

第147回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会
第129回日本呼吸器学会東海地方会
第32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 2026年6月6日(土) 午前11時00分より
 2026年6月7日(日) 午前9時20分より

会 場 名古屋市中小企業振興会館（吹上ホール）
 名古屋市千種区吹上2－6－3

A会場（7階 メインホール）
B会場（4階 第7会議室）
C会場（4階 第3会議室）

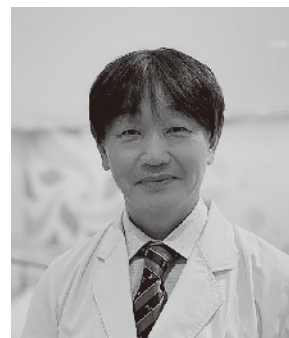
会 長 野崎 裕広

（地方独立行政法人知多半島総合医療機構知多半島りんくう病院 病院長）

第147回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会
第129回日本呼吸器学会東海地方会
第32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

地方独立行政法人知多半島総合医療機構
知多半島りんくう病院 病院長
野崎 裕広



第147回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会、第129回日本呼吸器学会東海地方会、ならびに第32回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会の合同地方会におきまして、会長を務めさせていただきます知多半島りんくう病院の野崎裕広でございます。開催にあたり、ひと言ご挨拶申し上げます。

まず、本会に多数の演題をご応募いただきました先生方、そして座長・演者としてご協力くださる先生方に、心より御礼申し上げます。また、本学会の開催に際し温かいご支援を賜りました企業の皆様にも、深く感謝申し上げます。

学生・研修医の皆さんの一般演題発表は、最近のプログラム編成を踏襲し、会員の先生方の発表と共に第一日目で行います。“研修医のための呼吸器セミナー”および“研修医アワード授賞式”も当日の最終セッションに予定し、同セミナーは知多半島りんくう病院および知多半島総合医療センター呼吸器内科の協力のもと、ハンズオン形式でNPPV・HFNC・胸部エコーといった内容にフォーカスを当て開催いたします。若い世代が呼吸器領域の魅力に触れ、今後の学びへとつなげていただける契機と成れればと考えています。

呼吸器領域では、個別化診療の進歩が目覚ましく、臨床の現場は大きな変化を迎えています。共催セミナーでは、間質性肺炎、感染症、肺がんといった主要領域を中心に、個別化最適化診療に向けての最新の知見を共有していただければと思います。特別講演には琉球大学感染症・呼吸器・消化器内科学講座の山本和子教授をお招きし、感染症内科領域の臨床研究等も含め広く若手医師の研究心を刺激するご講演を予定して頂いております。また、男女共同参画講演では、呼吸器内科医としてのキャリアパスにつき、知多半島りんくう病院の諸澤美佳先生に女性医師の立場からの提言、また岐阜大学大学院医学研究科・呼吸器内科講座の津端由佳里教授には、ジェンダーにとらわれない視点から組織としての対応を考える企画としています。

今回の学会では、学会後の時間を会員同士の交流に活かしていただけるよう、全体の進行をわずかではありますが、早めるよう調整いたしました。対面での議論を通じて、新たなつながりや学びが生まれる場となることを願っております。

多数の皆様のご参加を心よりお待ちしております。

交通案内

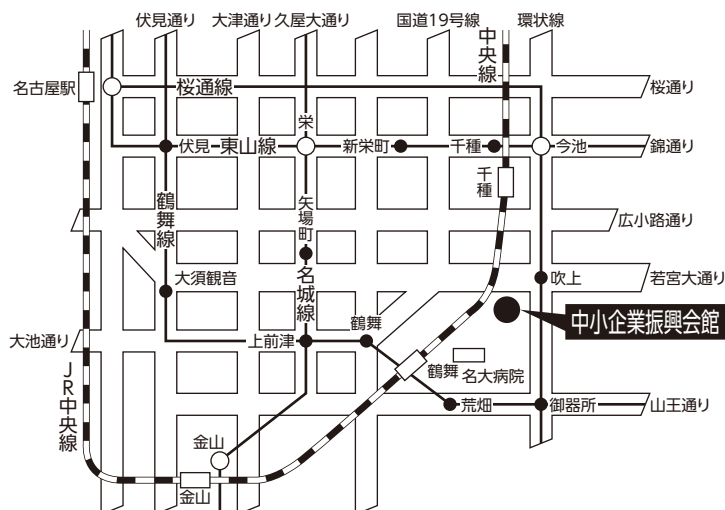
会 場

名古屋市中小企業振興会館(吹上ホール)

〒464-0856 名古屋市千種区吹上2-6-3 TEL 052-735-2111(代表)

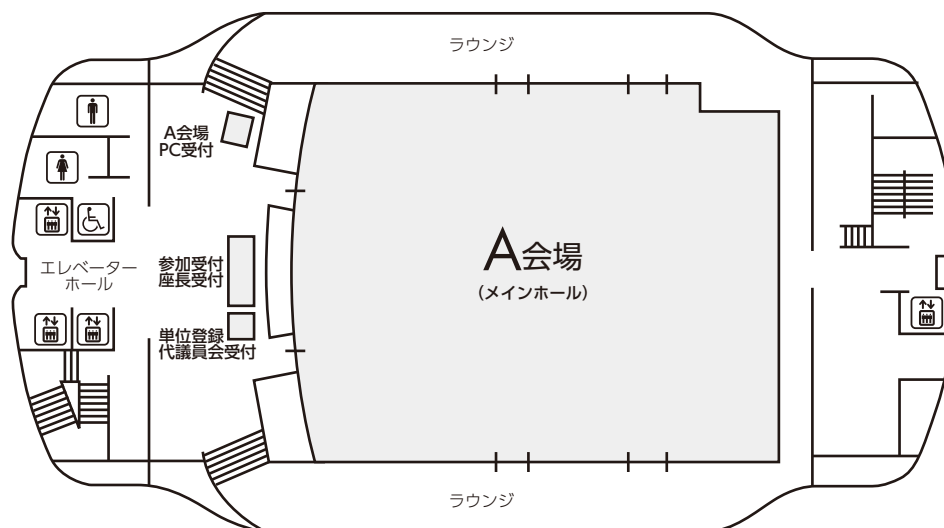
ホームページアドレス <https://www.nipc.or.jp/fukiage/>

- 地下鉄桜通線「名古屋駅」から
徳重行き「吹上駅」下車。
5番出口より徒歩5分。
- 学会のための専用駐車場はありません
(駐車場はすべて有料です)。
- 駐車場は大変混雑いたします。
時間に余裕を持ってお越し下さい。
※一部駐車場が利用不可の場合が
あります。

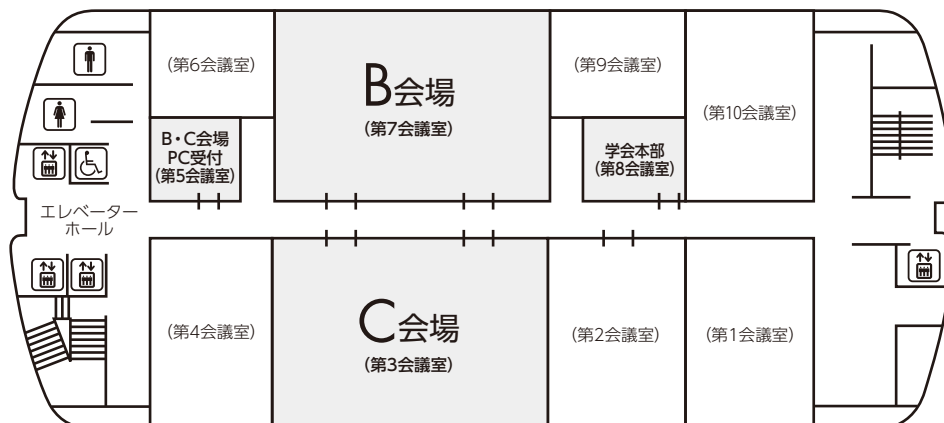


会場案内図

7F



4F



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。（会員非課税、非会員課税・10%消費税込）

参加受付は7階メインホールロビー、受付時間は1日目10:00～16:30、2日目9:05～15:30です。

- 2) 参加費お支払後、ネームカードをお渡ししますので、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（参加証明書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（7階メインホールロビー）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受付で受付及び動作確認をしてください。（2日目朝は9時05分より受付開始します）
- 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) 駐車場は有料です。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/nol47_tokai/

日程表

6月6日(土)

	A会場 7階 メインホール	B会場 4階 第7会議室	C会場 4階 第3会議室
11:00	11:00 開会の挨拶		
11:10～ 11:55	医学生・初期研修医セッション 悪性腫瘍 1 座長 神山 潤二	11:10～ 11:55 医学生・初期研修医セッション 感染症・サルコイドーシス 座長 中村 さや	11:10～ 11:55 医学生・初期研修医セッション びまん性肺疾患 1 座長 山野 泰彦
12:00		12:00～ 13:00 ランチョンセミナー 1 座長 野崎 裕広	
13:00			
13:05～ 13:41	医学生・初期研修医セッション 悪性腫瘍 2 座長 小玉 勇太	13:05～ 13:50 医学生・初期研修医セッション 感染症 1 座長 齋木 晴子	13:05～ 13:59 医学生・初期研修医セッション びまん性肺疾患 2 座長 渡邊 俊和
13:41～ 14:17	医学生・初期研修医セッション 悪性腫瘍 3 座長 村尾 大翔	13:50～ 14:44 一般演題 医学生・初期研修医セッション 気管支鏡・その他 座長 堀場あかね	13:59～ 一般演題 14:35 医学生・初期研修医セッション 喘息・COPD 座長 藤原 篤司
14:17～ 14:53	医学生・初期研修医セッション 腫瘍・その他 1 座長 安井 裕智		14:35～ 15:20 一般演題 結核・抗酸菌症 座長 森 祐太
14:53～ 15:38	医学生・初期研修医セッション 腫瘍・その他 2 座長 中尾 心人	14:44～ 一般演題 15:20 感染症 2 座長 大石 亨平	
15:00		15:20～ 一般演題 15:56 腫瘍・その他 3 座長 池田 安紀	15:20～ 一般演題 15:56 真菌 座長 中村 祐基
16:00		16:00～ 17:00 イブニングセミナー 座長 村松 秀樹	16:00～ 17:00 第10回研修医のための 呼吸器セミナー
17:00			17:00～17:10 アワード表彰式
18:00			

日程表

6月7日(日)

	A会場 7階 メインホール	B会場 4階 第7会議室	C会場 4階 第3会議室
9:00			
9:20 ~ 10:14	一般演題 悪性腫瘍 4 座長 小沢 直也		9:20 ~ 10:05 一般演題 びまん性肺疾患 3 座長 勝又 峰生
10:00		9:45 ~ 10:30 スポンサーセミナー 座長 竹山 佳宏	
10:30 ~ 11:30	特別講演 座長 野崎 裕広		
11:30 ~ 12:00	男女共同参画講演 座長 野崎 裕広		
12:00		12:00 ~ 13:00 代議員会	12:00 ~ 13:00 ランチョンセミナー 2 座長 武田 直也
13:00	13:00~13:15 総会		
14:00			13:20 ~ 14:20 アフタヌーンセミナー 座長 内藤 雅大
14:20 ~ 14:56	一般演題 悪性腫瘍 5 座長 堀 翔	14:20 ~ 一般演題 14:56 感染症 3 座長 堀口 智也	14:20 ~ 一般演題 14:56 自己免疫疾患 座長 寺町 涼
15:00	14:56 ~ 一般演題 15:32 悪性腫瘍 6 座長 田熊 翔	14:56 ~ 一般演題 15:32 腫瘍・その他 4 座長 大西 涼子	14:56 ~ 一般演題 15:32 びまん性肺疾患 4 座長 中野 暁子
16:00		15:32 ~ 一般演題 15:59 稀少疾患 座長 河合 聖子	15:32 ~ 一般演題 15:59 稀少疾患・その他 座長 村上 靖
17:00		16:00 閉会の挨拶	

特別演題プログラム

特別講演

6月7日（日） 10:30～11:30 A会場 7階 メインホール

座長：知多半島りんくう病院 病院長 野崎 裕広

「呼吸器内科学の魅力を次世代へ」

琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学講座（第一内科） 教授 山本 和子 先生

男女共同参画講演

6月7日（日） 11:30～12:00 A会場 7階 メインホール

「呼吸器内科医として働き方の継続性」

座長：知多半島りんくう病院 病院長 野崎 裕広

1 「外来から入院まで診療する非常勤勤務のあり方」

知多半島りんくう病院 呼吸器内科 諸澤 美佳 先生

2 「呼吸器内科医のキャリアと働き方を再考するー組織はどこまでデザインできるかー」

国立大学法人東海国立大学機構 岐阜大学

岐阜大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学分野 教授 津端由佳里 先生

共催プログラム

ランチョンセミナー 1 6月6日(土) 12:00~13:00 B会場 4階 第7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：知多半島りんくう病院 病院長 野崎 裕広 先生

「間質性肺疾患（ILD）の早期診断と治療の最新知見」

藤田医科大学医学部 呼吸器内科学講座 主任教授 橋本 直純 先生

イブニングセミナー 6月6日(土) 16:00~17:00 B会場 4階 第7会議室

共催：インスメッド合同会社

座長：JA愛知厚生連海南病院 院長補佐／第1診療部長／内科代表部長／呼吸器内科代表部長

村松 秀樹 先生

「非結核性抗酸菌症治療のUp to Date～肺MAC症におけるアリケイス®の位置づけ～」

名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 講師 進藤有一郎 先生

スポンサードセミナー 6月7日(日) 9:45~10:30 B会場 4階 第7会議室

共催：ヤンセンファーマ株式会社

座長：日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 呼吸器内科 部長 竹山 佳宏 先生

「呼吸器内科医のためのアップデート～アミバンタマブと最新ガイドライン～」

藤田医科大学 呼吸器内科学 講師 長谷 哲成 先生

ランチョンセミナー 2 6月7日(日) 12:00~13:00 C会場 4階 第3会議室

共催：アストラゼネカ株式会社

座長：刈谷豊田総合病院 呼吸器内科 部長 武田 直也 先生

「増えた選択肢にどう向き合うか～EGFR陽性IV期NSCLC併用療法時代の意思決定～」

名古屋大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学 病院講師 田中 一大 先生

アフタヌーンセミナー 6月7日(日) 13:20~14:20 C会場 4階 第3会議室

共催：アムジェン株式会社

座長：独立行政法人 国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器内科 部長 内藤 雅大 先生

「イムデトラのトリセツ」

藤田医科大学 呼吸器内科・アレルギー内科 講師 大矢 由子 先生

第10回研修医のための呼吸器セミナー

日 時：2026年6月6日（土） 16：00～17：00

会 場：名古屋市中企業振興会館 4階 第3会議室

参加方法：事前参加登録不要、当日会場にお越しください。

このセミナーは初期臨床研修医の皆さん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します。

呼吸器内科診療の魅力をお伝えする方法として、今回は座学ではなくハンズオンセミナーの形式をとる事としました。研修中には十分触れる可能性が低い、HFNC・NPPVといった呼吸管理、また、補助診断の一つとしての胸部エコーについてご紹介させていただきます。呼吸器内科のきめの細やかな診療の一端を体験していただき、本セミナーを通じて呼吸器内科の診療に興味を持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ください。

セミナーの最後には、本日の研修医部門で発表いただいた一般演題中から、研修医・学生アワードの表彰もとり行います。

NPPV・HFNC呼吸管理を体験しよう
初期補助診断としての胸部超音波検査

ファシリテーター

知多半島総合医療センター 呼吸器内科 池ノ内紀祐 先生

演者

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 片岡 健介 先生

知多半島総合医療センター 呼吸器内科 池ノ内紀祐 先生

知多半島りんくう病院 呼吸器内科 佐藤 健太 先生

知多半島総合医療センター 呼吸器内科 小林 弘典 先生

17：00～17：10 研修医アワード 表彰式

共催：日本呼吸器学会東海支部

第147回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会
第129回日本呼吸器学会東海地方会
第32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 7階 メインホール
第1日目（6月6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）

11：10～11：55 悪性腫瘍 1

座長 名古屋大学医学系研究科 呼吸器内科学 神山 潤二

- | | | |
|-------|--|-------|
| *A-01 | KRAS 陽性肺腺癌の治療後に発症した異時性のACTH産生肺癌と考えられた1例
JA 愛知厚生連 海南病院 呼吸器内科 | 山腰 彩加 |
| *A-02 | 診断が困難であった肺癌の肺動脈転移の一例
春日井市民病院 呼吸器内科 | 村松 翼 |
| *A-03 | 術後10年の経過で再発した非小細胞肺癌の一例
春日井市民病院 呼吸器内科 | 塚原 啓太 |
| *A-04 | セルペルカチニブにより過敏症を呈したRET融合遺伝子陽性肺癌の一例
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 | 朴 柱顕 |
| *A-05 | 肺がん肝転移巣の疼痛・破裂リスクに対し肝腫瘍動脈塞栓術が奏功した一例
知多半島りんくう病院 内科 | 黒瀬 裕史 |

13：05～13：41 悪性腫瘍 2

座長 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 呼吸器内科 小玉 勇太

- | | | |
|-------|--|-------|
| *A-06 | 気管支鏡生検後自然退縮を認めた肺扁平上皮癌の一例
大垣市民病院 呼吸器内科 | 相川 祐希 |
| *A-07 | アミバンタマブ併用化学療法が奏効した癌性髄膜症を伴うEGFR変異陽性肺腺癌の一例
浜松医療センター | 望月 音緒 |
| *A-08 | 肺アスペルギローマを合併し診断に難渋した肺扁平上皮癌の1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 | 浅井 敬大 |
| *A-09 | CGPで判明した希少EGFR遺伝子変異に対し、オシメルチニブが奏効した肺腺癌の1例
中東遠総合医療センター 呼吸器内科 | 川端日向子 |

13：41～14：17 悪性腫瘍 3

座長 愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科 村尾 大翔

- | | | |
|-------|--|-------|
| *A-10 | タルラタマブ投与に伴うサイトカイン放出症候群を発症し救命し得なかった一例
磐田市立総合病院 初期研修医 | 中村 紘大 |
| *A-11 | 肺癌に対する抗癌剤治療後に発症した治療関連MDSの一例
聖隷三方原病院 呼吸器センター内科 | 日比隆太郎 |
| *A-12 | 術後脾臓転移再発をきたした胸腺腫の一例
大垣市民病院 呼吸器内科 | 吉村 銀雅 |
| *A-13 | 高齢者の悪性胸膜中皮腫に対するニボルマブ・イピリムマブ治療で生じたirAE 肝炎後に完全寛解した一例
藤枝市立総合病院 呼吸器内科 | 藤田 翔平 |

14：17～14：53 腫瘍・その他 1

	座長	豊橋市民病院	呼吸器内科	安井	裕智
*A-14	慢性拡張性血腫と鑑別を要した慢性膿胸関連リンパ腫の一例 JA 愛知厚生連 江南厚生病院 呼吸器内科			峯松	礼佳
*A-15	塵肺健康診断中の胸水、胸膜肥厚で指摘された、びまん性大細胞リンパ腫の1例 静岡済生会総合病院			山本	知穂
*A-16	進行胸腺腫内に発生したT細胞性急性リンパ球性白血病（T-ALL）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
*A-17	肺癌と鑑別を要した気管支閉鎖症の一例 静岡市立静岡病院 呼吸器内科			天野	桃薫

14：53～15：38 腫瘍・その他 2

	座長	JA 愛知厚生連海南病院	呼吸器内科	中尾	心人
*A-18	経気管支鏡下生検で診断に至った肺原発 MALT リンパ腫の一例	岐阜県立多治見病院	呼吸器内科	杉浦	弘洋
*A-19	多中心性キャスルマン病が疑われたが剖検にて診断された古典的ホジキンリンパ腫の一例	豊田厚生病院		松尾圭那子	
*A-20	安定した胸水で診断遅延した Meigs 症候群の 1 例	JA 愛知厚生連 江南厚生病院	呼吸器内科	倉田真友子	
*A-21	右大量胸水を契機に診断された Meigs 症候群の 1 例	順天堂大学医学部附属静岡病院		梅津	貴弘
*A-22	治療に難渋し胸管結紮術にて改善した特発性乳び胸の一例	公立陶生病院	呼吸器・アレルギー疾患内科	野崎	千穂

B会場 4階 第7会議室 第1日目(6月6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)

11:10~11:55 感染症・サルコイドーシス

座長 トヨタ記念病院 呼吸器内科 中村 さや

-
- | | | | |
|-------|---|--------------------|--------|
| *B-01 | サルコイドーシスと腎癌が同時に悪化した一例 | 豊橋市民病院 | 大須賀 公一 |
| *B-02 | ステロイドおよびレボフロキサシン併用療法により軽快し、髄液所見の改善を認めた結核性髄膜炎の一例 | JCHO 中京病院 | 桑原 綾香 |
| *B-03 | 原発性肺癌との鑑別を要した慢性肺コクシジオイデス症の1例 | 岡崎市民病院 呼吸器内科 | 渡邊 太一 |
| *B-04 | 多椎体溶骨性病変と脊柱管内進展を伴った若年女性の脊椎カリエスの1例 | 島田市立総合医療センター 呼吸器内科 | 田代 舞人 |
| *B-05 | 肺扁平上皮癌に対して化学放射線治療後に発症したアスペルギルス気管気管支炎の一例 | 静岡済生会総合病院 | 上村 嘉誉 |

13:05~13:50 感染症1

座長 三重大学医学部附属病院 呼吸器内科 齋木 晴子

-
- | | | | |
|-------|--|-----------------------|-------|
| *B-06 | 重度の呼吸・循環不全のためV-AV ECMOを導入し救命し得た重症肺炎の一例 | 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 | 河方 尚子 |
| *B-07 | 肺泡出血様の気管支肺泡洗浄液所見を呈したLegionella longbeachae肺炎 | 知多半島総合医療センター 臨床研修センター | 勅使河原圭 |
| *B-08 | エンドトキシン吸着療法を含む集学的治療により救命し得た重症レジオネラ肺炎の一例 | 藤田医科大学 ばんだね病院 呼吸器内科 | 小山遼太郎 |
| *B-09 | 当院で経験したRSウイルス下気道感染症と考えられた3症例 | 聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科 | 兼子 絢大 |
| *B-10 | 肺膿瘍より化膿性胸肋関節周囲炎を発症した1例 | 岐阜市民病院 呼吸器・腫瘍内科 | 安江 貴洋 |

13:50~14:44 気管支鏡・その他

	座長	岐阜市民病院	呼吸器・腫瘍内科	堀場あかね
*B-11	COVID-19感染を契機に肺動静脈瘻を指摘、診断に至ったOsler病の一例	岡崎市民病院	呼吸器内科	神畠 尚樹
*B-12	当院における肺野末梢病変に対する気管支鏡デバイス (sukedachi) の使用経験	松阪市民病院	呼吸器センター	金 東祐
*B-13	AIを用いた気管支鏡シミュレーターの教育効果の検討	藤田医科大学病院	臨床研修センター	松岡 洋
B-14	両側多発肺結節影を呈し外科的肺生検で診断した肺硝子化肉芽腫の一例	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院		野村 公作
B-15	在宅診療におけるポータブルレントゲンが診断および治療方針に与えた影響	JA愛知厚生連 足助病院	内科	河合 将尉
B-16	手術治療を施行した気管支動脈瘤が疑われた一例	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	呼吸器内科	長谷川将暉

14:44~15:20 感染症 2

	座長	藤枝市立総合病院	呼吸器内科	大石 亨平
B-17	初期治療選択にグラム染色が有用だったβ-ラクタマーゼ非産生アンピシリン耐性インフルエンザ菌による膿胸	知多半島総合医療センター	内科	竹中 聖
B-18	ラスクフロキサシンが奏効したレジオネラ肺炎の一例	JCHO中京病院	呼吸器内科	佐々 直矢
B-19	鍼治療を契機として胸椎化膿性脊椎炎を発症し膿胸・肺化膿症への進展が疑われた1例	静岡赤十字病院	呼吸器内科	増田 拓也
B-20	女性異性愛者に発症した後天性免疫不全症候群 (AIDS) およびニューモシスチス肺炎 (PCP) の一例	浜松医科大学	内科学第二講座	石井 英恵

15:20~15:56 腫瘍・その他 3

	座長	藤田医科大学	呼吸器内科学	池田 安紀
B-21	外科的切除により診断した硬化性肺胞上皮腫 (sclerosing pneumocytoma) の1例	小牧市民病院	呼吸器内科	吉村 賢人
B-22	肺癌との鑑別を要した髄膜腫肺転移の1例	聖隷浜松病院	呼吸器内科	郡司 哲仁
B-23	長期間を経て胸郭内再発を認めた骨肉腫の一例	藤田医科大学	ばんだね病院 呼吸器内科	川口 萌
B-24	血胸と多発肺病変を契機に診断された原発不明血管肉腫の1部検例	静岡市立静岡病院	呼吸器内科	臼井 鉄郎

C会場 4階 第3会議室 第1日目(6月6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)

11:10~11:55 びまん性肺疾患 1

座長 愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科 山野 泰彦

- | | | | |
|-------|---|----------------|-----------|
| *C-01 | 間質性肺疾患に対する機能的治療閾値 (lowest SpO ₂ <86%) を予測する診療アルゴリズムの開発体験 (2) | 藤田医科大学 医学部 医学科 | 久野 航瑠 |
| *C-02 | 吸入トレプロスチニルにより病勢を制御し肺移植を施行した肺高血圧併存関節リウマチ関連間質性肺炎の1例 | 藤田医科大学 医学部 | デュアー フィオナ |
| *C-03 | TBLC 標本におけるUIP病理診断の4段階分類の予備的検討 | 名古屋大学 医学部 医学科 | 森田 朱馬 |
| *C-04 | 間質性肺疾患に対する機能的治療閾値 (歩行距離<400m) を予測する診療アルゴリズムの開発体験 (1) | 藤田医科大学 医学部 医学科 | 稲木 健矢 |
| *C-05 | 早期治療が奏功した抗MDA5抗体陽性の皮膚筋炎関連間質性肺疾患の一例 | 浜松医療センター | 浅田 源 |

13:05~13:59 びまん性肺疾患 2

座長 藤田医科大学 呼吸器内科学 渡邊 俊和

- | | | | |
|-------|---------------------------------------|-----------------------------|-------|
| *C-06 | 二朮湯内服による薬剤性肺障害をきたした1例 | 岡崎市民病院 呼吸器内科 | 杢井 勇樹 |
| *C-07 | 多彩な肺病変を呈したSjogren症候群の一例 | 豊橋市民病院 呼吸器内科 | 湯山 貴史 |
| *C-08 | 粘液栓の存在にて診断に難渋した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の2例 | トヨタ記念病院 統合診療科 | 山田 稜 |
| *C-09 | 小腸穿孔を生じた好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の一例 | 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 | 小林 正直 |
| *C-10 | 薬剤性肺障害治療中のステロイド減量期に副腎クリーゼと透析導入を要した1例 | 島田市立総合医療センター 呼吸器内科 | 戸田 直人 |
| *C-11 | 古い家屋の解体作業後に発症したが自宅環境が原因であった夏型過敏性肺炎の1例 | 藤枝市立総合病院 呼吸器内科 | 古川 賢 |

13:59~14:35 喘息・COPD

座長 三重県立総合医療センター 呼吸器内科 藤原 篤司

- *C-12 テゼペルマブが有効であったEGPA合併難治性喘息の1例
豊田厚生病院 浜田 恵佑
- *C-13 生物学的製剤が奏功したABPMの1例
大阪市民病院 呼吸器センター 矢橋 智伎
- C-14 フローボリューム曲線のパターンで、拡散能（%DLCO/VA）の低下が1秒率に関係なく多くの場合でわかる
池田 孝
- *C-15 呼吸器感染症マルチプレックスPCR検査を施行したCOPD患者における検出結果の検証
大阪市民病院 呼吸器センター 阿坂 宗

14:35~15:20 結核・抗酸菌症

座長 名古屋市立大学大学院医学研究科 呼吸器・免疫アレルギー内科学 森 祐太

- C-16 結核治療完遂約3年後に神経症状が再燃し、再発とparadoxical reactionの鑑別に苦慮した脳結核腫の一例
独立行政法人 国立病院機構 東名古屋病院 佐藤 美佳
- C-17 喀血による窒息から心肺停止に至った活動性肺結核
知多半島総合医療センター 呼吸器内科 小林 弘典
- C-18 急性発症でMycobacterium aviumの関与が疑われたびまん性肺疾患の一例
浜松医科大学 内科学第二講座 古関 尚子
- C-19 M.intracellulareによる胸椎化膿性脊椎炎の1例
三重中央医療センター 垂見 啓俊
- C-20 繰り返す感染増悪と発熱で発症したMycobacterium avium/massilienseによる重複感染の1例
国立病院機構 天竜病院 呼吸器・アレルギー科 岩泉江里子

15:20~15:56 真菌

座長 伊賀市立上野総合市民病院 呼吸器科 中村 祐基

- C-21 関節リウマチに合併したExophiala dermatitidisによる肺感染症の3例
愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科 柴田 絹子
- C-22 多発陰影を呈した抗原陰性肺クリプトコッカス症の一例
岐阜県立多治見病院 呼吸器内科 戸村 雅彦
- C-23 クライオ生検による粘液栓除去により確定診断に至ったアレルギー性気管支肺アスペルギルス症（ABPA）の一例
磐田市立総合病院 佐藤 大樹
- C-24 ロイコボリンの中止が転帰を変えたと思われる非HIVニューモシスチス肺炎の一例
藤田医科大学病院 呼吸器内科学 森谷 遼馬

A会場 7階 メインホール

第2日目(6月7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)

9:20~10:14 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	小沢 直也
A-23	肺リンパ管筋腫症の経過中に肺腺癌を合併した一例	藤田医科大学	ばんだね病院 呼吸器内科	常喜 栄太
A-24	Amivantamab投与中に著明な徐脈を呈した一例	藤田医科大学	医学部 呼吸器内科	亀之園翔子
A-25	傍腫瘍性神経症候群として辺縁系脳炎をきたした肺腺癌の一例	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院	呼吸器内科	小川 紗葵
A-26	びまん性甲状腺転移により破壊性甲状腺炎を呈した肺腺癌の1剖検例	宏潤会大同病院	呼吸器内科	東 敬之
A-27	同一肺葉内に肺アスペルギルス症を合併した肺腺癌の一例	社会医療法人宏潤会大同病院	呼吸器内科	加治屋裕基
A-28	肺腺癌術後再発時にCOVID-19肺炎、化学療法中に肺炎を併発し、癌の病態進行かの判断に苦慮した1例	藤田医科大学	呼吸器内科学	重康 善子

14:20~14:56 悪性腫瘍 5

座長		大垣市民病院	呼吸器内科	堀 翔
A-29	初診時に中手骨転移を認めたEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の一例	浜松労災病院	呼吸器内科	幸田 敬悟
A-30	タルラタマブ投与で一過性の急速な増大を起こした後に著効した一例	聖隷三方原病院呼吸器センター	内科	鈴木 理紗
A-31	小細胞肺癌に形質転換をきたしたEGFR遺伝子陽性肺腺癌の1例	浜松労災病院	呼吸器内科	杉山 裕樹
A-32	タルラタマブ投与によりpseudoprogressionを認めた小細胞肺癌の1例	桑名市総合医療センター		平井 貴也

14:56~15:32 悪性腫瘍 6

座長		浜松医科大学	呼吸器内科	田熊 翔
A-33	免疫チェックポイント阻害剤投与後に甲状腺クリーゼおよび副腎クリーゼを来した一例	静岡県立総合病院	呼吸器内科	深澤 詠美
A-34	EGFR L858R変異陽性肺扁平上皮癌にamivantamab+lazertinibの併用療法を使用した1例	JA愛知厚生連 安城更生病院	呼吸器内科	上岡 優介
A-35	複合免疫療法中に発症し、ステロイド治療が奏功した免疫関連有害事象(irAE)ぶどう膜炎の一例	一宮西病院	呼吸器内科	廣瀬 健司
A-36	ステロイドパルス、IVIG療法を要した抗PD-L1抗体によるirAE発熱性好中球減少症の1例	刈谷豊田総合病院	呼吸器内科	鈴木 康広

B会場 4階 第7会議室 第2日目（6月7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）

14：20～14：56 感染症 3

座長 藤田医科大学 呼吸器内科学 堀口 智也

- | | | |
|------|---|-------|
| B-25 | 多項目PCRで百日咳菌感染の関与が示唆された成人市中肺炎の1例
刈谷豊田総合病院 呼吸器内科 | 野又 夏実 |
| B-26 | 多発血管炎性肉芽腫症の治療中に発症した肺ノカルジア症の一例
聖隷浜松病院 呼吸器内科 | 山崎 里紗 |
| B-27 | 演題取り下げ | |
| B-28 | 陳旧性器質化病変に生じた慢性ノカルジア感染症の一例
知多半島りんくう病院 呼吸器内科 | 水本 有星 |

14：56～15：32 腫瘍・その他 4

座長 長良医療センター 呼吸器内科 大西 涼子

- | | | |
|------|--|-------|
| B-29 | 小細胞肺癌に対して化学放射線治療後に放射線関連肉腫を生じた一例
名古屋大学 医学系研究科 呼吸器内科学 | 藤野佑一朗 |
| B-30 | 気道ステント留置後化学療法を行った気管原発滑膜肉腫の一例
国立病院機構 名古屋医療センター 呼吸器内科 | 今枝 陽 |
| B-31 | 再生検により診断し得たSMARCA 4欠損未分化腫瘍の一例。
藤田医科大学 呼吸器内科学 | 木村祐太郎 |
| B-32 | 赤芽球癆の治療中にニューモシスチス肺炎を契機としてGood症候群の診断に至った胸腺腫術後の1例
三重大学医学部附属病院 呼吸器内科 | 鶴賀 龍樹 |

15：32～15：59 稀少疾患

座長 愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科 河合 聖子

- | | | |
|------|--|-------|
| B-33 | 発症早期からの臨床経過を確認しえた肺ランゲルハンス細胞組織球症の一例
総合病院聖隷浜松病院 呼吸器内科 | 高橋 里奈 |
| B-34 | 鉄剤誤嚥による致死的咯血が示唆された1剖検例
三重県立総合医療センター 呼吸器内科 | 三木 寛登 |
| B-35 | 好酸球性肺炎を併発したWells症候群の1例
名古屋掖済会病院 呼吸器内科 | 大西 義之 |

C会場 4階 第3会議室 第2日目（6月7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）

9：20～10：05 びまん性肺疾患 3

	座長	浜松医科大学 呼吸器内科	勝又 峰生
C-25	間質性肺疾患急性増悪との鑑別を要したVEXAS症候群の1例	トヨタ記念病院 内科	大橋 和哉
C-26	皮膚・筋症状を認めなかった抗MDA-5抗体陽性急速進行性間質性肺炎の1例	津島市民病院 呼吸器内科	村上 靖
C-27	肺癌の根治術後に発症し救命し得た間質性肺炎急性増悪の一例	公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科	尾崎 由佳
C-28	Hermansky-Pudlak症候群関連間質性肺炎の一例	大垣市民病院 呼吸器内科	安藤 守恭
C-29	遅発型複合免疫不全症（LOCID）に伴う肉芽腫性リンパ球性間質性肺炎（GLILD）の一例	聖隷浜松病院	村松 卓実

14：20～14：56 自己免疫疾患

	座長	公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科	寺町 涼
C-30	気管・気管支病変が診断の契機となったIgG4関連呼吸器疾患の1例	三重県立総合医療センター 呼吸器内科	後藤 広樹
C-31	肺高血圧を伴い胸腔外病変を認めなかったIgG4関連間質性肺炎の一例	聖隷三方原病院 呼吸器センター内科	佐藤 海斗
C-32	VV-ECMO導入と集学的治療により救命し得たびまん性肺胞出血を伴う劇症型抗リン脂質抗体症候群の一例	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二赤十字病院	大塚 健人
C-33	関節リウマチ、シェーグレン症候群を背景として、細菌性肺炎の経過中に血球貪食症候群を発症した一例	浜松医科大学 内科学第二講座	板川 俊輝

14：56～15：32 びまん性肺疾患 4

	座長	名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 呼吸器・アレルギー内科	中野 暁子
C-34	エンホルツマブ／ベドチン＋ペムブロリズマブ併用療法（EVP）による薬剤性肺炎の3例	聖隷三方原病院 呼吸器センター内科	内藤 龍仁
C-35	HER2遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌に対し、トラツズマブデルクステカンを使用し、薬剤性肺障害を来した一例	公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科	埜村 友香
C-36	防風通聖散による薬剤性肺障害の1例	刈谷豊田総合病院 呼吸器内科	伊藤 優汰
C-37	病歴聴取から原因が加湿器と推定された急性過敏性肺炎の一例	名古屋市立大学 医学部附属 西部医療センター	松野真佑美

15：32～15：59 稀少疾患・その他

	座長	JA愛知厚生連豊田厚生病院 呼吸器内科	村上 靖
C-38	短期間に進行を認めた異所性石灰化の1例	磐田市立総合病院 呼吸器内科	柴田 立雨
C-39	胸部SMARCA4欠損未分化腫瘍の1剖検例	藤田医科大学岡崎医療センター 呼吸器内科学	太田 真樹
C-40	Cone-beam CT併用経気管支肺生検にて透視での視認が困難な結節病変を診断した一例	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院	石井あずさ

一般演題 第1日目 抄 録

〈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

KRAS陽性肺腺癌の治療後に発症した異時性のACTH産生肺癌と考えられた1例

JA愛知厚生連 海南病院 呼吸器内科

○山腰 彩加、林 俊太朗、五明 凌平、
長谷川万里子、栗山満美子、武田 典久、
中尾 心人、村松 秀樹

【症例】81歳男性【現病歴】X-4年11月に左上葉肺腺癌cT2bN0M1c (BRA), Stage IVB (KRAS G12C変異陽性)と診断した。CBDCA+PEM+Bevで治療後のX-2年1月よりソトラシブを開始したが、下痢と食思不振を認めたため同年10月より無治療経過観察とした。X-1年4月に新規脳転移に放射線治療を行った以外には明らかな再発巣は認めず、原発巣も縮小を維持していた。X年9月に右肺下葉に新規結節影を認めたがPS不良で経過観察とした。X年12月に低K血症を認め入院となり、ACTH、コルチゾール高値およびNSE、ProGRPの著明高値を認めた。右肺下葉結節は増大しており異時性のACTH産生肺癌と考えられた。【考察】近年、新規薬物療法により肺癌患者の予後は延長し、経過中に異時性肺癌を認める症例も増加が予測される。新規病変および病状を認めた場合には、全身状態が良好であれば再生検などを検討すべきと思われた。

A-02

診断が困難であった肺癌の肺動脈転移の一例

春日井市民病院 呼吸器内科

○村松 翼、武原 陸、大島 千佳、笠原 千夏、
小林 大祐、野木森健一、岩木 舞

症例は78歳男性。検診で結節を指摘され、7月に当院に精査目的に紹介。CTにて左上葉に27×20mm大の不整腫瘍影を認め、気管支鏡下肺生検を施行し、扁平上皮癌と診断。胸腹部造影CTにて肺動脈壁に沿った内部吸収域、肺動脈の狭窄～閉塞を認め、肺動脈肉腫や扁平上皮癌の転移、動脈炎などの可能性が考えられた。集学的な治療が必要と判断し高次医療機関へ紹介。PET/CTで左上葉の腫瘍、肺動脈壁に強い集積を認めた。左上葉肺扁平上皮癌+肺動脈肉腫が疑われたが、肺動脈カテーテル検査で採取した血液検体では細胞診は陰性であった。肺動脈壁の生検はリスクが高く施行不可と判断された。外科的完全切除も困難であり、BSC方針となり再度当院に紹介。その後食思不振、呼吸困難の悪化、ADLの低下を認め、12月に入院。状態悪化し、翌年1月13日に永眠。病理解剖の結果、扁平上皮癌の肺動脈転移と判明した。肺動脈への転移は非常にまれな進展形式であり報告する。

A-03

術後10年の経過で再発した非小細胞肺癌の一例

春日井市民病院 呼吸器内科

○塚原 啓太、武原 陸、大島 千佳、笠原 千夏、
小林 大祐、野木森健一、岩木 舞

症例は82歳女性。72歳時に他院で肺腺癌と診断。右中葉切除術施行され、pT2aN0M0 stage IBであった。術後UFTを内服し、内服終了後は経過観察となった。再発なく経過したため、5年後に経過観察終了となった。2025年8月、1カ月以上続く咳嗽と喘鳴があり、近医で気管支喘息として治療開始となったが症状改善が見られず、当院紹介。胸部CTで右中間幹の気管支内に腫瘍性病変を認め、気管支鏡検査を施行し、adenocarcinomaと診断。10年前の手術検体と比較した結果、ほぼ同様の組織であることが判明し、術後10年経過しての肺癌気管内転移再発と診断した。通常、非小細胞肺癌の術後経過観察は5年間が標準とされることが多く、晩期再発は稀ではあるが、貴重な症例と思われるため文献的考察を踏まえて報告する。

A-04

セルベルカチニブにより過敏症を呈したRET融合遺伝子陽性肺癌の一例

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

○朴 柱頭、大塚 健人、山田 千歳、石井あずさ、
佐藤 孝哉、松井 利憲、小沢 直也、村田 直彦、
若山 尚士

77歳男性。検診で右肺腫瘍影を指摘され受診した。既往歴に高血圧、喫煙歴は52.5pack-years。胸部CTで右S8腫瘍と縦隔リンパ節腫大を認め、気管支鏡下生検で異型細胞を認めたが、これ以上の精査加療を希望されず経過観察となった。1年後、右胸水貯留による呼吸困難で入院し胸腔ドレナージを施行した。その際の胸水細胞診でRET融合遺伝子陽性肺癌と判明した。再度方針を相談し、セルベルカチニブを開始したが過敏症(Grade 3皮疹、血小板減少)を発症し、休薬とステロイド治療で改善した。減量して再開したが、高血圧(Grade 3)のため再度休薬した。降圧薬を調整しつつ、再度減量して再開し、現在も重篤な有害事象なく継続できている。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。胸水細胞診から診断に至り分子標的薬による有害事象を制御しつつ長期的な有効性を示した一例を経験したため報告する。

A-05

肺がん肝転移巣の疼痛・破裂リスクに対し肝腫瘍動脈塞栓術が奏功した一例

知多半島りんくう病院 内科

○黒瀬 裕史、佐藤 健太、諸澤 美佳、野崎 裕広

症例は肺腺様嚢胞がん術後再発に対し放射線治療後、胸膜・肝転移を認めX-2年よりBSC対応中のPS0の80歳代女性。X年6月、右季肋部痛を伴う肝転移巣の増大と内部出血を認め、破裂リスク回避目的に肝腫瘍動脈塞栓術（TAE）を施行した。術後に一過性の疼痛増悪とAST/ALT上昇を認めたが遷延せず、全身状態悪化もなく症状改善と腫瘍縮小を確認した。その後は肝転移巣悪化に伴いX+1年9月、X+2年3月・12月、X+4年1月にTAEを追加施行し外来経過観察を継続した。TAEは胆管障害を含む塞栓後症候群の可能性があるが、病態に応じ短期間で効果が期待できる緩和的対症療法の選択肢と考えられた。

A-07

アミバンタマブ併用化学療法が奏効した癌性髄膜症を伴うEGFR変異陽性肺腺癌の一例

浜松医療センター

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

症例は30代女性。X-3年1月に肺腺癌（EGFR 19del）に対して右下葉切除術が施行されたが、同年7月に多発肺転移を伴い再発した。Osimertinibを投与するもPDとなり、その後は化学療法が行われたが、X年5月の脳MRIにて多発結節及び髄膜肥厚を認め、多発脳転移及び癌性髄膜症と判断された。嘔気・食欲低下も認め、X年6月に自宅近くの当院へ紹介となり、CBDCA/PEM/Amivantamabを開始したところ、症状は徐々に軽減し、4サイクル終了時点の脳MRIで多発結節及び髄膜肥厚の著明な改善を認めた。その後、X年12月に多発肝・骨・肺転移を来したため、weekly nab-PTXに治療変更したところ、変更後1か月で多発脳転移の増悪を認めた。本症例は癌性髄膜症に対するアミバンタマブの有効性を比較的明確に示す症例と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

A-06

気管支鏡生検後自然退縮を認めた肺扁平上皮癌の一例

大垣市民病院 呼吸器内科

○相川 祐希、安藤 守恭、小林 絃生、中井 将仁、堀 翔、中島 治典、安部 崇、安藤 守秀

症例は70代男性。X-1年9月にCTで偶発的に中葉に最大径12mmの結節を指摘されたが、末期腎不全の透析導入などの治療が優先され、経過観察方針となった。X-1年11月には17.8mmと増大しており、X年2月に肺癌疑いとして精査方針となった。気管支鏡検査にてエコーガイド下腫瘍生検を行い扁平上皮癌の診断となった。各種検査で臨床病期T1bN0M0 Stage I A 2と診断され、手術目的に呼吸器外科紹介となった。X年6月に術前検査としてCTを再検したところ結節は最大径6mmまで縮小しており、経過観察方針となった。X年12月の再検ではさらに縮小しており、瘢痕を残すのみであった。現在も経過観察を継続している。生検後に自然退縮を認める肺癌についての報告は散見されるが稀であり、文献的考察を交えて報告する。

A-08

肺アスペルギローマを合併し診断に難渋した肺扁平上皮癌の1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

○浅井 敬大、佐藤 孝哉、山田 千歳、石井あずさ、松井 利憲、小沢 直也、村田 直彦、若山 尚士

症例は51歳女性。咳嗽を主訴に受診し、胸部CTで左下葉に壁肥厚を伴う空洞影および空洞内にfungus ball様陰影を認めた。未治療の糖尿病を背景に肺化膿症および肺アスペルギルス症を疑い、抗菌薬およびボリコナゾールによる治療を開始した。画像は一時的に改善したが陰影が残存したため悪性腫瘍も否定できず、診断的治療を兼ねて胸腔鏡下左肺下葉切除術を施行した。病理組織学的に非角化型扁平上皮癌（pT2aN0M0、Stage IB）と診断され、空洞内に真菌球を認め肺アスペルギローマの合併と判断した。空洞形成肺癌に真菌が二次感染しfungus ball様陰影を呈することで感染症との鑑別が困難となることがあり、さらにアスペルギルス感染と肺癌との関連を示唆する報告もある。空洞性肺病変では肺癌合併を念頭に置いた診断が重要と考えられる1例を経験したため、文献的考察も加えて報告する。

A-09

CGPで判明した希少EGFR遺伝子変異に対し、オシメルチニブが奏効した肺腺癌の1例

中東遠総合医療センター 呼吸器内科

○川端日向子、森川 昇

【症例】70歳代女性【現病歴】X-2年に左上葉肺腺癌に対して手術加療を行ったが、X-1年に癌性胸膜炎などで再発した。化学療法開始前の遺伝子パネル検査では遺伝子変異は陰性で、それに応じた標準治療を開始した。3次治療開始時に標準治療終了見込みとして、がんゲノムプロファイリング（CGP）であるFoundationOne CDx（F1CDx）を実施したところ、EGFR exon19領域に希少変異（EGFRp.A750_I759欠失/挿入）を検出した。4次治療にオシメルチニブを開始し、粟粒転移や胸膜・腹膜播種等の縮小を認め、部分奏効と判断した。【考察】キャプチャーシークエンス法のF1CDxは網羅性が高く、希少な遺伝子変異/転座も同定可能である。初回遺伝子検査陰性例でもCGPにより治療標的となる変異が同定される可能性があり、標準治療終了見込みでCGPを提出し、適切な治療を選択することが重要である。

A-10

タルラタマブ投与に伴うサイトカイン放出症候群を発症し救命し得なかった一例

¹磐田市立総合病院 初期研修医

²磐田市立総合病院

³浜松医科大学付属病院 第二内科

○中村 紘大¹、松島紗代実²、佐藤 大樹²、手嶋 隆裕²、川村 彰²、白鳥晃太郎²、柴田 立雨²、村上有里奈²、青島洋一郎²、西本 幸司²、佐竹 康臣²、原田 雅教²、妹川 史朗²、須田 隆文³

【症例】73歳男性【現病歴】X年3月低酸素を伴う胸水貯留のため当院紹介。全身検査の結果、間質性肺炎を背景に脳転移、副腎転移、胸膜播種、多発リンパ節転移を伴う小細胞肺癌と診断された。X年7月よりCBDCA+VP-16治療を4コース行うも効果は乏しく、2nd lineとしてnabPTXを3rd lineにタルラタマブを用いた。X年8月にnabPTXの投与を1コース行い、X年9月1日にタルラタマブ導入となった。タルラタマブ投与開始後2-3時間で酸素飽和度は低下し、G3のサイトカイン放出症候群（CRS）を発症した。発症直後よりDEXやトシリズマブ投与等ガイドラインに準じた対応を行ったが、9月4日には右肺が胸水で満たされ、呼吸不全のため永眠された。病理解剖では腫瘍崩壊症候群やCRSが発症した可能性が示唆された。【考察】本症例は腫瘍量が多く、CRS発症に関与したと考えられる。病理所見を含め若干の文献的考察を交え考察する。

A-11

肺癌に対する抗癌剤治療後に発症した治療関連MDSの一例

聖隷三方原病院 呼吸器センター内科

○日比隆太郎、松井 隆、鈴木 理沙、藤田 大河、豊田 俊輔、友田 悠、森川 萌子、稲葉龍之介、杉山 未紗、小谷内敬史、天野 雄介、加藤 慎平、長谷川浩嗣、横村 光司

症例は60歳代男性。X-6年右下葉局所進行扁平上皮癌に対してCDDP+TS1+RTでの治療を行い奏効を得た。X-5年に左下葉及び腓尾部に再発を認め、CBDCA+nab PTX+Pembrolizumab（Pemb）での治療を4コース行いCRを確認、2年間のPemb維持療法を行い経過観察とした。X-2年に腓尾部に再発、全身検索で他部位に病変はなく、オリゴ転移と診断し病変部位の切除を行った。術後からCBDCA+nab PTX+ Pembを開始し、4コース治療後にPembでの維持療法を行い病変の再発はなかった。X年10月から発熱が持続し、血液検査で白血球増多と異型細胞の出現を認めた。骨髓検査では各系統で異形成を認め、骨髓異形成症候群（MDS）と診断され、X+1年1月に造血幹細胞移植治療のため転院となった。長期にわたる抗癌剤治療後に治療関連MDSを発症することが知られており、考察を加え報告する。

A-12

術後脾臓転移再発をきたした胸腺腫の一例

大垣市民病院 呼吸器内科

○吉村 銀雅、安藤 守恭、小林 紘生、中井 将仁、堀 翔、中島 治典、安部 崇、安藤 守秀

症例は50代男性。X年1月に眼瞼下垂を主訴に救急外来を受診した。重症筋無力症と診断され、胸部CTでは前縦隔腫瘍を認め胸腺腫疑いとなった。同年3月に胸腺摘出術が行われ、胸腺腫（正岡分類Ⅱ）の診断となった。その後経過観察となったが、X+2年6月のCTで脾臓に腫瘍を認めた。脾臓腫瘍の針生検の結果胸腺腫の転移再発の診断となった。PET-CTでは多発骨転移も指摘された。治療目的に呼吸器内科紹介となり、CAMP療法を開始したが脾臓病変は緩徐に増大し、腫瘍内出血も認めたためX+2年11月に脾臓摘出術が行われた。脾臓はほぼ胸腺腫に置換されており、化学療法は効果不十分と考えられた。以降の経過観察で肺転移や骨転移の増悪を認めたため次治療の検討中である。胸腺腫の脾臓転移の報告は極めて稀であり、報告する。

A-13

高齢者の悪性胸膜中皮腫に対するニボルマブ・イピリムマブ治療で生じたirAE肝炎後に完全寛解した一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○藤田 翔平、秋山 訓通、北 健介、松下 京平、鈴木 僚、長崎 拓己、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 男性【経過】X年6月から湿性咳嗽が生じ、7月に前医受診し左肺の胸水貯留を認め、当院へ紹介となった。単純CT、PET-CT検査およびCTガイド下肺生検からcT3N2M0 StageⅢB 上皮型悪性胸膜中皮腫の診断で、X年9月からニボルマブ・イピリムマブ治療を開始し経過良好であった。X+1年3月、血液検査でAST・ALTの上昇を認めた。ICI治療によるgrade4 irAE肝炎の診断でプレドニゾロンを開始し、2週間後に肝機能の改善を得た。ICI治療中止時の単純CTで原発巣の完全寛解を認め、その後2年間完全寛解を維持している。【考察】高齢者の悪性胸膜中皮腫に対するICI治療に伴うirAE肝炎発症後に、原発巣の完全寛解が得られた症例であった。ICIのうち特にイピリムマブによるirAE肝炎発症時にステロイドによる迅速な治療介入をすることでICIの治療効果を延長できる可能性が考えられる。

A-14

慢性拡張性血腫と鑑別を要した慢性膿胸関連リンパ腫の一例

JA愛知厚生連 江南厚生病院 呼吸器内科

○峯松 礼佳、岩田 一希、藤村いずみ、杉浦 一磨、鈴木 日向、森下 琢斗、中垣しおり、伊東 友憲、滝 俊一、宮沢亜矢子、林 信行、日比野佳孝

症例は80歳代女性。若年時に結核に対し胸郭形成術の既往があった。貧血を契機に施行した胸部CTで右胸腔内に石灰化を伴う巨大腫瘍を認め、慢性拡張性血腫が疑われた。画像上大きな変化なく、可溶性IL-2受容体(sIL-2R)も基準範囲内(423 U/mL)であったため経過観察とした。その後約2年は安定していたが、2年4か月後に腫瘍増大と肝転移を認め、LDHおよびsIL-2Rは著明に上昇した。全身状態悪化により永眠し、剖検でEBV陽性びまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断され、慢性膿胸関連リンパ腫と確定した。慢性膿胸症例では、形態安定や正常腫瘍マーカーのみで悪性を否定せず、早期の機能画像検査を検討すべきであり、文献的考察を加えて報告する。

A-15

塵肺健康診断中の胸水、胸膜肥厚で指摘された、びまん性大細胞リンパ腫の1例

静岡済生会総合病院

○山本 知穂、明石 拓郎、霜多 凌、角田 智、渡邊 裕文、土屋 一夫、池田 政輝

【症例】80歳、男性【主訴】なし【現病歴】塵肺健康診断として4年間、6ヶ月毎に通院していた。202X年の定期通院時に、右胸水貯留と胸膜肥厚が胸部レントゲンで確認された。局所麻酔下胸腔鏡で胸膜生検を行うが、有意所見は得られなかった。患者背景、本人希望からBest Supportive Care検討となるが、右頸部リンパ節腫大が外来経過観察中に出現し、同部の生検からびまん性大細胞リンパ腫の診断となった。その後Pola-R-CHP(ポラツズマブベドチン+リツキシマブ+シクロホスファミド+ドキシソルビシン+プレドニゾロン)療法を開始したことで、良好な胸水減少と、胸膜肥厚の改善が得られた。【考察】びまん性大細胞リンパ腫の節外病変の中でも肺・胸膜を原発とした病変は希である。治療反応性から胸膜病変であったと判断し、文献的考察を加えて報告する。

A-16

進行胸腺腫内に発生したT細胞性急性リンパ球性白血病(T-ALL)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 血液内科

○齊藤 弘明¹、富貴原 淳¹、萩本 聡¹、寺町 涼^{1,2}、笹野 元¹、横山 俊樹^{1,2}、片岡 健介¹、梶口 智弘³、木村 智樹¹

73歳女性、慢性腎不全あり。X-4年10月に縦隔腫瘍を指摘。X-2年2月に右胸水貯留を来とし、精査の結果胸腺腫(正岡分類Ⅳa期)と診断された。手術や化学療法のリスクと本人の希望を踏まえ、引き続き経過観察となった。X-1年末より呼吸困難が増強し、X年1月に急激な胸腺腫の増大による右主気管支狭窄とWBC 69800/ μ Lへの著増を認めて入院。気管支狭窄の軽減を期待して全身ステロイド投与を行ったところ、白血球数は著減し腫瘍も縮小したが、急性腎障害と電解質異常、DICを生じ、腫瘍崩壊症候群と診断、血液透析を含む集学的治療を要した。Day 13に退院し、Day 17の外来で末梢白血球数の再上昇を認めた際に骨髓生検を実施したところ、T-ALLと診断された。腫瘍細胞はCD1a陽性で胸腺内分化段階のT細胞由来と考えられ、胸腺細胞の白血病化の可能性も示唆された。胸腺腫経過観察中にT-ALLを発症した報告は非常に稀であり、両疾患の関連に関する考察を交えて報告する。

A-17

肺癌と鑑別を要した気管支閉鎖症の一例

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

○天野 桃薫、渡辺 綾乃、臼井 鉄郎、村山 賢太、
宮本 凌太、志村 暢泰、中川栄実子、増田 寿寛、
佐野 武尚、玉里 滋幸、藤井 雅人

症例は60歳男性。X年12月咳嗽と喀痰が出現し、症状持続するため前医で抗生剤内服したが症状改善しなかった。胸部CTでは左下葉の浸潤影と左B6の閉塞を認め、1か月後にCTを再検したが改善を認めず、精査加療目的にX+1年3月当院を紹介受診された。血液検査では軽度の炎症反応の上昇とシアリルLex-i抗原の上昇を認め、CTで左B6の閉塞と、その末梢の円柱状の構造物、左下葉の浸潤影を認めた。気管支内視鏡検査を施行し、左B6の欠損が認められ気管支閉鎖症と診断した。また左B9からS6に向かう気管支より経気管支生検や気管支洗浄を施行し、病理では悪性所見は認めず、培養からは緑膿菌が検出された。感染が持続しており、肺癌の合併の可能性も否定できないことから、呼吸器外科にてロボット支援胸腔鏡下左肺下葉切除術を施行した。病理で悪性所見は認められず、経過は良好であり、術後シアリルLex-i抗原も陰性化している。

A-19

多中心性キャッスルマン病が疑われたが剖検にて診断された古典的ホジキンリンパ腫の一例

豊田厚生病院

○松尾圭那子、鳥居 敦、伊東 幸祐、糸魚川英之、
柴田 寛史、中原 義夫

【症例】75歳女性。左乳癌の既往がある。X年6月に健診で右肺門部腫瘤を指摘され精査目的に紹介となった。CTで多発リンパ節腫大、肝・骨病変を認め進行肺癌が疑われた。気管支鏡検査を2回施行したが悪性所見は得られず、肉芽腫性疾患が疑われた。感染症や自己免疫疾患は精査によりいずれも否定的であった。sIL-2R高値を認め、多中心性キャッスルマン病を疑いステロイドパルス療法およびトシリズマブ投与を行ったが、胸腹水増加と全身状態悪化を認め死亡した。剖検の結果、リンパ節、肺、脾臓、骨髄など全身に浸潤する混合細胞型古典的ホジキンリンパ腫と診断された。【考察】ホジキンリンパ腫は小検体では診断が困難なことがある。本症例は全身リンパ節腫大やsIL-2R高値を伴っており、早期の悪性リンパ腫の鑑別、外科的生検を含めた十分な組織診断を検討する重要性が示唆された貴重な症例と考えられたため経過を報告する。

A-18

経気管支鏡下生検で診断に至った肺原発MALTリンパ腫の一例

岐阜県立多治見病院 呼吸器内科

○杉浦 弘洋、八木 光昭、志津 匡人、
佐々木由美子、矢口 大三、玄 崇永、
高畑 徳子、水谷 文香、市川 元司

症例は60代女性、非喫煙者で骨粗鬆症以外に特記すべき既往なし。X年5月に健診胸部Xpで左下肺野すりガラス陰影を指摘され、他院でCTを行い舌区に浸潤影を認めたため当院紹介。造影CTでは浸潤影内部は均一に染まり、不整腫瘍は指摘されなかった。採血では炎症反応の上昇は無く、抗MAC抗体陰性、腫瘍マーカーも特記異常は認めなかった。半年前に他院で行った腹部CTでも同部位に陰影を認めていたため、肺炎型の肺癌も鑑別に気管支鏡下生検を行った。病理では小型核と比較的豊かな胞体を有するリンパ球様のびまん性浸潤が見られた。免疫染色の結果、MALTリンパ腫と診断した。PET-CTでは舌区の陰影以外に異常集積は認めなかった。SS-A/SS-B抗体は陰性で、上部、下部消化管内視鏡検査でも異常は認められず、肺原発MALTリンパ腫と診断した。血液内科に紹介し、経過観察の方針となった。経気管支鏡下生検で診断に至った肺原発MALTリンパ腫の一例を経験したので報告する。

A-20

安定した胸水で診断遅延したMeigs症候群の1例

JA愛知厚生連 江南厚生病院 呼吸器内科

○倉田真友子、岩田 一希、藤村いずみ、杉浦 一磨、
鈴木 日向、森下 琢斗、中垣しおり、伊東 友憲、
滝 俊一、宮沢亜矢子、林 信行、日比野佳孝

症例は70歳代女性。検診で右胸水を指摘され紹介となった。胸水は滲出性でADA正常、細胞診陰性、画像上も原因を特定できず経過観察となった。約1年間胸水は安定していたが、その後増悪し腹水が出現した。腹部画像で石灰化を伴う骨盤内腫瘍を認め、CA125高値を呈していたことからMeigs症候群を疑い、両側付属器切除術を施行した。病理は良性Brenner腫瘍であった。術後、胸水および腹水は速やかに消失した。本症例は、長期間安定した滲出性胸水が診断遅延の要因となった点で示唆に富む。閉経後女性の原因不明胸水では骨盤内病変の検索を考慮すべきであり文献的考察を加えて報告する。

A-21

右大量胸水を契機に診断されたMeigs症候群の1例

順天堂大学医学部附属静岡病院

○梅津 貴弘、黒田 優実、永井怜太郎、松本 卓也、
市 麻奈美、三浦 啓太、三森 友靖、岩神 直子、
岩神真一郎

症例は60代女性。X年9月頃から出現した呼吸困難を主訴に前医を受診、気管支喘息として治療開始されるも症状は経時的に増悪した。胸部レントゲンで縦隔偏位を伴う右大量胸水を認め、9月16日に前医に入院となった。胸腔ドレナージおよび抗菌薬治療が行われたが胸水は改善せず、10月17日に当院へ転院となった。胸水は滲出性でリンパ球優位、細胞診class 2であった。抗菌薬、アルブミン静注、利尿剤などで加療後も1日1L程度の排液が持続した。悪性疾患の鑑別のためPET-CTを行なったところ骨盤内腫瘍と腹水を認めた。骨盤MRIで約16cm大の卵巣腫瘍を認めたことからMeigs症候群が疑われ婦人科紹介となった。腹式左付属器切除術を施行したところ、術後速やかに胸水は消退した。病理診断は卵巣線維腫であった。Meigs症候群は卵巣線維腫などに胸腹水を伴い腫瘍切除により消失する稀な病態であり、大量胸水を呈する症例では鑑別疾患として考慮する必要があると考えられた。

A-22

治療に難渋し胸管結紮術にて改善した特発性乳び胸の一例

¹ 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

² 同 呼吸器外科

³ 同 救急部集中治療室

⁴ 同 緩和ケア内科

○野崎 千穂¹、片岡 健介¹、木村 海斗²、
萩本 聡^{1, 4}、寺町 涼^{1, 3}、富貴原 淳¹、
森 俊輔²、笹野 元¹、横山 俊樹^{1, 3}、
木村 智樹¹

76歳男性、喫煙歴なし、既往に大動脈解離、高血圧。ADL完全自立。2～3週間の労作時呼吸困難があり、定期外来時に右側胸水を指摘され、精査開始。胸水は乳黄白色混濁、滲出性、リンパ球分画80%、トリグリセリド3010mg/dlであり、乳び胸水と診断。局所麻酔下胸腔鏡では、観察範囲に胸膜異常所見は認めず、右単径からのリンパ管造影では、漏出部は確認できなかった。胸腔ドレーン排液が遷延するため、絶食、高カロリー輸液管理により、改善するも不十分だったため、サンドスタチン皮下注射を併用。なおも改善不十分であり、繰り返しの胸膜癒着術でも改善せず、栄養状態は悪化。全身麻酔下に開胸手術施行。左単径からICGによるリンパ管造影を行い、複数箇所漏出部を同定し胸管を結紮した。術後から胸水流出量は増加せず、段階的に脂質に留意しながら食事を再開。ドレーン抜去を達成し、独歩にて退院可能となった。特発性乳び胸の治療フローを含めて報告する。

B-01

サルコイドーシスと腎癌が同時に悪化した一例

豊橋市民病院

○大須賀 公一、碓井 総磨、大原 康、佐野 開人、森 康孝、安井 裕智、福井 保太、大館 満、牧野 靖

症例は76歳女性。X-11年に右腎癌に対し右腎摘除術を施行。X-4年より肺転移に対し分子標的薬であるカボザチニブにて治療中であった。X年1月、縦隔リンパ節腫大を認め当科紹介。気管支鏡検査では悪性所見を認めず、虹彩炎も伴ったことからサルコイドーシスと診断し経過観察とした。X年7月、背部痛を発症。PET-CTにて胸椎を中心に脊椎へのFDG集積および肺病変の増大と集積を認めた。転移性骨腫瘍とサルコイドーシスの鑑別のため第8胸椎椎体より骨生検を施行し、非乾酪性肉芽腫を認め骨サルコイドーシスと診断、プレドニゾロン投与を開始した。縦隔リンパ節は縮小したが腭頭部および肺結節影は増大し、腭病変よりEUS-FNAを施行し腎癌腭転移と診断した。悪性腫瘍転移とサルコイドーシス病変が併存し鑑別に苦慮した一例であり、骨サルコイドーシスの稀少性も含め文献的考察を加え報告する。

B-02

ステロイドおよびレボフロキサシン併用療法により軽快し、髄液所見の改善を認めた結核性髄膜炎の一例

¹JCHO 中京病院

²同 脳神経内科

○桑原 綾香¹、福谷衣里子¹、佐々 直矢¹、馬淵 英徒¹、五軒矢 桜¹、大井 肇¹、折中 雅美¹、小林 正宏¹、伊勢 裕子¹、浅野 周一¹、辻 裕丈²

症例は21歳、ミャンマー国籍の女性。頭痛と嘔気を主訴に受診した。意識清明、身体診察で項部硬直を認め、髄液検査で糖の低下と単核球優位の細胞数上昇を認めた。頭部造影MRIでは脳底部の髄膜肥厚と増強効果、左前頭葉の結節影を認めた。胸部CTでは両肺の上葉優位に多発粒状影、tree-in-bud appearanceを認め、胃液の結核PCR陽性より肺結核・結核性髄膜炎と診断した。RFP、INH、EB、PZAの標準治療に加え、髄液移行性を考慮してLVFXも追加した。またデキサメサゾン13.2mg/日点滴を併用し漸減した。治療開始後、頭痛と嘔気は改善し、髄液初圧や細胞数も経時的に低下を示し、第40病日に退院した。結核性髄膜炎は予後不良であり、一部の抗結核薬は髄液移行性が不十分で治療に難渋すること多い。本症例においては、髄液移行性の優れたLVFXの追加と、治療初期から併用したステロイドの抗炎症作用の双方が、良好な転帰に寄与したと考えられた。

B-03

原発性肺癌との鑑別を要した慢性肺コクシジオイデス症の1例

岡崎市民病院 呼吸器内科

○渡邊 太一、犬飼 朗博、丸山 英一、林 修平、後藤 洋輔、稲葉 慈、奥野 元保

【症例】56歳、女性【主訴】なし、健診で右肺結節の指摘【現病歴】X-1年健診で右下肺野結節を指摘、X年CTで増大傾向、空洞形成あり当院紹介となった。自覚症状はなく、X-7年からX-3年に米国アリゾナ州に滞在歴ありを聴取した。IGRAとクリプトコッカス抗原は陰性であった。その後病変は一時自然に縮小したが、X+1年に再増大あり原発性肺癌を否定できないため外科的肺生検を行った。切除検体からコクシジオイデス感染が疑われたため、国立感染症研究所に依頼し診断が確定した。後日フルコナゾール内服治療を開始し、現在まで再発なく経過している。【考察】コクシジオイデス症は米国南西部由来の輸入真菌症で国内報告数は年間約5例である。本邦に多い慢性型では肺癌、結核と鑑別を要し、渡航歴聴取が重要である。一般にヒト-ヒト感染はないが、極めて感染リスクが高いとされ、防疫の観点からも詳細な病歴聴取が重要である。

B-04

多椎体溶骨性病変と脊柱管内進展を伴った若年女性の脊椎カリエスの1例

島田市立総合医療センター 呼吸器内科

○田代 舞人、金田 桂、落合 杏風、伊藤祐太郎、一條甲子郎、上原 正裕

症例は29歳女性。インドネシア人。微熱を主訴に前医を受診し、胸部X線で右上肺野粒状影を指摘され当科紹介となった。CTでは両肺に多発粒状影が散在し、さらにC3、Th6、Th11、L1椎体に溶骨性病変を認めた。特にTh11では傍椎体膿瘍の脊柱管内進展を伴っていた。同部位に対してCTガイド下生検を施行したところ、チール・ニールセン染色で抗酸菌を認め、PCR検査で結核菌が同定され脊椎カリエスと診断した。硬性コルセット作成のうえ、ベッド上安静とし、イソニアジド、リファンピシン、エタンブトール、ピラジナミドの4剤併用療法を開始した。薬剤感受性は良好であり、現在も治療継続中である。我が国は2021年に結核低蔓延国となり、脊椎カリエスを診療する機会は減少している。肺病変に加えて多椎体骨病変および脊柱管内進展を同時に認める症例は比較的稀である。文献的考察を加えて報告する。

B-05

肺扁平上皮癌に対して化学放射線治療後に発症したアスペルギルス気管気管支炎の一例

¹静岡済生会総合病院

²千葉大学真菌医学研究センター

○上村 嘉登¹、霜多 凌¹、角田 智¹、
明石 拓郎¹、渡邊 裕文¹、土屋 一夫¹、
池田 政輝¹、渡邊 哲²

症例は80歳代男性。X-10年に咳嗽を契機に当科紹介受診し、胸部X線で左無気肺を認め肺扁平上皮癌と診断、カルボプラチン+ナブパクリタキセル併用の化学放射線治療を施行した。その後CRとなり経過観察中、当院消化器内科で肝細胞癌と診断されX-2年よりアテゾリズマブ+ベバシズマブ療法が開始された。X-1年右下葉結節影の増大に対し肺悪性腫瘍と判断し放射線治療を施行した。同年8月に照射野に一致した浸潤影が出現し放射線肺臓炎と診断、プレドニゾロン30mg/日を開始した。漸減中に咳嗽が出現し、胸部CTで左主気管支に潰瘍性病変を認めた。気管支鏡検査で白色病変を伴う潰瘍を認め、同部位からアスペルギルス属を疑う糸状菌を検出しアスペルギルス気管気管支炎と診断した。イサブコナゾール投与により改善を認めた。比較的稀な病態であり文献的考察を加えて報告する。

B-07

肺胞出血様の気管支肺胞洗浄液所見を呈したLegionella longbeachae肺炎

¹知多半島総合医療センター 臨床研修センター

²同 呼吸器内科

○勅使河原圭¹、小林 弘典²、池ノ内紀祐²、
小川 雅弘²

【背景】肺胞出血は気管支肺胞洗浄液（BALF）が逐次血性を示すことが特徴的であり、ヘモジデリン含有マクロファージが増加する病態である。【症例】70代男性。糖尿病等の既往あり。発熱による体動困難で救急搬送された。市中肺炎の診断でCTRXによる治療を開始したが改善乏しく、非定型肺炎を考慮しLVFXへ変更した。画像所見から肺胞出血の可能性も考慮し気管支鏡を施行。逐次血性を示すBALFが得られたが、ヘモジデリン含有マクロファージは0%だった。後にBALF培養よりLegionella longbeachaeが検出され、レジオネラ肺炎と確定診断に至った。【考察】臨床経過および細胞診結果から、逐次血性を示したBALFは肺胞出血ではなくL. longbeachae感染に伴う色調変化が主体と考えられた。【結語】L. longbeachaeによるBALF色調変化の報告は乏しく、診断過程の示唆とともに報告する。

B-06

重度の呼吸・循環不全のためV-AV ECMOを導入し救命し得た重症肺炎の一例

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 緩和ケア内科

○河方 尚子¹、寺町 涼^{1, 2}、岡 芳幸¹、
萩本 聡^{1, 3}、富貴原 淳¹、笹野 元¹、
横山 俊樹^{1, 2}、片岡 健介¹、木村 智樹¹

症例は80代男性。7日前より労作時呼吸困難を自覚、当日に意識障害を認め当院搬送となった。受診時、呼吸回数44回/分、SpO₂ 65%（酸素10L/分）、胸部画像で両側広範に浸潤影を認めた。ERで挿管もPaO₂ 45.6Torr（酸素100%）と重度呼吸不全を認め、カテコラミン使用下で血圧は50mmHg台であった。心臓超音波検査では右心負荷に伴う左室low outputを認め、IABP及びV-AV ECMOを導入しICUに入室した。自己抗体・Film array陰性で、気管支鏡では膿性痰は認めなかった。重症肺炎と診断し、抗菌薬と非感染性も考慮しステロイドパルス含む免疫抑制療法を行った。翌日に血行動態は改善しV-V ECMOに切り替え、第3病日にIABPは離脱した。第6病日にV-V ECMO下で腹臥位療法を施行、第7病日に両側胸腔ドレナージを行ったところでV-V ECMOの離脱に成功した。第10病日に抜管、第13病日にICU退室、第88病日に転院となった。V-AV ECMOを用いて救命し得た重症肺炎は貴重であり報告する。

B-08

エンドトキシン吸着療法を含む集学的治療により救命し得た重症レジオネラ肺炎の一例

¹藤田医科大学 ばんだね病院 呼吸器内科

²同 腎臓内科

○小山遼太郎¹、伊奈 拓摩¹、立奈 良崇²、
川口 萌¹、常喜 栄太¹、吉田 隆純¹、
廣瀬 正裕¹

症例は60歳男性。呼吸苦を主訴に近医を受診し胸部単純写真で右肺炎像を指摘され急性肺炎の診断で入院となった。ABPC/SBTの投与を開始されたがその3日後に呼吸状態及び陰影の増悪を認め当院に転院となった。胸部CTで右下葉に広範な浸潤影を認め同日に提出した尿中レジオネラ抗原が陽性であり急性レジオネラ肺炎と診断した。酸素10L/分の投与下でもSpO₂ 80%台であり呼吸切迫も著明、ICUで挿管人工呼吸器管理とした。アジスロマイシンとレボフロキサシンによる治療を開始したが、敗血症性ショック及びDICを合併し、第3病日よりエンドトキシン吸着療法（PMX-DHP）を施行した。その後状態は安定し第5病日に人工呼吸器離脱となった。第10病日には抗菌薬を終了し第14病日に退院となった。重症レジオネラ肺炎に対しPMX-DHPが有用であった報告は複数あり、敗血症性ショックを伴う重症レジオネラ感染症に対する早期導入で予後が改善する可能性が示唆される。

B-09

当院で経験したRSウイルス下気道感染症と考えられた3症例

聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科

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

FilmArray呼吸器の普及でウイルス感染症診断が比較的容易となっている。当院で最近経験したRSウイルス感染症3例は全例入院治療を要し、注意すべき市中感染症と考えられ報告する。症例1、51歳男性。咳喘息で治療中、発熱、咳嗽のためGRNX処方されるも解熱せず当院紹介入院。右上肺にすりガラス陰影が認められた。RSウイルスが検出され抗菌薬を中止、対症療法で軽快。症例2、74歳男性。前立腺癌でホルモン療法を受けていた。前病院で両側下肺浸潤影を伴う肺炎の為入院、抗菌薬治療で改善乏しく、両肺GGO出現し当院転院した。ステロイドパルス開始、RSウイルス検出されウイルス性肺炎合併と判断。HOT導入で退院するも最終的にHOTは中止できた。症例3、54歳男性。COPDで治療中、発熱、咳嗽で受診、低酸素血症認め当院入院。全肺に細気管支炎像認め、RSウイルスが検出された。対症療法継続で改善した。

B-10

肺膿瘍より化膿性胸肋関節周囲炎を発症した1例

¹岐阜市民病院 呼吸器・腫瘍内科

²同 消化器内科

○安江 貴洋¹、吉田 勉¹、平岡 恒紀¹、堀場あかね¹、石黒 崇¹、小牧 千人¹、岩田 圭介²

症例は78歳男性。高血圧症と糖尿病で近医通院中であつた。X年11月5日に左胸部痛、頸部痛を主訴に近医受診した。リウマチ性多発筋痛症としてPSL 10mgを7日間処方されたが症状改善に乏しく、左前胸部の限局性腫脹を認め、11月10日に当科紹介となった。単純CTでは骨破壊像を伴わない左肺上葉の40mm大の軟部腫瘍と前胸壁への浸潤が見られた。血液検査では好中球優位の白血球増加とCRP著明高値を認め、CEZ投与を開始した。肺癌との鑑別のために造影CTを施行し、左第1胸肋関節周囲に肺内から胸壁にかけてリング状に濃染する50mm大の腫瘍を認め、膿瘍形成が疑われたため経皮的穿刺を行い、培養で*Streptococcus agalactiae*が検出された。CRPは減少傾向であつたが疼痛は残存しており、抗菌薬投与9日目から感受性結果を考慮しSBT/ABPCに変更した。その後腫瘍は縮小し症状や血液検査所見も改善した。肺膿瘍が膿瘍を合併せず胸肋関節周囲炎を来した例は稀と考え報告する。

B-11

COVID-19感染を契機に肺動静脈瘻を指摘、診断に至ったOsler病の一例

岡崎市民病院 呼吸器内科

○神島 尚樹、犬飼 朗博、丸山 英一、林 修平、後藤 洋輔、稲葉 慈、奥野 元保

症例は50歳代の女性。X年9月、呼吸困難を主訴に近医受診。COVID-19と診断された。近医でSpO₂低下を認め当院紹介、胸部CTにて明らかな肺炎像は認めないが肺動静脈瘻(AVM)を認めた。反復性鼻出血、肝血管腫を確認し、肺動静脈瘻の存在および同疾患で死亡した一親等以内の家族歴を認め、Osler病と診断した。同年11月に右肺AVMに対しコイル塞栓術を施し、X+1年1月には左肺AVMに追加コイル塞栓術を施行した。術後のフォローCTにて塞栓術を施行した病変については再開通を認めなかった。肺血流シンチグラフィによるシャント率は低下を認め、自覚症状も改善した。Osler病の一例について考察を交えながら報告する。

B-12

当院における肺野末梢病変に対する気管支鏡デバイス(sukedachi)の使用経験

¹松阪市民病院 呼吸器センター

²三重大学医学部 呼吸器内科

○金 東祐¹、西井 洋一¹、畑地 治¹、伊藤健太郎¹、坂口 直¹、古田 裕美¹、鈴木 勇太¹、藤浦 悠希¹、江角 征哉¹、江角 真輝¹、中西健太郎¹、井上 れみ¹、松浦 信太¹、田口 修¹、小林 哲²

気管支鏡による肺野末梢病変に対する診断率は気管支ナビゲーション、細径気管支鏡、R-EBUSによるGSを用いた生検を行うことにより診断率は34%から60-80%と飛躍的に向上した。極細径気管支鏡を使用することによりさらに末梢病巣への到達が可能となったが困難な症例が存在する。Miyakeらは気管支鏡デバイス(sukedachi)を用いたBDBD法より細径気管支鏡もしくは極細径気管支鏡を2.3分岐進めることができ、末梢病変へのアプローチの有効性を報告している。56歳男性、右中葉の13mmの肺癌を疑う結節影。気道の末梢側で頭側に向かう責任気管支であつたため極細径気管支鏡で検査をスタートした。右B4aiβまで挿入するも頭側への責任気管支は狭小化し挿入が困難であつたためsukedachiを用い30秒で2回拡張しwithinを得た。我々は若干の考察を加えその有効性を報告する。

B-13

AIを用いた気管支鏡シミュレーターの教育効果の検討

藤田医科大学病院 臨床研修センター

○松岡 洋

【背景】AIは医療教育や診断支援に応用されつつあり、教育支援ツールとしての有用性も期待されている。【目的】AIによる画像認識機能（気管支名表示や成績判定など）を備えた気管支鏡シミュレーターの教育効果を評価し、自身の経験を踏まえて報告する。【方法】参加に同意した若手医師がトレーニング模型およびAIブロンコシミュレーターを用いたトレーニングセッションを受けた。セルフトレーニング前後に実施したテスト（内腔観察）では到達区域気管支数や所要時間を記録した。【結果】15名が参加し、到達区域気管支数の中央値はプレテストの14からポストテストで18に増加し、平均所要時間は7.8分から4.2分へ短縮した。アンケートでは「ゲーム感覚で取り組める」「即時にフィードバックが得られる」など肯定的意見が得られた。【結論】AIを用いた気管支鏡シミュレーターは若手医師の気管支鏡学習効率の向上に寄与する可能性がある。

B-14

両側多発肺結節影を呈し外科的肺生検で診断した肺硝子化肉芽腫の一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

○野村 公作、小川 紗葵、長谷川将暉、中村 花凛、白髭 彩、松浦 彰彦、廣島 正雄、田中 麻里、稲垣 雅康、小玉 勇太、伊藤 亮太、竹山 佳宏、横山 俊彦

症例は60代女性。X年2月、健診の胸部X線で両肺野に結節影を指摘され前医を受診した。胸部CTで両側に最大径24 mmの大小不同の多発肺結節影を認め、当科に紹介となった。結節影は軽度造影効果を伴い、18FDG-PETでSUV max 3.06の集積を認めた。気管支鏡では悪性所見および肉芽腫性病変を認めなかった。悪性疾患を否定できず、3月に胸腔鏡下右肺部分切除を施行した。病理所見で硝子化した膠原線維の増生と炎症細胞浸潤を認め、肺硝子化肉芽腫と診断した。膠原病の合併は認めず無症状のため、保存的に経過観察の方針とした。その後胸部X線で陰影が増大し、6月よりステロイド治療を施行したが明らかな改善を認めなかった。以降、慎重に経過観察を継続している。肺硝子化肉芽腫は稀な良性疾病であるが、画像上、原発性肺癌や転移性肺腫瘍との鑑別が困難であり、診断に難渋する例も少なくない。今回、外科的肺生検により診断した一例を経験したため報告する。

B-15

在宅診療におけるポータブルレントゲンが診断および治療方針に与えた影響

¹JA愛知厚生連 足助病院 内科

²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

○河合 将尉^{1, 2}、長橋 究¹、山口 晃子¹、猪狩 裕紀¹、佐橋 榛香¹、森下 真圭¹

【背景】在宅診療の需要は増加しており、呼吸器疾患を含む急性症状への対応が求められている。一方、在宅環境下では画像診断に制約があり、診断や治療方針決定に苦慮する場面も少なくない。【目的】在宅診療におけるポータブルX線検査が、急性症状の診断および治療方針決定に与える影響を検討する。【方法】期間は2025年1月から1年間。在宅診療においてポータブルX線検査を施行した74例を対象に、後方視的に検討を行った。【結果】ポータブルX線検査により診断が確定、または治療方針の変更に至った症例は11例（15%）であった。肺炎や心不全の陰影確認、イレウスの診断に有用であり、入院回避が可能と判断された症例も認められた。【考察】在宅環境下であってもポータブルX線検査は、呼吸器疾患を含む急性症状の診断および治療方針決定に有用であると考えられた。在宅診療における意思決定支援ツールとして重要な役割を果たす可能性が示唆された。

B-16

手術治療を施行した気管支動脈瘤が疑われた一例

¹日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 呼吸器内科

²同 呼吸器外科

○長谷川将暉¹、野村 公作¹、小川 紗葵¹、中村 花凛¹、白髭 彩¹、松浦 彰彦¹、廣島 正雄¹、田中 麻里¹、稲垣 雅康¹、小玉 勇太¹、伊藤 亮太¹、竹山 佳宏¹、横山 俊彦¹、秋葉 嘉将²、森 正一²

症例は70代の女性。咯血を主訴に前医耳鼻科を受診。喉頭内視鏡で気管からの出血を認め、当院紹介となった。胸部CTにて右肺上葉S1に血液の吸い込み像を疑うすりガラス影を認め、造影CTでは気管支動脈の拡張、増生を含めた異常血管は確認できなかった。出血源検索のため気管支鏡検査を施行したところ、右B1b入口部付近に拍動する紫色の隆起性病変を認め、血管病変が強く疑われた。保存的治療により出血のコントロールは得られたが、再出血のリスクも考慮して根治術を行う方針とした。胸腔鏡下に右肺S1区域切除術を施行、術後経過は良好で現在まで再咯血は認めていない。術中所見では動脈瘤は明らかではなかったが、切除肺の病理学的検討からは気管支動脈の血管奇形が瘤化し、出血に寄与した可能性が示唆された。気管支鏡により視認し、外科的切除後に病理学的に確認し得た気管支動脈瘤の一例を経験したので報告する。

B-17

初期治療選択にグラム染色が有用だった β -ラクタマーゼ非産生アンピシリン耐性インフルエンザ菌による膿胸

¹知多半島総合医療センター 内科

²同 呼吸器内科

○竹中 聖¹、小林 弘典²、池ノ内紀祐²、小川 雅弘²

【背景】成人膿胸においてH. influenzaeは稀な起炎菌であり、特に β -ラクタマーゼ非産生アンピシリン耐性(BLNAR)株による報告は極めて少ない。【症例】80代男性。糖尿病等の既往あり。腰痛と体動困難で救急搬送された。右膿胸による敗血症性ショックと診断し、胸腔ドレナージおよびSBT/ABPCによる経験的治療を開始。胸水グラム染色でH. influenzaeを疑う所見を認め、自施設のアнтиバイオグラムも考慮し翌日にCTR_Xへ変更した。後に胸水・血液培養からBLNARが検出された。集学的治療を行うも第7病日に永眠された。【考察】膿胸の経験的治療では連鎖球菌や嫌気性菌が主標的となり、初期からBLNARを想定することは困難である。本例ではグラム染色による迅速な菌種推定が治療の個別化に直結した。【結語】稀なBLNARによる膿胸において、グラム染色の有用性を再認識した一例として報告する。

B-19

鍼治療を契機として胸椎化膿性脊椎炎を発症し膿胸・肺化膿症への進展が疑われた1例

¹静岡赤十字病院 呼吸器内科

²浜松医科大学 内科学第二講座

○増田 拓也¹、宮本 宰太¹、鈴木健太郎¹、高橋 進悟¹、杉本 藍¹、深田 充輝¹、森田 雅子¹、松田 宏幸¹、須田 隆文²

症例は62歳男性。X年5月に背部痛に対して鍼治療を数回受け症状軽快した。6月に同部位の背部痛が再燃したため近医の整形外科を受診し胸椎圧迫骨折と診断された。8月より咽頭痛、湿性咳嗽が出現したため近医を受診し、胸部CTで異常陰影を認めたため9月に当科を紹介となった。胸部CTにてニボーを伴う左胸水貯留あり、胸膜肥厚を伴っていた。また左下葉に空洞性病変を合併していた。それに加えて第9胸椎圧迫骨折および、その椎体周囲の軟部陰影の増生があり胸腔内病変と連続していた。以上から化膿性脊椎炎から進展した膿胸と肺化膿症を疑い抗菌薬治療を開始した。胸椎MRI所見でも化膿性脊椎炎に矛盾しない所見であり、整形外科にて椎体感染組織の切除および膿瘍ドレナージ術を施行した。各種培養検査からは起炎菌の同定には至らなかったが、約3ヶ月間の抗菌薬治療で肺病変は消退した。本症例のような経過は稀であり文献的考察を加えて報告する。

B-18

ラスクフロキサシンが奏効したレジオネラ肺炎の一例

JCHO中京病院 呼吸器内科

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

症例は84歳女性。自宅玄関で体動困難となっているところを発見され、当院に救急搬送された。CTで右上葉に浸潤影を認め、血液検査では炎症反応上昇や高CK血症を認めた。尿中レジオネラ抗原陽性と判明したため、レジオネラ肺炎と診断、入院しラスクフロキサシン(LSFX)点滴で加療を開始した。第2病日に呼吸状態が悪化したためHFNC管理とし、重症肺炎としてヒドロコルチゾン200mg/dayの投与を開始した。その後は改善傾向となり、第8病日にHFNCを離脱、第15病日にLSFXを終了した。ADLの低下もあり第20病日に転院となった。LSFXによるレジオネラ肺炎治療の報告は少ないが、LSFXは肺胞マクロファージへの移行性が良く、細胞内寄生菌であるレジオネラ菌に有効性が期待される。また、レジオネラ肺炎は腎障害を合併しやすいため、腎機能に応じた用量調整を必要としないLSFXは有用な治療選択肢であると考えられた。

B-20

女性異性愛者に発症した後天性免疫不全症候群(AIDS)およびニューモシスチス肺炎(PCP)の一例

¹浜松医科大学 内科学第二講座

²浜松医療センター 感染症内科

○石井 英恵¹、山下 遼真¹、古橋 一樹¹、井上 裕介¹、安井 秀樹¹、柄山 正人¹、鈴木 勇三¹、穂積 宏尚¹、榎本 紀之¹、藤澤 朋幸¹、乾 直輝¹、須田 隆文¹、田島 靖久²

症例は41歳女性。職業は歯科衛生士。既婚者。5ヶ月前から全身の関節痛が出現し、2ヶ月前から徐々に増強する労作時呼吸困難が見られ、前医の胸部画像検査で両肺野びまん性すりガラス影を指摘され当科へ紹介された。当初は膠原病関連間質性肺疾患が疑われたが、自己抗体は陰性であった。一方で β -Dグルカン391pg/mL、HIV抗原・抗体>100COI、CD4陽性リンパ球25/ μ Lであり、気管支鏡下クライオ肺生検で軽度の胞郭炎と、肺胞腔内にグロコット染色陽性の菌体を認め、気管支肺胞洗浄液のP. jirovecii-PCR陽性なことから、AIDS-PCPと診断した。ST合剤などでの治療でPCPは改善した。その後他院で抗HIV治療を開始した。HIV感染症は男性同性愛者が過半数を占めており、女性異性愛者では稀である。HIV感染症における関節痛は急性感染期のみならずAIDS発症期を含めたあらゆる病期で生じうる。関節痛を伴う呼吸困難では、AIDS-PCPは重要な鑑別疾患の一つである。

B-21

外科的切除により診断した硬化性肺胞上皮腫(sclerosing pneumocytoma)の1例

小牧市民病院 呼吸器内科

○吉村 賢人、池山 賢樹、吉田 健太、縣 知優、
全並 正人、櫻井 孟、後藤 大輝、高田 和外、
小島 英嗣

症例は31歳女性。健診胸部X線で右下肺野異常影を指摘され前医を受診し、胸部CTで右肺下葉に結節影を認め精査目的に当院紹介となった。肺癌が疑われ気管支鏡下生検(EBUS-GS)を施行したが確定診断に至らなかった。PET/CTでは同部位にFDG集積(SUVmax 3.7)を認めたが、明らかなリンパ節転移や遠隔転移を示唆する所見は認めなかった。画像上肺腫瘍性病変が否定できず、診断的治療目的に胸腔鏡下右下葉底区切除術を施行し、病理組織学的検査にて硬化性肺胞上皮腫(sclerosing pneumocytoma)と診断された。本疾患は比較的稀であり、画像上肺癌との鑑別が困難なことがある。孤立性肺結節の鑑別として念頭に置く必要があると考えられた。

B-23

長期間を経て胸郭内再発を認めた骨肉腫の一例

¹藤田医科大学 ばんだね病院 呼吸器内科

²同 呼吸器外科

○川口 萌¹、伊奈 拓摩¹、樽川 智人²、
樋田 泰浩²、常喜 栄太¹、吉田 隆純¹、
廣瀬 正裕¹

症例は72歳女性。12年前に右腸骨の原発性骨肉腫に対し外科的切除を受けた既往がある。健康診断の胸部単純写真で右上中肺野縦隔側の腫瘤影を指摘され当院紹介受診となった。胸部CTで右上葉および縦隔内に比較的辺縁整の腫瘤を認め、診断目的に気管支鏡検査(TBNA)を施行したが悪性所見は認められなかった。診断目的に胸腔鏡下生検を施行した。病理組織学的検査で高度異型細胞が類骨様の好酸性基質を形成し増殖する像を認め、骨肉腫の肺及び縦隔への転移再発と考えられた。待機的に右上葉切除術を施行し経過観察中である。骨肉腫の転移好発部位は肺でありその多くが2-3年以内の再発とされ、本症例のように10年以上の長期間を経て再発した症例は稀であり、文献的考察を含め報告する。

B-22

肺癌との鑑別を要した髄膜腫肺転移の1例

聖隷浜松病院 呼吸器内科

○郡司 哲仁、二橋 文哉、山崎 里紗、高橋 里奈、
村松 卓実、中根 千夏、日笠 美郷、竹田健一郎、
青野 祐也、三輪 秀樹、河野 雅人、三木 良浩、
橋本 大

症例は70歳代男性。X-2年10月、左下肢痙攣精査目的に脳神経外科を受診し、頭部MRIで傍矢状洞部腫瘍を認めた。生検により髄膜皮型髄膜腫(WHO grade 1、MIB-1 labeling index (LI) 7%)と診断された。完全摘出困難のためX-1年3月に定位放射線治療を施行し腫瘍は縮小した。X年5月、健診胸部X線で右肺門部腫瘤影を指摘され当科受診。胸部CTで右肺門部に最大径68mmの辺縁平滑な充実性腫瘤を認め、FDG-PETで異常集積を認めた。肺癌を疑いEBUS-TBNAを施行した。病理組織では胞巣状充実性に増生する紡錘形細胞を認め、免疫染色でAE1/AE3陰性、EMA一部陽性、PR陽性を示し、MIB-1 LIは17%であった。脳腫瘍と類似した所見から肺転移と診断した。局所制御目的に放射線治療を施行し転移巣の縮小を認めた。良性髄膜腫の肺転移は非常に稀であり、肺癌との鑑別を要した。肺転移に対する確立した標準治療はなく、生物学的悪性度を考慮した慎重な治療方針の検討が重要である。

B-24

血胸と多発肺病変を契機に診断された原発不明血管肉腫の1部検例

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

○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 綾乃、江河 勇樹、
佐野 武尚、藤井 雅人

78歳男性。腹部大動脈瘤に対して腹部大動脈ステントグラフト内挿術後、外来で経過観察されていた。呼吸困難および血痰を主訴に受診し、胸部CTで両肺に多発腫瘤影と右側胸水を認めた。胸腔穿刺では血性胸水を認め、血胸と診断した。転移性肺腫瘍および胸膜播種を疑い、胸腔鏡下血腫除去術を兼ねた胸膜生検を施行したところ、病理組織学的に血管肉腫と診断された。腫瘍の増大に伴う血痰の持続および急速な貧血進行に対し、赤血球輸血や胸膜癒着術を施行したが改善は得られなかった。第12病日に急性呼吸循環不全のため永眠された。病理解剖を施行したが原発巣は同定できず、原発不明血管肉腫と診断した。本症例は腹部大動脈ステントグラフト留置後の症例であり、その関連について文献的考察を加えて報告する。

C-01

間質性肺疾患に対する機能的治療閾値 (lowest SpO₂ < 86%) を予測する診療アルゴリズムの開発体験 (2)

¹ 藤田医科大学 医学部 医学科

² 同 呼吸器内科

○久野 航瑠¹、稲木 健也¹、渡邊 俊和²、
木村祐太郎²、外山 陽子²、今泉 和良²、
橋本 直純²

【背景】進行性間質性肺疾患 (ILD) において労作時低酸素血症と歩行距離を評価する 6 分間歩行試験 (6 MWT) は重要であるが、前重症段階の症例を適切に 6 MWT へ導ける日常生活下の評価手法は確立されていない。【目的】ILD の機能的治療閾値である 6 MWT lowest SpO₂ < 86% を予測する診療アルゴリズムを探索した。【方法】三軸加速度センサを有するパルスオキシメータを装着して得た日常生活下の労作情報と酸素飽和度を組み合わせて D 検査として解析した。【結果】ILD 症例 50 名、歩行前 SpO₂ 96.4% であった。D 検査のカットオフ値を 6.8 と定めた時、ILD の重症度と予後を反映する機能指標と報告された 6 MWT lowest SpO₂ < 86% を感度 0.864、特異度 0.857、陽性尤度比 6.04、陰性尤度比 0.16 の識別能で同定した。【結論】日常生活下で低侵襲かつ反復的に定量評価可能な D 検査は、6 MWT を要する ILD 症例のリスク層別化および検査実施判断の支援に有用である。

C-02

吸入トレプロスチニルにより病勢を制御し肺移植を施行した肺高血圧併存関節リウマチ関連間質性肺炎の 1 例

¹ 藤田医科大学 医学部

² 同 呼吸器外科学

³ 同 循環器内科学

⁴ 同 呼吸器内科学

○デュアー フィオナ¹、松田 安史²、稲熊 煌²、
吉野 琢人²、高石 陽一²、田村 洸²、
石沢 久遠²、菊池 直彦²、河合 宏²、
福井 重文³、井澤 英夫³、渡邊 俊和⁴、
今泉 和良⁴、星川 康²

症例は 50 代女性。(X を肺移植実施日とし) X-2 年 11 ヶ月関節リウマチ関連間質性肺炎に肺高血圧 (平均肺動脈圧 [mPAP] 31、肺血管抵抗 [PVR] 4.9WU) を併発しシルデナフィル内服開始。X-2 年 7 ヶ月脳死肺移植待機登録。X-5 ヶ月労作時息切れ増強を伴い肺高血圧増悪 (mPAP 29、PVR 6.3WU、NT-pro BNP 936)。プロスタグランジン I₂ 誘導体トレプロスチニル吸入開始。X-4 ヶ月息切れ、NT-proBNP (115) 改善、酸素需要減 (労組時鼻カヌラ 4 → 2 L/分) が得られた。X 脳死左片肺移植術施行。全身麻酔導入時 mPAP 28、手術時間 473 分、術中出血量 1939 ml。術後 11 日人工呼吸離脱、16 日 ICU 退室、30 日酸素投与終了。X+3 ヶ月 mPAP 19、PVR 2.7WU。退院に向けリハビリ中である。トレプロスチニルは間質性肺炎に併発した肺高血圧のコントロールと肺移植へのブリッジングに有用と考える。

C-03

TBLC 標本における UIP 病理診断の 4 段階分類の予備的検討

¹ 名古屋大学 医学部 医学科

² 名古屋大学大学院 医学系研究科臓器病態診断学

³ 名古屋大学医学部附属病院 病理部

⁴ 名古屋大学大学院 医学系研究科呼吸器内科学

○森田 朱馬¹、加留部謙之輔²、榊原 綾子³、
安藤 啓⁴、伊藤 貴康⁴、阪本 考司⁴、
石井 誠⁴

特発性間質性肺炎 (IIPs) における UIP の病理診断基準は外科的肺生検 (SLB) 標本に基づき整理されているが、経気管支肺クライオバイオプシー (TBLC) 標本に特化した明確な診断基準はなく、UIP らしさの評価には病理医ごとの認識や表現に差が生じうる。今回我々は SLB 標本における UIP 診断基準を参考に、構造改変・線維化の分布・線維芽細胞巣などの主要所見を項目化し、TBLC 標本における UIP らしさの 4 段階分類を予備的に検討した。さらに TBLC 症例 10 例を後方視的に 4 段階に再評価した。実臨床では病理レポートの表現の曖昧さにより、UIP を示唆する所見がありながら早期治療導入が見送られ、1 年間で FVC が 80% から 70% へ低下した症例を経験した。この症例は本分類において Probable UIP と再評価され、4 段階分類は病理医の認識をより正確に表現できることが示唆された。本分類は病理医と呼吸器内科医との認識共有を容易にし、治療判断の遅れを防ぐ可能性があると考えられた。

C-04

間質性肺疾患に対する機能的治療閾値 (歩行距離 < 400m) を予測する診療アルゴリズムの開発体験 (1)

¹ 藤田医科大学 医学部 医学科

² 同 呼吸器内科

○稲木 健矢¹、久野 航瑠¹、渡邊 俊和²、
木村祐太郎²、外山 陽子²、今泉 和良²、
橋本 直純²

【背景】進行性間質性肺疾患 (ILD) において労作時低酸素血症と歩行距離を評価する 6 分間歩行試験 (6 MWT) は重要であるが、前重症段階の症例を適切に 6 MWT へ導ける日常生活下の評価手法は確立されていない。【目的】ILD の機能的治療閾値である 6 MWT 歩行距離 < 400m を予測する診療アルゴリズムを探索した。【方法】三軸加速度センサを有するパルスオキシメータを装着して得た日常生活下の労作情報と酸素飽和度を組み合わせた D 検査データを解析した。【結果】ILD 症例 50 名、歩行前 SpO₂ 96.4% であった。D 検査のカットオフ値を 15 と定めた時、ILD の重症度と予後を反映する機能指標と報告された 6 MWT 歩行距離 < 400m を感度 0.737、特異度 0.903、陽性尤度比 7.61、陰性尤度比 0.29 の識別能で同定した。【結論】日常生活下で低侵襲かつ反復的に定量評価可能な D 検査は、6 MWT を要する ILD 症例のリスク層別化および検査実施判断の支援に有用である。

C-05

早期治療が奏功した抗MDA 5抗体陽性の皮膚筋炎関連間質性肺疾患の一例

浜松医療センター

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

症例は56歳、女性。X年8月末に発熱、咳嗽、労作時呼吸困難、皮疹、筋肉痛を主訴に当院受診された。皮膚所見とCK上昇、胸部CT所見から皮膚筋炎関連の間質性肺疾患が疑われ、入院となった。入院前より数日で進行する呼吸不全と逆ゴットロン徴候を認めており、急速進行性の間質性肺炎と判断し、早期治療介入が予後に寄与すると考えた。各種の検査結果を待たずに、第二病日よりステロイド+免疫抑制薬2剤による治療を開始した。治療開始後は、比較的速やかに呼吸状態、皮疹、筋症状の改善が見られた。後に抗MDA 5抗体が陽性であることが判明した。現在はステロイドを漸減しつつ、免疫抑制薬1剤で病勢制御は良好である。抗MDA 5抗体陽性の皮膚筋炎関連間質性肺疾患に関して、若干の文献学的考察を交えて報告する。

C-07

多彩な肺病変を呈したSjogren症候群の一例

豊橋市民病院 呼吸器内科

○湯山 貴史、安井 裕智、碓井 総磨、大原 康、佐野 開人、森 康孝、柴田 智文、福井 保太、大館 満、牧野 靖

78歳女性。労作時呼吸困難の増悪を主訴に受診。SpO₂93%（室内気）、両側肺野にfine cracklesを聴取した。胸部CTで肺嚢胞と石灰化を伴う腫瘤影および両側下葉にスリガラス影を認めた。抗SS-A/SS-B抗体陽性、シルマー試験陽性、口唇生検で唾液腺への炎症細胞浸潤を認め、Sjogren症候群と診断した。腫瘤影は気管支鏡生検で診断得られず、CTガイド下針生検でAAアミロイド沈着を認め肺アミロイドーシスと診断した。両側下葉スリガラス影は膠原病関連間質性肺炎（NSIPまたはLIP）を疑いPSL40mgを開始し改善を認め、PSL減量して退院した。ステロイド漸減Sjogren症候群では多彩な肺病変を合併し得るため、画像所見と組織学的評価を組み合わせた鑑別が重要と考えられた。

C-06

二朶湯内服による薬剤性肺障害をきたした1例

岡崎市民病院 呼吸器内科

○杢井 勇樹、犬飼 朗博、丸山 英一、林 修平、後藤 洋輔、稲葉 慈、奥野 元保

【背景】二朶湯は肩関節周囲炎の治療に用いられる漢方薬であり、薬剤性肺障害の報告は乏しい。【症例】50歳男性。右肩痛に対し二朶湯を開始後、発熱・咳嗽が出現し、胸部X線で両側びまん性浸潤影、CTで両肺上葉優位の非区域性すりガラス影を認め、血液検査でLDH、CRP上昇と好酸球増加を認めた。市中肺炎として酸素投与およびSBT/ABPC投与を開始したが呼吸状態は徐々に悪化し、入院2日目には集中治療室に転棟し高流量鼻カニューラ酸素療法管理とした。気管支肺胞洗浄は困難であり、病歴と画像所見から二朶湯による薬剤性肺障害を疑って抗菌薬の変更に加えてステロイドパルス療法を開始したところ速やかに改善し、再燃なく退院した。【考察】薬剤性肺障害は特徴的な臨床所見や確度の高い検査法に乏しいため、本症例のように他疾患を除外した上で病歴・画像所見から総合的に診断し被疑薬を速やかに中止することが重要であると考えられる。

C-08

粘液栓の存在にて診断に難渋した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の2例

¹トヨタ記念病院 統合診療科

²同 呼吸器内科

○山田 稜¹、松浦 彰伸²、高森 友基²、佐野 開人²、佐野 真由²、内田 岬希²、中村 さや²、木村 元宏²、杉野 安輝²

症例1は70歳代、喘息治療中の男性。X年Y-2月、肺炎にて当科紹介となるも、好酸球増多、胸部CTで両下葉の高吸収な粘液栓あり。アレルギー性気管支肺真菌症（ABPM）を疑うも、血液検査、気管支鏡検査とも合致する所見なし。以後、同年Y月、両下肢しびれ、紫斑が顕在化し、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）の診断。

症例2は50歳代、喘息治療中の男性。X年Z月、呼吸困難で当科初診。好酸球増多、胸部CTで両側非区域性浸潤影および高吸収な粘液栓あり。血液検査、気管支鏡検査ではABPMに合致する所見なく好酸球性肺炎と考えられたが、合併症状等から、EGPAの最終診断。

両症例ともステロイド中心の治療、ベンラリズマブ導入にて改善傾向。

粘液栓のうち特にHAM（high-attenuation mucus）はABPMに特徴的だが、EGPAにも粘液栓を認めるとの既報がある。また、粘液栓の有無によりEGPAの病態や治療反応性に関する違いが示唆されている。若干の文献的考察を添えて報告する。

C-09

小腸穿孔を生じた好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の一例

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

○小林 正直、大塚 健人、山田 千歳、石井あずさ、
佐藤 孝哉、松井 利憲、小沢 直也、村田 直彦、
若山 尚土

46歳男性。気管支喘息の既往あり。発熱と腹痛を主訴に受診した。CTで両側肺下葉すりガラス影を認め、血液検査で好酸球増多と炎症反応高値を認めた。入院後、両下肢痛、紫斑が出現した。消化管内視鏡では多発胃潰瘍と十二指腸と結腸にびらんを認めた。好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）と判断し、第6病日よりメチルプレドニゾロン1000mgを3日間投与し、下肢痛、皮疹、腹痛は改善傾向を示し、末梢血好酸球数も正常化した。しかし、その後も腹痛が持続し第20病日に腹痛が悪化しCTで腹腔内にFree airを認めて緊急手術となった。術中、小腸に多発穿孔を認め小腸切除と人工肛門造設術が施行された。メボリズムマブと免疫グロブリン静注療法も追加した。術後の病理検査では、血管炎による多発小腸穿孔と診断された。術後経過は安定し、第38病日に転院となった。EGPAに伴う小腸穿孔は比較的稀だが生命予後に直結する重篤な合併症である。文献的な考察を加えて報告する。

C-10

薬剤性肺障害治療中のステロイド減量期に副腎クリーゼと透析導入を要した1例

島田市立総合医療センター 呼吸器内科

○戸田 直人、金田 桂、落合 杏風、伊藤祐太郎、
一條甲子郎、上原 正裕

症例は76歳男性。某年に前立腺癌に対しビカルタミド+リユープロレリンが開始されたが、その後38℃台の発熱と胸部CTで浸潤影を認め当科紹介となった。抗菌薬は無効であり、各種検査より薬剤性肺障害と診断した。プレドニゾロン50 mg（0.8 mg/kg）を開始したところ速やかに改善し、5 mgまで漸減した。しかし同用量維持中、意識障害、発熱、頻脈、血圧低下、低血糖、腎機能障害が急速に出現した。再検CTで新たに細菌性肺炎像を認めた。血清コルチゾール低値、ACTH高値を認め、症状と併せて細菌性肺炎を契機とした副腎クリーゼおよび急性腎不全と診断した。ヒドロコルチゾン300 mg、昇圧薬および大量補液にて循環動態は改善したが、血清クレアチニン値6.2 mg/dLまで悪化したため持続的血液濾過透析（CHDF）を開始した。開始後1か月で腎機能は回復し、独歩退院となった。薬剤性肺障害に対するステロイド漸減中の副腎クリーゼおよび急性腎不全合併は稀であり報告する。

C-11

古い家屋の解体作業後に発症したが自宅環境が原因であった夏型過敏性肺炎の1例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○古川 賢、秋山 訓通、北 健介、松下 京平、
鈴木 僚、長崎 拓巳、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】40歳代男性

【経過】住居リフォーム業に従事する患者が、202X年8月から咳嗽と労作時呼吸困難を自覚し改善なく同年10月に救急外来を受診した。胸部CTで両肺上葉主体のびまん性小葉中心性粒状影を認め、KL-6は2500U/mlと上昇していた。症状出現前に古い家屋の解体作業にマスク未着用で従事したこと、トリコスポロンアサヒ抗体陽性、BALでリンパ球分画増加、CD4/CD8比低下を認めたことから、夏型過敏性肺炎と診断した。自宅が築33年の木造家屋であり、職業・住居双方の暴露が疑われたため実家退院を指導したが、自己判断で自宅に帰宅後10日で過敏性肺炎の再燃を認めた。自宅回避を徹底しプレドニゾン30mgで治療を開始し、同年12月に新居へ転居後は漸減中止でも再発なく経過した。

【考察/結語】本症例は生活環境の詳細な聴取と再暴露による再燃から原因環境の特定に至った。夏型過敏性肺炎では職業歴、住宅環境を含めた詳細な問診が診断には極めて重要である。

C-12

テゼベルマブが有効であったEGPA合併難治性喘息の1例

豊田厚生病院

○浜田 恵佑、柴田 寛史、鳥居 敦、伊東 幸祐、
糸魚川英之、中原 義夫

【症例】50代女性。X-27年に好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）と診断。X-1年より、喘息発作と中耳炎を繰り返し、同年12月にメボリズムマブを導入した。しかしX年1月、好酸球数の上昇を伴わない発熱、疼痛、喘息発作が出現し、疾患制御不十分と判断し中止した。その後、ステロイド調整でも改善を認めず、X年12月にテゼベルマブを開始した。導入後、喘息発作は認めず中耳炎の頻度も減少した。好酸球比率は10%から1～3%程度へ低下し、プレドニゾロンを12.5mg/日から1mg/日まで減量可能であった。【考察】本症例では、IL-5単独阻害では制御困難であった病態に対し、炎症カスケードの上流を標的とするテゼベルマブが良好な経過に寄与した可能性が考えられた。EGPA合併喘息に対する本剤の報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

C-13

生物学的製剤が奏功したABPMの1例

松阪市民病院 呼吸器センター

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

85歳男性。気管支喘息にて治療経過中、右肺の浸潤影を来し、精査の結果 mucoid impaction による無気肺と判明した。気管支鏡にて粘液栓を認め、好酸球も上昇していたことから、IL-5 レセプター抗体による治療を開始した。短期間のステロイド投与と IL-5 レセプター抗体の投与により、浸潤影は改善、以降も再燃を認めていない。ABPM に対しては従来、ステロイドが治療の中心となっていたが生物学的製剤の登場により、ステロイド抜きで再燃を認めない症例を経験するようになった。当院において、ABPM に対して生物学的製剤を使用した経験を踏まえて、これを報告する。

C-14

フローボリューム曲線のパターンで、拡散能 (%DLCO/VA) の低下が1秒率に関係なく多くの場合でわかる

¹なし

²よってって横丁在宅診療所

³南生協病院

○池田 孝¹、諏訪 和志²、長田 芳幸³、
出海 杏奈³

フローボリューム曲線のパターンで、拡散能 (%DLCO/VA) の低下が1秒率に関係なく多くの場合でわかる前回の発表で50歳以上で、拘束性障害を否定=%VC80%以下または%TLC80%以下またはFEV₁ (T) 80%以上を除くフローボリューム曲線のパターン（呼気終末時 フローボリューム曲線と基線の関係によるパターン）によって変わるフローボリュームの最後が接点になる場合1秒率に関係なく（1秒率が70%以上ある場合でも70%以下の場合でも）、拡散能 (%DLCO/VA) が、9割5分ぐらいの人で80%以下でした。拡散能%DLCO/VAが低下する人が多いことがはっきりしたことを報告したが今回は、呼気終末時 フローボリューム曲線と基線が接する時間がある場合=最後が接線になる場合を検討した最後が接線場合、拡散能 (%DLCO/VA) が低下しない人が多いことがわかったので報告します

C-15

呼吸器感染症マルチプレックスPCR検査を施行したCOPD患者における検出結果の検証

松阪市民病院 呼吸器センター

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

【背景】PCR検査を施行されたCOPD患者についてその検査結果を検証した。【方法】2023年12月～2026年1月までにFilmArrayR呼吸器パネルとBioFireR肺炎パネルを施行したCOPD患者における検査結果を後ろ向きに比較検証した。【結果】規定期間内に検査実施された954例が対象となり、COPD患者は105例であった。細菌検出が34.3%で認められ、黄色ブドウ球菌が最多で次いでインフルエンザ菌、緑膿菌、であった。ウイルス検出は61.0%で認められ、SARS-CoV-2、パラインフルエンザ、ヒトライノウイルスで頻度が多い傾向を認めた。細菌とウイルスの両方で検出された症例は21.9%であった。【結語】COPDの病状増悪時のPCR検査ではSARS-CoV 2やパラインフルエンザ、黄色ブドウ球菌やインフルエンザ菌などが多く検出された。

C-16

結核治療完遂約3年後に神経症状が再燃し、再発とparadoxical reactionの鑑別に苦慮した脳結核腫の一例

独立行政法人 国立病院機構 東名古屋病院

○佐藤 美佳、角田 陽平、林 悠太、垂水 修、
小川 賢二、中川 拓

40歳代男性。粟粒結核、結核性髄膜炎、脳結核腫に対し抗結核薬とステロイドによる1年間の標準治療を完遂した。終了から約2年8か月後、めまいと頭蓋内圧亢進を認め再入院となった。頭部MRIで既知病変に変化はなく、新規病変も認めなかった。髄液細胞診が疑陽性であったため、悪性腫瘍との鑑別目的に脳生検を施行した。病理組織診は結核に矛盾せず、生検組織の結核菌PCRは陽性であった。活動性結核の再発を否定しきえず、抗結核薬とステロイドの併用を開始したところ、症状は速やかに改善した。生検組織の抗酸菌培養は陰性と判明し、治療終了後の遅発性paradoxical reactionと考えられたが、再発を考慮し抗結核薬治療を1年間おこなった。結核治療完遂後であっても長期にわたりparadoxical reactionが生じうることを念頭に置き、再発の可能性を考慮した治療戦略を講じることが重要である。

C-17

咯血による窒息から心肺停止に至った活動性肺結核

知多半島総合医療センター 呼吸器内科

○小林 弘典、池ノ内紀祐、小川 雅弘

【背景】わが国は結核低蔓延国となったが、咯血の鑑別疾患として肺結核は依然重要である。今回、咯血による窒息から心肺停止に至った活動性肺結核の一例を経験したため報告する。【症例】40代男性。数年来の咳嗽を放置していたが、大量咯血による呼吸困難で救急搬送された。病着と同時に心肺停止状態となり、心肺蘇生術により11分後に自己心拍が再開した。胸部X線で左上肺野に空洞影を認め、喀痰抗酸菌塗抹および結核菌PCR陽性から活動性肺結核と診断した。抗結核薬治療を開始したが、蘇生後低酸素脳症を合併し神経学的予後は不良であった。【考察】本症例は咯血による気道閉塞から致命的経過を辿った活動性肺結核である。結核罹患率が低下した現在でも咯血患者では肺結核を鑑別に挙げる必要がある。また救急初期対応ではN95マスク着用など適切な感染対策を講じることが院内感染防止の観点から重要である。

C-19

M.intracellulareによる胸椎化膿性脊椎炎の1例

¹三重中央医療センター

²三重大学 呼吸器内科

○垂見 啓俊¹、粉川 聡史¹、森田 大智¹、
坂倉 康正¹、西村 正¹、内藤 雅大¹、
井端 英憲¹、藤本 源²、小林 哲²

【諸言】化膿性脊椎炎は黄色ブドウ球菌や大腸菌による感染が多いとされており、非結核性抗酸菌 (non-tuberculosis mycobacteria:NTM) によるものは比較的稀である。当院において経験したM.intracellulareによる化膿性脊椎炎の1例を報告する。【症例】60歳代男性【現病歴】X年4月に前胸部痛を主訴に当院受診され各種検査を施行し、MRIでTh3-4椎体に化膿性脊椎炎を疑う変形や信号異常を認めた。抗菌薬投与で治療を開始したが改善乏しく、同年5月に椎弓根穿刺で検体を採取したところ、培養及びPCR法でM.intracellulareが同定された。非結核性抗酸菌による脊椎炎と判断し多剤併用化学療法による内科的治療と病巣の搔爬と椎体の前方・後方固定術による外科的治療を行なった。【結語】非結核性抗酸菌による脊椎炎は比較的稀ではあるが、肺NTM症が近年増加傾向のため抗菌薬不応の脊椎炎の場合は非結核性抗酸菌による可能性についても留意が必要と考えられる。

C-18

急性発症でMycobacterium aviumの関与が疑われたびまん性肺疾患の一例

浜松医科大学 内科学第二講座

○古関 尚子、岸本 勲、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79歳女性、X年11月6日に労作時呼吸困難、湿性咳嗽、発熱が出現した。その後症状が増悪し11月12日に当院救急外来を受診した。CTで両側肺炎像を認め、緊急入院となり、PIPC/TAZ, LVFXで加療を開始した。11月14日に呼吸状態が悪化し起坐呼吸が認められたため、NPPVを装着し、利尿薬静注を行ったところ呼吸状態は改善し、NPPVを離脱できた。その後炎症反応および陰影の改善を認め、抗菌薬投与を終了した。しかしその後、びまん性の粒状影が新規に出現したため、気管支鏡検査を行い、組織培養でM.aviumがTRC陽性となり、肺MAC症に準じて、CAM+EBにて治療を行った。その後気管支鏡検査を再検し、右B8よりTBLCを施行したが組織所見では器質化や一部肉芽腫様変化を伴ったCellular IPを呈していた。抗酸菌治療を継続し、在宅酸素療法を導入し、自宅退院となった。複雑な臨床経過を辿り、病態の把握に難渋した一例を経験した。文献的考察を交えながら報告する。

C-20

繰り返す感染増悪と発熱で発症したMycobacterium avium/massilienseによる重複感染の1例

国立病院機構 天竜病院 呼吸器・アレルギー科

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

症例は73歳男性。X-7年にMAC症と診断され、治療を開始した。X-5年から喀痰培養の陽性が持続し、陰影は悪化した。M.aviumの他にX-5年とX-2年にM.abscessusが2回検出された。5か月前より発熱、炎症所見の上昇をともなう気道感染を合併し、入院治療を繰り返した。喀痰から一般細菌の検出はなく、培養はM.aviumであった。治療に難渋し当院を紹介受診、発熱とCRP18mg/dlを認め、入院した。TAZ/PIPC、LVFXでは効果が得られず、第12病日M.abscessusが検出され、IP/CSとAMKに変更し解熱が得られた。喀痰のM.avium-PCRは陽性で、M.avium/massilienseによる重複感染と診断した。1か月の入院治療後、排菌は持続しているが、症状の悪化なく、外来治療を継続している。治療困難なNTMとして文献的考察と共に報告する。

C-21

関節リウマチに合併した *Exophiala dermatitidis* による肺感染症の3例

愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科

○柴田 絹子、米澤 利幸、岡田茉莉花、村尾 大翔、
深見 正弥、荻須 智之、片野 拓馬、武井玲生仁、
山野 泰彦、伊藤 理

Exophiala dermatitidis は生活環境に生息する黒色真菌であり、肺感染症の報告は限られている。我々は、関節リウマチ (RA) に対する免疫抑制療法中に発症した本真菌による肺感染症3例を経験したので報告する。【症例1】87歳、男性。左胸膜炎を発症し、喀痰培養から本真菌を検出した。イトラコナゾール (ITCZ) 開始10日後に改善した。【症例2】63歳、女性。非結核性抗酸菌症の治療終了5年後に血痰が出現し、肺炎を発症した。気管支鏡検査で本真菌を検出した。ITCZ 開始3週間後に改善した。【症例3】73歳、男性。RA 関連間質性肺炎に気胸を発症し、その後膿胸を合併した。胸腔膿より本真菌を検出し、ITCZ を開始したが、開始19日後に間質性肺炎急性増悪のため死亡した。【結語】3例はいずれも気管支拡張症を合併していた。免疫抑制に加え、気道病変の存在が *E. dermatitidis* による肺感染症の発症に関与した可能性がある。

C-22

多発陰影を呈した抗原陰性肺クリプトコッカス症の一例

岐阜県立多治見病院 呼吸器内科

○戸村 雅彦、市川 元司、志津 匡人、佐々木由美子、
矢口 大三、八木 光昭、玄 崇永、高畑 徳子、
水谷 文香

症例は50代男性、1日30本の喫煙者で既往歴は特になし。X年9月の健診胸部Xpで右肺野異常影を指摘。他院受診し、胸部CTで右下葉に多発結節認め、当院紹介となった。1か月後再検したところ、さらに増大を認めた。CT画像からは抗酸菌、真菌含めた慢性炎症、肺癌、リンパ増殖性疾患およびリンパ腫が鑑別に挙げられた。採血ではCRP 1.04 mg/dl、IL-2R 233 U/ml、アスペルギルス抗原陰性、クリプトコッカス抗原陰性、T-SPOT 陰性、抗MAC抗体陰性だった。診断目的のために、気管支鏡下生検を行い、病理では非乾酪性類上皮肉芽腫形成や巨細胞封入体が見られた。組織培養、ブラシ洗浄液の培養から *Cryptococcus neoformans* が検出されたため、肺クリプトコッカス症と診断した。髄液検査、頭部MRIでクリプトコッカス髄膜炎のないことを確認した後、フルコナゾールによる治療を開始した。多発陰影を呈した抗原陰性肺クリプトコッカス症の一例を経験した。

C-23

クライオ生検による粘液栓除去により確定診断に至ったアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) の一例

磐田市立総合病院

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

症例は喫煙歴のない82歳女性。2週間前から夜間の咳嗽が続くため受診した。末梢血好酸球、IgEの上昇があり、アスペルギルス特異的IgE/IgG抗体がいずれも陽性であった。呼気NOが高値で、胸部CTでは右中葉にHAMを伴う構造物が占拠しており無気肺を呈していた。気管支鏡検査の肉眼的所見では右中葉気管支入口部に白色の粘液栓を認め末梢側は閉塞していた。吸引や鉗子では粘液栓の除去は困難であったことからクライオプローブを用いて粘液栓の除去を行った。検査後の胸部CTでは粘液栓は消失していた。病理組織で糸状菌を検出し粘液栓の真菌培養で *Aspergillus terreus* complex が陽性となった。以上から気管支喘息およびABPAの確定診断に至った。ICS/LABAの吸入とプレドニゾロンの内服治療を開始し現在病勢は安定している。ABPAにおいてクライオ生検による物理的な粘液栓除去は、診断確定および病勢の制御の両側面から有用な選択肢の一つとなる可能性が考えられる。

C-24

ロイコボリンの中止が転帰を変えたと思われる非HIVニューモシスチス肺炎の一例

藤田医科大学病院 呼吸器内科学

○森谷 遼馬、加古 寿志、一本杉賢治、岡地祥太郎、
堀口 智也、後藤 康洋、磯谷 澄都、近藤 征史、
今泉 和良、橋本 直純

症例は54歳の男性。関節リウマチに対して、メトトレキサート (MTX)、プレドニゾロン、タクロリムスで治療中であった。X年12月頃から発熱が持続し、X年1月に好中球減少症を伴い入院となった。両肺に広がるすりガラス陰影を認め、MTX中毒及び肺炎の判断でロイコボリンと抗生剤を開始した。しかし、呼吸不全は進行し、精査で非HIVニューモシスチス肺炎と診断された。ステロイドとST合剤を開始したが、さらに病勢は進行し、真菌感染も疑いミカファンギンを追加するも改善は得られなかった。しかし、ロイコボリンを中止したところ、翌日から解熱し、X年2月には酸素投与を終了し、退院した。ST合剤は細菌のDNA合成における葉酸利用を阻害することで、殺菌効果を示す。活性型葉酸製剤はその効果を減弱させる可能性があり、添付文書上も併用注意とされている。本症例では活性型葉酸の中止が転帰を変えたと思われる興味深い経過をたどった。

一般演題 第2日目 抄 録

〈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-23

肺リンパ脈管筋腫症の経過中に肺腺癌を合併した一例

¹ 藤田医科大学 ばんだね病院 呼吸器内科

² 同 呼吸器外科

○常喜 栄太¹、伊奈 拓摩¹、樽川 智人²、
樋田 泰浩²、川口 萌¹、吉田 隆純¹、
廣瀬 正裕¹

症例は51歳女性。健康診断の胸部単純写真で胸部異常陰影を指摘され近医を受診、胸部CTで両側びまん性の嚢胞性病変と右下葉の腫瘤性病変を認め当院紹介受診となった。右肺中葉から経気管支肺生検を施行し病理組織検体から平滑筋アクチン細胞を認め、孤発性肺リンパ脈管筋腫症の診断となった。呼吸機能検査等からmTOR阻害薬の適応とはならず外来フォローを行う方針とした。経気管支肺生検の同日に施行した右肺下葉腫瘍影からの経気管支生検では悪性所見は認められなかったが、経過中に増大傾向を認め、診断目的に右肺下葉部分切除術を行ったところ肺腺癌の診断となった。肺リンパ脈管筋腫症での肺癌合併の機序はTSC遺伝子の異常やmTOR活性化が関与している可能性が示唆されているが明らかではない。当院での症例を文献的考察を加え報告する。

A-25

傍腫瘍性神経症候群として辺縁系脳炎をきたした肺腺癌の一例

¹ 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院
呼吸器内科

² 同 脳神経内科

○小川 紗葵¹、中村 花凛¹、松浦 彰彦¹、
白髭 彩¹、廣島 正雄¹、稲垣 雅康¹、
田中 麻里¹、小玉 勇太¹、伊藤 亮太¹、
竹山 佳宏¹、横山 俊彦¹、山本満里奈²、
後藤 洋二²

症例は70代女性。X-1年12月に会話が噛み合わないことを主訴に救急搬送された。頭部MRIの造影FLAIRにて増強効果のある高信号域がみられ、胸腹部単純CTで左上葉に腫瘍影を認めた。傍腫瘍性辺縁系脳炎の疑いにて入院となり、髄液検査や脳波検査では異常を認めず、抗recoverin抗体のみ±の判定となった。入院時は意識疎通不可能だったが、ステロイドパルス療法2コースにて改善し、軽度の注意障害のみ残存した。気管支鏡検査で肺腺癌cT2bN1M1b (PUL, PLE, HEP) Stage IV A EGFR L858R 変異陽性の診断が得られ、X年1月からOsimertinibの内服を開始、病変の縮小を認めている。ステロイドは漸減し、プレドニゾロン9mg/日の内服で症状の増悪を認めていない。傍腫瘍性神経症候群の原因としては肺小細胞癌の報告が多く、肺腺癌が原因となった症例は稀である。

A-24

Amivantamab投与中に著明な徐脈を呈した一例

藤田医科大学 医学部 呼吸器内科

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

症例は50代男性。X-7年に右胸水貯留で受診し、EGFR exon19欠損変異陽性肺腺癌と診断された。複数レジメン後、8次治療としてAmivantamab + Lazertinibを開始した。投与初日 Amivantamab開始30分後に呼吸苦、悪寒、頭痛が生じたため投与速度を25mL/hへ減速し、症状改善後50mL/hへ再設定した。2日目開始2時間後に心拍数が低下し始め30回/分未満まで低下した。血圧は安定し自覚症状はなかった。投与を中止しメチルプレドニゾロン、クロルフェニラミン、アトロピンを投与した。徐脈は約24時間持続した後に改善した。10日後に再投与した際は徐脈は認めなかった。AmivantamabはEGFR-MET二重特異性抗体でありEGFR変異非小細胞肺癌への有効性が示される一方、infusion related reaction (IRR) が高頻度に認められる。Amivantamabによる徐脈の報告は稀であるが、本症例はIRRとして徐脈が生じた可能性が示唆され、同剤投与中は心拍数を含めた慎重なモニタリングが重要と考えられた。

A-26

びまん性甲状腺転移により破壊性甲状腺炎を呈した肺腺癌の1剖検例

宏潤会大同病院 呼吸器内科

○東 敬之、加治屋裕基、木下 亮輔、平野 彩未、
杉原 雅大、石原 明典、杵名 健雄、吉川 公章

症例は60歳、男性。1か月前からの嚥下障害で当科を受診した。血液検査でFT₄ 1.82 ng/dL, TSH <0.01 μ IU/mLと甲状腺中毒症を呈しており、胸腹部造影CTで左上区肺尖部に2cm大の結節影とびまん性甲状腺腫大を認めた。左鎖骨上リンパ節生検で肺腺癌と診断した。PET-CTで甲状腺にびまん性の集積と頭部MRIで多発脳転移を認め、左上葉肺腺癌cT1bN3M1c Stage IV Bと診断した。初診時から約1か月後の時点でFT₄ 0.24 ng/dL, TSH 18.4 μ IU/mLと甲状腺機能低下症へ移行し、Pembrolizumab投与後も病勢は進行し永眠された。剖検で甲状腺は腫瘍細胞にびまん性に置換され、正常濾胞構造はほぼ消失しており甲状腺転移による破壊性甲状腺炎と診断した。固形癌の甲状腺転移は稀ではあるが悪性腫瘍患者のびまん性甲状腺腫大では本病態を考慮する必要がある。

A-27

同一肺葉内に肺アスペルギルス症を合併した肺腺癌の一例

社会医療法人宏潤会大同病院 呼吸器内科

○加治屋裕基、平野 彩未、木下 亮輔、東 敬之、
杉原 雅大、石原 明典、沓名 健雄、吉川 公章

【症例】68歳女性。【現病歴】X年11月より血痰が出現し、近医を受診。胸部単純写真で右上肺野浸潤影を認め、当科を紹介受診。細菌性肺炎としてSBT/ABPCを投与したが改善せず、血中アスペルギルス抗原高値のため肺アスペルギルス症を疑い、MCFGの投与を開始した。その後炎症反応が改善し外来でVRCZでの治療を継続した。しかし、当初より認めた右肺門リンパ節腫大が縮小せず、PET-CTで右S2、右肺門リンパ節、左副腎に異常集積を認めた。右肺門リンパ節のEBUS-TBNAを実施し、右上葉肺腺癌（cT2bN2bM1b（ADR）stage IVA、PD-L1・TPS $\geq$ 75%、driver mutation陰性）と診断した。一次治療としてパンプロリズマブを開始し、CRを得た。治療開始から2年経過し、肺癌および肺アスペルギルス症の病勢コントロールは良好である。【考察】本症例は肺癌が存在した右上葉内に肺アスペルギルス症を合併した。適切な感染症治療後も陰影が残存する場合、肺癌の合併を疑う必要がある。

A-28

肺腺癌術後再発時にCOVID-19肺炎、化学療法中に肺炎を併発し、癌の病態進行かの判断に苦慮した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、今泉 和良、橋本 直純

症例は80歳代男性。左肺腺癌 pT3N0M0 stageⅢBの術後経過観察中であつた。X-1年1月にCOVID-19肺炎に罹患し治療にて改善するも、すりガラス・網状陰影が残存していた。X年8月の胸部CTで右上葉に新たな陰影が出現し生検で腺癌が検出され、術後再発としてCBDCA+nabPTXで加療を開始した。12月に右側優位な両側間質性陰影が増大し、薬剤性肺炎を含む間質性肺炎悪化と考へステロイド投与を開始し陰影は改善傾向となった。しかしステロイド減量中に陰影の再増悪を認め、気管支鏡下生検で腺癌が検出され、間質性陰影は肺癌の病態進行であつたと判明した。全身状態悪化のため、後治療はできず永眠された。肺癌は時に浸潤影や間質影を呈することは知られているが、既存の間質性肺疾患や感染症合併などの病歴がある時には特に鑑別診断が困難になり注意が必要である。

A-29

初診時に中手骨転移を認めたEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の一例

浜松労災病院 呼吸器内科

○幸田 敬悟、杉山 裕樹、亀井 淳哉、豊嶋 幹生

症例は40歳代男性、5 pack-yearの既喫煙者。3ヵ月前より排尿困難、右手の疼痛腫脹を認めた。対人恐怖症のため同症状に対して医療機関の受診は無く、症状が強く自宅生活困難で救急搬送となった。CTにて左上葉に21mm大の結節影、仙骨を含む複数の脊椎、骨盤骨、右中手骨に溶骨像や硬化像、膀胱拡張を認めた。第2腰椎棘突起からの検体で、TTF-1陽性腺癌を認め当科紹介となった。血液検査でCEA、SLXは正常範囲内、頭部造影MRIにて脳転移を認め、癌遺伝子変異検査ではEGFR変異（exon19欠失）を認めた。cT1cN0M1c2 stageⅣB肺腺癌に対し、薬物療法並びに脳、右手、骨盤への放射線治療を提案した。治療開始前に本人の強い希望で一時退院となったが、再入院前に自宅で死亡発見された。中手骨などの短幹骨への転移は転移性骨腫瘍の0.1%程度で希だが、その原発として肺癌の頻度は高いとされている。短幹骨転移を認めた際に肺癌を鑑別に挙げるのが重要と考え報告する。

A-30

タルラタマブ投与で一過性の急速な増大を起こした後に著効した一例

聖隷三方原病院呼吸器センター 内科

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

タルラタマブはT細胞受容体複合体の分化抗原群3及び腫瘍抗原のデルタ様リガンド3に特異的に結合する、新規の半減期延長型二重特異性T細胞誘導分子製剤である。今回3次治療としてタルラタマブを投与し原発巣および肺内転移巣の一過性の急速な増大を起こした症例を経験したため報告する。症例は76歳男性、小細胞肺癌（cT4N1M1a StageⅣa）の診断で1次治療：カルボプラチン+エトポシド+アテゾリズマブ、2次治療：アムルピシン6コースを実施し、3次治療としてタルラタマブを導入した。第3病日に前胸部痛の増悪と低酸素が出現し、腫瘍の急速な増大と胸水が出現、胸腔ドレーン挿入を要した。胸水は淡血性・滲出性であり細胞診はクラスⅠだった。第8病日投与後はステロイド投与を要する発熱があつたがその後右胸膜に接して多数認めた腫瘍はいずれも縮小し、胸水も消失した。副作用としては味覚障害が出現しているものの、ADLを保ったまま治療を続けている。

A-31

小細胞肺癌に形質転換をきたしたEGFR遺伝子陽性肺腺癌の1例

浜松労災病院 呼吸器内科

○杉山 裕樹、亀井 淳哉、幸田 敬悟、豊嶋 幹生

既喫煙者の80代女性。X-9年に検診で胸部異常陰影を指摘され、当科初診となった。気管支鏡検査(右B6, TBB), 全身検索にて肺腺癌T4N2M0 StageⅢB EGFR遺伝子陽性(exon 18 G719A)の診断となり、化学放射線療法を行い、部分奏効を維持していた。X-1年より右肺尖部に新規結節影が出現したため、気管支鏡検査(右B1, TBB)を再度行ったところ、病理組織は前回と同様の肺腺癌であり、一元的に肺腺癌の再燃と診断した。放射線単独での治療を追加し、病勢進行なく経過したが、X年10月から1か月間で急速に腫瘍が増大した。気管支鏡検査(右B1, TBB)を再度行くと、病理組織は小細胞肺癌であり、小細胞肺癌への形質転換と判断した。EGFR遺伝子変異陽性非小細胞肺癌は経過の中で小細胞肺癌に形質転換する可能性があるが、その頻度は3~14%と比較的稀であり、文献的考察を交えて報告する。

A-33

免疫チェックポイント阻害剤投与後に甲状腺クリーゼおよび副腎クリーゼを来した一例

¹静岡県立総合病院 呼吸器内科

²同 内分泌内科

○深澤 詠美¹、藤田 侑美¹、鈴木 浩介¹、増田 考祐¹、赤堀 大介¹、三枝 美香¹、赤松 泰介¹、山本 輝人¹、森田 悟¹、朝田 和博¹、白井 敏博¹、杉本 政隆²

症例は78歳男性。右下葉肺癌(多形癌pT3N0M1b, StageⅣA)に対しX-1年12月よりペムブロリズマブ投与を開始した。X年1月に倦怠感、動悸などの症状が出現し、甲状腺ホルモン上昇、意識障害、発熱、下痢を認め、甲状腺クリーゼと診断され入院加療となった。その後退院したが、約1週間後より食思不振、倦怠感が出現し救急外来を受診した。著明な脱水、腎機能障害、血小板減少を認め、血液検査でACTH低値、コルチゾール低値を認めたためICI関連副腎不全が疑われ入院となった。ハイドロコルチゾン補充療法を開始したところ全身状態は速やかに改善し、腎機能および血小板数も改善し、第8病日に退院した。本症例では甲状腺クリーゼに続き副腎クリーゼを発症しており、ICI治療中の患者においては複数の内分泌irAEの発症を念頭に置いた慎重な経過観察が重要と考えられた。文献的考察を加えて報告する。

A-32

タルラタマブ投与によりpseudoprogressionを認めた小細胞肺癌の1例

桑名市総合医療センター

○平井 貴也、磯部 太一、八木 昭彦、大岩 綾香、蛸原 愛子、油田 尚総

症例は84歳、男性。進展型小細胞肺癌の診断にてカルボプラチン+エトポシドによる1次治療を行った。その後維持療法としてアテゾリズマブによる治療を行ったが、腫瘍の進行を認めたため、2次治療としてタルラタマブ1mgの投与を開始した。しかしday1より38℃台の発熱を来し、day2で改善認めなかったことからGrade2のサイトカイン放出症候群(Cytokine release syndrome: CRS)と判断しデキサメタゾンを追加した。発症時のIL-6は39.4 pg/mlと高値だった。その後一時的に腫瘍増大、胸水貯留を認めたが、day13時点で明確な腫瘍の縮小を認めた。タルラタマブによるCRS自体は知られているが、偽増悪(Pseudoprogression)を伴った症例は稀であり報告する。

A-34

EGFR L858R変異陽性肺扁平上皮癌にamivantamab+lazertinibの併用療法を使用した1例

JA愛知厚生連 安城更生病院 呼吸器内科

○上岡 優介、麻生 裕紀、水野 祐希、新美 諒、手柴 富美、野呂 大貴、八田 貴広、富田 康裕、原 徹

症例は71歳女性。X-1年11月21日健診にて異常陰影を認め、自覚症状は認めず、近医より精査目的で紹介となった。既往に高血圧があり内服治療中で非喫煙者であった。胸部CTにて左下葉に腫瘤陰影と同部位の胸膜播種所見を認め、気管支鏡検査で左下葉扁平上皮癌cT2bN0M1a(PLN) Stag4A(第9版)PS=0と診断した。PD-L1は高発現(≥75%)、オンコマインDxTTにてEGFR L858R変異陽性であった。本人と家族との相談の上amivantamab+lazertinibの併用療法を選択しX-1年12月25日より施行した。重篤な副作用は認められず、2クール終了後のCTによる評価にてPRが得られ、3クール以降も安全性を担保しつつ外来で治療継続予定としている。EGFR変異陽性肺扁平上皮癌は稀であり、特にamivantamab+lazertinibの併用療法の有効性に関する報告は極めて限られている。本症例は同治療の有効性を示唆する貴重な1例と考えられ、当日は文献的考察を加えて報告する。

A-35

複合免疫療法中に発症し、ステロイド治療が奏功した免疫関連有害事象（irAE）ぶどう膜炎の一例

一宮西病院 呼吸器内科

○廣瀬 健司、彦坂 宜紀、細田 敬介、柏井 康彦、
貫 智嗣、太田 智陽、石田 貢一、小澤 達志、
村田 泰規、竹下 正文

59歳男性。偶発的に施行されたCTで右肺腫瘍を指摘され、精査の結果、多発リンパ節転移、右副腎転移および多発脳転移を伴う肺腺癌（cT2aN3M1c Stage IVB、遺伝子変異/転座陰性、PD-L1 TPS 15%）と診断された。全脳照射後、抗PD-L1抗体＋抗CTLA-4抗体併用化学療法を開始し、2コース終了時点で部分奏効を得た。3コース目の経過中に両眼の視力低下および飛蚊症を自覚し、眼科的精査にてVogt-小柳-原田病様の汎ぶどう膜炎を認めた。免疫関連有害事象（irAE）によるぶどう膜炎と診断し、免疫チェックポイント阻害薬を中止のうえ、ステロイドの局所および全身投与を行ったところ、視機能および眼所見は速やかに改善した。治療中止後も腫瘍縮小は維持されている。免疫療法中に発症するぶどう膜炎は稀ではあるが重篤化する可能性があり、本症例の臨床経過を踏まえ、文献的考察を含めて、早期発見および眼科との連携の重要性について報告する。

A-36

ステロイドパルス、IVIG療法を要した抗PD-L1抗体によるirAE発熱性好中球減少症の1例

刈谷豊田総合病院 呼吸器内科

○鈴木 康広、平野 達也、伊藤 優汰、野又 夏実、
手柴 富美、中島 国也、加藤 早紀、日下 真宏、
岡田 木綿、武田 直也、吉田 憲生

【症例】64歳、男性【既往】潰瘍性大腸炎、2型糖尿病【病歴】進展型小細胞肺癌cStageIVBに対し、CBDCA＋VP-16＋Durvalmabによる治療を開始。同治療4コース後、Durvalmab単剤療法を4週間おきに継続。2コース目投与後18日目に発熱があり、発熱性好中球減少症と診断、セフェピムとG-CSF製剤で治療を開始したが、好中球増加に乏しく、骨髓検査でirAEと矛盾しない結果であった。mPSLパルスとIVIG療法を併用し、約二週間後に好中球は回復した。【考察】irAE好中球減少はICIによるまれな有害事象だが、高率に発熱性好中球減少症を来すとされている。適切な治療法は確立されていないが、G-CSF製剤よりも高用量ステロイドを第一選択として推奨する報告が多い。本症例は抗PD-L1抗体単剤療法中の発症であったが、肺癌治療中の好中球減少の多くは殺細胞性抗がん剤によるもので、感染症リスクとしてステロイドを躊躇することも多い。鑑別すべきまれなirAEとして報告する。

B-25

多項目PCRで百日咳菌感染の関与が示唆された成人市中肺炎の1例

刈谷豊田総合病院 呼吸器内科

○野又 夏実、加藤 早紀、伊藤 優汰、鈴木 康広、
手柴 富美、中島 国也、平野 達也、日下 真宏、
岡田 木綿、武田 直也、吉田 憲生

【症例】50歳、男性。発熱、咳嗽を主訴に受診し、胸部CTで両肺にすりガラス病変とconsolidationを認め、成人市中肺炎として入院した。CRP 27.3 mg/dLと著明高値であったが、WBC 8600/ μ L、PCT 0.22 ng/mLで、尿中肺炎球菌抗原、尿中レジオネラ抗原は陰性、血液培養は陰性、喀痰培養でも明らかな起炎菌は同定されなかった。細菌性肺炎としては非典型的であったため入院翌日に多項目PCRを実施したところ、百日咳菌陽性であった。追加で測定したPT抗体は160 EU/mLと高値であり、百日咳菌感染の関与が示唆された。抗菌薬点滴(CTRX + LVFX)で軽快し、第7病日に退院した。【考察】百日咳菌は成人市中肺炎の主要起炎菌ではないが、成人市中肺炎入院例でその関与を示す報告がある。単独起炎菌とは断定できないものの、非典型的経過の肺炎では百日咳菌も鑑別に挙げ、多項目PCRは百日咳菌感染の診断に有用と考えられた。

B-27

演題取り下げ

B-26

多発血管炎性肉芽腫症の治療中に発症した肺ノカルジア症の一例

¹聖隷浜松病院 呼吸器内科²同 膠原病リウマチ内科

○山崎 里紗¹、河野 雅人¹、橋渡 智也²、
郡司 哲仁¹、高橋 里奈¹、村松 卓実¹、
中根 千夏¹、竹田健一郎¹、日笠 美郷¹、
二橋 文哉¹、青野 祐也¹、三輪 秀樹¹、
三木 良浩¹、大村晋一郎²、橋本 大¹

60歳代男性。1年8ヶ月前に難聴で発症し、ANCA陽性・肥厚性硬膜炎から多発血管炎性肉芽腫症(GPA)と診断、ステロイド・リツキシマブにて治療中であった。視力低下で再燃し、入院となった。mPSLパルス+IVCYで改善したが、胸部X線で左上肺野に短期間で増大する結節影が出現し、当科紹介。胸部CTでは左肺上葉に周囲すりガラスを伴う結節を認めた。IgG 473 mg/dL、 β Dグルカン陰性であった。GPAの肺病変や日和見感染症を疑い、翌日に気管支鏡検査を実施。肺生検にてフィブリン析出が目立つ好中球性炎症を認め、培養検査では真菌や抗酸菌は認めず、ノカルジア属を検出した。肺ノカルジア症と診断し、ST合剤を治療量に増量し、MEPMを併用した。後日、*Nocardia elegans*が同定され、ST合剤に感受性を示した。陰影は徐々に縮小した。GPA治療中に稀ながら肺ノカルジア症をきたすことがある。原病悪化との鑑別を要し、積極的な気管支鏡検査が診断に有用であった。

B-28

陳旧性器質化病変に生じた慢性ノカルジア感染症の一例

知多半島りんくう病院 呼吸器内科

○水本 有星、佐藤 健太、諸澤 美佳、野崎 裕広

症例は左下葉の粘液栓を伴う陳旧性器質化病変の長期経過観察中の80歳代女性。X年5月に右上葉肺炎で入院しCTRXで改善。同時期の喀痰よりノカルジアとMRSAを検出し、気管支鏡で右上葉からMRSA、左下葉からノカルジアとMRSAを検出。全身播種性病変は認めず、左下葉は気道クリアランス低下に伴うノカルジア定着として経過観察。同年7月に右肺炎を再発しCTRX + AZMで改善。左下葉に新規浸潤影を認め、気管支鏡でノカルジアを再検出しノカルジアによる病状進行ありと考え治療開始。ST耐性のためIPM/CSで治療開始後AMPC/CVAを継続し、浸潤影および既存病変内の粘液栓様所見は改善。治療は6ヶ月で終了し現在も観察中。ノカルジアは日和見感染として知られる一方、局所気道クリアランス不良部位での感染報告もあり、慢性下気道感染における診断・治療適応は個々の病状を考慮した判断が求められる。

B-29

小細胞肺癌に対して化学放射線治療後に放射線関連肉腫を生じた一例

¹名古屋大学 医学系研究科 呼吸器内科学

²名古屋大学医学部附属病院 病理部

³同 放射線科

○藤野佑一朗¹、都島 悠佑¹、松澤 令子¹、
進藤有一郎¹、速井 俊作¹、神山 潤二¹、
伊藤 貴康¹、堀 和美¹、安藤 啓¹、
田中 一大¹、阪本 考司¹、石井 誠¹、
佐藤 啓²、城戸龍之介²、石原 俊一³

症例は60歳代男性。X-7年に右上葉限局型小細胞肺癌(cT2bN2M0 cStageⅢA:肺癌取り扱い規約第8版)と診断した。照射野が広く、シスプラチン+エトポシドを2コース先行後、3コース目より50Gy/25frの2門照射を併用し、完全寛解に近い治療効果を得て経過観察とした。X年、右肩痛を契機に右鎖骨腫瘍を指摘された。CTで右鎖骨近位端に骨破壊を伴う軟部腫瘍を認め、生検検体では核小体を有する腫大した類円形核と豊富な細胞質をもつ腫瘍細胞がシート状に増殖する所見で、一部で紡錘形細胞も認め、高悪性度肉腫と診断した。根治切除後の病理標本でも未分化多形肉腫の診断であった。小細胞肺癌に対する根治照射後7年の経過で照射野内に発生しており、放射線関連肉腫と考えられた。切除断端は陰性で、現在再発なく経過観察を行っている。根治照射後の長期生存例では、照射野内の新規病変に対し放射線関連肉腫を含む二次がんを念頭に置く必要がある。

B-30

気道ステント留置後化学療法を行った気管原発滑膜肉腫の一例

¹国立病院機構 名古屋医療センター 呼吸器内科

²同 腫瘍内科

³同 病理診断科

○今枝 陽¹、沖 昌英¹、村上 善子³、
伊藤 拓未²、野村 佳世¹、渡辺 寛仁¹、
大濱 敏弘¹、馬場 智也¹、鳥居 厚志¹、
篠原 由佳¹、佐野 将宏¹、小暮 啓人^{1,2}、
北川智余恵^{1,2}

症例は36歳女性。既往歴、気管支喘息。1か月前からの咯血、1週間前からの労作時呼吸困難があり前医を受診した。CTで中部気管内に突出する腫瘍があり、当院に紹介受診となった。全身麻酔下に硬性気管支鏡を施行、膜様部に広基性の腫瘍を認め、気管狭窄を来していたため気管支鏡下に腫瘍焼灼を行った。病理で滑膜肉腫と診断した。一旦紹介元に戻ったが、3週間後、腫瘍の増大により呼吸状態が悪化したため挿管管理となり、当院に転院し、気道ステント(AEROステント)を留置した。ステント留置後、エピルビシン+イフォスファミドを投与し、2サイクル投与後に腫瘍が縮小したためステント抜去を行った。滑膜肉腫が気管内に発生するのは稀であり今回集学的治療を行ったため報告する。

B-31

再生検により診断し得たSMARCA4欠損未分化腫瘍の一例

藤田医科大学 呼吸器内科学

○木村祐太郎、赤尾 謙、石井友里加、山蔦久美子、
堀口 智也、大矢 由子、後藤 康洋、磯谷 澄人、
近藤 征史、今泉 和良、橋本 直純

症例は喫煙歴を有する60歳代の男性。健診で上縦隔拡大を指摘され、縦隔腫瘍疑いにて紹介された。胸部CTで上～前～中縦隔に多発腫瘍を認め、造影CTでは不均一な造影効果を呈した。FDG-PETでは高度の集積を示す一方、内部に集積の乏しい部分を認め腫瘍内の広範な壊死が示唆された。EBUS-TBNAでは壊死成分が多く診断に至らず、壊死が比較的少ない前縦隔腫瘍部でCTガイド下針生検を施行し、高度異型を呈するがん細胞を検出した。特異な画像と進行性の経過からSMARCA4欠損腫瘍が鑑別に上がり免疫組織学的検討を行ったところ、SMARCA4欠損未分化腫瘍と判明した。SMARCA4欠損未分化腫瘍は悪性度が高く予後不良な腫瘍であり、比較的若年の喫煙歴を有する男性に多く、縦隔および胸膜を主座に、壊死を伴う大きな腫瘍を形成する。壊死主体の縦隔腫瘍を呈する症例では、本疾患を鑑別に挙げる事が重要である。

B-32

赤芽球癆の治療中にニューモシスチス肺炎を契機としてGood症候群の診断に至った胸腺腫術後の1例

三重大学医学部附属病院 呼吸器内科

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

Good症候群(GS)は胸腺腫に低 γ グロブリン血症を合併する稀な免疫不全症である。症例は74歳女性。2年前に胸腺腫(Type AB)摘出術を施行し、合併した赤芽球癆(PRCA)に対しPSL 15mg/日で維持療法中であった。呼吸困難を主訴に入院し、画像所見と β -D-グルカン高値よりニューモシスチス肺炎(PCP)および新規の気管支拡張症と診断した。免疫学的検査でIgG 486, IgA 32, IgM 27mg/dLと汎低 γ グロブリン血症を認め、末梢血B細胞は2.1%とほぼ消失していた。PSLによる影響のみではIgA・IgMの著減やB細胞枯渇は説明困難であり、GSと診断した。抗菌薬とST合剤、免疫グロブリン補充療法により軽快した。胸腺腫患者では術後もPRCAやGSが遅発性に顕在化することがあり、長期的なモニタリングが重要である。文献的考察を加え報告する。

B-33

発症早期からの臨床経過を確認しえた肺ランゲルハンス細胞組織球症の一例

総合病院聖隷浜松病院 呼吸器内科

○高橋 里奈、竹田健一郎、郡司 哲仁、山崎 里紗、村松 卓実、中根 千夏、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歳代、男性。特記すべき既往歴を有さず、喫煙歴40pack-yearの現喫煙者だった。無症状ながら健診の胸部X線で右上肺野に粒状影を指摘され当院を紹介受診した。血清学的に特記異常所見なし。HRCTでは両肺上葉優位に小葉中心性分布の粒状・結節状陰影が目立った一方、嚢胞性病変はみられなかった。当初は抗酸菌感染症を疑い細菌学的検査を繰り返したが診断に至らなかった。以降、禁煙指導するも患者は喫煙を継続した。

HRCTで結節性病変の経時的な嚢胞・空洞化の進行が確認でき、2年後に再検した気管支鏡検査で肺ランゲルハンス細胞組織球症と組織診断した。本疾患ではランゲルハンス細胞や炎症細胞が呼吸細気管支を中心に増殖し肉芽腫性病変を形成する。疾患進行に伴う多発肺嚢胞が本疾患の画像所見として有名ではあるが、その初期像では気道に沿った粒状・結節状陰影が目立つため、他疾患と誤認しうる点に注意を要する。

B-35

好酸球性肺炎を併発したWells症候群の1例

¹名古屋掖済会病院 呼吸器内科

²同 皮膚科

○大西 義之¹、恵美 亮佑¹、田中 太郎¹、西尾 朋子¹、今村 妙子¹、浅野 俊明¹、島 浩一郎¹、本多 美貴²、佐橋 祐子²

症例は喘息の既往のある50代女性。他院でマイコプラズマ肺炎と診断されミノマイシン内服後に両肺陰影、両側胸水が出現。血中好酸球数が4800/ μ Lと上昇しており精査目的で入院した。気管支鏡検査を行ったところ、気管支粘膜、肺胞組織に好酸球浸潤を指摘。気管支肺胞洗浄液中の好酸球数が増加しており好酸球性肺炎と診断した。また入院時に両下腿に紫斑と水疱が併発しており皮膚生検を施行。明らかなflame figureは見られなかったが、症状およびその他の病理所見からWells症候群(好酸球性蜂窩織炎)と診断した。メチルプレドニゾロン80mg点滴を開始したら胸部陰影、胸水、皮膚症状は改善した。その後メチルプレドニゾロンを漸減して第25病日に退院した。Wells症候群は本邦での報告例が80例と稀な疾患である。好酸球増多を来す他の疾患との関連を考察して、本症例の臨床経過や病理所見を交えて報告する。

B-34

鉄剤誤嚥による致死性的咯血が示唆された1剖検例

¹三重県立総合医療センター 呼吸器内科

²三重県立一志病院

○三木 寛登^{1, 2}、後藤 広樹¹、児玉 秀治¹、藤原 篤司¹、吉田 正道¹

症例は70歳男性。X-8年に胃癌に対して胃全摘術後で、胃切除後症候群として逆流性食道炎を生じた。誤嚥性肺炎を反復し、X-2年5月に誤嚥性肺炎の重症化による膿胸、X年6月に肺膿瘍の入院治療歴がある。X年7月上旬の退院後、外来で経口抗菌薬による治療が継続され、肺膿瘍の再燃はなかった。しかし7月23日に大量咯血による心肺停止で、当院搬送された。Aiで致死性的咯血を生じうる病変は新たに認めず、剖検を行った。病理組織診断でヘモジデリン貪食マクロファージと区別されるマクロファージ外の茶褐色の沈着物を認め鉄剤誤嚥が示された。加えて気管上皮障害、肺動脈・静脈の瘻孔が認められ、鉄剤誤嚥による致死性的咯血と診断した。鉄剤誤嚥は古典的には気管上皮の障害による気道狭窄により呼吸不全を生じる報告が少数あるが、致死性的咯血の報告例はない。鉄剤誤嚥と、鉄剤による上皮障害、血管障害が同時に観察され、非常に稀少であり報告する。

C-25

間質性肺疾患急性増悪との鑑別を要したVEXAS症候群の1例

¹トヨタ記念病院 内科

²同 呼吸器内科

○大橋 和哉¹、木村 元宏²、内田 岬希²、
高森 友基²、佐野 開人²、佐野 真由²、
松浦 彰伸²、中村 さや²、杉野 安輝²

症例は80歳代男性。X-1年に線維性間質性肺疾患と診断され経過観察となった。X年2月に発熱と呼吸困難のため当院を受診し、胸部CTで両肺にすりガラス影を認め入院となった。市中肺炎として治療したが改善しなかった。両下肢に紫斑を認め、皮膚生検を行ったが確定診断は得られなかった。間質性肺疾患の急性増悪と診断し、ステロイドパルス療法を行い、プレドニゾン（以下PSL）を漸減し退院した。PSL 5mg内服中のX+1年10月に発熱、食欲不振、皮疹を認め、PSL 20mgに増量した。再度皮膚生検を行ったが確定診断は得られなかった。その後もPSL減量で再発するため、PSL 12.5mgで維持した。X+2年以降大球性貧血を認めたため、末梢血検体で遺伝子検査を行った。UBA1遺伝子M41L変異を認めVEXAS症候群と診断とした。VEXAS症候群は多彩な肺陰影を呈し、間質性肺疾患患者に発症した場合、急性増悪との鑑別に難渋する場合がある。文献的考察を加えて報告する。

C-26

皮膚・筋症状を認めなかった抗MDA-5抗体陽性急速進行性間質性肺炎の1例

津島市民病院 呼吸器内科

○村上 靖、谷本 光希、小林 直人

症例は80歳女性。約3週間前より感冒症状、1週間前より、労作時呼吸困難を自覚、近医で肺炎を指摘され当院紹介受診。低流量酸素を要する呼吸不全を呈し、間質性肺炎と診断、皮膚筋炎を示唆する皮膚・筋所見は確認できなかった。第一病日にBALを施行し、中等量ステロイド開始、第3病日に抗MDA-5抗体陽性と判明したため、ステロイドパルス+タクロリムスの併用療法に変更。第7病日よりシクロホスファミド大量療法、第20病日より血漿交換を追加したが、呼吸状態は進行性に悪化、第35病日に死亡退院となった。病理解剖の承諾は得られなかった。全経過中に皮膚科や膠原病内科と連携し所見を追跡したが、皮膚筋炎を示唆する皮膚・筋症状は確認できなかった。皮膚・筋症状を欠く、抗MDA-5抗体陽性急速進行性間質性肺炎は、画像所見や臨床経過から類推し、抗体価で診断するしかなく、呼吸器内科医として注意すべき病態と考えられ報告する。

C-27

肺癌の根治術後に発症し救命し得た間質性肺炎急性増悪の一例

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

○尾崎 由佳¹、西科 雄太¹、萩本 聡¹、
寺町 涼^{1, 2}、富貴原 淳¹、笹野 元¹、
横山 俊樹^{1, 2}、片岡 健介¹、木村 智樹¹

症例は80歳男性。3年前より特発性肺線維症の診断でニンテタニブを開始していた。経過中に右上葉に増大傾向を示す結節影が出現し、肺癌の合併が疑われた。胸腔鏡下右上葉切除術を行い、肺扁平上皮癌pT2aN0M0 Stage I Bの診断に至った。術後経過は良好であったが、術後29日目頃より労作時呼吸困難と咳嗽の悪化があり、術後31日目に当院を受診した。CTで左肺の上葉と下葉に新規すりガラス影を認め、I型呼吸不全を呈していた。間質性肺炎の術後急性増悪と診断し、ステロイドパルスと免疫抑制薬を主軸とした集学的治療を行った。治療経過は良好であり、第5病日に集中治療室を退室し第8病日には安静時の酸素を離脱した。ステロイドを漸減し、第36病日に自宅退院となった。間質性肺炎合併肺癌の手術において、術後の間質性肺炎急性増悪は致死的な病態であり術後早期死亡の主要な原因の一つとなる。当院で経験した一例を文献的考察も含め報告する。

C-28

Hermansky-Pudlak 症候群関連間質性肺炎の一例

大垣市民病院 呼吸器内科

○安藤 守恭、堀 翔、小林 紘生、中井 将仁、
中島 治典、安部 崇、安藤 守秀

症例は40歳代男性。幼少期より鼻出血の止血困難などの自覚はあった。X-12年に右精巣腫瘍に対して当院泌尿器科で精巣摘出術が行われた際に術後の出血合併症に難渋した。血液内科で精査し、血小板機能異常が疑われたが原因不明であった。X年4月に左眼痛で当院眼科を受診し、強膜炎/眼皮膚白皮症と診断された。また、同時に労作時呼吸困難の精査で間質性肺炎を指摘され、呼吸器内科受診した。各種症候からHermansky-Pudlak 症候群を疑い遺伝子検査により確定診断に至った。X年10月よりステロイド治療、X+1年1月よりニンテタニブを導入した。以降も緩徐に肺障害は進行し、X+2年4月にHOT導入した。X+3年1月には肺高血圧に対してトレプロスチニル吸入を導入した。現在は肺移植待機中である。本疾患は極めて稀であり、症候や診断について文献的な考察を加えて報告する。

C-29

遅発型複合免疫不全症（LOCID）に伴う肉芽腫性リンパ球性間質性肺炎（GLILD）の一例

聖隷浜松病院

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

20歳代女性。X-15年に腫大した腋窩リンパ節生検で非乾酪性肉芽腫が認められた。サルコイドーシスと考えられ、経過観察された。X-9年に低 γ グロブリン血症があり末梢血フローサイトメトリーでLOCIDと診断され、免疫グロブリン補充療法が開始された。X年に胸部異常陰影で当科に紹介された。胸部CTで気道周囲の粒状影と多発小結節影、多発リンパ節腫大が認められ、BALF中リンパ球分画は47%と上昇していた。外科的肺生検で気道中心性のリンパ球や組織球を主体とする肉芽腫性炎症、胞隔のリンパ球浸潤が認められ、GLILDと考えられた。特殊染色や培養検査で有意な所見はなく、LOCIDに伴うGLILDと診断された。LOCIDでの報告はないが、GLILDは複合型免疫不全症でも発症することが近年報告されており、気管支拡張や多発粒状影を認めた際には免疫不全症も鑑別に挙げることで早期診断のために重要であると考えられた。

C-31

肺高血圧を伴い胸腔外病変を認めなかったIgG 4 関連間質性肺炎の一例

聖隷三方原病院 呼吸器センター内科

○佐藤 海斗、鈴木 理紗、豊田 峻輔、友田 悠、森川 萌子、杉山 未紗、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77歳女性、胸部異常陰影で当科紹介となった。胸部CTで両下葉気管支血管束優位にすりガラス影、網状影を認め、縦隔・肺門リンパ節腫脹を伴っていた。IgG 4 1680 mg/dLと著明高値でありIgG 4 関連疾患が疑われたが胸腔外に病変を認めなかった。外科的肺生検でリンパ球・形質細胞浸潤、IgG 4 陽性形質細胞の増加、閉塞性静脈炎を認めIgG 4 関連疾患に伴う間質性肺炎と診断された。また術前心エコーで右心負荷所見があり右心カテーテル検査を行った結果、肺高血圧の合併を認めた。グルココルチコイド内服ですりガラス影は軽快したが一部陰影の残存を認めた。IgG 4 関連疾患に伴う間質性肺炎の報告は少ないが、花筈状線維化や胸腔外病変を認めないという特徴が既報と一致していた。肺高血圧合併の報告も少ないが、リンパ節による肺動脈圧排や閉塞性静脈炎により発症する機序が推定されており、同疾患の多様な病態を理解する上で重要な症例と考えられたため報告する。

C-30

気管・気管支病変が診断の契機となったIgG 4 関連呼吸器疾患の1例

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

○後藤 広樹、三木 寛登、児玉 秀治、藤原 篤司、吉田 正道

症例は40歳代男性。X年12月に前医で施行された胸部CTで左主気管支内に隆起性病変を指摘され、当科紹介となった。CT上、肺実質病変や縦隔・肺門リンパ節腫大はなく、気管支鏡検査では、気管・気管支に広く網目状の血管増生、気管支壁の肥厚や浮腫、小隆起病変などが散見され、小隆起病変に対し直視下生検を行った。その後、病理所見および血清IgG 4 高値などを根拠としてIgG 4 関連呼吸器疾患と臨床診断した。IgG 4 関連呼吸器疾患は多彩なCT所見を呈するが、多くの症例で縦隔・肺門リンパ節腫大や肺実質病変を伴うと報告されている。本症例のようにこれらの病変を欠き、中枢気道病変を主体とする症例は稀であるため、気管支鏡所見とともに報告する。

C-32

VV-ECMO導入と集学的治療により救命し得たびまん性肺胞出血を伴う劇症型抗リン脂質抗体症候群の一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二赤十字病院

○大塚 健人、山田 千歳、佐藤 孝哉、石井あずさ、松井 利憲、小沢 直也、村田 直彦、若山 尚士

54歳女性。抗リン脂質抗体症候群（APS）、心内膜炎、脳梗塞の既往がありワルファリン内服中。血痰と呼吸困難により救急外来を受診した。来院時に著明な低酸素血症を認めて心停止を呈したが、蘇生術により自己心拍再開を得た。酸素化維持困難のため、気管挿管後直ちにVV-ECMOを導入した。第1病日よりステロイド大量静注療法を開始した。第4病日、気管支肺胞洗浄でびまん性肺胞出血（DAH）と診断した。血小板減少に加え、腎障害、肝障害、深部静脈血栓症を伴うことから劇症型APSと判断し、第5病日より血漿交換、第9病日より再度のステロイド大量静注療法を施行した。第9病日にECMOを離脱した。心臓弁膜症による心原性肺水腫や去痰不全により、抜管と再挿管を繰り返したが、最終的には人工呼吸器を離脱し、転院に至った。DAHを伴う劇症型APSは致死的となり得るが、VV-ECMO導入、ステロイド、血漿交換を含む集学的治療により救命し得た一例を経験したため報告する。

C-33

関節リウマチ、シェーグレン症候群を背景として、細菌性肺炎の経過中に血球貪食症候群を発症した一例

浜松医科大学 内科学第二講座

○板川 俊輝、中村 匠吾、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、藤澤 朋幸、乾 直輝、
須田 隆文

症例は65歳女性。関節リウマチとシェーグレン症候群の既往があり、関節症状に対してアバタセプトの投与を受けていた。また、かねてより関節リウマチおよびシェーグレン症候群関連の気道病変があるため、当科で経過観察を行っていた。今回、発熱と咳嗽を主訴に当科を予約外受診した。細菌性肺炎の診断となり、精査加療目的に入院となった。抗菌薬治療で肺炎は軽快したものの、第11病日より再度高熱が出現し、第14病日に著明な血小板減少、肝障害、高フェリチン血症が出現した。精査の結果、除外的に膠原病を背景として細菌性肺炎を契機に発症した血球貪食症候群と診断した。副腎皮質ステロイド、シクロスポリン、エトポシドで治療を行い軽快し、第53病日に自宅退院となった。背景に膠原病関連の肺病変がある患者で、細菌性肺炎を契機として血球貪食症候群を来すのは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

C-34

エンホルツマブ／ベドチン＋ペムブロリズマブ併用療法(EVP)による薬剤性肺炎の3例

聖隷三方原病院 呼吸器センター内科

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

2026年3月現在、EVPは局所進行または転移性尿路上皮癌の初回標準治療である。両薬剤共に間質性肺炎リスクがあり当院でも1年で3例相談があったため情報共有を兼ね報告する。【症例1】76歳男性。尿管癌術前化学療法としてEVP開始。初回投与後に皮疹と肝障害を認めday8以降EV減量し継続された。投与29日後に薬疹を生じその2日後に呼吸不全に陥り紹介。Grade3肺障害としてパルス療法を含むステロイド治療を行い改善した。【症例2】70歳男性。膀胱癌術後再発に対しEVP開始。皮疹と肝障害を認め②コース目はEV減量されたが再び皮疹が出現し、両下葉に斑状浸潤影を認め紹介。Grade2肺障害としてステロイド内服加療を行い改善した。【症例3】76歳女性。腎盂癌多発肺転移に対しEVP開始。6コース投与し肺転移巣は消失したが両肺にreversed halo様の多発斑状浸潤影が出現し紹介。Grade2肺障害と考えられたが無症状であり薬剤中止のみで経過観察を行い自然寛解を得た。

C-35

HER2遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌に対し、トラツズマブデルクステカンを使用し、薬剤性肺障害を来した一例

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○埜村 友香、笹野 元、尾崎 由佳、箕浦 健悟、
西科 雄太、平光 花保、長江 典彦、萩本 聡、
寺町 涼、富貴原 淳、横山 俊樹、片岡 健介、
木村 智樹

66歳男性、根治的化学放射線療法後に再発した肺扁平上皮癌(肺癌マルチ遺伝子PCRパネル陰性、PD-L1 1-24%)に①CDDP＋GEM＋ネシツムマブ、②ペムブロリズマブ、③nab-PTX施行も、いずれも3サイクルまでで無効となった。CGPでHER2遺伝子変異陽性と判明し、4次治療にトラツズマブデルクステカン(T-DXd)を用いた。6日目に発熱(後に腫瘍熱と判断)を認め、CTでは舌区に局所的なすりガラス影が出現したが、軽微のため抗菌薬のみで経過観察とした。28日目に高熱と低酸素、両肺びまん性すりガラス陰影が出現し、インフルエンザAと診断。入院し抗菌薬とペラミビルを開始したが、翌日に陰影・酸素化が悪化。T-DXdによる薬剤性肺障害(DILD)と考えステロイドパルスを行ったが、重篤な低酸素が遷延し、60日目に死亡した。DILDは肺癌に対する分子標的薬治療では5%までで見られる有害事象だが、T-DXdでは10-15%と比較的高頻度であり、機序について文献的考察を加えて報告する。

C-36

防風通聖散による薬剤性肺障害の1例

刈谷豊田総合病院 呼吸器内科

○伊藤 優汰、平野 達也、野又 夏実、鈴木 康広、
手柴 富美、中島 国也、加藤 早紀、日下 真宏、
岡田 木綿、武田 直也、吉田 憲生

【症例】69歳、男性【病歴】市販の防風通聖散を内服後、発熱が出現し中止で解熱したが、再開後に発熱、倦怠感を認め近医受診、肺炎と診断され当院紹介受診となった。高度な低酸素血症、KL-6、SP-D高値、胸部CTで両肺びまん性すりガラス病変を認め入院。感染症検査は陰性で抗菌薬不応であり、薬剤性肺障害を疑い、mPSLパルス療法を含む治療を開始し速やかに改善。後日、防風通聖散に対するDLST陽性と判明、薬剤性肺障害と診断した。【考察】抗菌薬不応の肺炎の鑑別として薬剤性肺障害は重要で、特に市販されている漢方薬の服用歴は聴取すべきである。防風通聖散は薬剤性肺障害の原因として報告されている生薬の内、オウゴンとカンゾウを含む。漢方薬による薬剤性肺障害の機序は細胞障害性、アレルギー性機序が考慮されているが、本症例では薬剤の中止と再開による病勢の軽快と再燃が観察された。アレルギー性機序と推測される薬剤性肺障害として報告する。

C-37

病歴聴取から原因が加湿器と推定された急性過敏性肺炎の一例

名古屋市立大学 医学部附属 西部医療センター

○松野真佑美、秋田 憲志、小川 美波、大脇 壮太、井上 芳次、國井 英治

症例は68歳男性。X月初旬から咳嗽が出現し、X月15日より発熱を認め、当科を受診した。胸部CTで両肺びまん性のすりガラス状陰影を認め、入院でレボフロキサシンを10日間投与し改善した。退院後2日で咳嗽が再燃し、初診時と同様に両肺にすりガラス状陰影を認めるため、再度入院でレボフロキサシンを14日間投与し、自宅退院としたところ、退院翌日に咳嗽と発熱が生じ再入院した。自宅退院から数日で両肺すりガラス状陰影の肺炎が再燃している経過から過敏性肺炎を疑い、抗原回避目的の経過観察のみとしたが軽快した。BALFの細胞分画はリンパ球比率55%と高値であり、経気管支肺生検ではリンパ球優位のCellular IP所見を認め、Probable HPと判断した。X月から自宅加湿器を使用し始めたことが判明し、加湿器の使用中止後は再燃を認めていない。病歴聴取で原因を推定し、転居せずに急性過敏性肺炎を改善し得た症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

C-38

短期間に進行を認めた異所性石灰化の1例

¹磐田市立総合病院 呼吸器内科

²同 腎臓内科

○柴田 立雨¹、村山 実久²、佐藤 大樹¹、手嶋 隆裕¹、川村 彰¹、白鳥晃太郎¹、村上有里奈¹、青島洋一郎¹、西本 幸司¹、松島紗代実¹、佐竹 康臣¹、原田 雅教¹、深澤 洋敬²、妹川 史朗^{1, 2}

約3ヶ月前に急性心不全の診断にて治療歴あり。今回ふらつきの症状により転倒し、当院へ救急搬送となった。腎機能障害(Cr 6.8mg/dl)、高Ca血症(補正Ca 16.7mg/dl)を認め入院。生食投与とエルカトニンで治療を行なったが、胸部CTにて第4病日に、急速に悪化するすりガラス状陰影を認めた。IgG 1858mg/dL、IgG 4 564mg/dL、鼻茸を認め、同部位の生検にてリンパ球、形質細胞の顕著な浸潤を認め、IgG 4/IgG >40%でありIgG 4関連疾患が疑われた。BNP 4086pg/mLと上昇し、呼吸不全が進行、デノスマブの投与でも高Ca血症が遷延したため、9日間連日の血液透析と、IgG 4関連疾患としてPSL 40mg/dayの投与も併用した。その結果、補正Caは正常範囲内に回復。高Ca血症の原因としてIgG 4関連疾患が示唆された。TBLCの組織は異所性石灰化の所見であった。急速にCaの上昇をきたす場合には、異所性石灰化も短期間に進行する可能性があり注意を要する。

C-39

胸部SMARCA 4欠損未分化腫瘍の1剖検例

¹藤田医科大学岡崎医療センター 呼吸器内科学

²同 病理診断学

³藤田医科大学 呼吸器内科学

○太田 真樹¹、森川紗也子¹、前田 侑里¹、井上 敬浩¹、後藤 祐介¹、林 正道¹、中川 満²、西島 亜紀²、今泉 和良³、橋本 直純³

症例は77歳女性。関節リウマチ・間質性肺炎に対して通院中であった。咳嗽と呼吸困難感で受診し右胸水を認め入院した。胸腔ドレナージを施行、胸水細胞診からは腺癌が疑われた。CT上は軽度胸膜肥厚を認めるのみで、原発を疑う肺陰影や縦隔リンパ節腫大を認めなかった。その後、ドレーン挿入部に一致して急速に増大する皮下腫瘍を認め、再検したCTでは胸膜肥厚が進展し一部大血管を巻き込んでいた。胸膜病変に対して施行したCTガイド下生検で結合性の乏しい高度の異型性を持つ腫瘍細胞が認められ、免疫染色の結果胸部SMARCA 4欠損未分化腫瘍と診断された。その後急速な2型呼吸不全の進行によって、生検から9日目に永眠した。剖検では腫瘍は右胸腔内全体に広がりドレーン挿入部にも伸展を認めた。胸部SMARCA 4欠損未分化腫瘍は稀で予後不良な腫瘍として知られているが、本症例においても急速な病変進行および病状悪化を示した。

C-40

Cone-beam CT併用経気管支肺生検にて透視での視認が困難な結節病変を診断した一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院

○石井あずさ、村田 直彦、佐藤 孝哉、小沢 直也、松井 利憲、若山 尚士

【背景】胸部X線写真では描出されない程度の小さな結節陰影は術前診断を得ることは困難だがCone-beam CT併用経気管支肺生検(CBCT-TBB)診断率の向上を期待できる。【症例】59歳の男性。23×10mm大の結節病変を認め、CBCT-TBBを施行した。極細径気管支鏡を用いて病変近傍まですすめ、r-EBUSで確認するも描出されなかった。X線透視でも視認は困難であった。鉗子を挿入した状態で内視鏡固定アームを使用して固定し、CBCT撮影を行った。結節の位置と鉗子先端の位置関係を確認し、3Dイメージに合わせて検体を採取した。【結果】9個中4検体で病変を認め、adenocarcinomaの診断となり、手術を行う方針となった。内視鏡固定アームを用いることでCBCT撮影による術者の被曝を回避した。検査時間は、56分であった。【結語】CBCT-TBBは、X線透視で視認が困難な病変に対して診断ができるケースがあり、診断率の向上が期待できると考えられた。今後も症例数を増やして検証していく。