頭部画像に異常がなくても、全身疾患である粟粒結核に合併した結核性髄膜炎を鑑別に挙げる必要があり、本症例は結核による膿瘍がドレナージを要さず薬物療法のみで軽快しうる可能性を示唆している。

**A-05**

COVID-19罹患後に呼吸機能の改善を認めたCOPDの一例

松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○前川 智輝、坂口 直、松浦 信太、井上 れみ、  
中西健太郎、江角 征哉、江角 真輝、藤浦 悠希、  
鈴木 勇太、古田 裕美、伊藤健太郎、西井 洋一、  
田口 修、畠地 治

症例は53歳男性。X-10年より両側肺尖部に巨大プラを伴う重度COPDに対してLAMA/LABAで加療中であった。その際の呼吸機能はFEV1:1.74L(%FEV1:43.9%)であった。X-4年8月にCOVID-19に罹患し、レムデシビル、ステロイドバルス、バリシチニブ、ヘパリンで加療した。入院後、酸素化不良により人工呼吸管理を要し、細菌性肺炎合併の可能性も考慮し抗生素加療も実施し、病態改善を認めた。同年10月に退院となり、以後外来加療を継続していた。その後、段階的に両上葉の巨大プラは縮小傾向となり、呼吸機能はFEV1:3.50L(%FEV1:95.4%)まで著明に改善を認めた。COVID-19罹患を契機としたCOPDの病態改善の一例を経験したため、文献的な考察を交えながら報告する。

**A-07**

薄壁の空洞性病変を伴うMET Ex14 skipping陽性肺腺癌の1症例

藤枝市立総合病院

○浅井 敦貴、松浦 駿、北 健介、松下 京平、  
山本 雄也、長崎 拓己、鈴木 僚、山田耕太郎、  
中村 隆一、田中 和樹、秋山 訓通、小清水直樹

症例は65歳、女性。X年2月から咳嗽、喀痰持続し6月に近医受診。胸部CTで右S9/10に最大型7cm程の薄壁空洞を有する腫瘍影、右S2/6付近に2cm程度の結節影、左S1+2に1cm程度の空洞を伴う結節影、左S6付近に2cm程度の薄壁の空洞性病変および右肺門部・気管分岐部・縦隔リンパ節腫大を認め当院へ紹介となった。血液検査でANCA関連血管炎や感染症を支持する所見に乏しく、EBUS-TBNAにて腺癌を認め、cT4N2M1c, stage IV Bの肺癌と診断。MET Ex14 skipping陽性を認め、テポチニブを開始した。腺癌診断までさまざまな鑑別疾患が考えられた一例として、若干の考察を加え報告する。

**A-06**

食道結核及び食道縦隔瘻を合併した粟粒結核の一例

静岡県立総合病院 呼吸器内科

○白井慶史郎、赤堀 大介、深澤 詠美、藤田 侑美、  
鈴木 浩介、増田 考祐、三枝 美香、赤松 泰介、  
山本 輝人、森田 悟、朝田 和博、白井 敏博

症例は25歳男性。2年前に東南アジアより来日し解体業に従事していた。数週間前からの咳嗽、呼吸困難のため近医を受診、胸部X線で両肺野粟粒影を指摘された。喀痰抗酸菌塗抹陽性、結核菌PCR陽性により肺結核として当院へ入院した。胸部CTで両肺びまん性粒状影、左胸水、縦隔リンパ節腫大、椎体周囲膿瘍、多発腹膜結節を認め、粟粒結核が疑われた。また縦隔気腫を認め、上部消化管内視鏡で胸部中部食道に複数の潰瘍性病変と排膿を確認した。食道造影検査で縦隔への漏出を認め、食道結核及び食道縦隔瘻と診断した。抗結核薬4剤と経管栄養を開始、約7週後に縦隔気腫は消失し、食道潰瘍及び造影剤の縦隔への漏出所見も改善した。経口摂取を再開し、治療開始後約11週で退院した。食道結核は肺外結核の中でも稀であり、本症例では食道縦隔瘻を合併したが、抗結核薬により内科的治療で改善が得られた。貴重な症例と考え、文献的考察を交えて報告する。

**A-08**

好酸球增多を契機に診断された肺腺癌の一例

<sup>1</sup>トヨタ記念病院 統合診療科<sup>2</sup>同 呼吸器内科

○安積 正都<sup>1</sup>、内田 岬希<sup>2</sup>、木村 元宏<sup>2</sup>、勝又 蒼穂<sup>2</sup>、  
佐野 真由<sup>2</sup>、加藤さや佳<sup>2</sup>、松浦 彰伸<sup>2</sup>、中村 さや<sup>2</sup>、  
杉野 安輝<sup>2</sup>

症例は60代男性。食欲減退、体重減少を主訴に近医を受診し、好酸球增多を指摘され当院を紹介受診した。初診時好酸球数9,324/ $\mu$ l, CEA 314ng/mlと著明に上昇しており、CTで左S6に結節影、縦隔・肺門リンパ節腫大、左腋窩リンパ節腫大を認めた。腋窩リンパ節生検でTTF-1、CEA陽性の腫瘍細胞を認め、肺腺癌(cT1bN3M1c, stage IV B)と診断した。他の好酸球增多を伴う疾患の合併は否定的であった。PD-L1高発現であり初回治療としてペムブロリズマブを投与し、腫瘍縮小とともに好酸球数は正常範囲内まで低下した。その後は病勢悪化に伴い好酸球数が再上昇し、治療奏効とともに低下した。好酸球增多を伴う固形癌は全体の1%とされ、腫瘍細胞によるIL-3、IL-5、GM-CSFの過剰産生が病態の機序である可能性が示唆されている。若干の文献的考察を加え報告する。

## A-09

## 気管支動脈塞栓術が止血に有用であった肺腺癌の一例

<sup>1</sup>大垣市民病院 臨床研修センター<sup>2</sup>同 呼吸器内科○能勢 良大<sup>1</sup>、安藤 守恭<sup>2</sup>、小林 紘生<sup>2</sup>、中井 將仁<sup>2</sup>、  
堀 翔<sup>2</sup>、中島 治典<sup>2</sup>、安部 崇<sup>2</sup>、安藤 守秀<sup>2</sup>

症例は70代女性。X年6月に肺癌疑いで呼吸器内科を受診した。CTでは頸部、胸部の多発リンパ節腫大、肺多発結節、右副腎腫大を認めた。#7リンパ節よりTBNAを行い肺腺癌の診断となった。気管支鏡検査より8日後喀血を主訴に当院救急外来を受診した。酸素化不良とCO<sub>2</sub>ナルコーシスを認め、気管挿管の上気管支鏡検査を行った。穿刺部位には出血を認めず、右底幹の方向から気管分岐部まで新鮮な凝血塊を認めた。造影CTでは気管分岐部腫瘍に流入する気管支動脈と右肺静脈の早期造影効果を認め、気管支動脈-肺静脈シャントによる腫瘍からの出血と考えられた。同日気管支動脈塞栓術を行った。翌日、気管支鏡で止血を確認し、塞栓術後2日目に抜管した。肺癌についてはBSC方針となり、施設へ退院となった。癌関連気道出血に対する塞栓術の適応は一定の見解はなく、本症例は塞栓が有効であった症例と考えられたため報告する。

## A-10

## 二臓器からの生検により診断したT0肺癌の1例

<sup>1</sup>静岡済生会総合病院 呼吸器内科<sup>2</sup>同 病理診断科<sup>3</sup>同 整形外科○武内 麟成<sup>1</sup>、渡邊 裕文<sup>1</sup>、霜多 凌<sup>1</sup>、角田 智<sup>1</sup>、  
明石 拓郎<sup>1</sup>、土屋 一夫<sup>1</sup>、池田 政輝<sup>1</sup>、服部 和哉<sup>2</sup>、  
谷岡 書彦<sup>2</sup>、北山 康彦<sup>2</sup>、牧原康一郎<sup>3</sup>

症例は、60歳代、男性。基礎に軽微な間質性病変(ILA)があり1回/年で経過観察されていた。定期診察から半年後に右肩の疼痛を自覚し整形外科に受診し、肩甲骨に溶骨性所見を指摘され紹介受診となった。CT画像では多発の溶骨性所見に加え、肝、脳に多発転移を示唆する所見を認めた。胸部は単発の肺門リンパ節の腫脹のみであった。血液検査ではCEA 1909 ng/mLと高値であった。各種検査で原発臓器は明らかではなかったが、肺門リンパ節からのEBUS-TBNA検体および骨生検より類似した腺癌が検出され、免疫染色でTTF-1陽性であり、遠隔転移の様式とあわせ肺癌と判断し、肺腺癌 cT0N1M1c 2 stage IVB (HEP, OSS, BRA, ADR)と診断した。Actionableなゲノム変化はなかった。基礎に自己免疫素因があり、さらにILAもありICIの使用は控え、CBDCA/PEMでの治療を開始し、部分奏功を維持している。二臓器からの生検によりT0肺癌と診断し、治療を開始した1例を報告する。

## A-11

## 当院におけるタルラタマブの使用経験

JA愛知厚生連 安城更生病院

○麻生 裕紀、原 徹、富田 康裕、八田 貴広、  
岩出香穂里、野呂 大貴、手柴 富美、新美 諒、  
水野 祐希

【背景】小細胞肺癌の3次治療としてタルラタマブが認可され、今後のさらなる適応拡大によりタルラタマブの使用頻度の増加が予想される。一方でサイトカイン放出症候群(CRS)免疫細胞関連神経毒性症候群(ICANS)の発現が懸念される。【方法】小細胞肺癌に対してタルラタマブを使用した症例を対象にCRSとICANSの出現を中心に調査した。【結果】症例登録するまでにタルラタマブを使用した症例は5例。年齢は71.6(57-80)歳、男性4例女性1例。全例で4th lineにて使用した。CRSは全例に認められ、grade 2は2名、grade 3は3例であった。全例でアセトアミノフェンを使用し、ステロイドを3例で併用し改善した。1例でICANS grade 1で投与1日目に認められた。評価した3例においてPR 1例、SD 2例であった。【結論】今までの当院におけるタルラタマブ使用について安全に遂行できていた。今後、症例を蓄積してタルラタマブ使用の際の対応について確立していきたい。

## A-12

## Lambert-Eaton症候群ならびに原疾患である小細胞肺癌の治療に難済した1例

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

○板川 俊輝、渡辺 綾乃、臼井 鉄郎、宮本 凌太、  
村山 賢太、志村 暢泰、中川栄実子、増田 寿寛、  
藤井 雅人、佐野 武尚

症例は77歳男性。X年8月に両下肢の脱力や易疲労感が出現したため前医を受診、反復刺激試験を実施した結果Lambert-Eaton症候群(LEMS)と診断された。胸部CTで右肺門部リンパ節腫大を認め、原発性肺癌が疑われ当科紹介、精査の結果限局型小細胞肺癌の診断となった。小細胞肺癌に対して化学放射線療法(CDDP+VP-16+TRT)を施行しLEMSに対してプレドニゾロン内服を開始したが、症状が増悪したため免疫グロブリン静注(IVIg)療法及びアザチオプリン(AZA)内服を開始した。IVIg療法後は一時的に改善を認めたが、再度筋力低下が進行したためステロイドパルス療法および再度のIVIg療法を行った。その後AZAを漸減しIVIg療法を継続したが、症状の改善は乏しかった。この間CDDP+VP-16を4コース施行したが、3か月後に右下葉の新規結節影を認め再発と判断した。LEMSならびに原疾患である小細胞肺癌の治療に難済した症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

## A-13

## ABCP療法が奏功した肺原発肝様腺癌の1例

安城更生病院 呼吸器内科

○新美 諒、麻生 裕紀、水野 祐希、野呂 大貴、手柴 富美、岩出香穂里、八田 貴広、富田 康裕、原 徹

症例は52歳男性。1カ月前より胸痛を自覚し近医を受診した。胸部レントゲンにて肺野に多発結節影を指摘され当院を紹介受診した。胸部CTで胸膜直下主体に多発の腫瘍影を認め、CTガイド下生検を施行し、病理学的に肝様腺癌の所見が得られた。AFP, PIVKA-IIは高値であった。その他のモダリティで肺以外の臓器に原発を疑う所見は認めず、cT3N0M1a, stage4Aの肺原発肝様腺癌（ドライバー遺伝子変異（-）、TPS<1%）と診断した。Carboplatin + Paclitaxel + Bevacizumab + Atezolizumabの4剤治療（ABCP療法）を開始し、2クール終了後にPRを確認し、計4クールを施行した。以後、Bevacizumab + Atezolizumabにて維持療法を施行し、現在も加療中である。肝様腺癌は肝細胞癌に類似した形態を示す稀な腺癌であり、肺原発の肝様腺癌の治療法は確立されていないため、ABCP療法が奏功した稀少例として報告する。

## A-15

## 乳癌と肺腺癌の重複癌治療中に乳癌による胸膜播種および肺内転移をきたした1例

一宮西病院

○織田 智、小澤 達志、細田 敬介、柏井 康彦、貫 智嗣、彦坂 宜紀、柴田 祐作、太田 智陽、石田 貢一、村田 泰規、竹下 正文

82歳女性。X-4年3月に他院で左乳癌の診断で治療が開始となり、X-4年2月当院に転院した。CTで左乳癌の他に右肺下葉腫瘍影、右肺門部・気管分岐下リンパ節腫大を認め、原発性肺癌の重複が疑われた。気管支鏡検査を行い、TTF-1陽性の腺癌で、ArcherMETコンパニオン診断システムにおいてMET exon14 skipping陽性が判明し、原発性肺腺癌cStage III A期と診断した。化学放射線療法を行い、Durvalumab維持療法中に左乳房腫瘍が増大したため乳癌治療に切り替えとなり肺癌治療は終了。X-1年10月よりCTで造影効果を伴う右胸膜肥厚が目立ち、X年4月に右肺下葉の軟部影も増大した。腫瘍の局在から肺癌再発を当初疑ったが、生検結果から乳癌転移と判明。重複癌において、そのどちらに起因する転移かを臨床的判断のみならず組織診断まで行う重要性を示した症例であり教訓的症例と考え報告する。

## A-14

## 肺腺癌術後8年以上が経過してから癌性胸膜炎で再発した1例

一宮西病院

○小澤 達志、細田 敬介、織田 智、柏井 康彦、貫 智嗣、彦坂 宜紀、太田 智陽、柴田 祐作、石田 貢一、村田 泰規、竹下 正文

症例は76歳男性。X年1月に労作時呼吸困難を主訴に近医で左大量胸水貯留を指摘されて当院を紹介受診。胸腔ドレナージおよび胸膜瘻着術を施行し、胸水セルブロックの結果から肺腺癌の診断に至った。造影CTならびにFDG-PETでは原発巣となりうる病変は認められなかった。X-9年7月に他院で肺腺癌に対して左肺上葉切除術を受け、肺腺癌pStageIA期の診断で経過観察も終了していたが、他に説明可能な原発病変がなく、同病変の再発による癌性胸膜炎と診断した。セルブロック検体からMET exon14 skipping陽性が判明したため、カブマチニブによる薬物療法を開始して現在も継続中である。肺癌の術後再発は通常5年以内が多いが、本症例のように遅発性に再発するケースもあるため注意が必要であり、教訓的症例と考え報告する。

## A-16

## セルペルカチニブが著効したRET融合遺伝子陽性肺腺癌の一例

刈谷豊田総合病院 呼吸器内科

○横山 昌己、深見 悅、平野 達也、加藤 早紀、日下 真宏、岡田 木綿、武田 直也、吉田 憲生

【症例】76歳女性。X-8年2月に左下葉肺腺癌（pT2aN2M0, stage III A）に対し左下葉切除術施行後。X年4月、食道のつかえ感を主訴に当院を受診。CTで左肺門部腫瘍を認め、気管支鏡検査で肺腺癌の術後再発と診断した。オンコマイン検査でRET融合遺伝子陽性と判明した。X年5月29日、治療導入目的に入院した時点で、腫瘍による左主気管支の狭窄で左無気肺を呈していた。セルペルカチニブの内服を開始したところ、投与3日目には自覚症状の改善が得られ、5日後の胸部単純X線で無気肺の改善を認めた。現在まで重篤な有害事象はなく、外来で治療を継続できている。【考察】RET融合遺伝子陽性肺癌は非小細胞肺癌の約1%と稀であるが、分子標的薬による高い治療効果が期待できる。本症例のように、腫瘍による気道閉塞で緊急性の高い病態においても、セルペルカチニブは早期から治療効果が得られる可能性が示唆された。

## A-17

左上葉S3に区域性に分布する微小結節を生じ肺抗酸菌症との鑑別を要した肺扁平上皮癌の1例

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

○三木 寛登、後藤 広樹、児玉 秀治、藤原 篤司、吉田 正道

症例は20歳代で肺結核症の治療歴のある、T-SPOT陽性の80歳代男性。検診胸部レ線異常を契機に前医を受診し、胸部CTで左上葉S3に区域性に分布する微小結節が認められ当科紹介となった。肺結核症の再燃など肺抗酸菌症を念頭に気管支洗浄を実施したが、抗酸菌培養は検出されず、細胞診も陰性であった。1年後陰影拡大があり、再度気管支洗浄を行ったが、結果は同様であった。さらに6ヵ月後のCTで肺陰影は腫瘍影に変貌しており、3度目の気管支洗浄に加え、経気管支生検を行ったところ、扁平上皮癌と診断された。外科切除の結果pT1cN0M0, stageIAの扁平上皮癌と最終診断されたが病理組織の検討で抗酸菌感染を示唆する所見は認められなかった。発覚時の陰影が区域性の微小結節の集簇像を呈した扁平上皮癌で、興味深い経過を辿った1例として報告する。

## A-19

気胸術後ステープルラインから発生した肺腺癌の一例

<sup>1</sup>静岡市立静岡病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>同 呼吸器外科

○宮本 凌太<sup>1</sup>、板川 俊輝<sup>1</sup>、臼井 鉄郎<sup>1</sup>、村山 賢太<sup>1</sup>、志村 暢泰<sup>1</sup>、中川栄実子<sup>1</sup>、増田 寿寛<sup>1</sup>、渡辺 紗乃<sup>1</sup>、戸矢崎利也<sup>2</sup>、佐野 武尚<sup>1</sup>、藤井 雅人<sup>1</sup>

症例は77歳男性。X-7年に巨大肺囊胞による続発性気胸に対し、胸腔鏡下右肺部分切除術+プラ縫縮術を施行され、経過観察されていた。X-1年の胸部CTで右肺上葉ステープルライン上に小結節を認め、X年には増大を示したため当科紹介となった。PET-CTでSUVmax 12.9のFDG集積を認め、瘢痕癌のほか感染性肉芽腫も鑑別に挙げ、気管支鏡検査を施行したところ肺腺癌(cT2aN0M0, Stage 1B)の診断を得た。高度肺気腫に伴う低肺機能のため手術は適応外と判断し、定位放射線治療(56Gy/8fr)を施行、現在も無増悪で経過観察中である。良性疾患術後のステープルライン上に長期を経て発症する瘢痕癌は極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## A-18

化学療法施行後に抗TIF 1-γ抗体陽性皮膚筋炎を発症した非小細胞肺癌の一例

聖隸浜松病院 呼吸器内科

○中根 千夏、勝又 峰生、松田 光生、竹田健一郎、日笠 美郷、二橋 文哉、青野 祐也、三輪 秀樹、河野 雅人、三木 良浩、橋本 大

症例は60代女性。2年前より両肺野の網状影を指摘されていた。X年8月のCTで右下葉の腫瘍影を指摘され、当科を受診した。精査の結果、間質性肺炎合併右下葉非小細胞肺癌 cT3N3M1b cStage IV A (HEP) の診断に至った。10月よりカルボプラチナ、パクリタキセルを投与し、4サイクル施行後のCTではPRが得られた。12月下旬より顔面の浮腫が出現し、翌年1月には両膝関節伸側にGottron徵候、爪周囲炎が出現した。LDH, CK, アルドローゼが上昇し、抗TIF 1-γ抗体が陽性であり、腫瘍隨伴性皮膚筋炎と診断した。同月のCTでは肝転移の増大が認められ、PDであった。新規化学療法を導入するも、奏効せず、4月に永眠された。抗TIF 1-γ抗体陽性皮膚筋炎では悪性腫瘍を合併しやすいことが知られている。稀ではあるが、肺癌が皮膚筋炎に先行する報告もあり、留意すべきである。

## A-20

サイトカイン放出症候群と原疾患の骨髄進展の鑑別に苦慮した小細胞癌の一例

藤田医科大学 呼吸器内科学

○桐生 七海、伊奈 拓摩、大矢 由子、堀口 智也、長谷 哲成、後藤 康洋、橋本 直純、近藤 征史、今泉 和良

79歳男性、進展型小細胞肺癌 cT2bN2M1c (骨・副腎)に対しカルボプラチナ+エトポシド+アテゾリズマブを導入後、発熱と全身倦怠感を契機に入院となった。フェリチン(14847ng/m)およびIL-6(264pg/ml)の上昇を認め、ASTCT分類に基づきCRSと診断した。ステロイドおよびトリソリズマブ投与により一時的改善を得たが症状が再燃し遷延した。骨髄生検で骨髄癌腫症と診断されたため、第40病日にアムルビシンを開始したところ、症状・血液所見共に速やかに改善した。CAR-T療法では、体内の腫瘍細胞の残存が多ければCRSはより重症化・遷延化することが知られており、本症例でも骨髄癌腫症など残存腫瘍細胞が免疫原性の炎症を惹起し、免疫抑制療法で十分なCRS制御が得られ難かった可能性がある。ICI関連CRSにおいても、原因腫瘍のコントロールが症状改善に不可欠であることを示唆する症例であり報告する。

**B-01**

若年成人に発症した急性呼吸窮迫症候群を伴うアデノウイルス肺炎の一例

総合病院 聖隸三方原病院 呼吸器センター内科

○嶋崎 航輝、稻葉龍之介、古閑 尚子、鈴木 理紗、豊田 峻輔、藤田 大河、友田 悠、森川 茗子、小谷内敬史、天野 雄介、加藤 慎平、長谷川浩嗣、松井 隆、横村 光司

症例は24歳男性。発熱、乾性咳嗽のため前医を受診し、胸部CT検査で右肺下葉浸潤影と両肺上葉・左肺下葉に多発する円形陰影を指摘された。セフトリアキソン 2 g + ミノマイシン 200 mg/日が投与されるも改善せず当院当科へ転院となった。マルチプレックスPCR検査でアデノウイルスが陽性となったが、既往歴がない若年成人であり、治療は抗菌薬をタゾバクタム・ピペラシリン 13.5 g + レボフロキサシン 500 mg/日へ変更するのみとした。第2病日に両肺浸潤影が増悪し、 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 126$ まで低下したため急性呼吸窮迫症候群と診断してメチルプレドニゾロン 80 mg/日と、IgGが低値であり免疫グロブリン 5 g/日投与を開始したところ、第5病日に室内気下で良好な酸素化が認められるようになり、第11病日に自宅退院となった。喀痰・血液から有意菌の分離はなく、主たる病態はアデノウイルス肺炎であると診断した。健常成人における重症アデノウイルス肺炎は稀であり報告する。

**B-02**

ラスクフロキサシン (LSFX) で改善せず、気管支鏡検査で肺ノカルジア症と診断した一例

豊橋市民病院 呼吸器内科

○若山 武、安井 裕智、佐野 開人、大原 康、森 康孝、柴田 智文、福井 保太、大館 満、牧野 靖

症例は60歳代男性、造園業で土埃曝露あり。発熱、咳嗽で前医受診し、両側下葉浸潤影、右下葉腫瘤影を認め当院紹介。肺炎、肺化膿症に対しラスクフロキサシン (LSFX) 点滴を開始し、改善のためLSFX内服で退院。2週後に左上葉に新規浸潤影出現し、無症状だがCRP再上昇を認めた。自己抗体陰性で器質化肺炎の可能性を考え気管支鏡検査を施行。気管支肺胞洗浄液からノカルジア属を検出し、肺ノカルジア症と診断。感受性に基づきアモキシシリン・クラブラン酸 (AMPC/CVA) を3ヶ月投与し速やかに改善した。6ヶ月の経過で再燃を認めおらず経過観察中である。広域抗菌薬不応・移動性陰影・全身状態良好では器質化肺炎を考えステロイド導入を検討することが多いが、ノカルジアはキノロン感受性が不安定で、本症例のように非典型的な経過を辿ることもある。ステロイド導入前の気管支鏡検査で十分な感染除外が重要であると考え本症例を報告する。

**B-03**

肺炎を契機に白血球破碎血管炎を発症した一例

JA愛知厚生連 安城更生病院

○吉川 麗奈、麻生 裕紀、原 徹、富田 康裕、八田 貴広、岩出香穂里、野呂 大貴、手柴 富美、新美 謙、水野 祐希

症例は73歳の女性。X年7月31日より発熱、咳嗽、喀痰を認め、8月6日より両下腿紫斑と両下腿浮腫が出現した。同月8日に前医を受診し、レントゲンにて右下肺野の肺炎であったため当院紹介となった。当院の胸部CTにて既存の気管支拡張症に加え両側に浸潤影を認め、肺炎としてAMPC/CVA+AZMを処方し外来followとするも10日に紫斑と下肢浮腫が増悪し体動困難を呈するようになり入院に切り替えた。入院後はTAZ/PIPCに変更し、肺炎については改善するも、下腿の紫斑・浮腫についてはさらに増悪が認められるようになり、診断目的のために皮膚生検を行った。結果、皮膚白血球破碎血管炎を呈しており、膠原病などを示唆する所見は認められずに肺炎が契機となった可能性につき考えられた。PSL 15mg/dayにて治療を開始し、速やかに改善傾向を示し8月31日に退院可能となった。肺炎を契機とした白血球破碎血管炎を発症した稀少症例であり、当日は文献的考察も含めて発表する。

**B-04**

レジオネラと鑑別を要したマイコプラズマ肺炎の1例

刈谷豊田総合病院 呼吸器内科

○野又 夏実、横山 昌己、深見 悅、平野 達也、加藤 早紀、日下 真宏、岡田 木綿、武田 直也、吉田 憲生

【症例】41歳女性。発熱、腹痛、下痢が出現し近医を受診。腸炎として経過をみたが改善せず、咳嗽も出現してきたため再度受診し、肺炎を指摘され当院を紹介受診した。来院時、低Na血症と肝障害を認め、胸部CTで右下葉主体にconsolidationを認めた。臨床経過と検査所見からレジオネラ肺炎を疑い、LVFXによる治療を開始した。入院12時間後、意識障害と異常行動が出現した。髄液検査、頭部MRIでは有意所見を認めず、LVFX継続で意識障害は改善した。尿中レジオネラ抗原は陰性で、咽頭のPCR検査及びペア血清でマイコプラズマ肺炎と診断した。経過良好に第8病日に退院した。【考察】マイコプラズマ肺炎は肺外症状として中枢神経合併症をきたすことがある。意識障害を伴う非定型肺炎ではレジオネラ肺炎との鑑別が重要であり、本症例ではPCR検査が早期診断に有用であった。

## B-05

## 劇症型溶血性レンサ球菌感染症に伴う出血性肺炎の一例

<sup>1</sup>磐田市立総合病院<sup>2</sup>浜松医科大学附属病院 第二内科

○早乙女真由<sup>1</sup>、松島紗代実<sup>1</sup>、手嶋 隆裕<sup>1</sup>、川村 彰<sup>1</sup>、白鳥晃太郎<sup>1</sup>、柴田 立雨<sup>1</sup>、村上有里奈<sup>1</sup>、青島洋一郎<sup>1</sup>、西本 幸司<sup>1</sup>、佐竹 康臣<sup>1</sup>、原田 雅教<sup>1</sup>、妹川 史郎<sup>1</sup>、須田 隆文<sup>2</sup>

症例は59歳男性。X日に喀血、呼吸不全を主訴に当院へ救急搬送された。バイタルでS p O<sub>2</sub>の低下、低血圧を認めた。血液検査では白血球の低下など血球の消耗、C R Pの上昇を認め、また急性腎不全を伴っていた。胸部C Tでは両肺でびまん性浸潤影を認め喀血と合わせ肺胞出血と判断した。挿管、人工呼吸器管理を開始しつつ、肺胞出血の原因として血管炎や感染由来二次性肺胞出血などを考え、止血剤とともにステロイドパルス、抗菌薬で治療を開始した。しかし加療の効果は乏しく、同日に永眠された。翌日に血液培養でA群β溶血性連鎖球菌が認められ、劇症型溶血性連鎖球菌感染症（S T S S）と診断された。溶血性レンサ球菌は一般的な急性咽頭炎の原因菌であるが、S T S Sとなつた場合に死亡率は約30%と致命的である。我が国の統計によると、近年日本では感染者が増加傾向にある。本症例の臨床経過と考察を、文学的考察を交えて報告する。

## B-06

## 神経線維腫症1型の既往をもち、肺扁平上皮癌による両腎転移で、急性腎障害を来たした1例

<sup>1</sup>市立四日市病院 内科<sup>2</sup>同 呼吸器内科<sup>3</sup>同 腎臓内科<sup>4</sup>同 病理診断科

○林 徹<sup>1</sup>、宮崎 晋一<sup>2</sup>、坪井 俊樹<sup>3</sup>、久野 泰雅<sup>2</sup>、米田 一樹<sup>2</sup>、井上 正英<sup>2</sup>、山下 良<sup>2</sup>、奈良 佳治<sup>4</sup>

症例は40代男性。神経線維腫症1型の既往歴、20本/日25年間の喫煙歴あり。X年10月、胸部異常影にて当院に紹介された。精査の結果、右肺上葉扁平上皮癌 cT4N0M0 Stage 3 Aの診断に至ったが、12月以降、来院されなかった。患者の社会的事情により、X+1年2月、当科に再紹介され、経過観察の方針となった。4月、食思不振が出現し、採血にて腎機能障害の増悪を認めた。CT検査では、既存の腫瘍病変は増大し、腫大した両腎内部に境界不鮮明な低吸収域が多発していた。病状説明の結果、Best Supportive Careの方針となり、5月、尿毒症により死亡した。病理解剖では、肺扁平上皮癌による広汎な腎転移だけでなく、腎動脈の閉塞性浸潤、腎静脈塞栓による腎梗塞を認めた。比較的若年発症の肺癌であり、神経線維腫症1型の発癌への関与が示唆された。

## B-07

## 胸部SMARCA 4欠損未分化腫瘍を発症した1例

JA 静岡厚生連 遠州病院

○井手 陽心<sup>1</sup>、伊藤 大恵<sup>1</sup>、立田可菜美<sup>1</sup>、加藤 真人<sup>1</sup>、貝田 勇介<sup>1</sup>

【症例】41歳、男性。X-1月より頸部から背部にかけての疼痛、左上肢の痺れを自覚し、近医整形外科を受診した。頸椎MRIで第3胸椎椎体に病的骨折と右肺内腫瘍の直接浸潤を疑う陰影を指摘され、X月Y日に当科を紹介受診した。胸部CTで右肺尖部縦隔側に囊胞に隣接する腫瘍を認め、精査目的に入院した。気管支鏡検査では腫瘍に到達せず、整形外科にて第3胸椎椎体から骨生検を施行していただき退院した。病理検査で癌腫は否定的であり、免疫染色を追加した結果、胸部SMARCA 4欠損未分化腫瘍と診断した。FDG-PETで多発骨転移を認め、治療目的に他院へ紹介した。【考察】胸部SMARCA 4欠損未分化腫瘍は稀であり、予後不良な腫瘍として知られている。症例数は少なく貴重な症例であるため、文献的な考察を交えて報告する。

## B-08

## 胸部大動脈への仮性動脈瘤形成が確認された未分化肉腫の一剖検例

<sup>1</sup>浜松医療センター 呼吸器内科<sup>2</sup>同 病理診断科<sup>3</sup>同 放射線診断科<sup>4</sup>同 血管外科

○山中 大季<sup>1</sup>、小澤 雄一<sup>1</sup>、平岡 佑規<sup>1</sup>、藤田 圭太<sup>1</sup>、増田 貴文<sup>1</sup>、浅野 祐輝<sup>2</sup>、伊藤 泰資<sup>1</sup>、長崎 公彥<sup>1</sup>、鈴木 貴人<sup>1</sup>、松山 巨<sup>1</sup>、所 博和<sup>3</sup>、丹羽 充<sup>1</sup>、橋本 孝司<sup>4</sup>、小笠原 隆<sup>1</sup>、佐藤 潤<sup>1</sup>

症例は67歳男性。背部痛を契機に胸部大動脈瘤周囲腫瘍と多発転移を認め、造影CTで仮性動脈瘤を指摘された。ステントグラフト内挿術後、CTガイド下生検にて分類不能の肉腫と診断し、以降複数の化学療法を導入し縮小を得たが、診断から15ヶ月後に腫瘍の進展とこれに伴う呼吸不全により永眠された。ご家族の同意を得て実施した剖検では、下行大動脈壁に穿孔を認め、血管壁外側に連続する腫瘍を確認した。腫瘍は肺、腎、胸壁など多臓器に浸潤しており、壞死が高度であったが一部に腫瘍細胞の増生が残存し未分化多型肉腫と考えられた。死因は肉腫による多臓器不全および呼吸不全と考えられた。大動脈に仮性動脈瘤を形成する肉腫は稀であり、さらに病理解剖によりこれを確認できた症例は極めて少なく、文献的考察を加えて報告する。

## B-09

## 診断に難渋した前縦隔発症Tリンパ芽球性リンパ腫の1例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 呼吸器内科<sup>2</sup>同 呼吸器外科

○津川 航大<sup>1</sup>、横山 昌己<sup>1</sup>、深見 悅<sup>1</sup>、平野 達也<sup>1</sup>、  
加藤 早紀<sup>1</sup>、日下 真宏<sup>1</sup>、岡田 木綿<sup>1</sup>、武田 直也<sup>1</sup>、  
吉田 憲生<sup>1</sup>、柴田 晃輔<sup>2</sup>、平野 紗子<sup>2</sup>、雪上 晴弘<sup>2</sup>、  
山田 健<sup>2</sup>

【症例】73歳、女性。2024年末頃より月1回発熱を繰り返していた。2025年4月下旬に発熱・咳嗽、5月に呼吸困難が出現し当院紹介。胸部CTで前縦隔腫瘍と両側胸水を認めた。右胸腔ドレナージ後、CTガイド下生検を施行したが胸腺腫やリンパ腫が疑われるのみで確定診断に至らなかった。外科的生検を追加しTリンパ芽球性リンパ腫が疑われ、治療目的に転院し化学療法が開始された。【考察】前縦隔腫瘍は胸腺腫や胚細胞腫瘍が多いが、リンパ腫も重要な鑑別に挙げられる。本例は胸水を伴い診断に難渋し、複数回の検体採取を経てようやく治療導入へ至った。前縦隔腫瘍においては確定診断のため外科的生検を含む多段階の検討が不可欠である。

## B-11

## 演題取り下げ

## B-10

## マイコプラズマ肺炎との鑑別に難渋した慢性好酸球性肺炎の一例

静岡市立清水病院 呼吸器内科

○山本 雄介、森 和貴、久保田 努、芦澤 洋喜、  
伊波 奈穂、吉富 淳、増田 昌文

症例は30代女性。咳嗽、発熱のため近医を受診した。鎮咳薬等を処方されたが改善せず、新たに呼吸困難も出現した。胸部X線で両肺野に陰影を認めたため精査加療目的に当院へ紹介となった。胸部CTで両肺野に斑状浸潤影の多発を認め、両側肺炎として広域抗菌薬による入院治療を開始した。初期治療に対する反応は不良であった。また、経過中に末梢血好酸球の著増を認め、入院時に提出したマイコプラズマ抗体の強陽性が判明した。原因として慢性好酸球性肺炎やEGPA、マイコプラズマ肺炎などを鑑別に上げ気管支鏡検査を施行したところ、BALF中好酸球は49%と高値であり、マイコプラズマDNAは陰性であった。また末梢血中ANCAは陰性であり、慢性好酸球性肺炎と診断した。ステロイド治療を開始し速やかに症状は改善が得られ、外来で治療を継続とした。今回我々は、マイコプラズマ肺炎との鑑別に難渋した慢性好酸球性肺炎を経験したので報告する。

## B-12

## 気管支内腔転移による左上葉無気肺が診断の契機となった腎細胞癌の1例

浜松労災病院 呼吸器内科

○山本 慎也、杉山 裕樹、亀井 淳哉、幸田 敬悟、  
豊嶋 幹生

症例は非喫煙者の72歳女性。X年6月に検診の胸部X線にて左上肺野の浸潤影を指摘され、当科紹介受診となった。胸腹部CTにて左上葉無気肺、肺内多発小結節、および左腎の不整腫大を認めた。気管支鏡検査で左B2入口部に白苔を伴う壊死性の腫瘍を認め、無気肺形成の原因と考えられた。同部位から生検を行い、組織診断にて腎細胞癌の気管支内腔転移と判断した。当院泌尿器科にコンサルトし、透明細胞型腎細胞癌Stage IVの診断となった。8月よりpembrolizumab、lenvatinibの2剤で治療を開始し、10月のCTでは無気肺や肺内多発転移の改善を認めた。またX+1年3月に気管支鏡検査を再検し、気管支内の腫瘍の消退を確認した。肺癌以外の悪性腫瘍の気管支内腔転移は比較的稀であるが、無気肺を確認した場合は、鑑別として挙げ、全身検索や気管支鏡検査を積極的に考慮することが望ましい。

## B-13

## 多臓器転移を伴う気管支原発唾液腺型腺様囊胞癌に対して化学療法を行った一例

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○野崎 千穂、富貴原 淳、萩本 聰、寺町 涼、  
 笹野 元、武藤 義和、片岡 健介、木村 智樹

67歳男性。5か月前からの喘鳴と息切れを訴えて当院を受診。左主気管支を鋸型状に閉塞する腫瘍、右肺への多発肺転移及び肝転移、左腎転移を認めた。左肺の完全無気肺と気管上部～頸部への腫瘍浸潤に伴う両側反回神経麻痺を来し、嗄声と嚥下障害を認めた。気管支鏡下に左主気管支入口部より生検を行い、唾液腺型腺様囊胞癌（肺癌マルチ遺伝子検査陰性、PD-L1陰性）と診断した。気管切開及び胃瘻造設を勧めたが、生活様式を変えてまでの延命治療を行うことを拒否。頸部及び左主気管支への緩和的放射線照射を行い、1か月後には上気道性の喘鳴と嚥下障害の若干の改善を得た。CDDP+DTXによる化学療法を4コース実施したが腫瘍の縮小は得られず、一旦治療を中止して経過観察の方針とした。腺様囊胞癌は耳鼻科領域の希少癌で、一般に進行が緩徐で根治可能な病期で発見されることが多い。本例のような肺内原発例、進行例は非常に稀であり、文献情報を交えて報告する。

## B-14

## 検診にて発見されたDiffuse Minute Pulmonary Meningothelial-like Nodulesの1例

1浜松労災病院 呼吸器内科

2浜松医科大学 第二内科

○小森 賢一<sup>1</sup>、幸田 敬悟<sup>1</sup>、杉山 裕樹<sup>1</sup>、亀井 淳哉<sup>1</sup>、  
 豊嶋 幹生<sup>1</sup>、須田 隆文<sup>2</sup>

症例は50歳代女性、Never-smoker。自覚症状無く、胸部異常陰影にて当科受診。粉塵吸入歴、葉剤使用など特記背景無く、身体所見の異常なし。血液検査で腫瘍マーカー、感染症項目、自己抗体を含め異常無く、呼吸機能検査も正常範囲内。胸部CTで下葉主体に一部空洞を伴うびまん性粒状影を全肺葉に認めた。気管支鏡検査にて右下葉B8aからTBLBを施行。HE染色で壊死や有糸分裂像を伴わない紡錘形細胞を間質に認め、免疫染色ではVimentin、EMA、progesterone receptor (PgR) 陽性。頭部MRI、FDG-PETで異常無く、Diffuse Minute Pulmonary Meningothelial-like Nodules (MPMN) と診断。MPMNは女性、孤発例が多い。多発例は更に希だが自験例がその典型的画像パターンとされる。発生機序は不明だが低酸素を伴う慢性疾患が間質性肺膜皮細胞の増殖を誘発するためとの報告はある。MPMNは無症状で治療は不要とされるが、肺癌合併リスクとの既報もあり慎重な経過観察を要する。

## B-15

## 合併症治療に苦慮し、その後良好な治療効果を得た気管支鏡的肺容量減量術の一例

松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○山田 周平、坂口 直、松浦 信太、井上 れみ、  
 中西健太郎、江角 征哉、江角 真輝、藤浦 悠希、  
 鈴木 勇太、古田 裕美、伊藤健太郎、西井 洋一、  
 田口 修、畠地 治

症例は76歳男性。20XX年Y月、重症COPD (ACO) による肺過膨張および息切れの改善を目的に、左上葉を標的とした気管支的肺容量減量術 (BLVR) を行った。BLVR後4時間後に肺容量減量に伴う症候性の気胸を認め、胸腔ドレナージを実施した。BLVR後5日を経過しても持続的なair leakを認め、皮下気腫が顔面まで拡大したため、BLVR後7日目にVATSを施行した。左下葉に2か所のleak pointを認め、自動縫合器で切離し、VATS後はair leakを認めず胸腔ドレーンを抜去した。その後気胸の再燃なくリハビリを継続したが再度労作時息切れの増悪を認め、COPD増悪を疑い短期ステロイド加療で軽快するも再燃を繰り返した。FeNOやIgEは高値で、2型炎症を伴う気道炎症の増悪が疑われ、デュペルマブを併用したところ、その後再燃なく経過し退院となった。合併症治療に苦慮するも、その後良好な治療効果を得られた気管支鏡的肺容量減量術の一例を経験したため文献的考察を加え報告する。

## B-16

## COVID-19 後の器質化肺炎に対する治療中に、侵襲性肺アスペルギルス症を発症し死亡した1剖検例

大垣市民病院 呼吸器内科

○中井 將仁、小林 紘生、安藤 守恭、堀 翔、  
 中島 治典、安倍 崇、安藤 守秀

症例は78歳男性。当院血液内科でマントル細胞リンパ腫に対しリツキシマブ、ベンダムスチン塩酸塩での治療歴がある。COVID-19に対し抗ウイルス薬で治療し、退院後20日後に発熱を主訴に再受診した。両肺野のすりガラス陰影を認め当科へ紹介となった。第1病日に気管支鏡検査を施行、左を中心膿性痰を認め、BALでリンパ球44%と增多を認め、TBLBで器質化肺炎を示唆する所見を認めた。細菌感染の合併あるいはCOVID-19後の器質化肺炎として、翌日からプレドニゾロン60mgおよび抗菌薬治療を開始した。しかし第4病日に再度発熱し、第12病日に安静時の呼吸不全、両側のすりガラス陰影の悪化を認めた。気管挿管・人工呼吸管理とし、以降ステロイド大量療法、シクロフォスファミド静注療法、広域抗菌薬を併用するも状態は悪化し、第23病日に逝去された。病理検査を施行し、侵襲性肺アスペルギルス症の診断を得た。教訓的な症例と考えられ、報告する。

## B-17

半年の経過で急速に進行した若年肺アスペルギルス症の一例

<sup>1</sup>島田市立総合医療センター 呼吸器内科

<sup>2</sup>同 呼吸器外科

○加藤 陽生<sup>1</sup>、上原 正裕<sup>1</sup>、松下 翔磨<sup>1</sup>、小関 海都<sup>2</sup>、伊藤祐太朗<sup>1</sup>、金田 桂<sup>1</sup>、藤川 遼<sup>2</sup>、一條甲子郎<sup>1</sup>、小林 淳<sup>2</sup>

既往歴のない27歳男性。1年前の胸部レントゲンでは右上肺野に異常陰影を認めなかったが、半年前に同部位の陰影を指摘された。肺炎として治療を受け炎症は改善したが陰影は残存していた。その後、少量咯血を繰り返すようになり入院となった。胸部CTで右上葉に空洞形成を伴う浸潤影を認め、造影CTでは空洞壁に沿った著明な血管増生が明らかとなった。右肋間動脈、右気管支動脈、右肋頭動脈に対し経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)を施行した後、外科的右上葉切除を行った。TAEの結果、術中の出血は軽度に抑えられた。術後病理にてアスペルギルスを疑う真菌塊を認め、肺アスペルギルス症と診断された。術後経過は良好で合併症なく退院となり、外来で抗真菌剤治療を継続している。肺アスペルギルス症は高齢者や基礎疾患を背景とすることが多く、若年での発症例は稀である。また、大量出血が予想される症例に対しては術前TAEが有効であった。

## B-18

気管支鏡検査で真菌検出不成功であったが診断し得たアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例

藤田医科大学 呼吸器内科学

○亀之園翔子、高橋 秀昂、渡邊 俊和、堀口 智也、岡地祥太郎、後藤 康洋、磯谷 澄都、橋本 直純、近藤 征史、今泉 和良

症例は70歳代女性。X-13年に他院で喘息と診断され吸入治療(ICS/LABA)とロイコトリエン拮抗薬による治療を受けていた。咳嗽の悪化と胸部CTで右下葉無気肺を指摘され当院へ紹介。気管支鏡検査では右下葉無気肺は軽快していたが、左下葉枝に気管支粘液栓を認めた。末梢血好酸球增多、総IgE高値、アスペルギルス IgG抗体陽性を認めた。左下葉気管支洗浄検体の塗抹・培養・細胞診では真菌は検出されなかったが、日本の「アレルギー性気管支肺真菌症」研究班による診断基準10項目中7項目を満たし、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)と診断した。プレドニゾロン0.5mg/kgで治療を開始し、症状・画像ともに著明に改善した。気管支鏡検査で真菌の証明は得られなかったが、日本の診断基準でもABPA診断が可能で治療に結びついた1例を経験した。

## B-19

胸水貯留を伴ったアレルギー性肺アスペルギルス症(ABPA)の1例

磐田市立総合病院

○柴田 立雨、手嶋 隆裕、川村 彰、白鳥晃太郎、村上有里奈、青島洋一郎、西本 幸司、松島紗代実、佐竹 康臣、原田 雅教、妹川 史朗

70歳台の女性。関節リウマチの既往がある。X年11月に湿性咳嗽が出現し、精査加療目的で当科に紹介となった。血清好酸球の絶対数1800台と高値であり、CTにおける腫瘍内部の高吸収域(HAM)の存在、アスペルギルス特異的IgEや沈降抗体陽性からABPAが疑われた。気管支鏡検査では左下葉入口部に粘液栓を認め、粘液栓培養にてAspergillus fumigatusを検出した。以上から、「アレルギー性気管支肺真菌症の新しい診断基準(2020年)」において7項目が該当し、ABPAの診断となった。胸水所見はリンパ球60%台、胸水LDH/血清LDH >0.6とリンパ球優位の滲出性胸水であった。X年12月よりプレドニゾロン20mg(0.5mg/kg)、イトラコナゾール200mgを開始し、治療開始から3週間ほどで腫瘍影は縮小、胸水は消退した。以上の経過からABPAに伴う胸水と診断した。ABPAにおける胸水貯留の機序はいくつか考えられるが、本症例においては肺組織の炎症が胸膜に波及したものと考えられる。

## B-20

びまん性微細粒状影を呈した肺サルコイドーシスの一例

国立病院機構 天竜病院

○大場 久乃、大竹 亮輔、平松 俊哉、大嶋 智子、永福 建、伊藤 靖弘、岩泉江里子、藤田 薫、三輪 清一、金井 美穂、中村祐太郎、白井 正浩

症例は60歳代男性。X年12月より咳嗽が出現、胸部X線およびCT検査にて、両側びまん性微細粒状影を認め、同月末に当院に紹介された。発熱なく、血液検査では炎症反応は軽微、喀痰抗酸菌塗抹検査は陰性で気管支鏡検査を施行した。気管支肺胞洗浄では回収率31%、総細胞数は $1.46 \times 10^5 / \text{mL}$ 、細胞分画はリンパ球46.6%、CD4/8は4.13と上昇していた。経気管支肺生検ではLanghans巨細胞を伴う非乾酪性類上皮肉芽腫を認めた。ACEは13.5U/lと上昇はなく、眼、皮膚、心病変は認められなかった。粟粒結核や転移性肺腫瘍を示唆する所見はなく、肺サルコイドーシスと診断した。症状は軽微で経過観察とし、軽快傾向を示している。肺サルコイドーシスの画像所見は、両側肺門縦隔リンパ節腫脹や気管支肺動脈周囲間質の不整な肥厚を中心とする広義間質肥厚、上肺野優位に分布する粒状、結節影などが典型であるが、非常に多様である。考察を加え報告する。

## B-21

アダリムマブ中止後に進行性の多彩な神経障害を認めたサルコイドーシスの一例

藤田医科大学病院 呼吸器内科学

○森谷 遼馬、澤田 千晶、加古 寿司、石井友里加、伊奈 拓磨、相馬 智英、岡地祥太郎、堀口 智也、後藤 康洋、磯谷 澄都、橋本 直純、近藤 征史、今泉 和良

症例は20代、男性。X-7年からクローン病にてアダリムマブを自己注射していた。X-1年にCOVID-19感染症を契機にアダリムマブを終了したところ、X年1月に霧視を自覚、ブドウ膜炎の診断をうけた。同年2月にCOVID-19再罹患後から四肢の痺れ、筋力低下が出現、悪化した。胸部CTでは縦隔リンパ節腫大、肺野網状影・多発結節影を認め、精査目的で当科紹介となった。気管支鏡下生検では肺野・縦隔とも壞死を伴わない類上皮肉芽種を認め、サルコイドーシスが示唆され、神経症状も針筋電図や身体所見から神経サルコイドーシスと診断された。数日で四肢・顔面の麻痺、呼吸不全、嚥下機能障害の悪化を認め、ステロイドパルスにて軽快した。本症例ではアダリムマブの長年の使用と突然の中止がサルコイドーシスの発症に関与した可能性があり、本疾患の病態においてTNFが重要な因子であることを示す貴重な症例と考えられた。

## B-23

肺癌治療経過中に、外科的生検で診断した肺クリプトコックス症の一例

三重大学医学部付属病院 呼吸器内科

○久留 仁、藤本 源、小林 哲、都丸 敦史、岡野 智仁、藤原 拓海、齋木 晴子、鶴賀 龍樹、古橋 一樹、伊藤 稔之、小久江友里恵、岩中 宗一、辻 愛士

【症例】70歳代、男性。【主訴】なし。

【現病歴】X-1年から肺臓癌に対し、化学療法を行っている方。X年Y月のCTで左肺下葉に結節影を認めた。自覚症状は認めなかった。同年Y+1月のCTで明らかな結節影の増大を認め、診断目的に肺部分切除術を行い、組織学的にクリプトコックス症と診断した。診断後、フルコナゾールによる治療を行った。

【考察】肺クリプトコックス症は免疫低下状態がリスク因子となり、画像上、単発性または多発性の境界明瞭な結節影を呈することが多いとされる。本症例は肺癌の併存及び化学療法中で免疫低下状態の患者に結節影を認め、転移性肺腫瘍との鑑別を要した。

## B-22

ぶどう膜炎や縦隔リンパ節腫大を認めず、器質化肺炎様の陰影を示し診断に難渋したサルコイドーシスの1例

浜松医科大学医学部付属病院 第二内科

○石井 英恵、金崎 大輝、榎本 紀之、宮下 晃一、井上 裕介、安井 秀樹、穂積 宏尚、柄山 正人、鈴木 勇三、古橋 一樹、藤澤 朋幸、乾 直輝、須田 隆文

【症例】65歳男性【主訴】乾性咳嗽、労作時呼吸困難【病歴】X年8月末から乾性咳嗽、労作時呼吸困難、37.1℃の微熱が出現した。症状が持続したため、精査加療目的に同年10月に当科に紹介受診された。HRCTで両側肺下葉に末梢優位の非区域性すりガラス影、コンソリデーションを認め、器質化肺炎パターンの特発性間質性肺炎(COP)を疑った。縦隔リンパ節腫大や血清ACE高値、ぶどう膜炎などの所見は認めなかった。しかしクライオ生検および外科的肺生検で広範なリンパ球性肺胞炎と共に多数の非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めた。その後、腎病変の悪化も認めたこともあり、サルコイドーシスの確定診断に至った。【考察】本症例はサルコイドーシスに特徴的な縦隔リンパ節腫大やぶどう膜炎といった所見を認めず、肺野病変も非典型的パターンを示したことから、診断に難渋した症例であった。貴重な症例であり、文献的考察を交え報告する。

## C-01

ゲフィニチブによるがん治療関連心機能障害 (CTRCD) を発症したEGFR陽性肺腺癌の1例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○住吉 郁哉、秋山 訓通、北 健介、松下 京平、鈴木 僚、長崎 拓己、山本 雄也、山田耕太郎、中村 隆一、田中 和樹、松浦 駿、小清水直樹

【症例】80歳代女性【主訴】呼吸困難

【経過】X-3年3月にオシメルチニブによるCTRCDを発症した。オシメルチニブの中止と心不全治療により、休薬6ヶ月で心機能は回復した。X-2年3月よりゲフィニチブを開始した。肝機能障害などの有害事象があり、休薬や減量を適宜行いつつゲフィニチブの治療を継続していた。X年1月に呼吸困難を主訴に救急外来を受診した。胸部CT検査で心拡大と両肺の浸潤影、胸水の増加を認め、心臓超音波検査でも心機能の低下を認めた。入院後、ゲフィニチブの中止と心不全治療の強化で速やかに全身状態は改善した。心臓MRI検査はCTRCDに矛盾しない所見であり、ゲフィニチブ休薬後1ヶ月で心機能も速やかに改善した。

【考察】オシメルチニブでCTRCDを発症した場合、心機能改善後に別のEGFR阻害薬への変更で治療継続が可能とされているが、長期投与で再度CTRCDを発症する可能性がある点に留意する必要がある。

## C-03

免疫チェックポイント阻害薬の使用により発症した口腔咽頭粘膜障害の一例

豊川市民病院 呼吸器内科

○小出 瑛景、加藤 千博、清利 紗子、林 敬子、磯貝舞衣子、太田 千晴、二宮 茂光

【症例】60代男性。X-1年12月に右頸部腫瘍を主訴に近医を受診した。胸部単純CTの結果、肺腫瘍を認め当院紹介となった。気管支鏡検査で肺腺癌と診断され、X年2月から細胞障害性抗癌薬+Pembrolizumab療法を開始された。治療中のX年7月に免疫関連有害事象(irAE)の大腸炎を発症し、Prednisolone (PSL) を処方された。同薬漸減中に口腔内全体の発赤・白苔、咽頭痛が出現したため、カンジダ感染症が疑われた。しかし、治療に反応乏しくまたその後のさらなるPSL減量に伴い咽頭炎が悪化したためirAEも鑑別に挙がった。咽頭粘膜生検の結果、炎症細胞浸潤と上皮破壊、びらんを認め、irAE口腔咽頭粘膜障害と診断された。PSLを增量したところ自覚症状および咽頭内視鏡所見の改善を認めた。

【結語】irAE口腔咽頭粘膜障害は頻度は低いが、QOLに関連するため診断し適切な治療をすることが重要である。

## C-02

JAK阻害薬内服中に侵襲性肺炎球菌感染症となり頸髄硬膜外膿瘍を続発した一例

日赤愛知医療センター名古屋第二病院

○浅井 敬大、村田 直彦、中野 阿美、山田 千歳、佐藤 孝哉、鈴木 稔、小沢 直也、松井 利憲、若山 尚士

症例は69歳男性。アトピー性皮膚炎に対してJAK阻害薬ウパダシチニブを内服していた。受診10日前より発熱、咳嗽と側胸部痛を自覚し当院救急を受診した。胸部CTで右上葉の大葉性肺炎とWBC. 26700/  $\mu$  L、CRP 52.2mg/dLと強い炎症反応を認め、SBT/ABPC点滴とLSFX内服で入院治療を開始した。第2病日、血液培養で肺炎球菌が検出された。解熱傾向となったが側胸部の痛みに加え、両腕橈側の痺れが出現したため第9病日に頸椎MRIを撮影したところ頸椎C6-C8レベルに硬膜外膿瘍を疑う所見を認めた。ウパダシチニブによる免疫抑制の関与を疑い中止した。抗菌薬点滴を継続し第30病日頃に痺れの改善と膿瘍の軽度縮小を認めた。深部感染のため6週間治療を行い、第44病日に内服治療に切り替えて退院とした。本症例は肺炎球菌感染症が免疫抑制を要因として菌血症となり深部感染症に至ったという経過が示唆される。免疫抑制下の管理につき、本症例の経過を振り返り考察する。

## C-04

進行肺癌における免疫化学療法関連Cytokine Release Syndrome (CRS) Grade 1への対処法を症例経験から考える

桑名市総合医療センター

○三浦 悠暉、磯部 太一、平井 貴也、八木 昭彦、大岩 綾香、姥原 愛子、油田 尚総

【症例】66歳男性。進行肺扁平上皮癌1次治療としてニボルマブ・イピリムマブ併用療法を開始した当日に39.5°Cの発熱が出現し、CRS Grade 1と診断した。NSAIDsで対症療法を行ったが以降も高熱が遷延したため、day 3に抗菌薬投与と並行してDEX 9.9mg単回投与を行ったところ、速やかに解熱し状態は安定した。【考察】CRSは原因によっても対処方法が異なるが、肺癌領域においてCRS Grade 1の初期対応は解熱鎮痛剤と経過観察が推奨されている。本例はCRS Grade 1に相当するが、発熱の遷延があったためCRS Grade 2に準じてDEXの投与を試み、早期に症状の改善を得た。近年タルラタマブが進行小細胞肺癌で使用可能となるなど、低GradeのCRSは日常的に臨床現場で遭遇する有害事象となつたが、Grade 1であっても発熱が遷延する場合はDEX投与を検討してもよいかもしれない。【結語】発熱の遷延するCRS Grade 1の症例に対してDEXを投与することで早期に良好な転帰を得た。

## C-05

タルラタマブ投与後に重篤なサイトカイン放出症候群を発症した小細胞肺癌の一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○茶田 深咲、山田耕太郎、北 健介、松下 京平、  
山本 雄也、長崎 拓己、鈴木 僚、中村 隆一、  
田中 和樹、秋山 訓通、松浦 駿、小清水直樹

症例は60代男性。X-1年9月に進展型小細胞肺癌 cT2bN3M1c (HEP) Stage4Bと診断後、3次治療まで行われたが縦隔リンパ節転移・肝転移増悪でPDとなり、X年5月にタルラタマブ投与目的に当科入院となった。第2病日にタルラタマブ1mgを投与され、約4時間後から39℃台の発熱が出現した。解熱剤及びステロイドの内服では解熱せず、第3病日にサイトカイン放出症候群(CRS)としてトリズマブが投与された。一時解熱したが第4病日に38℃台の発熱が再燃し、肝腎機能障害や高カリウム血症を認めた。トリズマブ再投与、抗菌薬治療などが行われたが状態は改善せず第5病日に逝去された。第2病日のIL-6は36000pg/mlと著明高値であった。喀痰からG群連鎖球菌が検出されたが感受性良好な抗生素が投与され血液培養も陰性であり、急速な全身状態悪化はCRSによるものと考えられた。タルラタマブのCRSは高頻度で予後良好とされるが、今回致命的な転帰を辿った症例を経験した為報告する。

## C-07

扁平胸郭で食道狭窄と窒息を来たした胸膜肺実質弾性線維症(pleuroparenchymal fibroelastosis: PPFE)の一例

公立陶生病院

○河方 尚子、萩本 聰、笛野 元、富貴原 淳、  
片岡 健介、木村 智樹

59歳女性。身長158cm、体重30kg、BMI12.2。骨髓不全で自家骨髓移植のあるPPFEで当院通院中。肺機能低下著明でX-3年に脳死片肺移植登録した。もともと胸部CTで気管の右方偏位と左主気管支が椎体と大動脈に挟まれる構造変化があった。X-1年5月、食後異物感を訴え当院受診し上部消化管内視鏡で食道通過障害を指摘された。X年8月、うどん摂食後に異物感出現し2日後に当院を緊急受診。CT検査のため仰臥位となると呼吸困難が出現。急速に呼吸不全が進行し気管挿管を要した。挿管後、換気は改善し減弱していた左呼吸音も聴取可能になった。食道狭窄部の食物残渣を解除し入院2日目に抜管した。胸部CTで胸郭扁平化が進行しており、食道気管支交叉部の通過障害を生じていた。食道狭窄部に食物残渣が貯留し、臥位になったことで左主気管支が圧迫され一過性無気肺による呼吸不全を来たと考える。胸郭扁平化により物理的気道狭窄に至ったPPFEの症例は稀であり報告する。

## C-06

CTガイド下肺生検で診断し得た硝子化肉芽腫の1例

島田市立総合医療センター 呼吸器内科

○落合 杏風、金田 桂、松下 翔磨、伊藤祐太朗、  
一條甲子郎、上原 正裕

症例は80歳男性。X年、近医で胸部異常陰影を指摘され当科を受診した。胸部CTにて左上葉胸膜直下に浸潤影を認めた。3年の経過観察においても陰影は消退せず、緩徐な増大傾向を示したため、気管支鏡検査を施行された。複数回生検を行うも、確定診断は得られなかった。その後、器質化肺炎の可能性を考慮し、約1年間プレドニゾロン投与が行われたが、効果は乏しかった。X+6年、咳嗽の悪化を契機に、再度精査を希望された。CTガイド下肺生検を施行したところ、硝子化肉芽腫の診断を得た。CT画像上、病変は左上葉に広範囲に及んでおり、外科的切除は困難と判断された。現時点では有効な薬物治療が確立されておらず、対症療法で経過観察中である。硝子化肉芽腫は硝子化した膠原線維束の増加からなる非腫瘍性病変である。国内の報告は少なく、CTガイド下肺生検で診断し得た症例は極めて稀である。文献的考察を踏まえて報告する。

## C-08

金属粉の吸引を契機に発症した急性肺傷害の一例

①公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

②同 救急部集中治療室

③同 感染症内科

○齊藤 弘明<sup>1</sup>、西科 雄太<sup>1</sup>、萩本 聰<sup>1</sup>、寺町 涼<sup>1, 2</sup>、  
富貴原 淳<sup>1</sup>、武藤 義和<sup>1, 3</sup>、笛野 元<sup>1</sup>、横山 俊樹<sup>1, 2</sup>、  
片岡 健介<sup>1</sup>、木村 智樹<sup>1</sup>

症例は73歳男性。若い頃から鉄鋼業に従事し、マスクを使用せずに作業することもしばしばあった。X年X月、仕事で多量の鉄粉を吸い込むイベントがあった後より咳嗽、血痰、呼吸困難が出現し、2日後に当院を受診した。CTで両肺すりガラス陰影を認め、P/F 130程度と重篤なI型呼吸不全を呈しており同日より挿管管理とした。BALを施行した結果血球3系統の上昇を認め、鉄粉吸引を誘因とした急性肺傷害が示唆された。原疾患に対する治療としてステロイドパルス療法を施行し、同時に高頻度振動換気法(HFOV)や腹臥位療法を併用して肺保護戦略に努めた。治療への反応性は良好で翌日には酸素化の改善が見られ、第3病日に抜管し第5病日に一般床へ退室となった。以降はステロイドを漸減し、再増悪なく病状は安定していた。職場の環境調整に関する指導を行った後に第25病日に自宅退院となった。金属曝露に関連した肺障害として貴重な症例と考え、文献的考察も含め報告する。

## C-09

## Reversed halo signを呈した特発性器質化肺炎の1例

三重県立総合医療センター

○西村悠里奈、後藤 大基、三木 寛登、後藤 広樹、児玉 秀治、藤原 篤司、吉田 正道

症例は66歳女性。気管支喘息や慢性下気道感染症で当科へ通院中。X年7月15日の定期受診時、胸部X線で1か月前には指摘困難であった陰影が出現し、CTでは右下葉にreversed halo signを呈していた。画像追跡とともに経過中に38度の発熱あり、8月7日には両側びまん性のすりガラス状陰影も出現しており、同日精査目的に入院となる。抗菌薬には不応で、第6病日の気管支肺胞洗浄ではリンパ球分画35%、CD 4/CD 8比は2.91であった。第12病日には診断目的に外科的肺生検を実施、病理では肺胞腔内の浸出物貯留と線維芽細胞の増殖、肺胞壁や細気管支周囲にリンパ球主体の炎症細胞の浸潤、masson体など器質化肺炎の所見を認めていた。特発性器質化肺炎としてステロイド治療を導入し、現在経過観察中である。

特発性器質化肺炎は浸潤影すりガラス影などの陰影パターンを呈することが多いが、本症例のようにreversed halo signを呈する場合もある。文献的考察を加え報告する。

## C-11

## 救急外来で気管支喘息の増悪と診断されたアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例

○国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器内科

○三重大学医学部附属病院 呼吸器内科

○後藤 祐成<sup>1</sup>、粉川 聰史<sup>1</sup>、西村 正<sup>1</sup>、森田 大智<sup>1</sup>、垂見 啓俊<sup>1</sup>、坂倉 康正<sup>1</sup>、内藤 雅大<sup>1</sup>、井端 英憲<sup>1</sup>、藤本 源<sup>2</sup>、小林 哲<sup>2</sup>

【症例】50代男性【現病歴】気管支喘息で治療中、呼吸困難および発熱で当院救急外来を受診した。聴診で吸気時のwheezesを認めたことから、気管支喘息増悪を疑い、ステロイドと気管支拡張薬を投与した。症状は一時改善し帰宅したが、自宅で呼吸困難が再増悪し、再度救急外来を受診して入院となった。入院中施行した胸部単純CTで、左気管支B4に粘液栓を認め、ABPAを疑った。精査の結果、気管支喘息の既往に加え、血清IgE高値、アスペルギルス特異的IgE陽性を認め、ABPAと診断した。【臨床経過】プレドニゾロン40mgの投与を行い良好な経過を得、退院した。退院後は外来にてプレドニゾロンを漸減した。その後、症状の再増悪・IgE増加はなく経過している。【考察】難治性喘息の原因の一つとしてABPAがあげられる。2025年にABPAの診断基準が改訂され、気管支鏡やCT検査の所見が重要視されるようになった。難治性喘息の診療の際にはABPAを鑑別に挙げ精査を行う必要がある。

## C-10

## デュピルマブ休薬後に好酸球性肺炎を発症した一例

聖隸三方原病院 呼吸器センター 内科

○相川 淳太、長谷川浩嗣、古閑 尚子、豊田 峻輔、藤田 大河、友田 悠、森川 萌子、稻葉龍之介、杉山 未紗、小谷内敬史、天野 雄介、加藤 慎平、松井 隆、横村 光司

症例は50歳代男性。好酸球性副鼻腔炎合併気管支喘息に対しFF/VI/UMEC、montelukast、点鼻治療を行うも咳嗽、喀痰、鼻症状が改善せず、dupilumab追加、2か月後から末梢血好酸球が上昇(1500/ $\mu$ L前後)していた。6か月後dupilumabを自己中断した。その後に発熱/倦怠感が出現し当院定期外受診、好酸球上昇(2410/ $\mu$ L)、肺野すりガラス影認めた。dupilumab再投与および抗菌薬追加された。症状および肺野陰影は改善傾向だったが好酸球上昇続いている。dupilumabは休薬とした。休薬4週後に発熱/咳嗽/倦怠感/両肺上葉優位の浸潤影が出現、末梢血好酸球数は8690/ $\mu$ Lと上昇し精査加療目的で入院、BALで好酸球增多あり好酸球性肺炎が強く疑われ、PSL 0.5mg/kg導入で改善した。dupilumab休薬後に発症した好酸球性肺炎と考えられ発表する。

## C-12

## 不明熱精査中、皮膚生検にて確定診断を得た好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)の1例

○国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器内科

○同 病理診断科

○三重大学医学部附属病院 呼吸器内科

○久野 潤一<sup>1</sup>、森田 大智<sup>1</sup>、粉川 聰史<sup>1</sup>、垂見 啓俊<sup>1</sup>、坂倉 康正<sup>1</sup>、西村 正<sup>1</sup>、内藤 雅大<sup>1</sup>、井端 英憲<sup>1</sup>、藤原 雅也<sup>2</sup>、藤本 源<sup>3</sup>、小林 哲<sup>3</sup>

症例は79歳男性。気管支喘息・COPDオーバーラップ症候群(ACO)にて通院中の20XX年1月に発熱、湿性咳嗽、両下腿浮腫で近医受診し、肺炎と心不全が疑われ抗菌薬と利尿剤で治療されたが寛解と増悪を繰り返したため同年3月当科紹介となる。血液検査で炎症反応上昇(CRP 8.4mg/dL)、好酸球数5380/ $\mu$ L、IgE 474IU/mLを認めた。不明熱として全身精査中であったが、同年6月に両下腿浮腫著明となり当科入院となった。入院2日目に腹部に淡い紅斑出現し皮膚生検を行った結果、血管周囲に好酸球浸潤を伴うフィブリノイド壊死と肉芽腫形成を認めEGPAと診断した。EGPAは組織学的に確定診断に至る症例は少なく、皮膚、神経、筋、消化管、鼻副鼻腔、肺の生検が有効との報告がある。今回皮膚生検がEGPAの診断に有効であった1例を報告する。

## C-13

## 胸水を契機に診断した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)の一例

<sup>1</sup>豊橋市民病院 呼吸器内科<sup>2</sup>同 膜原病内科○青木秀二郎<sup>1</sup>、安井 裕智<sup>1</sup>、佐野 開人<sup>1</sup>、大原 康<sup>1</sup>、  
森 康孝<sup>1</sup>、柴田 智文<sup>1</sup>、伊藤 孝典<sup>2</sup>、福井 保太<sup>1</sup>、  
大館 満<sup>1</sup>、牧野 靖<sup>1</sup>

【症例】30歳代女性

【主訴】乾性咳嗽、発熱 【既往】関節リウマチ 【家族歴】母親がEGPA

【現病歴】1ヶ月以上持続する喘鳴を伴わない乾性咳嗽に対し近医にて咳喘息と診断され吸入治療を開始したが症状は持続した。妊娠発覚（5週）で38.5度の発熱が出現し当院紹介受診。血液検査でWBC 12660 (Eo 32.6 %)と著明な好酸球増加を認め、胸部X線で両側胸水貯留を認め、胸膜炎の疑いで入院。

【入院後経過】胸腔穿刺にて好酸球優位の滲出性胸水を認めた。妊娠中のため胸膜炎としてCTR-Xで治療開始した。1週間の経過で胎嚢発育認めず稽留流産と診断された。副鼻腔炎、神経所見、皮膚所見は認めず組織生検は困難のため、喘息、好酸球増加、発熱の3症状と他疾患除外の上EGPAと診断した。PSL 30mg導入により解熱し胸水改善のため退院となった。

【結語】EGPAで胸水貯留を認めるることは比較的稀である。両側性胸水貯留を契機にEGPAの診断に至った一例を経験したので報告する。

## C-14

## 多発結節性肺アミロイドーシスを合併したシェーグレン症候群の一例

<sup>1</sup>津島市民病院 呼吸器内科<sup>2</sup>日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院  
呼吸器外科<sup>3</sup>同 病理部・細胞診分子病理診断部○五島 真<sup>1</sup>、村上 靖<sup>1</sup>、谷本 光希<sup>1</sup>、小林 直人<sup>1</sup>、  
近藤 玲生<sup>2</sup>、森 正一<sup>2</sup>、桐山 理美<sup>3</sup>、村上 秀樹<sup>3</sup>

症例は75歳女性。X-2年11月より原発性胆汁性胆管炎が疑われ消化器内科通院中であった。X-1年10月、肝精査目的で撮影されたCTで両肺多発肺嚢胞と肺結節影を指摘され、呼吸器内科へ精査依頼となった。初診時に自覚症状は全く認めなかった。転移性肺腫瘍の可能性を考え、消化器内視鏡や気管支鏡検査を含む全身精査を行ったが診断には至らなかった。肺病変の改善ないためX年7月外科的肺生検を施行、病理学的評価の結果、MALTリンパ腫および多発結節性肺アミロイドーシスの診断に至った。明らかな腺症状の自覚はなかったが、抗SS-A抗体陽性や小唾液腺生検の結果から、基礎疾患としてシェーグレン症候群の併存が判明した。腹壁脂肪生検や消化管粘膜生検を含む、全身の再評価を行ったが、全身性アミロイドーシスを示唆する所見はなく、シェーグレン症候群を背景とする肺MALTリンパ腫および限局性結節性肺アミロイドーシスと考えられた。

## C-15

## 下垂体炎で発症したIgG 4関連疾患の1例

聖隸三方原病院 呼吸器センター 内科

○堀 裕輝、加藤 慎平、古閑 尚子、豊田 峻輔、  
藤田 大河、友田 悠、森川 茗子、稻葉龍之介、  
杉山 未紗、小谷内敬史、天野 雄介、長谷川浩嗣、  
松井 隆、横村 光司

症例は69歳男性。X-1年12月より倦怠感、食思不振が持続しX年1月前医を受診。胸部CTで右下葉背側に浸潤影を認め細菌性肺炎として抗菌薬加療を受けたが改善せず2月に当科紹介された。胸部CT再検で右下葉陰影は改善しておらず多発縫隔リンパ節腫脹も認めたため気管支鏡検査を施行されたが、有意所見は得られなかった。採血検査では下垂体前葉機能低下、コルチゾル・アンドロゲン低下を認め脳MRIで下垂体腫大と肥厚性硬膜炎が確認された事から、主訴の原因は下垂体炎と判明した。IgG 4高値で腹部大動脈周囲軟部組織の肥厚も認めた事からIgG 4関連疾患の疑いで外科的肺生検を施行された。病理所見からIgG 4関連疾患に特異的な所見が確認され、同疾患の確定診断に至った。PSL 0.7mg/kg/日で治療開始され症状・所見は速やかに改善し、以後外来通院を継続されている。IgG 4関連下垂体炎は主訴から鑑別に挙げる事が難しく診断困難な場合があると考えられここに報告する。

## C-16

## 局所麻酔下胸腔鏡で診断したIgG 4関連胸膜炎の1例

<sup>1</sup>岐阜市民病院 呼吸器・腫瘍内科<sup>2</sup>同 病理診断科○中島 歩陸<sup>1</sup>、平岡 恒紀<sup>1</sup>、堀場あかね<sup>1</sup>、石黒 崇<sup>1</sup>、  
小牧 千人<sup>1</sup>、吉田 勉<sup>1</sup>、渡部 直樹<sup>2</sup>

症例は80歳代男性。X年2月に咳嗽、喀痰、食欲不振、微熱を認め当院消化器内科受診し、胸部CTで左胸水と浸潤陰影を認め当科に紹介。胸水穿刺施行し、リンパ球優位の滲出性胸水を認め、抗菌薬内服したところ症状改善、胸部Xpで浸潤陰影も改善したため経過観察。X+1年1月に再度左胸水の増加を認め胸水穿刺細胞診を施行し、形質細胞の増加を認め、また免疫グロブリンの過剰産生も疑われ血液内科を受診、MGUSと診断された。またIgG 4 : 701mg/dlと高値を認め、胸水細胞診で好酸球 : 40.3%と増加。セルブロックでIgG陽性の形質細胞がみられIgG 4/IgG比40%以上でIgG 4関連疾患が疑われた。6月に局所麻酔下胸腔鏡検査施行し胸膜生検を行い、IgG 4陽性細胞が10個/HPF以上でIgG 4関連疾患と診断した。同月よりPSL : 0.5mg/kgで内服開始し現在漸減している。IgG 4関連疾患はまれであり、今回局所麻酔下胸腔鏡検査による生検で診断した症例を報告する。

## C-17

抗ARS抗体、抗セントロメア抗体が同時陽性であった間質性肺炎を伴うオーバーラップ症候群の一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院  
呼吸器内科

○宍戸 聖征、松井 利憲、山田 千歳、中野 阿美、  
鈴木 稔、佐藤 孝哉、石井あづさ、小沢 直也、  
村田 直彦、若山 尚士

症例は83歳女性。4ヶ月ほど前からの皮疹と浮腫により近医を受診し、ステロイド筋肉注射を受けた。その後も改善せず、呼吸困難も生じたため当院へ紹介された。当院での胸部CTでは両側下葉中心に気管支血管束優位のコンソリデーションが認められた。抗ARS抗体と抗セントロメア抗体が陽性と判明した。レイノー現象やソーセージ様腫脹を認めたが、ゴットロン徵候や機械工の手は認めなかった。CKの上昇はなかったがMRIと筋電図から筋炎を示唆する所見は認めた。入院後に呼吸状態が悪化したためステロイドパルス療法とミコフェノール酸モフェチル（MMF）で治療を開始したところ、呼吸不全や手指発赤等の臨床症状は改善し肺陰影も消退した。状態が安定したため外来でのMMFの継続とステロイドの漸減へ移行した。抗ARS抗体と抗セントロメア抗体が同時に陽性となるオーバーラップ症候群は稀であり、その病態的な意義も考察してここに報告する。

11月15日(土) C会場



# **一般演題 第2日目 抄 錄**

〈筆頭演者が研修医アワード対象の発表には下線が付いています。〉

## A-21

## ペグフィルグラストムによる薬剤誘発性血管炎の一例

静岡県立総合病院 呼吸器内科

○鈴木 浩介、深澤 詠美、藤田 侑美、増田 考祐、赤堀 大介、三枝 美香、赤松 泰介、山本 輝人、森田 悟、朝田 和博、白井 敏博

症例は77歳男性。X-1年10月に右肺上葉結節影及び縦隔リンパ節腫大を指摘され、当院当科を紹介受診した。限局型小細胞肺癌と診断し、カルボプラチニ・エトポシド及び放射線照射で治療を開始した。X年2月19日から4コース目を投与し、2月25日にペグフィルグラストムを初めて使用した。3月6日から発熱し、3月8日に当院救急外来を受診した。CRPの著増を認め、造影CTでは腕頭動脈から右総頸動脈・右鎖骨下動脈の壁肥厚及び周囲脂肪織の濃度上昇を認め、入院となった。細菌感染を考慮し抗菌薬の点滴を行ったが改善せず、ペグフィルグラストムによる薬剤誘発性血管炎と判断した。プレドニゾロン60mg(1.0mg/kg)を開始したところ、速やかに解熱し炎症所見は改善した。プレドニゾロンは徐々に減量し終了したが、血管炎の再燃なく経過している。ペグフィルグラストム投与後の発熱時には、血管炎も鑑別に挙げる必要がある。

## A-22

## 進行肺腺癌に対して長期にペムプロリズマブ投与を行い、自己免疫性溶血性貧血を発症した一例

藤田医科大学 呼吸器内科

○長谷川 新、外山 陽子、山薦久美子、堀口 智也、大矢 由子、長谷 哲成、後藤 康洋、磯谷 澄都、橋本 直純、今泉 和良

症例は89歳男性、左下葉肺腺癌cT2aN0M 1a、ドライバー遺伝子変異陰性・PD-L1 TPS100%。入院2年前よりペムプロリズマブ単剤療法を開始し約2年間寛解を維持。2日前からの下痢に続いて、急激に呼吸困難が悪化し救急受診した。来院直後に心肺停止となったが幸い蘇生に成功。採血ではHb 5.7 g/dlの重症貧血を認め、LDH上昇、ハプトグロビン低下、直接クームス試験陽性が見られ、病歴から免疫関連有害事象(irAE)による自己免疫性溶血性貧血(AIHA)と診断した。プレドニゾロン0.5mg/kgを導入し、LDH低下・貧血改善を得た。irAEによるAIHAは比較的稀であり、免疫チェックポイント阻害薬開始後2-3か月が発症ピークとされるが2年を超える遅発例の報告もある。免疫チェックポイント阻害薬治療では長期に有害事象のない症例でも稀で重篤なirAEが発症し得ることに注意が必要である。

## A-23

## 長期Osimertinib内服中に水疱性類天疱瘡を併発した1例

藤田医科大学 呼吸器内科学

○重康 善子、池田 安紀、相馬 智英、堀口 智也、長谷 哲成、後藤 康洋、橋本 直純、今泉 和良

症例は91歳女性。胸水細胞診より診断した肺腺癌cT4N 3 M1c Stage IVB(EGFR遺伝子エクソン19欠失)に対して、X-5年2月Osimertinib 80mg/日を導入した。X-4年2月にHb低下のため40mg/日に減量したが、その後も腫瘍については増悪なく治療を継続していた。X年8月に全身に広がる搔痒感を伴う水疱や紅斑を認め皮膚科受診した。左大腿内側の皮膚生検を行い、表皮下水疱と炎症細胞浸潤を認め、血中の抗BP180抗体陽性と合わせて水疱性類天疱瘡と診断された。水疱を認めて受診した時点より、Osimertinibの内服は休止し、プレドニゾロンによる治療を開始し、皮疹は改善した。類天疱瘡発症がOsimertinibの有害事象の範疇なのか、肺癌自体との関連で発症したのかは明らかではない。Osimertinib投与で多彩な皮疹が出現するが、類天疱瘡の鑑別を挙げることも重要である。

## A-24

## ステロイドパルスおよびトリシリズマブ療法を要したタルラタマブによる重症サイトカイン放出症候群の一例

浜松医科大学 内科学第二講座

○佐藤 大樹、金崎 大輝、柄山 正人、宮下 晃一、井上 裕介、安井 秀樹、穂積 宏尚、鈴木 勇三、古橋 一樹、藤澤 朋幸、榎本 紀之、乾 直輝、須田 隆文

症例はECOG-PS 1の50歳男性。多発肝転移を伴う進行型小細胞肺癌に対して7次治療としてタルラタマブ1mgを投与後、Day 3にGr.3のサイトカイン放出症候群(CRS)およびGr.2の免疫エフェクター関連細胞毒性症候群(ICANS)を発症し、血圧低下に伴うGr.2の腎障害、Gr.4の肝障害を認めた。集中治療管理下で補液とノルアドレナリンによる血圧管理、ステロイドパルス療法およびトリシリズマブにより改善した。Day 21にタルラタマブ1mgの再投与、Day 28に10mgを投与した。その後CRS、ICANSの再燃はなく治療を継続し、腫瘍は劇的に縮小した。タルラタマブはT細胞誘導作用を有する二重特異性抗体であり、従来の細胞障害性抗がん剤と比較して高い有効性を示すが、CRSおよびICANSという特徴的な有害事象をきたし、それぞれ適切なモニタリングと管理を要する。文献的考察を加えて報告する。

**A-25**

Tarlatamabを導入した4例における、有害事象の検討とマネジメント

名古屋掖済会病院

○惠美 亮佑、浅野 俊明、大西 義之、岩間真由子、田中 太郎、西尾 朋子、今村 妙子、島 浩一郎

二重特異性T細胞誘導抗体(BiTE)である Tarlatamab は、小細胞肺癌に対して良好な治療効果を示す一方で、サイトカイン放出症候群(CRS)や免疫エフェクター細胞関連神経毒性症候群(ICANS)といった特徴的な有害事象がある。当院では、今までに4例に対して Tarlatamab を導入した。すべての症例で CRS を認め、Grade 1 が1例、Grade 2 が3例であった。Grade 2 の内訳として、低酸素症が3例、低血圧が1例であった。治療に関して、すべての症例でアセトアミノフェン、デキサメタゾンの投与を必要とし、1例でトリリズマブの投与を必要とした。ICU 管理や昇圧薬の使用が必要な症例はなく、一般病床で管理可能な範疇であった。また、ICANS は全ての症例でみられなかった。それぞれの症例についての詳しい経過、また当院における、多職種が連携した有害事象のマネジメントの実際について紹介する。

**A-27**

シェーグレン症候群を合併して、緩徐に増大した結節性肺アミロイドーシスの1例

中東遠総合医療センター 呼吸器内科

○森川 昇

【症例】60歳台女性【現病歴】X-10年に当院でシェーグレン症候群と診断されていた。X-4年に検診で胸部異常陰影を指摘され、胸部CTで右中葉/下葉に結節陰影を認めたが患者希望もあり、経過観察の方針となっていた。X年7月、増大傾向があり肺癌疑いで精査を行う方針で同意され気管支鏡検査を行った。病理組織では悪性所見は無かったがコングローレッド染色陽性、特殊染色でAL型アミロイドーシスと診断した。上部/下部内視鏡検査、腹壁脂肪生検、免疫電気泳動などの検査を行い全身性アミロイドーシスは否定的で結節性肺アミロイドーシスと診断した。血液内科に紹介して化学療法の適応は無く、定期的な画像検査での経過観察を継続している。【考察】結節性肺アミロイドーシスは希な疾患ではあるが、シェーグレン症候群に合併する報告が散見される。画像上肺癌との鑑別が困難であり、緩徐に増大傾向がある時には気管支鏡検査などでの組織生検が重要と考えた。

**A-26**

肺癌化学療法中、出血性膀胱炎、前立腺炎を来たした一例

JA岐阜中濃厚生病院 呼吸器内科

○印牧 卓哉、山内 康弘、河江 大輔、乾 俊哉、浅井 稔博、大野 康

症例は57歳男性、左大量の胸水にて当院へ紹介受診となつた。胸水穿刺、胸腔ドレナージを施行し、胸水の細胞診にて腺癌細胞を認めた。胸水セルブロックにても肺腺癌と思われる所見を認め、オンコマインDxでの遺伝子検査は陰性、肺癌PD-L1(ICC)22C3ではTPS:1%未満であった。大量胸水貯留のIV期肺癌の診断にてCBDCA+PTX+Atezolizumab+Bevによる化学療法を開始した。治療経過中、肉眼的血尿を来し、当院泌尿器科にて精査を施行され、薬剤性出血性膀胱炎及びirAEによる前立腺炎が疑われた。本症例の化学療法に血管新生阻害薬及びICIが使用されており、何れの薬剤が原因か判断困難であるが、重要な合併症と思われ、症例報告として発表します。

**A-28**

20代女性が成人Still病による重症ARDSを生じた1例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○北 健介、鈴木 僚、小清水直樹、松浦 駿、秋山 訓通、田中 和樹、中村 隆一、山田耕太郎、長崎 拓己、山本 雄也、松下 京平

【症例】21歳、女性【主訴】発熱、呼吸困難【現病歴】入院10日前に発熱したため、近医でニューキノロン系抗菌薬で加療された。解熱せず呼吸状態も悪化しており、当院に転院となつた。胸部CTで広範なすりガラス影の出現を認め、急性呼吸窮迫症候群(ARDS)と診断した。非侵襲的陽圧管理で呼吸状態は安定せず、挿管人工呼吸器管理を開始した。ステロイドパルスを開始したところ、第5病日より画像所見とともに酸素化や熱型が改善し、第24病日に自宅退院となつた。原因については骨髄検査で血球貪食様所見、血液検査からフェリチン高値、サーモンピンク疹を認め成人Still病に伴うマクロファージ活性化症候群(MAS)と診断した。【考察】成人Still病は若年成人に好発するがARDSを生じた報告はまれであり、若年女性の報告例はさらに限られる。挿管管理を要した若年女性の肺陰影が寛解を呈した貴重な一例を経験したため報告する。

## A-29

## 血栓性微小血管症を合併し治療に難渋した抗MDA 5 抗体陽性皮膚筋炎に伴う間質性肺疾患の1例

浜松医科大学 内科学第二講座

○増田 拓也、田熊 翔、藤澤 朋幸、宮下 晃一、  
井上 裕介、安井 秀樹、穂積 宏尚、鈴木 勇三、  
柄山 正人、古橋 一樹、榎本 紀之、乾 直輝、  
須田 隆文

症例は56歳女性。X年4月より上下肢の皮疹、関節痛、乾性咳嗽、労作時呼吸困難が出現し、精査目的に同年5月に当院に入院した。典型的な皮疹、胸部CTで両肺下葉の浸潤影、抗MDA 5抗体陽性等の所見を総合し、皮膚筋炎およびそれに関連した間質性肺疾患(DM-ILD)と診断した。ステロイドパルス療法、シクロホスファミドパルス療法(IVCY)、タクロリムス(TAC)の3剤併用療法を開始したが、肝胆道系酵素・筋原性酵素・フェリチンは上昇傾向となり、加えて溶血性貧血、血小板減少、動搖性精神症状などが見られ血栓性微小血管症(TMA)の合併と診断した。IVCY、TACはリツキシマブ、ミコフェノール酸モフェチルへ変更しつつ、血漿交換療法を追加し、約2ヶ月間にわたる集学的治療によりDM-ILD、TMAはいずれも改善し、自宅退院となった。DM-ILDおよびTMAの合併に関して文献的考察を加えて報告する。

## A-30

## COVID-19罹患後に難治性呼吸器症状・下肢痛にて発症した多発血管炎性肉芽腫症の1例

<sup>1</sup>浜松医療センター<sup>2</sup>千葉県済生会習志野病院

○宇都宮 葵<sup>1</sup>、松山 亘<sup>1</sup>、平岡 佑規<sup>2</sup>、藤田 圭太<sup>1</sup>、  
増田 貴文<sup>1</sup>、伊藤 泰資<sup>1</sup>、長崎 公彦<sup>1</sup>、鈴木 貴人<sup>1</sup>、  
丹羽 充<sup>1</sup>、小笠原 隆<sup>1</sup>、小澤 雄一<sup>1</sup>、佐藤 潤<sup>1</sup>

症例：62歳女性。経過：X年7月に新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に罹患し、持続性咳嗽を呈していた。発症1ヶ月後より発熱と両下腿の疼痛が出現。CRP高値とMPO-ANCA陽性を指摘。胸部CTで気管に沿った両側の浸潤性陰影と末梢部の小さな結節状陰影が認められた。経気管支肺生検では診断に至らなかったが、下腿MRIの高信号域に基づき施行された肺筋筋膜炎で血管炎と診断。鼻出血の既往と副鼻腔CTでの上顎洞炎所見も併せて、多発血管炎性肉芽腫症(Granulomatosis with polyangiitis: GPA)と確定診断に至った。考察：COVID-19後発症のGPA症例においては、本症例のように持続性呼吸器症状の存在が、感染後咳嗽や二次性感染と誤診されることがある。COVID-19とGPAの肺画像所見が類似していることも診断遅延の一因となる。筋生検は診断精度の高い手段であり、最適な生検部位を特定し診断精度を高めるためにはMRIが極めて重要であることが示唆された。

## A-31

## 特発性肺線維症の治療経過中に巨細胞性動脈炎様の症状で発症した顕微鏡的多発血管炎の1例

聖隸三方原病院 呼吸器センター 内科

○古関 尚子、小谷内敬史、鈴木 理紗、藤田 大河、  
豊田 峻輔、友田 悠、森川 萌子、稻葉龍之介、  
杉山 未紗、天野 雄介、加藤 慎平、長谷川浩嗣、  
松井 隆、横村 光司

症例は70歳代男性。20XX-6年から特発性肺線維症に對してニンテダニブによる治療を行っていた。20XX年4月から発熱、倦怠感、両下腿痛が出現し、20XX年6月に頭頸部痛、眩暈、顎跛行症状および炎症反応の上昇を認めた。血管超音波検査で左側頭動脈の蛇行、血管径不整、血管壁の肥厚像がみられたため、巨細胞性動脈炎(GCA)を疑い左側頭動脈生検を行った。病理像で浅側頭動脈には炎症細胞浸潤はみられず構造が保たれていたが、周囲の小血管に好中球や組織球を含む炎症細胞浸潤、血管内腔のフィブリノイド壊死を認めた。活動性小型血管炎に矛盾しない病理所見にくわえMPO-ANCAの陽転化が確認されたため、顕微鏡的多発血管炎(MPA)と診断した。20XX年7月からMPAに対してプレドニゾロンとリツキシマブによる寛解導入療法を開始し、臨床症状の軽快をえた。GCA様の発症形式を示すMPAは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## A-32

## 濾胞性リンパ腫が原因と考えられた乳び胸の一例

<sup>1</sup>磐田市立総合病院 呼吸器内科<sup>2</sup>同 血液内科

○白鳥晃太郎<sup>1</sup>、手嶋 隆裕<sup>1</sup>、川村 彰<sup>1</sup>、柴田 立雨<sup>1</sup>、  
村上有里奈<sup>1</sup>、青島洋一郎<sup>1</sup>、西本 幸司<sup>1</sup>、松島紗代実<sup>1</sup>、  
佐竹 康臣<sup>1</sup>、原田 雅教<sup>1</sup>、妹川 史朗<sup>1</sup>、高橋 巧<sup>2</sup>

【症例】70歳代、女性【主訴】左胸水貯留【経過】X-1年12月、上行結腸癌(pT3N1aM0, Stage III b)で腹腔鏡下右結腸切除術を施行した。その際、腫大した傍大動脈リンパ節の生検も施行し、濾胞性リンパ腫(低腫瘍量)の診断となり当院血液内科で経過観察の方針となった。X年4月のCTで左胸水増加を認めたため、当科を紹介受診した。左胸腔穿刺で乳白色の胸水を認め、胸水中トリグリセリド 518 mg/dLと高値、コレステロール値の胸水血清比が1.0以下であったため、乳び胸と診断した。背景疾患から濾胞性リンパ腫が原因として考えられたため、血液内科で濾胞性リンパ腫に対する化学療法(オビヌツズマブ+ベンダムスチン併用療法)を施行したところ、左胸水の減少を認めた。乳び胸の原因は、外傷、腫瘍、種々の疾患に伴うもの、特発性の大きく4つに分けられる。乳び胸を起こす最も多い腫瘍は悪性リンパ腫であり、文献的考察を加えて報告する。

**A-33**

クライオ生検が診断に有用であった血管内大細胞型B細胞リンパ腫の1例

一宮西病院

○細田 敬介、小澤 達志、織田 智、柏井 康彦、貫 智嗣、彦坂 宜紀、太田 智陽、柴田 裕作、石田 貢一、村田 泰規、竹下 正文

症例は78歳女性。X-1年10月より労作時息切れを自覚し始め、X年2月に他院を受診。CTで両肺びまん性すりガラス影を指摘された。精査前に痙攣重積をきたし当院搬送となり、右側頭葉皮質下出血及びたこつぼ型心筋症の診断で入院。X年4月に退院したが、その後もすりガラス影が残存していたため当科に紹介。画像上過敏性肺炎も疑ったが、2ヶ月の経過で陰影の改善を認めなかっこと、及びLDH高値などから血管内リンパ腫を疑い、同時にランダム皮膚生検も行ったが診断はつかず、クライオ生検において血管内大細胞型B細胞リンパ腫の診断に至った。血管内リンパ腫は腫瘍を欠くため診断に苦慮するケースもあるが、本症例では肺病変を認め気管支鏡での診断が可能であった。また経気管支肺生検においてクライオ生検は従来の鉗子生検に比べて検体が大きく挫滅も少なく、良質な検体の採取が可能であり、今回の診断において有用であったと考え報告する。

**A-35**

鳥関連過敏性肺炎の経過中に発症したびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例

○聖隸浜松病院 呼吸器内科

○同 化学療法科

○日笠 美郷<sup>1</sup>、河野 雅人<sup>1</sup>、松田 光生<sup>1</sup>、中根 千夏<sup>1</sup>、竹田健一郎<sup>1</sup>、二橋 文哉<sup>1</sup>、青野 祐也<sup>1</sup>、勝又 峰生<sup>1</sup>、三輪 秀樹<sup>1</sup>、本間 千帆<sup>1, 2</sup>、三木 良浩<sup>1, 2</sup>、橋本 大<sup>1</sup>

症例は50歳代女性。シェーグレン症候群、子宮頸がん術後の既往を有する。胸部異常陰影を契機に当科紹介され、CTで両肺びまん性のすりガラスおよびモザイク状陰影を認めた。BALにてリンパ球增多（66%）、経気管支肺クライオ生検にて気管支血管束周囲にリンパ球浸潤を認め、悪性所見は認めなかった。文鳥の多頭飼育をしており、鳥特異的IgG抗体陽性であった。抗原隔離のため文鳥を別室に移し接触を減らすなどの環境改善を行ったところ、肺陰影は改善傾向を示し、鳥関連過敏性肺炎と診断した。しかし、その後の経過で緩徐に多発結節影が出現し、外科的肺生検の結果、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断した。R-CHOP療法により肺病変は消失した。本症例は自己免疫性疾患を背景に、鳥関連過敏性肺炎およびその経過中にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫を発症した稀少例であり、両病態の発症に共通の免疫学的機序が示唆された。

**A-34**

演題取り下げ

**A-36**

CTガイド下生検で診断し得た原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫の一例

島田市立総合医療センター

○松下 隼也、金田 桂、松下 翔磨、伊藤祐太朗、一條甲子郎、上原 正裕

症例は42歳女性。1か月前からの食欲不振、労作時呼吸困難、動悸を主訴に近医を受診した。胸部X線にて右肺門部に腫瘍影を指摘され、当科に紹介となった。胸部CTにて前縦隔から右肺上葉にかけて最大径約11cmの腫瘍を認めた。また、右胸水と心囊液貯留を伴い、上大静脈は腫瘍で一部閉塞していた。前胸部よりCTガイド下生検を施行し、病理組織および免疫染色の結果から原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫（primary mediastinal large B-cell lymphoma: PMBCL）と診断した。血液内科に転科後、化学療法が開始され、現在まで良好な経過をたどっている。PMBCLは縦隔腫瘍において比較的稀な疾患であるが、若年女性における縦隔腫瘍の重要な鑑別疾患の一つであり、文献的考察を加えて報告する。

## B-24

## 気管支血管束に一致した浸潤影を呈した器質化肺炎の一例

JCHO 中京病院

○馬渕 英徒、大井 肇、佐々 直矢、五軒矢 桜、  
折中 雅美、伊勢 裕子、小林 正宏、福谷衣里子、  
龍華 祥雄、浅野 周一

症例は54歳、男性。1週間持続する発熱と湿性咳嗽を主訴に近医を受診した。炎症反応高値と胸部X線写真で両側中下肺野の浸潤影を認め、肺炎と診断され抗生素治療されるも、改善を認めず当院紹介となった。当院受診時呼吸不全は認めず、胸部CTで両側性に中枢から末梢にかけて気管支血管束に沿った広範な浸潤影、および小葉中心性の粒状影を認めた。同日入院し、抗生素治療を継続したが不応であったため、第7病日に気管支鏡検査、クライオバイオプレーを施行した。気管支肺胞洗浄ではリンパ球、好中球、好酸球分画の上昇、病理ではリンパ球を中心とした炎症細胞の浸潤とフィブリン沈着を認め、器質化肺炎と診断した。ステロイド治療を行い、症状および胸部陰影は改善し、第36病日に退院となった。気管支血管束に一致した浸潤影を呈する器質化肺炎は稀であり、文献的考察を交えて報告する。

## B-25

## 藤田医科大学での間質性肺炎に対する肺移植5例の検討

1 藤田医科大学医学部 呼吸器外科学

2 藤田医科大学病院 FNP室

3 同 移植医療支援室

○松田 安史<sup>1</sup>、吉野 琢人<sup>1,2</sup>、高石 陽一<sup>1</sup>、田村 洋<sup>1</sup>、  
金咲 芳郎<sup>1</sup>、石沢 久遠<sup>1</sup>、河合 宏<sup>1</sup>、菊池 直彦<sup>1</sup>、  
杉元 弥生<sup>3</sup>、板羽 紗折<sup>3</sup>、星川 康<sup>1</sup>

背景・目的) 本学は2020年12月肺移植実施施設に認定され、肺移植適応検討と待機登録を開始した。2025年7月末現在脳死肺移植5例を施行したので報告する。結果) 全例男性、肺移植時年齢は平均52(38-62)歳。原疾患は全例で特発性間質性肺炎であった。移植術式は脳死片肺移植4例、脳死両肺移植1例。平均待機期間1274.2日(約3.5年)で、内他院で登録された1例では待機オフを含め7年8ヶ月であった。平均手術時間526分、出血量2149ml。術中補助循環はVV-ECMO 1例、VA-ECMO 4例。平均ICU滞在期間21日、入院期間104日。術後併発症は全例で生じ、胸骨出血による再手術1、固有肺の気胸1例、急性拒絶反応1例、CMV感染1例、肺血栓塞栓症1例、上室性頻拍1例であった。全例リハビリテーションを含む慎重な術後管理を行い酸素投与なしで独歩退院した。結語) 脳死肺移植初期5例全例が種々の術後併発症を乗り越え退院した。

## B-26

## 当科で施行した第一例目の脳死肺移植例を振り返る

1 名古屋大学大学院・医学部 呼吸器外科学

2 同 呼吸器内科学

○仲西 慶太<sup>1</sup>、梁 泰基<sup>1</sup>、今村 由人<sup>1</sup>、杉原 実<sup>1</sup>、  
竹中 裕史<sup>1</sup>、渡邊 裕樹<sup>1</sup>、川角 佑太<sup>1</sup>、門松 由佳<sup>1</sup>、  
上野 陽史<sup>1</sup>、加藤 育人<sup>1</sup>、中村 彰太<sup>1</sup>、水野 鉄也<sup>1</sup>、  
都島 悠佑<sup>2</sup>、阪本 考司<sup>2</sup>、石井 誠<sup>2</sup>、芳川 豊史<sup>1</sup>

【緒言】今回当院で一例目の脳死肺移植が行われたため、その事前準備ならびに臨床経過について報告する。【症例】50代男性。特発性肺線維症でX-1年7月他院で肺移植登録が行われ、その後転居に伴い当科に施設変更をされた。X年8月ドナー提供の機会があり脳死右片肺移植が行われた。手術前には2回急性増悪のため入院・ステロイドパルス加療歴があり、術前評価では登録時には無かった肺高血圧を疑う所見も認められた。手術は右前側方開胸下にcentral VA ECMOを併用して右肺摘出ならびにドナー右肺の片移植術が行われた。手術時間は388分、出血量は760ml、虚血時間は9時間15分であった。閉胸時、循環・呼吸状態は安定しておりECMOから離脱してICU入室となった。術後経過は良好で術後第2病日に抜管、第10病日に一般病棟に転棟された。【結語】当院で行われた第一例目の肺移植について報告した。今後も慎重に肺移植医療を進めていきたい。

## B-27

## 癌性リンパ管症と鑑別を要した、オシメルチニブによる薬剤性肺障害の一例

刈谷豊田総合病院 呼吸器内科

○深見 悅、横山 昌己、平野 達也、加藤 早紀、  
日下 真宏、岡田 木綿、武田 直也、吉田 慶生

【症例】73歳女性。EGFR遺伝子L858R変異陽性の肺腺癌(Stage IVB)に対し、一次治療としてオシメルチニブを開始した。治療開始後約1.5ヶ月後、呼吸不全の進行で入院。胸部CTでは原発巣の一部縮小を認める一方、両肺びまん性の小葉間隔壁肥厚が著明であり、癌性リンパ管症が強く疑われた。しかし薬剤性肺障害も否定できず、オシメルチニブを休薬しステロイド投与を開始したところ改善を得た。その後ステロイド漸減中に再度画像所見が悪化したため、病勢進行と判断し二次治療としてエルロチニブを導入した。すると治療開始後わずか3日で胸部単純写真上の陰影は著明に改善した。現在もエルロチニブ継続投与中である。【考察】オシメルチニブによる肺障害は癌性リンパ管症と類似の画像所見を呈することがあり鑑別に苦慮する。本症例では、後治療であるエルロチニブへの良好な反応から、一連の経過が薬剤性肺障害であった可能性が示唆された。

**B-28**

メサラジンによる薬剤性肺炎として好酸球性肺炎と器質化肺炎の混在を認めた一例

磐田市立総合病院 呼吸器内科

○川村 彰、松島紗代実、妹川 史朗、原田 雅教、  
佐竹 康臣、西本 幸司、青島洋一郎、村上有里奈、  
柴田 立雨、白鳥晃太郎、手嶋 隆裕

症例は40歳代、男性。X年4月から潰瘍性大腸炎(UC)に対してメサラジン投与が開始となった。X年7月2日の健診で胸部異常陰影を指摘され近医を受診した。経口抗菌薬の治療が開始されたが改善は得られず、7月7日に精査加療目的に当科紹介となった。血液検査で末梢血好酸球の上昇、胸部CTで右肺上葉・中葉・下葉に気管支透亮像を伴う胸膜下優位の非区域性浸潤影を認めた。7月9日に気管支鏡検査を施行し、右B5aの気管支肺胞洗浄液で好酸球分画の上昇(25.8%)、気管分歧部のポリープ様病変の直視下生検で線維組織の好酸球増加、右B9bのクライオ肺生検で器質化所見を認めた。UCの腸管病変は安定しているため、メサラジンによる薬剤性好酸球性肺炎および器質化肺炎と判断し、同薬剤中止と共にプレドニゾロン(PSL) 30mg(0.5mg/kg/day)を開始した。PSL開始後から臨床症状と画像所見は速やかに改善が得られ、現在も治療継続中である。

**B-30**

Halo signを伴う空洞影を呈し診断に苦慮した膀胱癌肺転移の一例

トヨタ記念病院

○佐野 真由、木村 元宏、勝又 蒼穂、内田 岬希、  
加藤さや佳、松浦 彰伸、中村 さや、杉野 安輝

症例は70代男性。X年1月に経尿道的膀胱腫瘍切除術(TUR-BT)にて1期膀胱癌と診断した。X年4月に膀胱内再発に対してTUR-BTを施行し、膀胱全摘術を提示したが希望されなかった。X年11月にも膀胱内再発を認め、CTで所属リンパ節転移や他臓器転移はなかったが、右中葉に結節影、右下葉にすりガラス影を伴う薄壁空洞影を認め当科紹介となった。インターフェロンγ遊離試験は陽性、アスペルギルス抗原は陰性、喀痰培養は陰性だった。気管支鏡検査を施行し、培養検査は陰性、病理学的に炎症細胞浸潤と出血を認めたが、肉芽腫や腫瘍性病変はなく経過観察となった。X+1年4月、薄壁空洞影は経時に増大し、すりガラス影は右中葉のほぼ全域に及んだ。気管支鏡検査を再検したが確定診断は得られず、右肺中下葉切除術にて膀胱癌肺転移と診断した。膀胱癌肺転移すりガラス影を伴う薄壁空洞影を呈する報告は稀であり、文献的考察も含めて報告する。

**B-29**

BAP 1 loss の胸膜原発高分化乳頭型中皮腫の1例

<sup>1</sup>静岡済生会総合病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>同 病理診断科

○霜多 凌<sup>1</sup>、土屋 一夫<sup>1</sup>、角田 智<sup>1</sup>、明石 拓郎<sup>1</sup>、  
渡邊 裕文<sup>1</sup>、池田 政輝<sup>1</sup>、服部 和哉<sup>2</sup>、北山 康彦<sup>2</sup>

症例は65歳男性。X年4月に左大量胸水の精査目的で当科紹介となった。画像検査、胸水細胞診で明らかな悪性所見はなく、胸水ADA高値のため結核性胸膜炎と診断し、同月より2HREZ+4HRを開始した。X年10月で結核治療は終了し、その後外来で経過観察をしていたが、左胸水は増加傾向にあった。再度胸水穿刺を行うも原因の特定には至らず、X+1年11月に局所麻酔下胸腔鏡検査を施行し、小結節の集簇した胸膜肥厚を認め、同部位からの生検を行い胸膜原発高分化乳頭型中皮腫と診断した。免疫染色ではBAP 1蛋白の核からの消失が検出された。胸水コントロールの目的で胸膜瘻着術を行った。本症例では、その後も病勢の進展は認めず、無治療画像経過観察中である。一般的に高分化乳頭状中皮腫ではBAP 1の核発現の消失はみられず、稀な一例であると考えられたため、文献的考察を追加して報告する。

**B-31**

健診での右中肺野腫瘤影の指摘を契機に発見された限局性胸膜中皮腫の1例

一般社団法人 日本海員掖済会 名古屋掖済会病院  
呼吸器内科

○大西 義之、恵美 亮佑、岩間真由子、今村 妙子、  
田中 太郎、西尾 朋子、浅野 俊明、島 浩一郎

症例は70歳代女性。健診で右上肺野異常影を指摘され当院を受診した。CTで右肺に25mm大の腫瘍がみられ、PET/CTでも同部位に集積がみられた。画像所見上では腫瘍が肺実質か葉間にどちらに存在するか判断できなかった。気管支鏡検査では腫瘍を検出できず、縦隔リンパ節でも悪性細胞はみられなかった。全身麻酔下でCTガイド下肺生検を施行し、AE 1/AE 3陽性、カルレチニン陽性、BAP 1欠失を示す異形細胞がみられ、最終的に胸膜中皮腫(T2N0M0 stage1b)と診断した。その後は集学的治療を実施した。胸膜中皮腫では、胸膜肥厚や胸膜の石灰化、胸水貯留がみられることが多いとされるが、本症例ではそれらの所見はみられず病変は葉間に限局していた。葉間に限局して出現する胸膜中皮腫は比較的稀であり、考察を交えて報告する。

## B-32

## 卵巣癌術後に乳糜胸を生じた1例

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

○後藤 広樹、後藤 大基、三木 寛登、児玉 秀治、  
藤原 篤司、吉田 正道

症例は60歳代女性。X年7月に当院産婦人科の下で卵巣癌に対し腹式単純子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤内リンパ節郭清術、大網切除術、傍大動脈リンパ節郭清術を施行された。手術は肉眼的残存なく終了となったが、X年8月の胸部画像検査で右片側性胸水を指摘され、当科紹介となった。胸腔穿刺の結果、黄白色、乳糜様の胸水を認め、胸水中の中性脂肪が高値であったことから乳糜胸と診断した。他に乳糜胸をきたし得る疾患などは指摘できず、卵巣癌手術に関連した乳糜胸が想定された。成人に発症する乳糜胸は外傷や胸部外科手術などによる胸管損傷が原因となることが多いが、本例のように婦人科領域の手術後に乳糜胸を生じることは極めて稀なため、文献的考察を加え報告する。

## B-33

## 重複癌と鑑別を要した腎細胞癌肺転移の一例

静岡県立総合病院 呼吸器内科

○深澤 詠美、藤田 侑美、鈴木 浩介、増田 考祐、  
赤堀 大介、三枝 美香、赤松 泰介、山本 輝人、  
森田 悟、朝田 和博、白井 敏博

症例は46歳男性。X年7月に左上胸部痛のため夜間救急を受診し、胸部X線にて左中肺野に腫瘍影を認めたため当院当科に紹介となった。CTで左肺上葉S4に60mmの腫瘍影と15mmの結節影、右腎に90mm大の腫瘍影を認めた。PET-CTで左上葉の陰影および左肺門リンパ節、C5椎体にFDG高集積を認めたが、右腎の腫瘍へのFDG集積は乏しかったことから左上葉肺癌と右腎癌の重複癌を疑った。9月に左上葉の腫瘍を経気管支生検し、免疫染色にて腎癌の転移が疑われた。10月に腎生検を実施し、右腎透明細胞癌の多発肺転移、左肺門リンパ節転移、頸椎転移の診断に至った。一般的にPET-CTで腎癌はFDG集積が乏しく、その転移巣も同様であるが、本症例では原発巣と転移巣でFDG集積が異なり、重複癌との鑑別を要した。文献的考察を加えて報告する。

## B-34

## 緊急体外式ペーシングを要した縦隔奇形腫の一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

○中村 花凜、横山 俊彦、竹山 佳宏、伊藤 亮太、  
小玉 勇太、稻垣 雅康、田中 麻里、松浦 彰彦、  
白髭 彩

症例は23歳男性で、胸痛と意識消失を主訴に救急搬送され、来院時高度の徐脈を認めた。胸部CTで前縦隔右側に上大静脈や右心房を高度に圧排する径88×60×88mm大の腫瘍性病変と心囊水貯留を認めた。腫瘍は多房状を呈し、内部は不均一で一部に脂肪織濃度を伴っていた。徐脈に対して緊急的に体外式ペースメーカーを留置し、同日CTガイド下生検と心囊ドレナージを施行した。CTガイド下生検検体と心囊水の細胞診では、異型の乏しい扁平上皮細胞を認め、奇形腫が疑われたが確定診断には至らなかった。全身検索にて他に明らかな腫瘍性病変を認めず、前縦隔原発の奇形腫として第8病日に心臓外科と合同で前縦隔腫瘍摘出術を施行した。病理組織では成熟奇形腫ならびに精上皮腫からなる混合性胚細胞腫瘍の像が得られた。前縦隔原発の奇形腫に対して緊急の循環器の処置が必要となった一例を経験したため報告する。

## B-35

## 肺 Mycobacterium xenopi 症の1例

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

○水嶋 桜子、増田 寿寛、板川 俊輝、臼井 鉄郎、  
宮本 凌太、村山 賢太、志村 暢泰、中川栄実子、  
渡辺 綾乃、佐野 武尚、藤井 雅人

症例は76歳。健診で胸部異常陰影を指摘され紹介受診した。CTで右肺上葉S2に15mmの空洞性結節と周囲すりガラス陰影を認めた。悪性腫瘍・感染症を鑑別に気管支鏡検査を行ったが、悪性所見・肉芽腫はなく、一般細菌培養も陰性であった。画像所見と組織学的所見が非特異的で診断に難渋した。感染症を疑い経験的治療としてAMPC/CVAを開始したが増悪し、LVFXへ変更後は縮小したため一旦終了した。以後の経過観察中、洗浄液の抗酸菌塗抹は陰性であったが肺組織培養でMycobacterium xenopiの発育を認め、16S rRNA解析でも同定できた。残存陰影に対しAZM/RFP/EBを開始し、陰影はさらに縮小し、現在も副作用なく外来で内服治療を継続している。稀な肺感染症に対する内服治療での軽快例として文献的考察を加えて報告する。

## B-36

肺 *Mycobacterium colombiense* 症の一例

国立病院機構 天竜病院

○大嶋 智子、大竹 亮輔、平松 俊哉、伊藤 靖弘、永福 建、岩泉江里子、藤田 薫、大場 久乃、三輪 清一、金井 美穂、中村祐太郎、白井 正浩

【症例】70才男性。【主訴】咳、痰。【現病歴】15年前より近医で肺 *Mycobacterium intracellulare* 症として治療されていたが、診断困難な菌が喀痰より繰り返し検出されたため6年前に当院紹介となった。当院で検出した菌はTaqMan法で *M. intra*陽性、GINECUBE法で陰性、DDHで同定不能であったが、3年前に質量分析法により *M. colombiense* と同定された。この間エリスロマイシンで治療され病状安定していた。1年前より血痰、陰影悪化のためCAM+EB治療が開始され、現在は喀痰培養陰性化を認めている。*M. colombiense* は稀な菌種であり、皮膚、リンパ節への感染例や免疫抑制状態での播種性非結核性抗酸菌症の報告が多いが、本症例は慢性肺感染症の経過であった。文献的考察を加え報告する。

## B-38

## 関節リウマチ治療中に発症した播種性非結核性抗酸菌症の一例

浜松医科大学医学部附属病院

○村松 卓実、森川 圭亮、藤澤 朋幸、宮下 晃一、井上 裕介、安井 秀樹、柄山 正人、鈴木 勇三、穂積 宏尚、古橋 一樹、榎本 紀之、乾 直輝、須田 隆文

症例は80歳代の女性。20年来の関節リウマチ、強皮症があり、当院免疫内科でメトトレキサート2mg/週、プレドニゾロン5mg/日、イグラチモド50mg/日、ウパタシチニブ7.5mg/日で治療されていた。X年2月のCTで第11、12胸椎に骨融解像がみられた。CTガイド下生検を施行し、壞死を伴う類上皮細胞肉芽腫を認めた。抗酸菌感染症が鑑別に挙がり、再生検を行い、*M. intracellulare*-PCRが陽性となった。同時期にCTで右肺上葉に空洞病変が出現し、喀痰検査で *M. intracellulare* が培養され、播種性非結核性抗酸菌症と診断した。クラリスロマイシン、エタンプトール、アミカシンによる治療を開始した。治療開始3週後のCTで椎体及び肺病変の進行はなく、アミカシンをシタフロキサシンに変更し退院した。播種性非結核性抗酸菌症は稀な疾患であり文献的考察と共に報告する。

## B-37

## 低血糖による意識障害で見つかった結核性アジソン病の1例

<sup>1</sup>静岡県立総合病院 呼吸器内科<sup>2</sup>同 糖尿病内分泌内科○藤田 侑美<sup>1</sup>、深澤 詠美<sup>1</sup>、鈴木 浩介<sup>1</sup>、増田 考祐<sup>1</sup>、赤堀 大介<sup>1</sup>、三枝 美香<sup>1</sup>、赤松 泰介<sup>1</sup>、山本 輝人<sup>1</sup>、森田 悟<sup>1</sup>、朝田 和博<sup>1</sup>、白井 敏博<sup>1</sup>、小杉理英子<sup>2</sup>、早房 良<sup>2</sup>

症例は69歳女性。60歳時に右乳癌の手術を受けたがその他の特記すべき既往はない。8ヶ月程前から倦怠感や労作時呼吸困難、咳嗽を自覚していた。意識障害で前医に救急搬送され、随時血糖22 mg/dLであったため、低血糖補正目的に入院となった。胸部CTで小葉中心性の粒状影、浸潤影を認め、喀痰検査で抗酸菌塗抹陽性、結核菌PCR陽性となり、活動性肺結核の診断で当院に転院となった。BMI 14 kg/m<sup>2</sup>と痩せており皮膚の色素沈着を認めた。転院後も無症候性の低血糖を繰り返しており、腹部造影CTで両側副腎腫大と石灰化を認めた。コルチゾール3.9 μg/dL、ACTH 234 pg/mLでACTH負荷試験でも無反応だったことから結核性アジソン病の診断となった。結核の標準治療とヒドロコルチゾン補充を行った。結核性アジソン病はまれであり、その臨床的特徴について文献的考察を加えて報告する。

## C-18

急性骨髓性白血病の化学療法中に*Stenotrophomonas maltophilia*出血性肺炎を発症し生存した一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 呼吸器内科

○松本 卓也、巾 麻奈美、永井怜太郎、栗山 充、  
黒田 優実、三浦 啓太、三森 友靖、岩神 直子、  
岩神真一郎

57歳女性。X-1年12月24日に急性骨髓性白血病のため入院、寛解導入療法としてDNR + AraC療法を開始した。第11病日に発熱性好中球減少症を発症し抗菌薬治療を開始、第24病日に大量喀血を来し急速に呼吸状態が悪化したため、人工呼吸器管理となった。CTでは右肺に広汎な浸潤影とすりガラス影を認めた。血液培養、喀痰培養から*Stenotrophomonas maltophilia* (*S. maltophilia*) が検出され、同菌による出血性肺炎と診断した。LVFXとMINOを投与開始し、徐々に肺炎像は改善、骨髓抑制からも回復し、第56病日に人工呼吸器を離脱、リハビリ病院へ転院し第227病日に自宅退院となった。*S. maltophilia*肺炎は、高度免疫不全患者に発症し、致死的な出血性肺炎を来す疾患ではあるが、本症例は救命しえた一例であり、文献的考察を踏まえ報告する。

## C-19

## ステロイド使用中にサイトメガロウイルス肺炎とノカルジア肺炎を合併した一例

浜松医療センター 呼吸器内科

○長崎 公彦、伊藤 泰資、増田 貴文、松山 亘、  
鈴木 貴人、丹羽 充、小笠原 隆、小澤 雄一、  
佐藤 潤

症例は50歳代男性。尋常性天疱瘡に対してPSL 25 mgとアザチオプリン150 mg内服中。X年8月上旬より息切れが出現、増悪して9月5日に当科紹介。CTで右下葉に長径6 cm大の腫瘍影を認め、18日気管支鏡検査を施行。組織診より、サイトメガロウイルス染色で陽性細胞が検出され、グロコット染色で細い陽性菌がみられた。培養では有意菌の検出はみられなかつたが、画像と病理所見より、サイトメガロウイルス肺炎とノカルジア肺炎の合併と臨床診断した。IPM/CS + AMK + MINOおよびGCVで治療を開始し陰影縮小、11月6日から抗菌薬をMINO + CVA/AMPC + AMPCに変更しさらに改善を得た。ステロイド使用中にサイトメガロウイルス肺炎とノカルジア肺炎を合併した症例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## C-20

## 肺結核症と鑑別を要した肺虫吸症の1例

○JA岐阜厚生連 中濃厚生病院

○岐阜市民病院

○山内 康弘<sup>1</sup>、印牧 卓也<sup>1</sup>、河江 大輔<sup>1</sup>、乾 俊哉<sup>1</sup>、  
浅井 稔博<sup>1</sup>、大野 康<sup>1</sup>、平岡 恒紀<sup>2</sup>

症例は80代男性。咳嗽を主訴に近医を受診、右胸水及び両側肺野にすりガラス影、酸素化低下を認めたため、精査加療目的に当院へ救急搬送された。胸水ドレナージ実施し、細胞診は陰性で細菌学的検査で明らかな起炎菌を認めなかつた。胸水中のADAの上昇を認めたため、肺結核及び結核性胸膜炎による胸水貯留と判断し、抗結核薬内服を開始した。しかし、治療開始後、すりガラス影の移動性変化を認め、血中好酸球及び血中IgEの上昇を認めた。そのため、寄生虫感染の可能性を考慮して、抗寄生虫抗体スクリーニング検査を施行、複数項目で偽陽性及び弱陽性の判定であった。追加検査で肺吸虫症の抗体の上昇が確認され診断に至つた。治療として、ビルトリシド内服後、肺陰影の消退を認めた。胸水ADA上昇は疾患特異的なものではないことに留意すべきであり、血中好酸球、IgE上昇が見られた際には寄生虫感染も鑑別にあげる必要があるとおもわれる。

## C-21

## 胸水の性状と問診が有用であった肺吸虫症の1例

岐阜県総合医療センター 呼吸器内科

○熊崎廣志郎、都竹 晃文、大谷 元太、太田 里奈、  
葛西佑太朗、三好真由香、武藤 優耶、馬場 康友、  
村上 杏理、増田 篤紀、浅野 文祐

症例は40歳、男性。X年12月会社の健康診断のX線にて右胸水貯留を指摘され当院紹介受診した。胸部CTでは肺野は正常内、右背側肺底部に軽度の胸膜肥厚と胸水貯留を認めた。胸水の性状は滲出性、好酸球18%、糖1 mg/dL未満だった。問診を更に聴取した所、狩猟が趣味で獣肉接種歴を認めた。血液検査で抗寄生虫抗体が弱陽性であったため、血液・胸水検体を宮崎大学医学部寄生虫学へ送り、精査の結果、肺吸虫症と診断した。プラジカンテル4500mg/day 3日間の治療を行い胸水は消失した。経過中に、血液検査では肝機能障害や好酸球高値も認めたが上記治療により改善した。好酸球高値の胸水貯留を認めた場合、寄生虫感染症も鑑別に挙げて詳細な問診を行う必要がある。

## C-22

重症レジオネラ肺炎に体外式膜型人工肺（PCPS）を要し救命した1例

静岡市立静岡病院

○臼井 鉄郎、増田 寿寛、村山 賢太、宮本 凌太、志村 暢泰、中川栄実子、渡辺 紗乃、佐野 武尚、藤井 雅人

50歳男性。来院5日前から発熱と呼吸困難を自覚し、自宅で意識障害の状態で発見され救急搬送となった。来院時SpO<sub>2</sub>90%（酸素15L）、尿中レジオネラ抗原陽性で、胸部CTは右下葉大葉性肺炎を示し、レジオネラ肺炎・敗血症性ショックと診断した。レボフロキサシン、循環作動薬、メチルプレドニゾロンを開始したが、急性腎障害に加え敗血症性心筋症を伴う循環不全と低酸素血症が遷延した。第8病日にPCPSを導入して集中治療を継続した。呼吸状態は漸次改善し第15病日でPCPSを離脱し、第16病日で抜管した。現在は筋力・嚥下機能の改善を目的にリハビリを継続している。PCPSで救命し得た重症レジオネラ肺炎は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## C-24

自己免疫性肺胞蛋白症に対してGM-CSF吸入製剤投与を行った一例

独立行政法人国立病院機構 天竜病院

○永福 建、大竹 亮輔、平松 俊哉、大嶋 智子、岩泉江里子、伊藤 靖弘、大場 久乃、藤田 薫、金井 美穂、三輪 清一、中村祐太郎、白井 正浩

【症例】60代男性【主訴】労作時呼吸苦【現病歴】X年7月上旬から労作時の呼吸苦が改善しないことを自覚していた。7月21日近医で両肺野に陰影を認め当科紹介となった。胸部単純CTでは両肺野に網状影、すりガラス影が辺縁側優位に分布していた。気管支鏡検査を実施した際、BALではいわゆる米のとぎ汁様の回収液であり肺胞蛋白症が考えられた。抗GM-CSF抗体は183U/mlと高値であり、病理検体では肺胞内にPAS染色陽性顆粒状物質を認めた。以上の結果より自己免疫性肺胞蛋白症と診断、在宅酸素療法導入して退院し、外来経過観察となっていた。X+3年1月、抗GM-CSF抗体吸入療法を導入した。吸入開始24週経過時点で、吸入開始前と比較してA-aDO<sub>2</sub>減少、KL-6低下、SP-D低下を認めた。吸入に伴う明らかな有害事象は認められなかった。【考察】自己免疫性肺胞蛋白症は稀な疾患であるが、抗GM-CSF吸入療法が開発され、利用可能となった。自験例について考察を含めて報告する

## C-23

溶接業従事者に発症し、両側上葉胸膜下に限局性すりガラス影を呈した自己免疫性肺胞蛋白症の一例

聖隸浜松病院

○村松 卓実、二橋 文哉、松田 光生、中根 千夏、日笠 美郷、竹田健一郎、青野 祐也、勝又 峰生、三輪 秀樹、河野 雅人、三木 良浩、橋本 大

60歳代男性。10歳代からステンレス等の溶接作業に従事。X-1年6月、大腸癌内視鏡治療後の経過観察CTで両側肺上葉胸膜下にすりガラス影が出現し、X年5月のCTで陰影増強し当院を紹介受診した。自覚症状を認めず、KL-6正常(445 U/mL)、自己抗体陰性、肺機能正常であった。間質性肺炎や悪性疾患を鑑別に気管支鏡を施行し、BAL液外観は淡黄色透明でリンパ球分画の上昇(38%)を認めたが、TBLBで診断に至らず外科的肺生検を施行した。胸腔鏡所見上、病変部に炭粉沈着と黄白色の色調変化を呈し、病理組織にて肺胞腔を充満するPAS染色陽性の好酸性無構造物を認め、間質の線維化や悪性所見は認めなかった。追加検査で抗GM-CSF抗体陽性(14 U/mL)であり、自己免疫性肺胞蛋白症(APAP)と診断した。軽症のため無治療経過観察方針とし、粉塵吸入回避を行ったところ、陰影は自然消退した。APAPとしては非典型的な陰影パターンを呈し、病態に粉塵吸入との関連が示唆された。

## C-25

囊状気管支拡張症に伴う喀血に対して気管支動脈塞栓術を繰り返し施行した重症Job症候群の一例

愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科

○神谷 昂希、山野 泰彦、柴田 紗子、加古 瞳、米澤 利幸、荻須 智之、深見 正弥、加藤 康孝、村尾 大翔、田中 博之、武井玲生仁、片野 拓馬、伊藤 理

症例は20歳台女性。乳幼児期にアトピー性皮膚炎と喘息を発症し、中耳炎と肺炎を繰り返した。高IgE血症とSTAT3遺伝子変異陽性より、原発性免疫不全症のJob症候群と診断された。反復気道感染の結果、両側に囊状気管支拡張と肺囊胞を形成し、アスペルギルス菌球症とアレルギー性肺気管支肺アスペルギルス症も併発した。小児期より喀血を伴い、15歳時に初回気管支動脈塞栓術(BAE)を施行した。X年4月、喀血のため入院し、両側気管支動脈と肋間動脈に対して、ゼラチンスポンジによるBAEを施行し、濃厚赤血球輸血後、退院した。X年8月にも同様にBAEを施行した。X+1年5月、喀血が続くため緊急入院した。CRPとβ-Dグルカン値の上昇は無く、胸部CTでは左肺上区空洞内浸潤影の増強と、周囲のすりガラス影を認めた。前2回同様のBAEが奏効し、輸血を要さず退院した。喀血に対するBAEが奏効した、重症型Job症候群の希少例を経験したため、報告する。

## C-26

## 同時性単発肺転移を伴うTypeA胸腺腫の一例

<sup>1</sup>静岡赤十字病院 呼吸器内科

<sup>2</sup>昭和大学藤が丘病院 呼吸器内科

○宮本 宰太<sup>1,2</sup>、高橋 進悟<sup>1</sup>、鈴木健太郎<sup>1</sup>、杉本 藍<sup>1</sup>、  
深田 充輝<sup>1</sup>、森田 雅子<sup>1</sup>、松田 宏幸<sup>1</sup>

症例は右乳癌治療歴のある非喫煙者の80歳代女性、X年8月に泌尿器科にて結石性腎盂腎炎のフォロー中に撮影したCTで前縫隔に17mm大の結節を指摘された。その後前縫隔結節の増大はなかったが、X+2年5月に左肺下葉の新規結節を認め、同年12月のCTでも増大傾向のため精査目的で当科紹介となった。腫瘍マーカーや抗アセチルコリンレセプター抗体は陰性であった。PET-CTや頭部MRI検査では他に病変はなく、診断的治療のため両結節とともに切除の方針とし、胸腔鏡下左肺下葉部分切除と胸腺腫切除術を施行した。肉眼的には両腫瘍ともに白色充実性であり、組織学的には小型樋円核を有する卵円形細胞が胞巣状に増殖しておりリンパ球浸潤は目立たなかった。免疫染色ではCK (AE 1/AE 3) (+)、CK 5/6 (+)、p40 (+)、GATA 3 (-) であり、最終的にTypeA胸腺腫 (pT1aN0M 1b stage IVb) と診断した。遠隔転移を伴うType A胸腺腫はまれであり文献的考察を加えて報告する。

## C-28

## 気管支喘息に合併した慢性血栓塞栓性肺高血圧症 (CTEPH) の一例

聖隸浜松病院 呼吸器内科

○松田 光生、三輪 秀樹、中根 千夏、日笠 美郷、  
竹田健一郎、二橋 文哉、青野 祐也、勝又 峰生、  
河野 雅人、三木 良浩、橋本 大

50歳代女性。遷延性咳嗽でX-3年6月に当科紹介され、気管支喘息と診断し、吸入薬等の加療で咳嗽は改善した。X-2年9月より労作時呼吸困難が出現し、症状は徐々に悪化したが<sup>4</sup> (NYHA: III度)、呼吸機能検査に悪化はなく、胸部X線上も異常を認めなかった。心疾患鑑別のため心エコーを実施し、三尖弁逆流圧較差39.0mmHgを認めた。換気血流シンチグラフィで左上葉および右中葉にミスマッチがあり、CTEPHが疑われた。X年4月に右心カテーテル・肺動脈造影検査を施行し、平均肺動脈圧34mmHg、両肺動脈区域枝に慢性血栓性変化を認め、CTEPHと診断した。ワルファリン、リオシグアト、在宅酸素療法を導入し、他院でバルーン肺動脈形成術が施行され、平均肺動脈圧21mmHg、NYHA I度へ改善した。呼吸機能ないし胸部X線所見で呼吸困難の悪化を説明し得る所見が無く、心エコーを実施したことが契機となり診断に至った、教訓的な気管支喘息合併CTEPH症例であった。

## C-27

## 同時多発肺原発性髄膜腫の1切除例

名古屋大学医学部付属病院 呼吸器外科

○竹中 裕史、黄 桢、梁 泰基、今村 由人、  
杉原 実、渡邊 裕樹、川角 佑太、仲西 慶太、  
門松 由佳、上野 陽史、加藤 毅人、中村 彰太、  
水野 鉄也、芳川 豊史

【緒言】髄膜腫は髄膜皮細胞に由来する神経堤由来中胚葉性腫瘍で大部分が中枢神経に良性腫瘍として発生する。今回極めて稀な肺原発性髄膜腫の切除例を経験したため報告する。【症例】50代女性【既往歴】特記すべきものなし【現病歴】健診で胸部異常影を指摘。胸部CTでは左肺上下葉に結節影を認めたため、当科紹介受診となった。術前頭部MRI検査では頭蓋内病変の指摘なし【手術】上葉病変に術前CTガイド下マーキングを行い、ロボット支援下左肺上葉部分切除・左S8区域切除を施行した【術後病理診断】卵円形核を持った腫瘍細胞が渦巻き状に配列して増殖しており、免疫染色ではEMA、Pgrは陽性、TTF-1、p40、INSM-1は陰性で、Ki-67は1%であった。以上の所見より上下葉結節とともにWHO grade Iの髄膜腫と診断された【術後経過】術後5日目に退院し、現在無再発経過観察中である【結語】極めて稀な同時多発肺原発性髄膜腫の切除例を経験したため文献的考察を含めて報告する