

第123回日本結核病学会
第93回日本呼吸器学会

近畿地方会

プログラム・抄録集

会 期：令和元年7月6日(土)

会 場：メルパルク京都

〒600-8216

京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13

TEL: 075-352-7444(代)

～ 呼吸生理学30年の歩み ～

会 長 坪井 知正

独立行政法人国立病院機構南京都病院 院長

参加者，発表者へのご案内

1. 参加者は総合受付（7F/ロビー）で参加費をお支払いください。受付は8時より開始します。

参加区分	参加費
医師・研修医	3,000 円
メディカルスタッフ	1,000 円
学生（研修医を除く）	無 料

2. 会場内では携帯電話は電源オフかマナーモードにしてください。
3. 本プログラム・抄録集の事前送付はございません。当日会場にてご参加の方にのみ配布いたします。
4. 日本結核病学会近畿支部 理事会，総会

会議名	時間	場所	出席対象
理事会	11:30～12:00	本部 (6階 会議室6)	日本結核病学会近畿支部 支部長・理事・監事
総会	13:25～13:50	第1会場 (7階 スタジオ1)	日本結核病学会近畿支部 支部長・理事・監事・名誉会員・ 功労会員・代議員・正会員

5. 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 出席は**5単位**、演者は**3単位**加算。
日本結核病学会 結核・抗酸菌症認定医/指導医、抗酸菌症エキスパート資格 **5単位**
3学会合同呼吸器療法認定士 **20単位**。
呼吸ケア指導士 **7単位**

<発表者の方へ>

1. 発表時間

セッション	発表時間
教育講演 (EL)	55 分 (質疑応答を含む)
ランチョンセミナー (LS)	60 分 (質疑応答を含む)
オーラルセッション (OS)	発表 7 分・討論 2 分

2. 発表演題に関する利益相反 (COI) の開示について
全ての発表・講演について、筆頭演者はCOI (利益相反) の開示が求められます。発表者はスライド2枚目にCOIの開示内容を提示してください。

スライド例

近畿地方会口頭発表時、
申告すべきCOI状態がない時



近畿地方会口頭発表時、
申告すべきCOI状態がある時



※詳細は利益相反ページをご覧ください。

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

URL : http://www.jrs.or.jp/modules/about/index.php?content_id=31

一般社団法人日本結核病学会 倫理委員会「利益相反(COI) 関連」

URL : https://www.kekkaku.gr.jp/medical_staff/#rinri

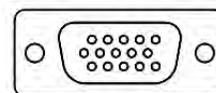
3. 一般演題の抄録の訂正をご希望の方は、データ受付にプリントアウト2部（座長用・事務局用）と抄録データを入れたCD-Rをご提出ください。一般演題抄録は演題名・所属・発表者名・本文を含めて500字以内です。

<オーラル発表者の方へ>

1. 全会場PCによる発表です。PowerPoint（Windows版）で作成したデータをCD-RおよびUSBメモリー、あるいはPCにてご持参ください。なお、主催者側で用意するPCのOSはWindows10で、PowerPointのバージョンはMicrosoft PowerPoint 2010・2013・2016です。
2. 発表30分前までにデータ受付（7F/スタジオ3）にて試写を終えてください。発表データは完成版のみ、お持ちください。データ受付は8時より開始します。
※音声は受け付けられません。
※Macintoshで作成されたデータについては、ご自身のPCをお持ち込みください。
※PCをお持ち込みになる場合は、PCに付属のACアダプタを必ずご持参ください。
※会場で用意するPCケーブルコネクタの形状はMiniD-sub15ピンです。

この形状に合ったPCをご使用ください。

また、この形状に変換するコネクタを必要とする場合は、必ずご自身でお持ちください。



<運営事務局>

株式会社JT B 西日本MICE事業部

〒541-0058 大阪市中央区南久宝寺町3-1-8 MPR本町ビル9階

TEL : 06-6252-5049 (平日9:30 ~ 17:30)

FAX : 06-7657-8412

E-mail : 123tb-kinki@jtb.com

会場アクセス

メルパルク京都

JR 京都駅烏丸中央口改札口すぐ

〒600-8216 京都府京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13

TEL：075-352-7444（代表）FAX：075-352-7390

ホームページ：<https://www.mielparque.jp/kyoto/access/>



■新幹線をご利用の場合

- JR 京都駅(烏丸中央口)から東へ約1分

■飛行機をご利用の場合

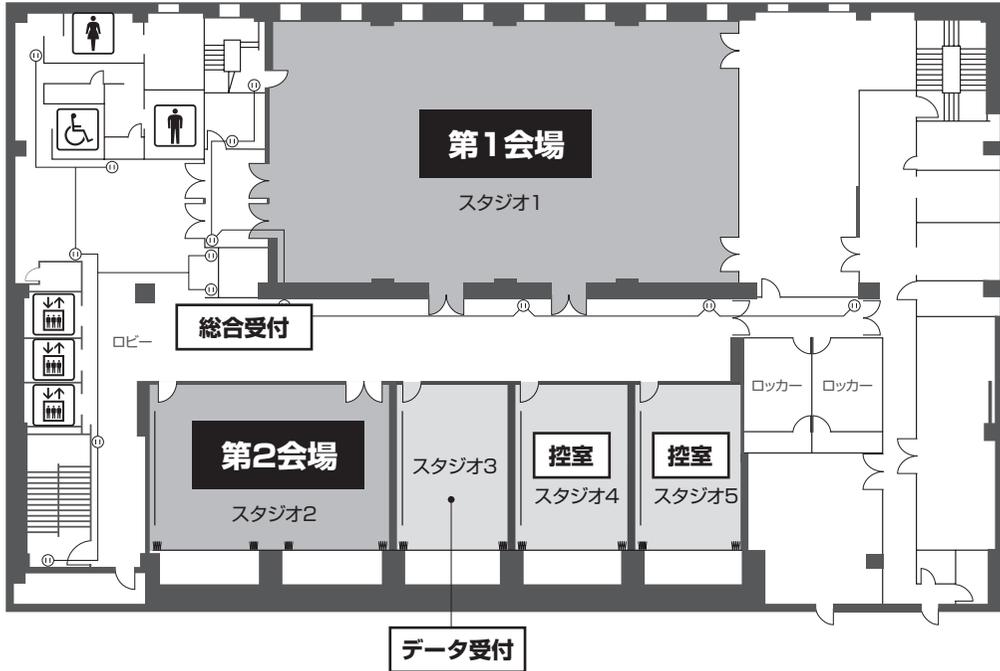
- 大阪(伊丹)空港からリムジンバスで約60分【片道¥1,310】

■お車をご利用の場合

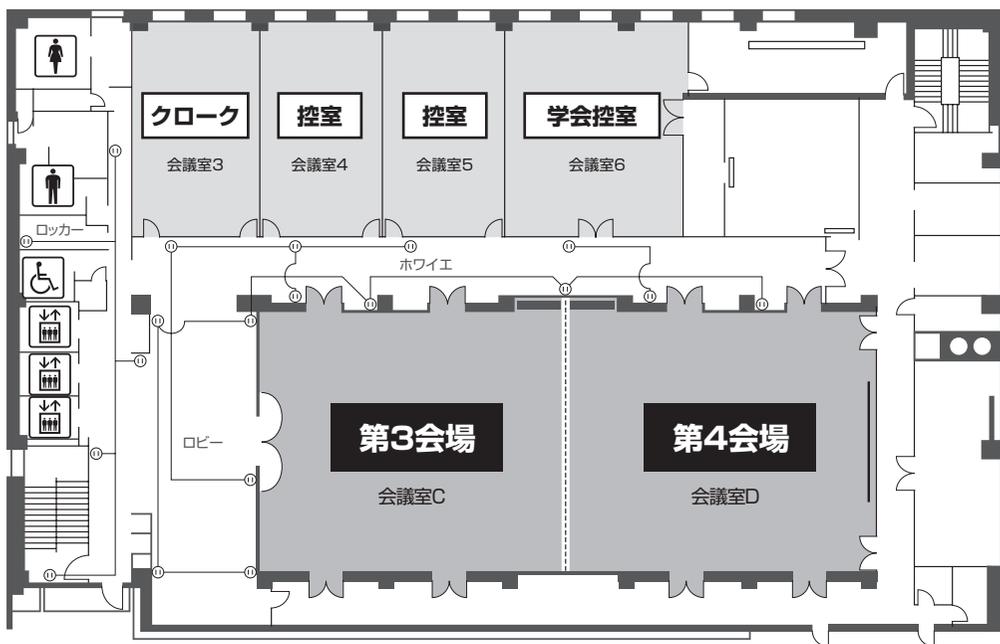
- 名神高速道路 京都南インターより国道1号線経由で約10分
阪神高速8号京都線賀茂川西出口降りて河原町十条左折、竹田街道十条を右折、
竹田街道直進し(約5分)、高倉塩小路を左折、一つ目の信号を左折
※駐車場のご用意はございません。

会場案内図

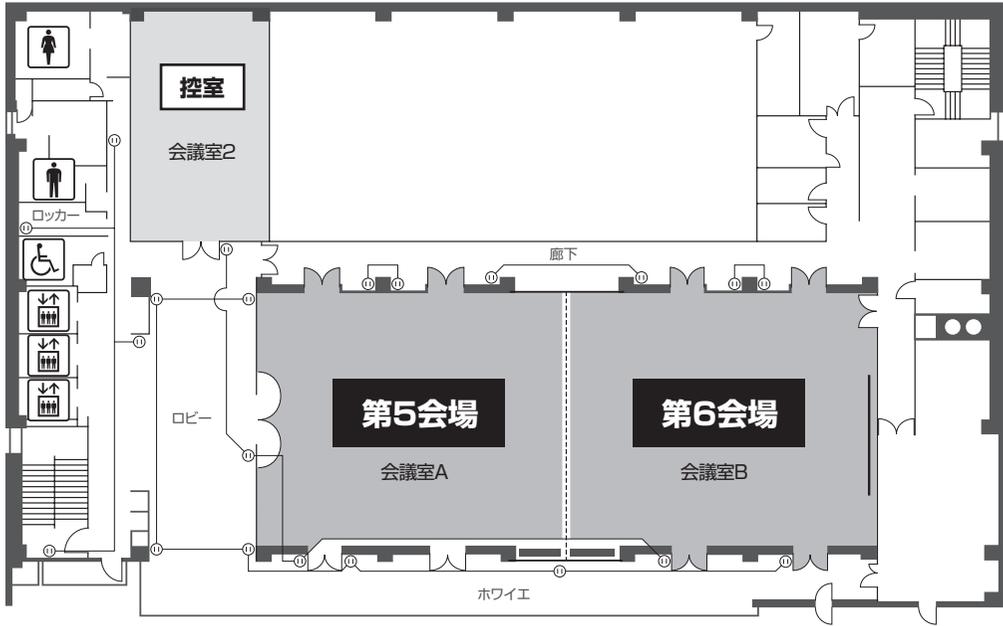
7F



6F



5F



学会進行予定表

(一般演題：オーラルセッション発表7分+質疑2分)

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00
第1会場 7F スタジオ1 (9:00～9:05) 開会の辞	EL 1 (9:05～10:00) 教育講演1 「呼吸と嚥下の協調機構と病態生理」 座長：福井 基成 演者：越久 仁敬	EL 2 (10:05～11:00) 教育講演2 「定量的画像解析」 座長：酒井 直樹 演者：中野 恭幸	EL 3 (11:05～12:00) 教育講演3 「基礎から学ぶQOLの評価と実践」 座長：羽白 高徹 演者：小賀 徹	LS 1 (12:15～13:15) ランチョンセミナー1 「COPD薬物治療の今」 座長：中野 恭幸 演者：佐藤 晋 共催： グラクソ・スミスクライン (株)	
	第2会場 7F スタジオ2 (8:00～) 受付	OS 01 (9:05～9:59) 一般演題 「希少肺疾患・その他1」 座長：土谷美知子 OS 01-1～OS 01-6	OS 02 (9:59～11:02) 一般演題 「希少肺疾患・その他2」 座長：西坂 泰夫 OS 02-1～OS 02-7	OS 03 (11:02～11:56) 一般演題 「慢性呼吸不全・在宅医療」 座長：角 謙介 OS 03-1～OS 03-6	LS 2 (12:15～13:15) ランチョンセミナー2 「間質性肺炎の診断と治療～診断ガイドラインの改訂を踏まえて～」 座長：平井 豊博 演者：半田 知宏 共催：帝人在宅医療 (株)
第3会場 6F 会議室C	OS 08 (9:05～9:59) 一般演題 「間質性肺疾患1」 座長：北市 正則 OS 08-1～OS 08-6	OS 09 (9:59～10:53) 一般演題 「間質性肺疾患2」 座長：田口 善夫 OS 09-1～OS 09-6	OS 10 (10:53～11:56) 一般演題 「間質性肺疾患3」 座長：河村 哲治 OS 10-1～OS 10-7	LS 3 (12:15～13:15) ランチョンセミナー3 「エビデンスからリアルワールドへ～免疫チェックポイント阻害薬の使い方～」 座長：高山 浩一 演者：吉岡 弘鎮 共催：プリストル・マイヤースクイブ (株) / 小野薬品工業 (株)	
第4会場 6F 会議室D	OS 14 (9:05～9:59) 一般演題 「その他呼吸器感染症1」 座長：西尾 智尋 OS 14-1～OS 14-6	OS 15 (9:59～10:53) 一般演題 「その他呼吸器感染症2」 座長：橘 洋正 OS 15-1～OS 15-6	OS 16 (11:02～11:56) 一般演題 「その他呼吸器感染症3」 座長：丸毛 聡 OS 16-1～OS 16-6	LS 4 (12:15～13:15) ランチョンセミナー4 「特異性肺線維症:国際診断ガイドライン改定もたらした診断と治療へのインパクト」 座長：田口 善夫 演者：富岡 洋海 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム (株)	
第5会場 5F 会議室A	OS 20 (9:05～9:59) 一般演題 「胸膜・縦隔疾患1」 座長：西村 尚志 OS 20-1～OS 20-6	OS 21 (9:59～11:11) 一般演題 「腫瘍性肺疾患1」 座長：三尾 直士 OS 21-1～OS 21-8	OS 22 (11:11～11:56) 一般演題 「腫瘍性肺疾患2」 座長：杉田 孝和 OS 22-1～OS 22-5	LS 5 (12:15～13:15) ランチョンセミナー5 「非小細胞肺癌の一次治療における免疫+化学療法の治療革新」 座長：三尾 直士 演者：田宮 基裕 共催：MSD (株) / 大鵬薬品工業 (株)	
第6会場 5F 会議室B	OS 26 (9:05～9:59) 一般演題 「腫瘍性肺疾患3」 座長：北 英夫 OS 26-1～OS 26-6	OS 27 (9:59～11:02) 一般演題 「腫瘍性肺疾患4」 座長：小笹 裕晃 OS 27-1～OS 27-7	OS 28 (11:02～11:56) 一般演題 「腫瘍性肺疾患5」 座長：野口 哲男 OS 28-1～OS 28-6	LS 6 (12:15～13:15) ランチョンセミナー6 「軽症～重症喘息患者の病態・診断・治療について」 座長：室 繁郎 演者：松本 久子 共催：アストラゼネカ (株)	

	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
第1会場 7F スタジオ1	(13:25~13:50) 日本結核病 学会近畿支部 代議員会 および総会	PL (14:00~14:55) 会長講演 「終末期を含む慢性 期の呼吸ケア」 座長：大井 元晴 演者：坪井 知正	EL 4 (15:00~15:55) 教育講演4 「睡眠呼吸障害の管 理と臨床」 座長：三嶋 理晃 演者：陳 和夫	EL 5 (16:00~16:55) 教育講演5 「呼吸器疾患への ヒトiPS細胞を用いた アプローチ、 現在と未来」 座長：佐藤 敦夫 演者：後藤 慎平	(16:55~17:00) 閉会の辞	
	第2会場 7F スタジオ2		OS 04 (14:00~14:45) 一般演題 「急性呼吸不全・ ARDS」 座長：郷間 巖 OS 04-1~OS 04-5	OS 05 (14:45~15:30) 一般演題 「呼吸筋・呼吸調節障害・ 睡眠呼吸障害1」 座長：中村 敬哉 OS 05-1~OS 05-5	OS 06 (15:30~16:15) 一般演題 「呼吸筋・呼吸調節障害・ 睡眠呼吸障害2」 座長：櫻本 稔 OS 06-1~OS 06-5	OS 07 (16:15~16:51) 一般演題 「治療手技・ 検査手技」 座長： 大町 直樹 OS 07-1~OS 07-4
第3会場 6F 会議室C			OS 11 (14:00~14:54) 一般演題 「結核1」 座長：佐藤 敦夫 OS 11-1~OS 11-6	OS 12 (14:54~15:48) 一般演題 「結核2」 座長：露口 一成 OS 12-1~OS 12-6	OS 13 (15:57~16:51) 一般演題 「非結核性 抗酸菌症」 座長：松本 智成 OS 13-1~OS 13-6	
	第4会場 6F 会議室D		OS 17 (14:00~14:45) 一般演題 「呼吸リハビリ テーション」 座長：石川 朗 OS 17-1~OS 17-5	OS 18 (14:54~15:48) 一般演題 「チーム医療 (RST, NST, ICT, 緩和ケアチーム)」 座長：佐藤 晋 OS 18-1~OS 18-6	OS 19 (15:57~16:42) 一般演題 「ワクチン・ インフルエンザ」 座長：高橋 憲一 OS 19-1~OS 19-5	
第5会場 5F 会議室A			OS 23 (14:00~14:54) 一般演題 「その他呼吸器 感染症4」 座長：酒井 直樹 OS 23-1~OS 23-6	OS 24 (14:54~15:39) 一般演題 「アレルギー性肺疾患1」 座長：塚本 宏壮 OS 24-1~OS 24-5	OS 25 (15:57~16:51) 一般演題 「アレルギー性 肺疾患2」 座長：平岡 範也 OS 25-1~OS 25-6	
	第6会場 5F 会議室B		OS 29 (14:00~15:03) 一般演題 「腫瘍性肺疾患6」 座長：長谷川吉則 OS 29-1~OS 29-7	OS 30 (15:03~15:48) 一般演題 「腫瘍性肺疾患7」 座長：遠藤 和夫 OS 30-1~OS 30-5	OS 31 (15:48~16:51) 一般演題 「胸膜・縦隔疾患2」 座長：小栗 晋 OS 31-1~OS 31-7	

会長講演

【第1会場（7F/スタジオ1） 14：00～14：55】

PL. 終末期を含む慢性期の呼吸ケア

座長：大井 元晴（互恵会大阪回生病院 睡眠医療センター）

演者：坪井 知正（国立病院機構南京都病院）

教育講演

【第1会場（7F/スタジオ1） 9：05～16：55】

EL1. 呼吸と嚥下の協調機構と病態生理

座長：福井 基成（田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター）

演者：越久 仁敬（兵庫医科大学 生理学 生体機能部門）

時間：9：05～10：00

EL2. 定量的画像解析

座長：酒井 直樹（大阪赤十字病院 呼吸器内科）

演者：中野 恭幸（滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科）

時間：10：05～11：00

EL3. 基礎から学ぶQOLの評価と実践

座長：羽白 高（天理よろづ相談所病院 呼吸器内科）

演者：小賀 徹（川崎医科大学 呼吸器内科学）

時間：11：05～12：00

EL4. 睡眠呼吸障害の管理と臨床

座長：三嶋 理晃（大阪府済生会野江病院）

演者：陳 和夫（京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座）

時間：15：00～15：55

EL5. 呼吸器疾患へのヒトiPS細胞を用いたアプローチ，現在と未来

座長：佐藤 敦夫（国立病院機構南京都病院 呼吸器センター）

演者：後藤 慎平（京都大学大学院医学研究科 呼吸器疾患創薬講座）

時間：16：00～16：55

ランチョンセミナー

【12:15～13:15】

LS1. COPD薬物治療の今

座 長：中野 恭幸（滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科）
演 者：佐藤 晋（京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科）
会 場：第1会場（7F/スタジオ1）
共 催：グラクソ・スミスクライン株式会社

LS2. 間質性肺炎の診断と治療 ～診断ガイドラインの改訂を踏まえて～

座 長：平井 豊博（京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学）
演 者：半田 知宏（京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座/呼吸器内科学）
会 場：第2会場（7F/スタジオ2）
共 催：帝人在宅医療株式会社

LS3. エビデンスからリアルワールドへ ～免疫チェックポイント阻害薬の使い方～

座 長：高山 浩一（京都府立医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学）
演 者：吉岡 弘鎮（関西医科大学附属病院 呼吸器腫瘍内科）
会 場：第3会場（6F/会議室C）
共 催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 / 小野薬品工業株式会社

LS4. 特発性肺線維症：国際診断ガイドライン改定がもたらした診断と治療へのインパクト

座 長：田口 善夫（天理よろづ相談所病院 呼吸器内科）
演 者：富岡 洋海（神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科）
会 場：第4会場（6F/会議室D）
共 催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

LS5. 非小細胞肺癌の一次治療における免疫+化学療法の治療維新

座 長：三尾 直士（国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科）
演 者：田宮 基裕（大阪国際がんセンター 呼吸器内科）
会 場：第5会場（5F/会議室A）
共 催：MSD 株式会社 / 大鵬薬品工業株式会社

LS6. 軽症～重症喘息患者の病態・診断・治療について

座 長：室 繁郎（奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座）
演 者：松本 久子（京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学）
会 場：第6会場（5F/会議室B）
共 催：アストラゼネカ株式会社

第 1 会 場

7F/スタジオ1

開会の辞 9:00～9:05

会長 坪井 知正
(国立病院機構南京都病院)

EL 1 9:05～10:00

教育講演 1

座長 福井 基成
(田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター)

『呼吸と嚥下の協調機構と病態生理』

演者：越久 仁敬
(兵庫医科大学 生理学 生体機能部門)

EL 2 10:05～11:00

教育講演 2

座長 酒井 直樹
(大津赤十字病院 呼吸器内科)

『定量的画像解析』

演者：中野 恭幸
(滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科)

EL 3 11:05～12:00

教育講演 3

座長 羽白 高
(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

『基礎から学ぶQOLの評価と実践』

演者：小賀 徹
(川崎医科大学 呼吸器内科学)

LS 1 12:15～13:15

ランチョンセミナー 1

座長 中野 恭幸
(滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科)

『COPD薬物治療の今』

演者：佐藤 晋 (京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科)
共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

日本結核病学会近畿支部 代議員会および総会 13:25～13:50

PL 14:00～14:55

会長講演

座長 大井 元晴

(互恵会大阪回生病院 睡眠医療センター)

『終末期を含む慢性期の呼吸ケア』

演者：坪井 知正

(国立病院機構南京都病院)

EL 4 15:00～15:55

教育講演4

座長 三嶋 理晃

(大阪府済生会野江病院)

『睡眠呼吸障害の管理と臨床』

演者：陳 和夫

(京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座)

EL 5 16:00～16:55

教育講演5

座長 佐藤 敦夫

(国立病院機構南京都病院 呼吸器センター)

『呼吸器疾患へのヒトiPS細胞を用いたアプローチ，現在と未来』

演者：後藤 慎平

(京都大学大学院医学研究科 呼吸器疾患創薬講座)

閉会の辞 16:55～17:00

会長 坪井 知正

(国立病院機構南京都病院)

第 2 会 場

7F/スタジオ2

OS01 9:05～9:59

一般演題 オーラルセッション

希少肺疾患・その他 1

座長 土谷美知子

(洛和会音羽病院 呼吸器内科)

- OS01-1 多発肺結節影を呈した多発血管炎性肉芽腫症（GPA）の一例
1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 放射線科,
4) 同 病理診断部
○山本 亮¹⁾, 丸口 直人¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾,
寺田 悟¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾,
羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 富岡 泰章²⁾, 後藤 正司²⁾,
中川 達雄²⁾, 西本 優子³⁾, 野間 恵之³⁾, 本庄 原⁴⁾, 小橋陽一郎⁴⁾
- OS01-2 多発血管炎性肉芽腫症に続発した再発性多発軟骨炎の一例
国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
○三宅 剛平, 平岡 良太, 平田 展也, 平野 克也, 久米佐知枝, 高橋 清香,
小南 亮太, 大西 康貴, 加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾, 勝田 倫子,
水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信, 竹野内政紀, 河村 哲治, 中原 保治
- OS01-3 再発した特発性気管支中心性肉芽腫症に対し葉切除を行った一例
1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器外科, 2) 同 病理診断科
○櫻井 禎子¹⁾, 八木悠理子¹⁾, 小島 健介¹⁾, 坂本 鉄基¹⁾, 内海 朝喜¹⁾,
尹 享彦¹⁾, 笠井 孝彦²⁾, 武田麻衣子²⁾
- OS01-4 気管支鏡検査にて偶然発見された気管アミロイドーシスの一例
近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科
○大森 隆, 西山 理, 吉川 和也, 御勢 久也, 佐伯 翔, 山崎 亮,
綿谷奈々瀬, 西川 裕作, 佐野安希子, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 原口 龍太,
東田 有智
- OS01-5 繰り返す肺炎を契機に発見された原発性免疫不全症候群の 1 例
大阪大学 呼吸器・免疫内科
○小牟田清英, 小坂 一真, 白井 雄也, 平田 陽彦, 仲谷 健史, 白山 敬之,
三宅浩太郎, 小山 正平, 岩堀 幸太, 長友 泉, 武田 吉人, 熊ノ郷 淳

OS01-6 当院におけるびまん性肺骨化症の2例

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科,
3) 同 臨床研究センター, 4) 同 病理診断科, 5) 同 放射線科
○榎本 貴俊¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 新井 徹³⁾, 杉本 親寿³⁾, 橘 和延¹⁾,
香川 智子¹⁾, 櫻井 禎子²⁾, 笠井 孝彦⁴⁾, 審良 正則⁵⁾, 林 清二¹⁾,
井上 義一³⁾

OS 02 9:59 ~ 11:02

一般演題 オーラルセッション

希少肺疾患・その他 2

座長 西坂 泰夫
(大阪赤十字病院 呼吸器内科)

OS02-1 高IgG4血症及びIgG4陽性形質細胞の浸潤を伴った多中心性Castleman病の一例

- 1) 市立大津市民病院 臨床研修センター, 2) 同 呼吸器内科,
3) 同 呼吸器外科, 4) 同 病理診断科,
5) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床検査科・病理診断科
○岡本 拓希¹⁾, 松井 遥平²⁾, 平井 聡一²⁾, 平沼 修²⁾, 戸田 省吾³⁾,
柳田 正志³⁾, 古谷 竜男³⁾, 益澤 尚子⁴⁾, 浜田 新七⁴⁾, 笠井 孝彦⁵⁾,
武田麻衣子⁵⁾

OS02-2 ネオシーダーによって再燃したランゲルハンス細胞組織球症の1例

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科,
2) 同 臨床研究センター
○高野 峻一¹⁾, 橘 和延¹⁾, 榎本 貴俊¹⁾, 足立 雄一¹⁾, 東 浩志¹⁾,
小林 岳彦¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 露口 一成²⁾, 林 清二¹⁾, 井上 義一²⁾

OS02-3 Birt-Hogg-Dube症候群の1例

- 1) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
○花岡 健司¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾,
久米佐知枝¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 水野 翔馬¹⁾, 大西 康貴¹⁾, 加藤 智浩¹⁾,
鏡 亮吾¹⁾, 勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 三村 六郎²⁾

OS02-4 壊疽性膿皮症の関与が疑われた空洞性肺病変の一例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 総合内科,
3) 同 病理診断科
○松梨 敦史¹⁾, 立川 良¹⁾, 嶋田 有里¹⁾, 島 佑介¹⁾, 益田 隆広¹⁾,
細谷 和貴¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 永田 一真¹⁾,
中川 淳¹⁾, 西久保雅司²⁾, 西岡 弘晶²⁾, 原 重雄³⁾, 富井 啓介¹⁾

- OS02-5 呼吸困難で発見されたSwyer-James syndromeの1例
京都第二赤十字病院 呼吸器内科
○谷 望未, 竹田 隆之, 國松 勇介, 橋本いずみ, 黒野 由莉, 廣瀬 和紀
- OS02-6 気管支喘息との鑑別を要した食道アカラシアの一例
ベルランド総合病院 呼吸器内科
○佐渡 康介, 阪上 和樹, 服部 剛士, 山根 健志, 小高 直子, 津田 誉至,
真本 卓司
- OS02-7 *M.gordonae*によるhot tub lungと考えられた一例
国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
○高橋 清香, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 平野 克也, 小南 亮太,
水野 翔馬, 大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾,
勝田 倫子, 三宅 剛平, 塚本 宏壮, 水守 康之, 横井 陽子, 佐々木 信,
河村 哲治, 中原 保治

OS 03 11:02 ~ 11:56

一般演題 オーラルセッション

慢性呼吸不全・在宅医療

座長 角 謙介

(国立病院機構南京都病院 呼吸器センター)

- OS03-1 依存心が強い呼吸不全患者にチームで関わりNPPV導入できた一症例
国立病院機構南京都病院 看護部
○奥村 豊
- OS03-2 小児COPD患者の災害対策にポータブル酸素濃縮器を在宅導入した1例
1) 滋賀県立小児保健医療センター 臨床工学部,
2) 滋賀県立総合病院 臨床工学部, 3) 滋賀県立小児保健医療センター 小児科
○大野 進^{1,2)}, 井上 賢治³⁾
- OS03-3 間質性肺炎患者に対する訪問リハビリテーション介入の目的の検討
1) 神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域健康科学分野,
2) 杉の子会マリオス小林内科クリニック リハビリテーション科
○酒井 翠¹⁾, 中田 隆文²⁾, 平林 大輔²⁾, 佐々木 謙²⁾, 藤本由香里¹⁾,
岩田健太郎¹⁾, 山田 莞爾¹⁾, 野崎 惇貴¹⁾, 石川 朗¹⁾
- OS03-4 呼吸器看護専門外来から始まるアドバンス・ケア・プランニング
1) 大阪はびきの医療センター 看護部, 2) 同 呼吸器内科
○竹川 幸恵¹⁾, 平田 聡子¹⁾, 桑原田まゆみ¹⁾, 山下 陽子¹⁾, 渡部 妙子¹⁾,
鬼塚真紀子¹⁾, 馬越 泰生²⁾, 松岡 洋人²⁾
- OS03-5 大阪北部地震時の在宅酸素療法患者の行動と災害対応の認識
高槻赤十字病院 呼吸器センター
○北 英夫, 今戸美奈子, 鳳山 絢乃, 長谷川浩一, 野溝 岳, 後藤 健一,
深田 寛子, 中村 保清

OS03-6 在宅COPD患者に対するモルヒネ処方の実態調査

1) 神戸大学大学院保健学研究科,

2) 杉の子会マリオス小林内科クリニック リハビリテーション科

○表 利菜¹⁾, 中田 隆文²⁾, 佐々木 謙²⁾, 平林 大輔²⁾, 三谷 有司¹⁾,
山田 洋二¹⁾, 三浦 一望¹⁾, 藤本由香里¹⁾, 藤田万利子¹⁾, 石川 朗¹⁾

LS2 12:15 ~ 13:15

ランチオンセミナー 2

座長 平井 豊博

(京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

『間質性肺炎の診断と治療 ~診断ガイドラインの改訂を踏まえて~』

演 者: 半田 知宏

(京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座/呼吸器内科学)

共催: 帝人在宅医療株式会社

OS04 14:00 ~ 14:45

一般演題 オーラルセッション

急性呼吸不全・ARDS

座長 郷間 巖

(堺市立総合医療センター 呼吸器内科)

OS04-1 挿管人工呼吸器管理を要した再発性多発軟骨炎疑いの一例

京都市立病院 呼吸器内科

○西川 圭美, 高田 直秀, 吉岡 秀敏, 太田 登博, 五十嵐修太, 小林 祐介,
中村 敬哉, 江村 正仁

OS04-2 Acute fibrinous and organizing pneumoniaと思われた一例

1) 国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科

○中谷 光一¹⁾, 三尾 直士¹⁾, 藤田 浩平¹⁾, 岡村 美里¹⁾, 金井 修¹⁾,
森吉 広毅²⁾, 川畑 茂²⁾

OS04-3 ジアフェニルスルホン酸が原因と考えられた薬剤性メトヘモグロビン (MetHb)血症の一例

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

○東 浩志¹⁾, 高野 峻一¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 香川 智子¹⁾, 井上 康²⁾,
橘 和延¹⁾, 新井 徹³⁾, 松井 秀夫²⁾, 井上 義一³⁾, 林 清二¹⁾

OS04-4 HFNC管理下のARDS患者に対し、腹臥位呼吸療法を実施し呼吸状態の改善がみられた一症例

1) 国立病院機構南京都病院 リハビリテーション科, 2) 同 呼吸器センター,
3) 同 看護部

○高木 康仁¹⁾, 橘 洋正²⁾, 槇原亜希子³⁾, 松原美由紀³⁾, 岩本 卓也³⁾,
松山実華子³⁾, 服部 順子³⁾, 横田 龍氏³⁾, 富路本直美³⁾, 金岡めぐみ³⁾

- OS04-5 2018-2019シーズンVV-ECMO管理を要したインフルエンザ肺炎の3例
堺市立総合医療センター 呼吸器内科
○西田 幸司, 山田 知樹, 中野 仁夫, 高岩 卓也, 榊田 元, 高島 純平,
草間 加与, 郷間 徹

OS 05 14:45 ~ 15:30

一般演題 オーラルセッション

呼吸筋・呼吸調節障害・睡眠呼吸障害 1

座長 中村 敬哉
(京都市立病院 呼吸器内科)

- OS05-1 拘束性胸郭疾患に睡眠呼吸障害を合併し慢性2型呼吸不全を呈し、体位変換が著効した1例
田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科
○山田 翔, 伊元 孝光, 菊池悠次郎, 駒沢 志織, 藤原 健祐, 前谷 知毅,
宇山 倫弘, 林 優介, 白石 祐介, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子,
丸毛 聡, 福井 基成
- OS05-2 COPD患者に導入したBIPAPにてSASの合併を診断し得た一例
1) 若草第一病院 臨床研修医室、2) 同 呼吸器内科
○泉 沙恵¹⁾, 姜 成勲²⁾, 上野 峻輔¹⁾, 足立 規子²⁾
- OS05-3 NPPV療法で身体活動性が向上した肥満低換気症候群の1例
大阪市立総合医療センター 呼吸器内科
○西村美沙子, 杉山由香里, 三木 雄三, 住谷 充弘, 少路 誠一
- OS05-4 ALSの睡眠呼吸障害の特徴 (Pseudocentral hypopneaについて)
1) 国立病院機構南京都病院 臨床検査科, 2) 同 院長, 3) 同 脳神経内科
○古賀 侑介¹⁾, 坪井 知正²⁾, 川村 和之³⁾, 竹内 啓喜³⁾, 大西 秀行¹⁾
- OS05-5 自発呼吸下では軽労作でCO₂ナルコーシスになるが、NPPVの長時間装着が困難であった筋委縮性側索硬化症の1例
国立病院機構南京都病院 呼吸器センター
○酒井 茂樹, 田畑 寿子, 荻原 雄一, 橘 洋正, 角 謙介, 水口 正義,
小栗 晋, 佐藤 敦夫, 坪井 知正

OS 06 15:30 ~ 16:15

一般演題 オーラルセッション

呼吸筋・呼吸調節障害・睡眠呼吸障害 2

座長 櫻本 稔
(大和郡山病院 呼吸器内科)

- OS06-1 咳喘息の呼吸機能：PEF/FEV₁、%PEF/FEV₁ 低下が特徴
1) 国立病院機構兵庫あおの病院 内科,
2) 京都健康管理研究会中央診療所 内科
○中山 昌彦^{1,2)}

- OS06-2 運動負荷心肺機能検査（CPET）を用いた鍼治療によるCOPDの運動耐容能改善メカニズムの解析
 1) 滋慶医療科学大学院大学,
 2) 国立病院機構大阪刀根山医療センター 臨床研究部, 3) 同 呼吸器内科
 ○前倉 知典^{1,2)}, 三木 啓資³⁾, 三木 真理³⁾, 香川 浩之³⁾, 押谷 洋平³⁾,
 辻野 和之³⁾, 好村 研二³⁾, 木田 博³⁾, 前倉 亮治^{1,2)}
- OS06-3 運動負荷心肺機能検査からみたCOPDに対する吸気筋トレーニング
 国立病院機構大阪刀根山医療センター 呼吸器内科
 ○山本 悠司, 三木 啓資, 辻野 和之, 中川 和真, 松木 隆典, 福島 清春,
 押谷 洋平, 香川 浩之, 好村 研二, 三木 真理, 木田 博
- OS06-4 重症閉塞型睡眠時無呼吸において, 減量でCPAPを中止できた一症例
 1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科,
 2) 近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科
 ○國田 裕貴¹⁾, 白波瀬 賢¹⁾, 花田宗一郎¹⁾, 澤口博千代¹⁾, 村木 正人¹⁾,
 東田 有智²⁾
- OS06-5 呼吸器疾患におけるシネMRIの意義
 滋賀県立総合病院 呼吸器内科
 ○橋本健太郎, 野原 淳, 石床 学, 渡邊 壽規, 塩田 哲広

OS 07 16:15 ~ 16:51

一般演題 オーラルセッション

治療手技・検査手技

座長 大町 直樹

(えいしん会岸和田リハビリテーション病院 咯血・肺循環センター)

- OS07-1 金属コイルによる気管支動脈塞栓術後, 気道へのコイル喀出を認めた2症例
 えいしん会岸和田リハビリテーション病院 咯血・肺循環センター
 ○大町 直樹, 山口 悠, 西原 昂, 高藤 淳, 石川 秀雄
- OS07-2 縦隔リンパ節へのEBUS-TBNA後に生じた急性細菌性心膜炎の一例
 1) 国立病院機構大阪南医療センター 呼吸器腫瘍内科, 2) 同 呼吸器内科
 ○中島 早希^{1,2)}, 宇都宮琢秀^{1,2)}, 吉野谷清和^{1,2)}, 本多 英弘^{1,2)}, 山本 傑²⁾,
 工藤 慶太¹⁾
- OS07-3 梅種子による気道異物の一例
 国家公務員共済組合連合会枚方公済病院 呼吸器内科
 ○小嶋 大也, 加藤 悠人, 奥田みゆき, 田中 順哉, 福田 康二
- OS07-4 低用量ピルが誘因と考えられた, Dダイマーほぼ正常の肺梗塞の一例
 奈良県立医科大学 呼吸器・アレルギー・血液内科
 ○中川 智裕, 長 敬翁, 佐藤 一郎, 太田 浩世, 田崎 正人, 熊本 牧子,
 藤田 幸男, 山本 佳史, 本津 茂人, 山内 基雄, 吉川 雅則, 室 繁郎

第 3 会 場

6F/会議室C

OS 08 9:05 ~ 9:59

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患 1

座長 北市 正則

(国立病院機構南和歌山医療センター 臨床検査科・病理診断科)

- OS08-1 免疫チェックポイント阻害薬による間質性肺疾患における気管支肺胞洗浄液の特徴
1) 大阪はびきの医療センター 肺腫瘍内科, 2) 同 臨床検査科
○金井 友宏¹⁾, 川澄 浩美²⁾, 鮫島有美子¹⁾, 野田 成美¹⁾, 那須 信吾¹⁾,
田中 彩子¹⁾, 森下 直子¹⁾, 鈴木 秀和¹⁾, 岡本 紀雄¹⁾, 平島 智徳¹⁾
- OS08-2 免疫チェックポイント阻害薬による薬剤性肺障害を、VATS下肺生検により組織学的に診断し得た一例
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科,
3) 同 病理診断科
○細谷 和貴¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 島 佑介¹⁾, 嶋田 有里¹⁾, 大崎 恵¹⁾,
益田 隆広¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 永田 一真¹⁾,
中川 淳¹⁾, 立川 良¹⁾, 穴戸 裕¹⁾, 高橋 豊²⁾, 原 重雄³⁾,
富井 啓介¹⁾
- OS08-3 HER2陽性乳癌に対するトラスツズマブによる薬剤性肺障害を、再投与による再現性をもって診断できた1例
1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科, 2) 同 呼吸器乳腺外科
○高倉 敏彰¹⁾, 寺岡 俊輔¹⁾, 徳留なほみ¹⁾, 田中 将規¹⁾, 古田 勝之¹⁾,
佐藤 孝一¹⁾, 杉本 武哉¹⁾, 柴木 亮太¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 小澤 雄一¹⁾,
赤松啓一郎¹⁾, 洪 泰浩¹⁾, 中西 正典¹⁾, 上田 弘樹¹⁾, 山本 信之¹⁾,
西口 春香²⁾, 尾浦 正二²⁾
- OS08-4 先行的に器質性肺炎を認め、2年後発症した急性白血病症例の検討
1) 関西医科大学附属病院 呼吸器・感染アレルギー内科, 2) 同 内科学第一講座
○福田 直樹¹⁾, 尾形 誠¹⁾, 宮下 修行¹⁾, 野村 昌作²⁾
- OS08-5 偶発的に指摘された左右肺の多発GGOの1例：原発性肺腺癌6カ所とUIP類似線維化病変を認めた肺手術例
1) 国立病院機構南和歌山医療センター 臨床検査科・病理診断科,
2) 同 胸部・心臓血管外科
○北市 正則¹⁾, 木下 貴裕²⁾
- OS08-6 胸部食道癌に対する放射線照射後にBRTO施行し急激にびまん性すりガラス影を来した一例
1) 堺市立総合医療センター 呼吸器内科, 2) 同 消化器外科
○山田 知樹¹⁾, 北島 拓真¹⁾, 黒田 凌¹⁾, 中野 仁夫¹⁾, 高岩 卓也¹⁾,
高島 純平¹⁾, 榊田 元¹⁾, 草間 加与¹⁾, 西田 幸司¹⁾, 郷間 巖¹⁾,
小山 啓介²⁾, 間狩 洋一²⁾

OS 09 9:59 ~ 10:53

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患 2

座長 田口 善夫

(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

- OS09-1 市中肺炎と鑑別を要した加湿器肺の一例
大阪府済生会野江病院 呼吸器センター
○日下部悠介, 松本 健, 山本 直輝, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃
- OS09-2 特発性器質化肺炎に合併した気管分岐部病変の1例
京都第二赤十字病院 呼吸器内科
○國松 勇介, 竹田 隆之, 谷 望未, 橋本いずみ, 黒野 由莉, 廣瀬 和紀
- OS09-3 骨髄異形成症候群に間質性肺炎を合併した症例
1) 住友病院 呼吸器内科, 2) えいしん会岸和田リハビリテーション病院
○駒沢 志織¹⁾, 山口 悠²⁾, 奥村 太郎¹⁾, 田島匠之助¹⁾, 中田 侑吾¹⁾,
桂 悟史¹⁾, 工藤 慶子¹⁾, 古下 義彦¹⁾, 重松三知夫¹⁾
- OS09-4 クライオバイオプシーにて肺病変先行型の関節リウマチが疑われた一例
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○中村 哲史, 橋本 成修, 松村 和紀, 上山 維晋, 寺田 悟, 稲尾 崇,
加持 雄介, 安田 武洋, 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫
- OS09-5 脳死片肺移植を施行された特発性間質性肺炎の一剖検例
1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学, 2) 同 呼吸不全先進医療講座,
3) 同 呼吸器外科学, 4) 京都大学医学部附属病院 病理診断科,
5) 同 放射線診断科, 6) 京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学
○横関 仁志¹⁾, 谷澤 公伸¹⁾, 大井 一成¹⁾, 半田 知宏^{1,2)}, 豊 洋次郎³⁾,
浅井 沙月⁴⁾, 中島 直樹⁴⁾, 吉澤 明彦⁴⁾, 久保 武⁵⁾, 渡邊 創¹⁾,
中塚 賀也⁶⁾, 村瀬 裕子¹⁾, 池上 直弥¹⁾, 中西 智子¹⁾, 庭本 崇史¹⁾,
陳 豊史³⁾, 陳 和夫⁶⁾, 伊達 洋至³⁾, 平井 豊博¹⁾
- OS09-6 症候性筋サルコイドーシスの一例
1) 明石医療センター 呼吸器内科, 2) 神戸市立医療センター西市民病院
○高宮 麗¹⁾, 富岡 洋海²⁾, 橋本 梨花²⁾, 和田 学政²⁾, 吉積 悠子²⁾,
森田 充紀²⁾, 山下 修司²⁾, 古田健二郎²⁾, 金子 正博²⁾, 藤井 宏²⁾

OS 10 10:53 ~ 11:56

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患 3

座長 河村 哲治

(国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科)

- OS10-1 肺サルコイドーシス経過中に抗ARS抗体陽性間質性肺炎を合併した一例
大阪市立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
○北本 和裕, 山田 一宏, 京本 陽行, 渡辺 徹也, 浅井 一久, 金澤 博,
川口 知哉

- OS10-2 咳と発熱と両肺浸潤影で発症し,TBLBで肺胞管閉塞型器質化肺炎と診断した抗ARS抗体症候群の1例
1) 国立病院機構南和歌山医療センター 呼吸器科,
2) 国立病院機構和歌山病院 呼吸器内科,
3) 国立病院機構南和歌山医療センター 病理診断科
○村上 裕亮¹⁾, 佐々木誠悟^{1,2)}, 萩原 慎¹⁾, 北市 正則³⁾
- OS10-3 関節リウマチ(RA)の経過中,肺癌に対する右肺上葉切除によりサルコイドーシス(サ症)が診断できた1例
1) 紀南病院 内科, 2) 同 放射線科,
3) 国立病院機構南和歌山医療センター 胸部・心臓血管外科,
4) 同 臨床検査科・病理診断科
○吉松 弘晃¹⁾, 早川 隆洋¹⁾, 山西 一輝¹⁾, 早川 佳奈¹⁾, 太田 敬之¹⁾,
田淵耕次郎²⁾, 中野 好夫¹⁾, 木下 貴裕³⁾, 北市 正則⁴⁾
- OS10-4 検診で胸部異常陰影を指摘され,気管支鏡検査で診断に至った関節リウマチに合併した器質化肺炎の1例
1) 国立病院機構和歌山病院 呼吸器内科,
2) 国立病院機構南和歌山医療センター 呼吸器内科, 3) 同 病理診断科
○佐々木誠悟^{1,2)}, 村上 裕亮²⁾, 萩原 慎²⁾, 北市 正則³⁾
- OS10-5 間質性肺炎が先行した顕微鏡的多発血管炎の1例
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史, 松村 和紀, 真辺 諄, 寺田 悟,
上山 維晋, 稲尾 崇, 加持 雄介, 安田 武洋, 橋本 成修, 羽白 高,
田中 栄作, 田口 善夫
- OS10-6 ANCA陽性患者に発症したうっ血性心不全によるびまん性肺胞出血と考えられた1例
大阪赤十字病院 呼吸器内科
○大木元達也, 中川 和彦, 水谷 萌, 青柳 貴之, 岡崎 航也, 石川 遼一,
中井恵里佳, 西 健太, 多木 誠人, 森田 恭平, 黄 文禧, 吉村 千恵,
西坂 泰夫
- OS10-7 皮膚所見を認めなかった抗MDA5抗体陽性急速進行性間質性肺炎の1例
大阪赤十字病院 呼吸器内科
○黄 文禧, 水谷 萌, 大木元達也, 石川 遼一, 中井恵里佳, 西 健太,
多木 誠人, 中川 和彦, 森田 恭平, 吉村 千恵, 西坂 泰夫

LS 3 12:15 ~ 13:15

ランチョンセミナー 3

座長 高山 浩一

(京都府立医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

『エビデンスからリアルワールドへ ～免疫チェックポイント阻害薬の使い方～』

演 者：吉岡 弘鎮

(関西医科大学附属病院 呼吸器腫瘍内科)

共催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社/小野薬品工業株式会社

OS 11 14:00 ~ 14:54

一般演題 オーラルセッション

結核 1

座長 佐藤 敦夫

(国立病院機構南京都病院 呼吸器センター)

- OS11-1 ステープルラインに発症した気管支結核の一例
市立福知山市民病院 呼吸器内科
○澤田 凌, 山本 千恵
- OS11-2 経気管支生検で同時に診断した結核合併肺癌の一例
1) 関西電力病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 腫瘍内科,
4) 関西電力医学研究所 臨床腫瘍研究所
○岩崎 剛平¹⁾, 稲田 祐也¹⁾, 田村佳菜子¹⁾, 篠木 聖徳¹⁾, 舘 秀和²⁾,
吉村 誉史²⁾, 勝島 詩恵^{3,4)}, 柳原 一広^{3,4)}, 伊東 友好¹⁾
- OS11-3 滑膜生検でポンセ病(結核による反応性関節炎)と考えられた一例
1) 結核予防会大阪病院 内科, 2) 同 整形外科
○東口 将佳¹⁾, 北村 卓司²⁾, 西岡 紘治¹⁾, 松本 智成¹⁾, 山本 隆文²⁾
- OS11-4 間質性肺炎の治療中にARDS, DICを合併した, 胸部画像所見に乏しい粟粒結核の1例
近畿大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科
○綿谷奈々瀬, 西山 理, 御勢 久也, 吉川 和也, 佐伯 翔, 山崎 亮,
西川 裕作, 大森 隆, 佐野安希子, 山縣 俊之, 佐野 博幸, 岩永 賢司,
原口 龍太, 東田 有智
- OS11-5 結核性胸膜炎治療2年後に横隔膜内腫瘤で再発し, 悪性腫瘍と鑑別を要した結核の一例
1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 病理診断センター
○井上 明香¹⁾, 門田 和也¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 三好 琴子¹⁾,
大塚浩二郎¹⁾, 芳賀ななせ¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 枡屋 大輝¹⁾,
伊藤利江子²⁾, 鈴木雄二郎¹⁾
- OS11-6 Mycobacterium kansasii症と肺結核の混合感染として治療を行なった後に多剤耐性肺結核を発症した1例
国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
○松本錦之介, 小林 岳彦, 倉原 優, 露口 一成, 鈴木 克洋, 林 清二

OS 12 14:54 ~ 15:48

一般演題 オーラルセッション

結核 2

座長 露口 一成

(国立病院機構近畿中央呼吸器センター臨床研究センター 感染症研究部)

- OS12-1 粟粒結核に汎血球減少を合併し、結核治療により改善した一例
1) 国立病院機構南京都病院 呼吸器センター, 2) 同 看護部,
3) 同 リハビリテーション科
○角 謙介¹⁾, 坪井 知正¹⁾, 佐藤 敦夫¹⁾, 荏原 雄一¹⁾, 酒井 茂樹¹⁾,
田畑 寿子¹⁾, 橘 洋正¹⁾, 小栗 晋¹⁾, 水口 正義¹⁾, 金岡めぐみ²⁾,
岩本 卓也²⁾, 井上 博嗣³⁾
- OS12-2 肺結核治療後、吸入ステロイド投与中に気管支結核で再発した1例
国立病院機構南京都病院 呼吸器センター
○佐藤 敦夫, 坪井 知正, 水口 正義, 小栗 晋, 角 謙介, 橘 洋正,
荏原 雄一, 酒井 茂樹, 田畑 寿子
- OS12-3 繰り返し喀痰検査を行うことで診断できた多剤耐性結核の症例
1) 大阪府結核予防会大阪病院 内科, 2) 大阪はびきの医療センター
○松本 智成¹⁾, 東口 将佳¹⁾, 西岡 紘治¹⁾, 軸屋龍太郎¹⁾, 木村 裕美¹⁾,
三宅 正剛¹⁾, 田村 嘉孝²⁾, 橋本 章司²⁾, 永井 崇之²⁾
- OS12-4 各種薬剤感受性検査キット間で異なるリファンピシン感受性を示した肺結核の1例
1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター,
2) 同 臨床検査科, 3) 同 内科
○吉田志緒美¹⁾, 露口 一成¹⁾, 木原 実香²⁾, 小林 岳彦³⁾, 井上 義一¹⁾,
鈴木 克洋³⁾
- OS12-5 院内感染が疑われた肺結核の1例
滋賀県立総合病院 呼吸器内科
○塩田 哲広, 橋本健太郎, 野原 淳, 石床 学, 渡邊 壽規
- OS12-6 神戸市における外国生まれ結核患者の発見動機について
神戸市保健所
○藤山 理世

OS 13 15:57 ~ 16:51

一般演題 オーラルセッション

非結核性抗酸菌症

座長 松本 智成

(大阪府結核予防会大阪病院 内科)

- OS13-1 MAC症多剤併用治療中にリファブチンによる薬剤性関節痛を呈した後天性免疫不全症候群(AIDS)の一例
1) 京都大学大学院医学研究科 臨床病態検査学,
2) 京都市立病院 感染症内科, 3) 道東勤医協桜ヶ岡医院 内科
○篠原 浩¹⁾, 寺前 晃介³⁾, 清水 恒広²⁾

- OS13-2 M. avium症の母子例
国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
○中村 行宏, 露口 一成, 小林 岳彦, 倉原 優, 鈴木 克洋, 林 清二
- OS13-3 ステロイドと抗菌薬治療が奏功した肺MAC症に伴う二次性器質化肺炎の一例
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
○嶋田 有里¹⁾, 立川 良¹⁾, 島 祐介¹⁾, 大崎 恵¹⁾, 益田 隆広¹⁾,
松梨 敦史¹⁾, 細谷 和貴¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 藤本 大智¹⁾,
永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 原 重雄²⁾, 富井 啓介¹⁾
- OS13-4 抗IFN- γ 自己抗体陽性の播種性非結核性抗酸菌症の一例
国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科
○岡村 美里, 金井 修, 藤田 浩平, 中谷 光一, 三尾 直士
- OS13-5 嚢胞穿刺で診断したMycobacterium fortuitumによる感染性肺嚢胞の一例
加古川中央市民病院 呼吸器内科
○松本 夏鈴, 藤井 真央, 石田 貢一, 矢谷 敦彦, 徳永俊太郎, 堀 朱矢,
西馬 照明
- OS13-6 薬剤調整に苦慮した肺Mycobacterium abscessus subsp. massiliense感染症の一例
奈良県立医科大学付属病院 感染症センター
○酒井 勇紀, 山口 尚希, 吉原 真吾, 平井 暢康, 古川龍太郎, 西村 知子,
小川 吉彦, 小川 拓, 笠原 敬, 三笠 桂一

第 4 会 場

6F/会議室D

OS 14 9:05 ~ 9:59

一般演題 オーラルセッション

その他呼吸器感染症 1

座長 西尾 智尋

(神戸市立医療センター西市民病院 総合内科)

- OS14-1 レジオネラ肺炎の診断スコアモデルの作成
関西医科大学 内科学第一講座
○宮下 修行, 福田 直樹, 尾形 誠, 泉野 弘樹, 中濱かほり, 山中 雄太,
木畑佳代子, 金田 俊彦, 吉岡 弘鎮, 倉田 宝保, 野村 昌作
- OS14-2 レジオネラ肺炎の診断スコアモデルの検証
関西医科大学 内科学第一講座
○宮下 修行, 福田 直樹, 尾形 誠, 泉野 弘樹, 中濱かほり, 山中 雄太,
木畑佳代子, 金田 俊彦, 吉岡 弘鎮, 倉田 宝保, 野村 昌作
- OS14-3 レジオネラ肺炎での原因種の分布
関西医科大学 内科学第一講座
○宮下 修行, 福田 直樹, 尾形 誠, 泉野 弘樹, 中濱かほり, 山中 雄太,
木畑佳代子, 金田 俊彦, 吉岡 弘鎮, 倉田 宝保
- OS14-4 インフルエンザA型に続発し器質化に至った市中肺炎の一例
石切生喜病院 呼吸器内科
○海浪 佳歩, 櫻井 佑輔, 中濱 賢治, 谷 恵利子, 吉本 直樹, 江口 陽介,
南 謙一
- OS14-5 インフルエンザに合併した壊死性気管気管支炎の一例
神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科
○古田健二郎, 和田 学政, 吉積 悠子, 森田 充紀, 山下 修司, 金子 正博,
藤井 宏, 富岡 洋海
- OS14-6 人工呼吸器管理にて救命しえたAIDS合併ニューモシスチス肺炎の1例
1) 若草第一病院 研修医室, 2) 同 呼吸器内科, 3) 同 総合診療科
○上野 峻輔¹⁾, 姜 成勲²⁾, 泉 沙恵¹⁾, 谷口 道代³⁾, 足立 規子²⁾

OS 15 9:59 ~ 10:53

一般演題 オーラルセッション

その他呼吸器感染症 2

座長 橋 洋正

(国立病院機構南京都病院 呼吸器センター)

- OS15-1 免疫抑制療法中に発症した播種性糞線虫症の1例
近畿大学医学部付属病院 呼吸器・アレルギー内科
○吉川 和也, 西山 理, 御勢 久也, 佐伯 翔, 山崎 亮, 西川 裕作,
佐野安希子, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 東田 有智
- OS15-2 肺トキソカラ症4例の臨床的検討
1) 第二大阪警察病院 呼吸器内科, 2) 大阪警察病院 呼吸器内科,
3) 大阪大学 呼吸器・免疫内科学
○橋本 和樹¹⁾, 金岡 賢輔²⁾, 池邊 沙織²⁾, 岡田 英泰²⁾, 生田 昌子³⁾,
西松佳名子²⁾, 森泉 和則²⁾, 田中 庸弘^{1,2)}, 井原 祥一²⁾, 南 誠剛^{1,2)},
小牟田 清²⁾
- OS15-3 肺化膿症からの穿通によると思われる右肩甲下筋膿瘍の一例
1) 和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科, 2) 同 呼吸器外科
○垣 貴大¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 赤松啓一郎¹⁾, 高瀬 衣里¹⁾, 田中 将規¹⁾,
春谷 勇平¹⁾, 山形 奈穂¹⁾, 奥田 有香¹⁾, 古田 勝之¹⁾, 村上恵理子¹⁾,
杉本 武哉¹⁾, 寺岡 俊輔¹⁾, 徳留なほみ¹⁾, 小澤 雄一¹⁾, 洪 泰浩¹⁾,
中西 正典¹⁾, 上田 弘樹¹⁾, 川後 光正²⁾, 山本 信之¹⁾
- OS15-4 肺癌の脊椎浸潤が疑われた化膿性脊椎炎の一例
1) 愛仁会高槻病院 呼吸器内科, 2) 兵庫県立淡路医療センター
○小濱みずき¹⁾, 奥野 恵子²⁾, 山岡 貴志¹⁾, 藤本 昌大¹⁾, 山田 潤¹⁾,
福井 崇文¹⁾, 梅谷 俊介¹⁾, 中村 美保¹⁾, 上領 博¹⁾, 船田 泰弘¹⁾
- OS15-5 Kartagener症候群患者に発症したPasteurella肺炎の一例
1) 滋賀医科大学附属病院 呼吸器内科, 2) 同 感染制御部,
3) 同 細菌検査室, 4) 同 保健管理センター
○徳岡 駿一¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 大輪田晴香³⁾, 大岡 彩¹⁾, 平山 陽子¹⁾,
山崎 晶夫¹⁾, 河島 暁¹⁾, 松尾裕美子¹⁾, 行村瑠里子¹⁾, 内田 泰樹¹⁾,
仲川 宏昭¹⁾, 山口 将史¹⁾, 大澤 真²⁾, 長尾 大志¹⁾, 小川恵美子⁴⁾,
中野 恭幸^{1,2)}
- OS15-6 壊死性筋膜炎を発端としたESBL産生Proteus Mirabilis院内感染肺炎例
宝塚三田病院
○中村 仁

OS 16 11:02 ~ 11:56

一般演題 オーラルセッション

その他呼吸器感染症 3

座長 丸毛 聡

(田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科)

- OS16-1 巨大肺のう胞に合併した肺アスペルギルス症の1例
1) 国立病院機構神戸医療センター 内科, 2) 同 呼吸器内科,
3) 同 呼吸器外科
○大内 愛子¹⁾, 梁川 禎孝¹⁾, 原 夏実²⁾, 土屋 貴昭²⁾, 木村 賢司³⁾
- OS16-2 喀痰からシュウ酸カルシウム結晶を検出した肺アスペルギルス症の検討
国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
○大西 康貴, 中原 保治, 河村 哲治, 佐々木 信, 横井 陽子, 塚本 宏壮,
水守 康之, 三宅 剛平, 勝田 倫子, 鏡 亮吾, 花岡 健司, 加藤 智浩,
東野 幸子, 水野 翔馬, 高橋 清香, 小南 亮太, 平野 克也, 平岡 亮太,
平田 展也, 久米佐知枝
- OS16-3 気管支潰瘍を認め抗真菌薬で改善した侵襲性気管気管支アスペルギルス症と考えられる1例
1) 大阪はびきの医療センター 呼吸器内科, 2) 同 集中治療科,
3) 千葉大学 真菌医学研究センター
○金井 友宏¹⁾, 鮫島有美子¹⁾, 野田 成美¹⁾, 金成 浩²⁾, 新井 剛¹⁾,
田村香菜子¹⁾, 馬越 泰生¹⁾, 清水 一範²⁾, 柏 庸三²⁾, 森下 裕¹⁾,
矢口 貴志³⁾, 松岡 洋人¹⁾
- OS16-4 多発空洞陰影を呈しANCA関連血管炎の増悪との鑑別に苦慮した肺アスペルギルス症の1例
1) 洛和会音羽病院, 2) 洛和会京都呼吸器センター,
3) 洛和会音羽病院 腎臓内科, 4) 同 感染症科
○森川 昇¹⁾, 石田 真樹¹⁾, 鈴木 潤¹⁾, 坂口 才¹⁾, 田宮 暢代¹⁾,
土谷美知子¹⁾, 長坂 行雄²⁾, 笠原 優人³⁾, 関 雅之⁴⁾
- OS16-5 30年前に施行された右上葉切除後の気管支断端縫合糸にA.flavusが腐生した1例
国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
○横井 陽子, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 平野 克也, 小南 亮太,
高橋 清香, 水野 翔馬, 大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司,
鏡 亮吾, 勝田 倫子, 三宅 剛平, 塚本 宏壮, 水守 康之, 佐々木 信,
河村 哲治, 中原 保治
- OS16-6 ベンラリズマブが奏効したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) の一例
田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科
○林 優介, 丸毛 聡, 菊池悠次郎, 駒沢 志織, 藤原 健祐, 前谷 知毅,
山田 翔, 宇山 倫弘, 白石 祐介, 伊元 孝光, 北島 尚昌, 井上 大生,
片山 優子, 福井 基成

LS 4 12:15 ~ 13:15

ランチョンセミナー 4

座長 田口 善夫
(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

『特発性肺線維症：国際診断ガイドライン改定がもたらした診断と治療へのインパクト』

演 者：富岡 洋海

(神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科)

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

OS 17 14:00 ~ 14:45

一般演題 オーラルセッション

呼吸リハビリテーション

座長 石川 朗
(神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域)

OS17-1 寝たきり高齢者の体位の違いが安静時呼気流量制限に及ぼす影響

- 1) 兵庫医科大学 ささやま医療センター リハビリテーション室,
- 2) 神戸大学大学院保健学研究科, 3) 甲南女子大学 看護リハビリテーション学部,
- 4) 兵庫医科大学 地域総合医療学, 5) 同 リハビリテーション医学,
- 6) 大阪医科大学 看護学部

○松下 和弘^{1,2)}, 野添 匡史³⁾, 松本 匠平¹⁾, 荻野 智之¹⁾, 村上 茂史¹⁾,
坂本 利恵¹⁾, 和田 陽介⁴⁾, 道免 和久⁵⁾, 梅原 健²⁾, 高橋 一輝²⁾,
花家 薫²⁾, 山田 洋二²⁾, 山本 暁生^{2,6)}, 石川 朗²⁾

OS17-2 呼吸器関連疾患での Arm ergometry での exhaled gas analysis 例

- 1) 橋本市民病院 呼吸器内科, 2) 同 整形外科, 3) 同 臨床研修センター,
- 4) 和歌山県立医大卒後臨床研修センター, 5) 橋本市民病院 総合内科,
- 6) 同 循環器内科, 7) 同 外科

○藤田 悦生¹⁾, 林 未統²⁾, 木岡 雅彦²⁾, 峰 巨²⁾, 神藤 一紀²⁾,
山川 量平²⁾, 西上 英樹³⁾, 渡邊 航大³⁾, 濱 裕也⁴⁾, 吉田 菊晃⁴⁾,
田中理夏子⁴⁾, 大野 大地⁴⁾, 青木 達也⁵⁾, 川畑 仁貴⁵⁾, 西願 誠⁵⁾,
小林 克暢⁶⁾, 星屋 博信⁶⁾, 河原 正明¹⁾, 嶋田 浩介⁷⁾, 山本 勝廣⁶⁾

OS17-3 COPD増悪により運動耐容能と栄養状態が障害された患者に対する身体活動性向上への関り

- 1) 国立病院機構南京都病院 看護部, 2) 大垣市民病院 看護部
- 堀 圭一郎¹⁾, 齋藤 修平²⁾

OS17-4 CPAPにより嚥下機能が改善された症例

- 1) 国立病院機構南京都病院 リハビリテーション科, 2) 同 呼吸器センター
- 辻中 淳至¹⁾, 坪井 知正²⁾, 田畑 寿子²⁾

OS17-5 ネーサルハイフロー併用呼吸リハビリテーションが運動耐容能改善に有効であった2例

国立病院機構南京都病院 呼吸器センター

○荏原 雄一, 田畑 寿子, 酒井 茂樹, 橘 洋正, 角 謙介, 小栗 晋,
水口 正義, 佐藤 敦夫, 坪井 知正

OS 18 14:54 ~ 15:48

一般演題 オーラルセッション

チーム医療 (RST, NST, ICT, 緩和ケアチーム)

座長 佐藤 晋

(京都大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

- OS18-1 東京都病院における結核支援～外来DOTSの報告～
国立病院機構東京都病院 看護部
○松原美由紀, 横原亜希子, 岩本 卓也, 濱村 恵子
- OS18-2 気管カニューレ事故抜去予防に向けての取り組み
1) 国立病院機構東京都病院 看護部, 2) 同 小児科, 3) 同 院長
○寺倉 智子¹⁾, 坂和 真¹⁾, 杉田 暁子¹⁾, 西田 憲二¹⁾, 徳永 修²⁾,
坪井 知正³⁾
- OS18-3 人工呼吸器下神経筋疾患患者におけるPETCO₂測定の有用性
1) 国立病院機構東京都病院 臨床工学室, 2) 同 呼吸器センター, 3) 同 院長
○牟田 直史¹⁾, 白井 亮一¹⁾, 荏原 雄一²⁾, 角 謙介²⁾, 坪井 知正³⁾
- OS18-4 間質性肺炎患者の労作時の呼吸困難を軽減するための介入について
国立病院機構東京都病院 看護部
○伊藤 典子
- OS18-5 当院における慢性呼吸器疾患患者への吸入指導内容の共有化
1) 国立病院機構東京都病院 薬剤部, 2) 同 呼吸器科
○脇 啓子¹⁾, 桑原明日香¹⁾, 覺野 律¹⁾, 角 謙介²⁾
- OS18-6 三学会合同呼吸療法認定士の資格取得サポートに取り組んで
1) 石鐘会田辺中央病院 臨床工学科, 2) 同 看護部
○松村信之介¹⁾, 森川 咲那¹⁾, 中村 竜太¹⁾, 田中 鮎美²⁾

OS 19 15:57 ~ 16:42

一般演題 オーラルセッション

ワクチン・インフルエンザ

座長 高橋 憲一

(市立岸和田市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科)

- OS19-1 インフルエンザB感染加療後, 肺胞洗浄液RT-PCR検査により診断された重症インフルエンザ肺炎の1例
1) 和泉市立総合医療センター,
2) 大阪市立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学教室
○小林 真晃¹⁾, 上田 隆博¹⁾, 宮本 篤志²⁾, 上西 力¹⁾, 古瀬 秀明¹⁾,
中辻 優子¹⁾, 柳生 恭子¹⁾, 松下 晴彦¹⁾
- OS19-2 2018-2019シーズン インフルエンザウイルス感染対策を振り返る
1) 国立病院機構東京都病院 看護部, 2) 同 呼吸器センター, 3) 同 小児科,
4) 同 脳神経内科
○宮川 英和¹⁾, 坪井 知正²⁾, 徳永 修³⁾, 佐藤 敦夫²⁾, 小栗 晋²⁾,
竹内 啓喜⁴⁾, 荏原 雄一²⁾, 下門すみえ¹⁾, 寺倉 智子¹⁾

- OS19-3 インフルエンザ院内アウトブレイク対策
1) 公立学校共済組合近畿中央病院 呼吸器内科, 2) 同 看護部,
3) 同 細菌検査科, 4) 同 臨床検査部
○山口 統彦¹⁾, 酒井 俊輔¹⁾, 長 彰翁¹⁾, 葉山 善友¹⁾, 上野 一枝²⁾,
地森 絢子³⁾, 桑名 良和³⁾, 佐々木信治⁴⁾, 合屋 将¹⁾
- OS19-4 当院におけるインフルエンザ診療及び, 抗インフルエンザ薬の効果
1) 高槻赤十字病院 呼吸器センター, 2) 同 感染対策室
○後藤 健一^{1,2)}, 鳳山 絢乃¹⁾, 野溝 岳¹⁾, 長谷川浩一¹⁾,
深田 寛子¹⁾, 中村 保清¹⁾, 康あんよん¹⁾, 菅 理晴¹⁾, 千葉 渉¹⁾,
北 英夫¹⁾, 松下めぐみ^{1,2)}
- OS19-5 バロキサビルマルボキシル錠によるアナフィラキシーと考えられた1例
1) 淀川キリスト教病院 呼吸器内科, 2) 大阪市立十三市民病院
○覺野 重毅¹⁾, 引石 惇仁²⁾, 島津 葉月¹⁾, 澤 信彦¹⁾, 川井 隆広¹⁾,
小原 由子¹⁾, 吉田 也恵¹⁾, 西島 正剛¹⁾, 大谷賢一郎¹⁾, 紙森 隆雄¹⁾,
藤原 寛¹⁾

第 5 会 場

5F/会議室A

OS 20 9:05 ~ 9:59

一般演題 オーラルセッション

胸膜・縦隔疾患 1

座長 西村 尚志
(京都桂病院 呼吸器内科)

OS20-1 免疫抑制剤投与中の膠原病肺患者に発症した続発性気胸に対して50%ブドウ糖液での胸膜癒着術が奏功した1例

1) 兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科, 2) 同 膠原病リウマチ内科,
3) 同 呼吸器外科

○岡崎 航也¹⁾, 片岡 裕貴¹⁾, 松本 啓孝¹⁾, 和田 伸子¹⁾, 平林 正孝¹⁾,
西坂 一馬²⁾, 阿部 京介²⁾, 蔭山 豪一²⁾, 武智 浩子³⁾

OS20-2 当院における悪性胸膜中皮腫に対するニボルマブの使用経験
大阪赤十字病院 呼吸器内科

○中井恵里佳, 青柳 貴之, 岡崎 航也, 大木元達也, 石川 遼一, 西 健太,
水谷 萌, 多木 誠人, 中川 和彦, 森田 恭平, 黄 文禧, 吉村 千恵,
西坂 泰夫

OS20-3 神経線維腫症1型に合併した巨大縦隔腫瘍に対する1剖検例

1) 兵庫医科大学病院 内科学講座呼吸器科, 2) 同 病院病理部病理診断科

○中島 康博¹⁾, 栗林 康造¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 亀井 貴雄¹⁾, 多田 陽郎¹⁾,
石垣 裕敏¹⁾, 柘木 芳樹¹⁾, 二木麻衣子¹⁾, 柴田 英輔¹⁾, 三上 浩司¹⁾,
南 俊行¹⁾, 高橋 良¹⁾, 横井 崇¹⁾, 木島 貴志¹⁾, 石川 恵理²⁾,
松田 育雄²⁾, 廣田 誠一²⁾

OS20-4 胸部CTで内部不均一を停止, 多発肺転移を認めたtype A浸潤性胸腺腫の一例
国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

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

OS20-5 月経周期に気胸を繰り返したリンパ脈管筋腫症の1例
大阪市立総合医療センター 呼吸器内科

○松本真由子, 三木 雄三, 西村美沙子, 杉山由香里, 住谷 充弘, 少路 誠一

OS20-6 拡大胸腺摘出術後に両側気胸を発症した1例
医仁会武田総合病院 呼吸器内科

○首藤 紗希, 仲 恵, 小西智沙都, 前川 晃一

OS 21 9:59 ~ 11:11

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患 1

座長 三尾 直士

(国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科)

- OS21-1 扁桃転移をきたしPembrolizumabが著効した大細胞神経内分泌癌の一例
大津赤十字病院 呼吸器科
○高橋 珠紀, 濱田健太郎, 大崎 恵, 小島 彩加, 郷田 康文, 嶋 一樹,
八木 由生, 伏屋 芳紀, 西岡 慶善, 庄司 剛, 片倉 浩理, 酒井 直樹
- OS21-2 ペムブロリズマブで副腎不全を発症した非小細胞肺癌の2症例
明石医療センター 呼吸器内科
○藤本 昌大, 島山由記久, 高宮 麗, 川口 亜記, 池田 美穂, 二ノ丸 平,
岡村佳代子, 島田天美子, 吉村 将, 大西 尚
- OS21-3 ペムブロリズマブをirAEで中止後無治療で長期CRを維持している肺腺癌の1例
1) 兵庫医科大学 内科学講座呼吸器科, 2) 同 胸部腫瘍学特定講座
○柴田 英輔¹⁾, 横井 崇^{1,2)}, 亀井 貴雄¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 多田 陽郎¹⁾,
石垣 裕敏¹⁾, 柘木 芳樹¹⁾, 中島 康博¹⁾, 二木麻衣子^{1,2)}, 三上 浩司¹⁾,
南 俊行¹⁾, 高橋 良¹⁾, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}
- OS21-4 ペムブロリズマブによる発熱性好中球減少症を来した一例
大阪府済生会中津病院 呼吸器内科
○野村 萌, 宮崎 慶宗, 野田 彰大, 佐藤 竜一, 佐渡 紀克, 齊藤 隆一,
東 正徳, 上田 哲也, 長谷川吉則
- OS21-5 CBDCA+nab-PTX+Pembrolizumabによる治療中, irAEと考えられる臀部痛が出現した肺扁平上皮癌の1例
1) 兵庫医科大学 内科学講座呼吸器科, 2) 兵庫医科大学 胸部腫瘍学特定講座
○柘木 芳樹¹⁾, 横井 崇^{1,2)}, 二木麻衣子^{1,2)}, 東山 友樹¹⁾, 亀井 貴雄¹⁾,
多田 陽郎¹⁾, 石垣 裕敏¹⁾, 中島 康博¹⁾, 柴田 英輔¹⁾, 三上 浩司¹⁾,
南 俊行¹⁾, 高橋 良¹⁾, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}
- OS21-6 当院で経験したdurvalumab使用後に生じた有害事象に関する考察
1) 国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科,
2) 京都大学医学部 呼吸器疾患創薬講座
○藤田 浩平¹⁾, 山本 佑樹²⁾, 金井 修¹⁾, 岡村 美里¹⁾, 中谷 光一¹⁾,
三尾 直士¹⁾
- OS21-7 デュルバルマブが原因と考えられた免疫性血小板減少性紫斑病を来した一例
1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 リウマチ・膠原病内科
○山本 賢¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 石田 貢一¹⁾, 矢谷 敦彦¹⁾, 岩田 帆波¹⁾,
藤井 真央¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 前田 拓郎²⁾, 山根 隆志²⁾, 西馬 照明¹⁾
- OS21-8 デュルバルマブ使用中に転倒, 肺炎など体調不良で間質性肺炎を発症した術後再発非小細胞肺癌患者について
1) 大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科, 2) 同 放射線治療科
○内田 純二¹⁾, 谷崎 智史¹⁾, 柳瀬 隆文¹⁾, 九野 貴華¹⁾, 松本錦之介¹⁾,
田中 智¹⁾, 新津 敬之¹⁾, 玄山 宗到¹⁾, 上野 清伸¹⁾, 島本 茂利²⁾

OS 22 11:11 ~ 11:56

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患 2

座長 杉田 孝和

(日本赤十字社和歌山医療センター 呼吸器内科)

- OS22-1 乳房転移を合併した肺内に原発巣のないALK陽性非小細胞肺癌の症例
彦根市立病院 呼吸器内科
○岡本 菜摘, 奥野 雄大, 渡邊 勇夫, 林 栄一, 月野 光博
- OS22-2 MTX投与中に発生し薬剤中止のみで軽快した多発性好酸球性腫瘍の1例
国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
○平野 克也, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 久米佐知枝, 小南 亮太,
高橋 清香, 大西 康貴, 水野 翔馬, 加藤 智浩, 東野 幸子, 花岡 健司,
鏡 亮吾, 勝田 倫子, 三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信,
河村 哲治, 中原 保治
- OS22-3 局所麻酔下胸腔鏡検査が有用であったメトトレキサート関連リンパ増殖疾患の一例
1) 公立豊岡病院 呼吸器内科, 2) 同 総合診療科,
3) 京都大学 呼吸器内科, 4) 同 血液内科, 5) 公立豊岡病院 病理診断科
○河合 恵¹⁾, 中治 仁志¹⁾, 杉山 陽介²⁾, 島 寛³⁾, 池尾 聡³⁾,
阪森 優一³⁾, 大塚 泰幸⁴⁾, 足立 靖⁵⁾
- OS22-4 孤立性肺結節影を契機に診断のついでにまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例
1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 同 血液内科, 3) 同 放射線部,
4) 同 病理診断部
○寺田 悟¹⁾, 丸口 直人¹⁾, 山本 亮¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾,
上山 維晋¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾,
羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 飯岡 大^{1,2)}, 野間 恵之³⁾,
本庄 原⁴⁾, 小橋陽一郎⁴⁾
- OS22-5 胸壁腫瘍で発見された多発性骨髄腫の一例
大阪市立総合医療センター 呼吸器内科
○山北 麻由, 西村美沙子, 杉山由香里, 三木 雄三, 住谷 充弘, 少路 誠一

LS 5 12:15 ~ 13:15

ランチョンセミナー 5

座長 三尾 直士

(国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科)

『非小細胞肺癌の一次治療における免疫+化学療法の治療維新』

演者：田宮 基裕

(大阪国際がんセンター 呼吸器内科)

共催：MSD株式会社/大鵬薬品工業株式会社

OS 23 14:00 ~ 14:54

一般演題 オーラルセッション

その他呼吸器感染症 4

座長 酒井 直樹
(大津赤十字病院 呼吸器内科)

- OS23-1 インフルエンザ感染後にノカルジア肺化膿症を発症した気管支拡張症の1例
田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科
○前谷 知毅, 山田 翔, 菊池悠次郎, 藤原 健祐, 駒沢 志織, 林 優介,
宇山 倫弘, 白石 祐介, 伊元 孝光, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子,
丸毛 聡, 福井 基成
- OS23-2 健常成人に発症し, 診断に難渋した播種性ノカルジア症の1例
市立伊丹病院 呼吸器内科
○福田 郁恵, 永田 憲司, 堅田 敦, 寒川 貴文, 原 彩子, 原 聡志,
木下 善詞, 細井 慶太
- OS23-3 免疫不全患者に発症した播種性ノカルジア症の一例
京都市立病院 呼吸器内科
○高田 直秀, 江村 正仁, 中村 敬哉, 小林 祐介, 五十嵐修太, 吉岡 秀敏,
太田 登博, 西川 圭美, 松山 碧沙
- OS23-4 気管支鏡検査による組織培養が確定診断に有用であった肺放線菌症の一例
淀川キリスト教病院 呼吸器内科
○吉田 也恵, 覺野 重毅, 澤 信彦, 西島 正剛, 大谷賢一郎, 紙森 隆雄,
藤原 寛
- OS23-5 気管支鏡により診断しえた放線菌と *Prevotella intermedia* の混合感染の一例
奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座
○村上 早穂, 太田 浩世, 山本 佳史, 本津 茂人, 田崎 正人, 熊本 牧子,
長 敬翁, 山内 基雄, 吉川 雅則, 室 繁郎
- OS23-6 再燃した肺クリプトコッカス症の1例
1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科, 2) 同 臨床研究センター
○竹内奈緒子¹⁾, 露口 一成²⁾, 倉原 優¹⁾, 小林 岳彦¹⁾, 林 清二¹⁾,
鈴木 克洋¹⁾

OS 24 14:54 ~ 15:39

一般演題 オーラルセッション

アレルギー性肺疾患1

座長 塚本 宏壮

(国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科)

- OS24-1 スネアにて左主気管支の粘液栓を除去し改善を認めた無気肺の1例
1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修部, 2) 同 呼吸器内科
○岩本 祐太¹⁾, 茨木 敬博²⁾, 太田 和輝²⁾, 堀本 和秀²⁾, 岡田あすか²⁾,
村上 伸介²⁾, 竹中 英昭²⁾, 長 澄人²⁾
- OS24-2 再発を認めたアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の1例
1) 京都第二赤十字病院 呼吸器内科 初期臨床研修医, 2) 同 呼吸器内科
○水野 広輝¹⁾, 橋本いずみ²⁾, 國松 勇介²⁾, 谷 望未²⁾, 黒野 由莉²⁾,
廣瀬 和紀²⁾, 竹田 隆之²⁾
- OS24-3 *Curvularia*属によると考えられたアレルギー性気管支肺真菌症の1例
神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科
○益田 隆広, 池田 顕彦, 多田 公英, 櫻井 稔泰, 瀧 力也, 木田 陽子,
佐藤 宏紀, 乾 佑輔
- OS24-4 著明な eosinophilia (60%) と多彩な症状を呈した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の1例
宝塚市立病院 呼吸器内科 腫瘍内科
○西村 駿, 徳田麻依子, 発 忠信, 岡本 忠司, 高瀬 直人, 簗智 幸政,
片上 信之
- OS24-5 パニツムマブによる薬剤性肺障害が疑われた3例
加古川中央市民病院 呼吸器内科
○矢谷 敦彦, 石田 貢一, 山本 賢, 岩田 帆波, 藤井 真央, 徳永俊太郎,
堀 朱矢, 西馬 照明

OS 25 15:57 ~ 16:51

一般演題 オーラルセッション

アレルギー性肺疾患2

座長 平岡 範也

(京都第一赤十字病院 呼吸器内科)

- OS25-1 ヨード造影剤による薬剤性肺障害を認めた1例
大阪府済生会千里病院 呼吸器内科
○松本 竜司, 古川 貢, 多河 広史, 山根 宏之
- OS25-2 薬剤リンパ球刺激試験 (DLST) により原因薬剤を推定できたイブプロフェンによる薬剤性肺炎の一例
明石医療センター 呼吸器内科
○樫田 高浩, 畠山由記久, 高宮 麗, 藤本 昌大, 川口 亜記, 池田 美穂,
二ノ丸 平, 岡村佳代子, 島田天美子, 吉村 将, 大西 尚
- OS25-3 油絵制作に関連したと思われる好酸球性肺炎の1例
1) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 病理
○勝田 倫子¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平野 克也¹⁾,
久米佐知枝¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 水野 翔馬¹⁾, 大西 康貴¹⁾, 加藤 智宏¹⁾,
花岡 健司¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 水守 康之¹⁾,
塚本 宏壯¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 三村 六郎²⁾, 中原 保治¹⁾
- OS25-4 気管支喘息にびまん性汎細気管支炎とIgA血管炎を合併した一例
京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学講座
○田嶋 範之, 松本 久子, 古豪摩利子, 野村奈都子, 森本 千絵, 砂留 広伸,
小熊 毅, 平井 豊博
- OS25-5 難治性アトピー喘息を合併した重症喘息に対してデュピルマブ投与が奏功した一例
1) 吉野病院 内科, 2) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科,
3) 南奈良総合医療センター 皮膚科
○田村 緑¹⁾, 甲斐 吉郎²⁾, 松田 昌之²⁾, 高橋 輝一¹⁾, 國松 幹和¹⁾,
福岡 篤彦¹⁾, 岡崎 愛子³⁾
- OS25-6 ベンラリズムマブ投与後ピークフローの最良値が得られるまでに6か月を要した1例
滋賀県立総合病院 呼吸器内科
○石床 学, 橋本健太郎, 野原 淳, 渡邊 壽規, 塩田 哲広

第 6 会 場

5F/会議室B

OS 26 9:05 ~ 9:59

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患 3

座長 北 英夫

(高槻赤十字病院 呼吸器センター)

- OS26-1 心音の2音固定性分裂の聴取を契機に診断された肺動脈肉腫の1例
市立伊丹病院 呼吸器内科
○永田 憲司, 原 聡志, 福田 郁恵, 堅田 敦, 寒川 貴文, 原 彩子,
木下 善詞, 細井 慶太
- OS26-2 肺動脈内膜肉腫の一部検例
1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 同 放射線診断部,
3) 同 病理診断部
○上山 維晋¹⁾, 丸口 直人¹⁾, 山本 亮¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾,
寺田 悟¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾,
羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 野間 恵之²⁾, 小橋陽一郎³⁾
- OS26-3 心筋転移で術後再発した肺原発多形癌の一例
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○松村 和紀, 田口 善夫, 田中 栄作, 羽白 高, 橋本 成修, 安田 武洋,
加持 雄介, 稲尾 崇, 寺田 悟, 上山 維晋, 中村 哲史, 丸口 直人,
山本 亮
- OS26-4 Rapid progressive multiple clonal driver lung adenocarcinoma の一例
1) 大阪国際がんセンター 呼吸器内科, 2) 同 病理・細胞診断科
○國政 啓¹⁾, 浜本雄一朗²⁾, 中村ハルミ²⁾, 田宮 基裕¹⁾, 河内 勇人¹⁾,
九野 貴華¹⁾, 木村 円花¹⁾, 井上 貴子¹⁾, 久原 華子¹⁾, 西野 和美¹⁾,
中塚 伸一²⁾, 熊谷 融¹⁾
- OS26-5 中枢性尿崩症を呈した扁平上皮肺癌の一例
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○稲尾 崇, 丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史, 松村 和紀, 上山 維晋,
寺田 悟, 加持 雄介, 安田 武洋, 橋本 成修, 羽白 高, 田中 栄作,
田口 善夫
- OS26-6 横隔膜, 胸膜に接し傍心臓脂肪織内に腫瘤性病変を認めた胸膜中皮腫の1例
1) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科, 2) 同 初期臨床研修部
○綿部 裕馬²⁾, 岡田あすか¹⁾, 太田 和輝¹⁾, 堀本 和秀¹⁾, 茨木 敬博¹⁾,
村上 伸介¹⁾, 竹中 英昭¹⁾, 長 澄人¹⁾

OS 27 9:59 ~ 11:02

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患 4

座長 小笹 裕晃

(京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

- OS27-1 多発脳転移を伴うPS4 EGFR変異陽性肺癌に対してオシメルチニブを導入した一例
1) 神戸大学医学部附属病院 総合臨床教育センター, 2) 同 呼吸器内科
○行田 まな¹⁾, 梅澤佳乃子²⁾, 藤岡 美結¹⁾, 小山貴与子²⁾, 湯村真沙子²⁾,
寺下 智美²⁾, 山本 正嗣²⁾, 立原 素子²⁾, 小林 和幸²⁾, 西村 善博²⁾
- OS27-2 臍臓転移で術後再発し、糖尿病の悪化を伴ったEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の一例
神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科
○藤岡 美結, 梅澤佳乃子, 小山貴与子, 寺下 智美, 山本 正嗣, 立原 素子,
小林 和幸, 西村 善博
- OS27-3 Osimertinib耐性後に小細胞肺癌へ転化しCDDP/ETPが著効した肺腺癌の1例
神戸低侵襲がん医療センター 呼吸器腫瘍内科
○二ノ丸 平, 秦 明登, 古閑 千幸, 岡田 秀明
- OS27-4 肺腺癌に対してEGFR-TKI内服中に2度の小細胞肺癌への形質転換をきたした1例
洛和会音羽病院 呼吸器内科
○石田 真樹, 森川 昇, 坂口 才, 土谷美知子, 長坂 行雄
- OS27-5 オシメルチニブによる薬剤性肺障害8例の検討
国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
○水野 翔馬, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 平野 克也, 小南 亮太,
高橋 清香, 大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾,
勝田 倫子, 横井 陽子, 三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壯, 佐々木 信,
河村 哲治, 中原 保治
- OS27-6 アファチニブ投与で多発脳転移出現後エルロチニブ+ペバシズマブで再度縮小が得られた肺腺癌の1例
国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
○加藤 智浩, 永田 恵子, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 平野 克也,
久米佐知枝, 高橋 清香, 小南 亮太, 水野 翔馬, 大西 康貴, 花岡 健司,
鏡 亮吾, 勝田 倫子, 三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壯, 佐々木 信,
河村 哲治, 中原 保治
- OS27-7 がん性髄膜炎発症後約5年経過するも髄膜炎の再燃のないexon 19 EGFR陽性、肺腺癌の1例
宝塚市立病院 呼吸器内科 腫瘍内科
○岡本 忠司, 西村 駿, 徳田麻依子, 発 忠信, 高瀬 直人, 簗智 幸政,
片上 信之

OS 28 11:02 ~ 11:56

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患 5

座長 野口 哲男
(市立長浜病院 呼吸器内科)

- OS28-1 肺アミロイドーシスの経過観察中に再検で腺癌の診断となった1例
大阪府済生会中津病院 呼吸器内科
○伊藤 信治, 佐渡 紀克, 野田 彰大, 佐藤 竜一, 宮崎 慶宗, 斎藤 隆一,
東 正徳, 上田 哲也, 長谷川吉則
- OS28-2 器質化肺炎が先行し, 病態の関連が疑われた小細胞肺癌の一例
神鋼記念会神鋼記念病院 呼吸器センター
○三好 琴子, 橋田 恵佑, 芳賀ななせ, 田中 悠也, 井上 明香, 伊藤 公一,
門田 和也, 笠井 由隆, 大塚浩二郎, 枡屋 大輝, 鈴木雄二郎
- OS28-3 胸部孤立結節影を認めた滑膜肉腫の一例
1) 宝塚市立病院 呼吸器内科・腫瘍内科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 病理診断科
○徳田麻佑子¹⁾, 発 忠信¹⁾, 岡本 忠司¹⁾, 高瀬 直人¹⁾, 簗智 幸政¹⁾,
片上 信之¹⁾, 富田栄美子²⁾, 福原謙二郎²⁾, 塚本 吉胤³⁾
- OS28-4 咯血、貧血を契機に発見された多発肺転移・大腸転移を伴う血管肉腫の1例
日本赤十字社和歌山医療センター 呼吸器内科
○野口 進, 住永圭一郎, 垣 貴大, 河内 寛明, 田中瑛一朗, 矢本 真子,
小西 聡史, 深尾あかり, 寺下 聡, 堀川 禎夫, 池上 達義, 杉田 孝和
- OS28-5 経気管支肺生検が診断に有用であった尿管原発の癌性リンパ管症の1例
1) 神戸赤十字病院 呼吸器内科, 2) 神戸赤十字病院 内科
○井上はるな¹⁾, 杉本 裕史¹⁾, 田中隆一郎¹⁾, 中田 恭介¹⁾, 杉本 啓介¹⁾,
梶本 和宏^{1,2)}
- OS28-6 副腎転移再発病変に対し摘出術を行い長期生存を得た大細胞神経内分泌癌の一例
国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
○鏡 亮吾, 竹野内正紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 久米佐知枝, 平野 克也,
小南 亮太, 水野 翔馬, 大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司,
勝田 倫子, 塚本 宏壯, 水守 康之, 横井 陽子, 三宅 剛平, 佐々木 信,
河村 哲治, 中原 保治

LS 6 12:15 ~ 13:15

ランチオンセミナー 6

座長 室 繁郎
(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

『軽症～重症喘息患者の病態・診断・治療について』

演 者：松本 久子

(京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

共催：アストラゼネカ株式会社

OS 29 14:00 ~ 15:03

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患 6

座長 長谷川吉則

(大阪府済生会野江病院 呼吸器内科)

- OS29-1 肺原発無色素性悪性黒色腫に対しIpilimumab、Nivolumabで治療を行った一例
1) 滋賀医科大学医学部附属病院 呼吸器内科, 2) 同 皮膚科
○御園生昌史¹⁾, 内田 泰樹¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 河島 暁¹⁾, 松尾裕美子¹⁾,
行村瑠里子¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 山口 将史¹⁾, 長尾 大志¹⁾,
大澤 真¹⁾, 小川恵美子¹⁾, 中野 恭幸¹⁾, 寺村 和也²⁾
- OS29-2 ニボルマブが奏効した悪性胸膜中皮腫の1例
滋賀県立総合病院 呼吸器内科
○野原 淳, 橋本健太郎, 石床 学, 渡辺 寿規, 塩田 哲広
- OS29-3 Nivolumab増量後に2回目のpseudo-progressionを認めた1例
JCHO神戸中央病院 呼吸器内科
○中邨 亮太, 美藤 文貴, 大杉 修二
- OS29-4 免疫checkpoint療法後, 化学療法が奏功した症例
1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科, 2) 同 腫瘍内科
○平岡 範也¹⁾, 弓場 達也¹⁾, 辻 泰佑¹⁾, 木村亜矢香¹⁾, 濱島 良介¹⁾,
藤井 博之¹⁾, 合田 志穂¹⁾, 立花 佑介¹⁾, 塩津 伸介²⁾, 内匠千恵子²⁾
- OS29-5 Nivolumab投与中に再発したが, 集学的治療により長期間病勢コントロールしている非小細胞肺癌の一例
1) 日本生命病院 総合内科, 2) 同 消化器外科, 3) 同 放射線治療科,
4) 大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学
○飛田 哲志¹⁾, 甲原 雄平¹⁾, 田村 慶朗¹⁾, 暮部 裕之¹⁾, 二宮 隆介¹⁾,
宇都 佳彦¹⁾, 河面 聡¹⁾, 小瀬戸昌博¹⁾, 住谷 哲¹⁾, 立花 功¹⁾,
永井 健一²⁾, 丸岡真太郎³⁾, 小山 正平⁴⁾
- OS29-6 免疫チェックポイント阻害薬により自己免疫性好中球・血小板減少症を発症した肺扁平上皮癌の一例
国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科
○金井 修, 中谷 光一, 藤田 浩平, 岡村 美里, 三尾 直士
- OS29-7 肺扁平上皮癌でNivolumab投与中に重症心不全を発症した一例
1) 大阪はびきの医療センター 肺腫瘍内科, 2) 同 循環器内科
○鮫島有美子¹⁾, 金井 友宏¹⁾, 野田 成美¹⁾, 那須 信吾¹⁾, 田中 彩子¹⁾,
森下 直子¹⁾, 鈴木 秀和¹⁾, 岡本 則雄¹⁾, 平島 智徳¹⁾, 井内 敦彦²⁾

OS 30 15:03 ~ 15:48

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患 7

座長 遠藤 和夫

(兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科)

- OS30-1 Atezolizumab投与中にRS3PE症候群を呈した1例
田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科
○宇山 倫弘, 林 優介, 北島 尚昌, 菊池悠次郎, 前谷 知毅, 山田 翔,
白石 祐介, 伊元 孝光, 井上 大生, 片山 優子, 丸毛 聡, 福井 基成
- OS30-2 病理像で肺原発リンパ上皮腫様癌を疑った一例
1) 松下記念病院 呼吸器内科, 2) 同 外科
○井ノ口乃英瑠¹⁾, 谷口 隆介¹⁾, 山田 崇央¹⁾, 和泉 宏幸²⁾
- OS30-3 間質性肺疾患との鑑別を有した肺腫瘍血栓性微小血管症を伴う急速進行性肺腺癌の一例
1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
○島 佑介¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 嶋田 有里¹⁾, 益田 隆広¹⁾,
細谷 和貴¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾,
立川 良¹⁾, 原 重雄²⁾, 富井 啓介¹⁾
- OS30-4 非小細胞肺癌の化学療法中に著しいCPK上昇を認めた一例
1) 神戸赤十字病院 呼吸器内科, 2) 国立精神・神経医療研究センター
○小阪 周平¹⁾, 杉本 啓介¹⁾, 杉本 裕史¹⁾, 田中隆一郎¹⁾, 中田 恭介¹⁾,
梶本 和宏¹⁾, 山本 真士¹⁾, 西野 一三²⁾
- OS30-5 da Vinci Xiでの尾側アプローチによる前縦隔腫瘍と右肺癌同時切除術の1例
関西労災病院 呼吸器外科
○山本 亜弥, 戸田 道仁, 岩田 隆

OS 31 15:48 ~ 16:51

一般演題 オーラルセッション

胸膜・縦隔疾患 2

座長 小栗 晋

(国立病院機構南京都病院 呼吸器センター)

- OS31-1 無症状で発見され片側胸水貯留, 対側間質性肺炎を示したシェーグレン症候群の1例
洛和会音羽病院 洛和会京都呼吸器センター
○長坂 行雄, 鈴木 潤, 石田 真樹, 田宮 暢代, 坂口 才, 土谷美知子
- OS31-2 大量胸水で発症したAL型全身性アミロイドーシスの一例
1) 京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科,
2) 同 呼吸器センター 呼吸器外科, 3) 同 血液内科, 4) 同 病理科
○東山 智彦¹⁾, 酒井 勇揮¹⁾, 林 康之¹⁾, 恒石 鉄平¹⁾, 岩坪 重彰¹⁾,
橋本 教正¹⁾, 租開 暁彦¹⁾, 岩田 敏之¹⁾, 西村 尚志¹⁾, 太田紗千子²⁾,
寺田 泰二²⁾, 岸本 渉³⁾, 渋谷 信介⁴⁾

- OS31-3 IgG4関連胸膜炎と考えられた1例
大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
○太田 和輝, 岡田あすか, 堀本 和秀, 茨木 敬博, 村上 伸介, 竹中 英昭,
長 澄人
- OS31-4 ステロイド治療で胸水減少を得られた尿毒症性胸膜炎の一例
関西電力病院 呼吸器内科
○古川雄一郎, 河本 健吾, 水谷 亮, 岩崎 剛平, 田村佳菜子, 篠木 聖徳,
稲田 祐也, 伊東 友好
- OS31-5 A群溶血性連鎖球菌 (GAS) による膿胸の1例
公立学校共済組合近畿中央病院 呼吸器内科
○酒井 俊輔, 葉山 善友, 長 彰翁, 山口 統彦, 合屋 将
- OS31-6 子宮頸癌加療中に発症した頸部静脈血栓症による乳び胸
日本赤十字社和歌山医療センター 呼吸器内科
○住永圭一郎, 垣 貴大, 河内 寛明, 矢本 真子, 田中瑛一郎, 野口 進,
深尾あかり, 寺下 聡, 田尻 智子, 堀川 禎夫, 池上 達義, 杉田 孝和
- OS31-7 2回の縦隔鏡検査を経て, 結核性リンパ節炎さらに古典的ホジキンリンパ腫と診断された1例
田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科
○菊池悠次郎, 岡本 吉央, 住友 亮太, 山本 和代, 北野 俊行, 黄 政龍,
福井 基成

抄 録

PL 会長講演

EL 教育講演

LS ランチョンセミナー

終末期を含む慢性期の呼吸ケア

坪井 知正

国立病院機構南京都病院

慢性期における呼吸管理はNPPVの登場により大きく変貌した。さらに最近では、HFNCが慢性期の呼吸管理に用いられるようになってきている。

慢性期NPPVとして、RTDにおける良好な成績（特にT modeの有用性）を示し、近年やっと有効性が明らかとなったCOPDに関して、導入後にPaCO₂を減少させるNPPV設定で予後を改善させた研究、急性増悪後に高CO₂血症が継続する症例での長期NPPVの有効性を示した研究を紹介する。同時に、我々の研究から、長期NPPV導入数ヶ月後のPaCO₂が低いほど生命予後が良く、さらに下がったPaCO₂を長期的に維持していくことがより重要であることを示す。また、NPPVをしない昼間のdaytime PaO₂が高いほど生命予後が良いことを示す。夜間NPPV中の至適付加酸素量に関してPreliminary なデータを提示する。長期NPPVの導入基準は高CO₂血症が主となるが、高CO₂血症と主観的な睡眠の質や昼間の眠気が関連しないことを示し、血液ガスを繰り返すことの重要性を示す。さらに、NPPVやHFNCを用いた呼吸リハビリテーションを紹介する。

慢性呼吸不全症例の終末期がどこからかに関して、増悪を繰り返し不可逆的にADLが低下する頃を終末期ととらえることが多い。とはいえ、慢性呼吸不全の終末期医療の最も難しい点は予後予測が極めて困難な点にある。さらに、医療者の技量の差で終末期がいかようにも変化することも問題を複雑にしている。演者は、（1）薬物療法に加えてLTOTや長期NPPVが必要となってくる時期（「いわゆる終末期」）、（2）LTOTや長期NPPVを用いても呼吸状態を維持できなくなる時期（「最終末期」）に分ける必要があると考えている。

本講演では、まず、「最終末期」だけでなく「いわゆる終末期」においても緩和ケアの考えが重要であることを示し、同時に、終末期医療が、治療効果と安全性を重視する「治癒を目指す医療」と患者の苦痛を最小限にしようとする「緩和的医療」の微妙なバランスの上に成り立っていることを示す。最後に、LTOTあるいは長期NPPV症例での、「いわゆる終末期」における睡眠薬やオピオイドの使用に関する現時点での私見を述べる。

呼吸と嚥下の協調機構と病態生理

越久 仁敬

兵庫医科大学 生理学 生体機能部門

私が呼吸と嚥下の協調機構に興味を持ったのは、米国に留学していた時（1989～1991年）のことである。ネコを用いて上喉頭神経を短時間（50ms）電気刺激して呼吸リズムをリセットさせる実験であったが、設定を誤って連続刺激してしまった。すると、横隔神経活動が消失し、リズム的な舌下神経活動が観測された。同僚にこれは嚥下活動だと教えてもらい、私の呼吸と嚥下の協調性に関する研究が始まった。この基礎研究が臨床と結びついたのは、淡路島で開業医をしていた時（2000～2005年）であった。呼吸器疾患患者や脳血管障害患者の多くが嚥下障害を伴っていることを知り、嚥下障害が疾患の増悪や予後に重要な関与をしているのでは、と考えるようになった。そこで、これらの患者の呼吸と嚥下の協調性がどのようになっているか興味を持ち、現在の研究のメインテーマの一つになっている。

嚥下時、気道は呼吸と嚥下の協調運動によって防御される。その協調が崩れると、誤嚥が起きる原因となる。通常、嚥下は呼息時に起こり、嚥下後の呼吸は呼息から始まることによって咽頭滞留物の侵入から気道を防御しているが、吸息 - 嚥下（I-SW）パターンや嚥下 - 吸息（SW-I）パターンが見られることもある。I-SWやSW-Iパターンは、加齢、神経疾患、COPD患者、OSAS患者で増加する。COPD患者においては、I-SW・SW-Iパターンの発生頻度は増悪と関連しており、発生頻度25%以上は増悪の高リスク群である。さらに、その後の追跡調査では呼吸と嚥下の協調性は予後予測因子である可能性が示唆された。呼吸と嚥下の協調性の異常に対する介入として、我々は、低圧（4cmH₂O）のCPAPが呼吸と嚥下の協調性を改善させる可能性を見出している。Nasal High Flow（NHF）にも同様の効果が期待されるが、NHFは嚥下惹起の潜時を短縮させる一方、30L/min以上の高流量NHFでは、むしろSW-Iパターンが増加するため誤嚥リスクが上昇する。

嚥下障害を全く自覚しない高齢者でも、9.4%に高率（>40%）なSW-Iパターンを認める。このような人が誤嚥性肺炎の高リスク群であるのかについては、明らかではない。また、I-SWやSW-Iパターンを矯正することによって誤嚥や誤嚥性肺炎リスクを低下させることができるのか否かについても今後検討すべき課題である。

定量的画像解析

中野 恭幸

滋賀医科大学 内科学講座 呼吸器内科

呼吸器の研究方法として「形態と機能の関係」を見ることが古くから行われています。例えば、慢性閉塞性肺疾患（COPD）において、「病理学的な肺気腫が多い人は呼吸機能が悪い」というような関係です。ここでは、「病理学的な肺気腫」という「形態」と、「呼吸機能」という「機能」の関係が述べられています。しかし、ここにはもう一つ重要な視点が隠れています。それは、「定量化」ということです。単に肺気腫が「多い」といっても、どれほど多いか分かりません。同様に、呼吸機能が「悪い」といっても、どれほど悪いかも分かりません。そこで、定量的な評価が重要になってきます。例えば、顕微鏡で観察したときの視野の50%が肺気腫である、1秒量が予測値の30%である、などです。このように、形態と機能を定量化して、その関係を見ることが古くから行われてきたのです。しかし、形態のゴールドスタンダードである病理学的評価は、標本を得るのが困難なこと、肺全体の大きさに比べて標本の大きさが非常に小さいこと、病理学的な評価に多大な労力がかかること、などより、多くの症例で評価を行うことが難しいのが現実です。

そこで、病理学的評価が変わって、画像評価が用いられるようになってきました。もちろん、この際の評価には定量化が必要となってきます。例えば、COPD患者の胸部CTにおける低吸収量域をコンピュータの助けを借りて定量化し、呼吸機能との関係进行评估することが可能となります。しかし、画像を使う際にひとつ気をつけたいといけないことは、その画像が示しているもの（ここでは低吸収領域）が、本当に肺の構造変化（肺気腫）を代表しているのかということです。この課題を解決するためには、画像と病理の対比を行うことが必要となります。この作業には大きな労力がかかりますが、いったん対比が終了しますと、以後は画像の定量解析のみでこと足ります。このようにして定量的画像解析は進歩を遂げてきました。本教育講演では、定量的画像解析の発展と、その結果、明らかになってきたことなどをお示しし、定量的画像解析について考えたいと思います。

基礎から学ぶQOLの評価と実践

小賀 徹

川崎医科大学 呼吸器内科学

QOL (quality of life; 生活の質) は、いかに充実した健康的な人生を送るか、という質的な概念を重んじる時世の象徴として社会通念ともなっている。QOLは、経済状況や社会環境といった必ずしも健康状態に起因しないものも含む包括的な概念で、人生の生きがいや充実感といったことも含めれば、かなり広義であるが、保健医療において、健康や疾病の関連で生理的、感情的、心理的影響の観点からQOLを論じる場合、健康関連QOL (health-related quality of life) と呼ぶ。これは、一般に抽象的なイメージ的な概念でとらえられがちではあるが、客観的な方法、つまり、信頼性、妥当性、反応性といった観点から十分に検証された質問票 (questionnaire) を用いることによって、疾患による患者の健康や日常生活への影響を定量評価することができる。近年は、臨床試験においても、呼吸機能などの生理学的指標に加えて、患者が主観的に自己評価する患者報告型指標としてQOLが重要なアウトカムとして組み込まれることが一般的になってきた。

QOLの評価尺度は、「包括的 (generic) 尺度」と「疾患特異的 (disease-specific) 尺度」に大別され、前者は特定の疾患に限定しないもので、Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF-36) 日本語版が頻用されており、後者は、その質問は疾患に特徴的な身体機能や症状に準じており、特にCOPDにおいて特異的なSt. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) 日本語版は多くの臨床試験において使用されてきたが、近年は簡便なCOPD Assessment Test (CAT) が日常診療でも使われており、馴染み深いと思う。

本講演では、特に若い先生にとっては、本領域に関しては初学者であることを想定して、QOLの概念や評価、に関して、具体的な質問票を挙げながら概説し、また、臨床試験でどのように使用されているかについて、論文を参照しながら理解を深めていく。聴講後は、自分で目的とするような患者のQOLを評価したり、論文を読んだりして解釈できるようになることを目標とする。

睡眠呼吸障害の管理と臨床

陳 和夫

京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座

睡眠障害国際分類 (International Classification of Sleep Disorders, 3rd edition: ICSD 3) によると睡眠障害は1) 不眠症, 2) 睡眠関連呼吸障害群 (Sleep Related Breathing Disorders: SRBD), 3) 中枢性過眠症群, 4) 概日リズム睡眠・覚醒障害群, 5) 睡眠時随伴症群, 6) 睡眠関連運動障害群, 7) その他の睡眠障害の7群に分類され, その病態は60種類を超える. SRBDにはA) 閉塞性睡眠時無呼吸障害群 (2病態), B) 中枢性睡眠時無呼吸症候群 (8病態), C) 睡眠関連低換気障害群 (6病態), D) 睡眠関連低酸素血症があり, 孤発症状と正常範囲の異形として, いびき, カタスレニアがある. 睡眠中にはア) 睡眠に伴う代謝量変化, 呼吸刺激の低下による換気量の低下, イ) 上気道開大筋の筋緊張低下による上気道抵抗の上昇, ウ) 呼吸補助筋由来の換気量はnon-REM睡眠で低下し, REM睡眠でさらに低下し, エ) 横隔膜由来の換気量はnon-REM睡眠で低下し, REM睡眠でnon-REMと大きな変化はない, オ) 換気応答値の低下, 覚醒反応の低下, 行動調節の消失, カ) 無呼吸閾値 (呼吸開始時のPaCO₂値) の上昇, ク) 機能的残気量は低下し, 酸素ストアは減少し, 無呼吸・低呼吸時に低酸素血症を起こしやすい. 呼吸器疾患, 神経筋疾患患者群を含む様々な病態群においては病態による肺機能低下も加わり, 病態を複雑にする. 睡眠呼吸障害の治療には, 酸素療法 (高流量法, 低流量法), 持続陽圧 (CPAP), 換気補助療法 (ASV, NPPV) があるが, 基本病態 (閉塞性換気機能障害, 拘束性換気機能障害など) に対する治療も重要である. 医療技術と知識の普及により, 覚醒中の患者管理については大きな進展がみられてきたので, 未だ多くは顧みられない睡眠中の呼吸管理は今後の患者管理と健康寿命延伸に重要と考えられる. 本講演では, 症例を通して睡眠呼吸障害の管理, 呼吸管理を考える.

呼吸器疾患へのヒトiPS細胞を用いたアプローチ，現在と未来

後藤 慎平

京都大学大学院医学研究科 呼吸器疾患創薬講座

肺に不可逆的な障害をもたらす難治性呼吸器疾患の克服に対して，再生医療や画期的な創薬が期待されている．肺は気道と肺胞の大きく2領域に分かれ，上皮細胞以外にも様々な細胞種が組み合わさっており，未だ肺全体を作り出すことは容易ではないが，ヒト多能性幹細胞から肺の細胞へと分化させる技術はようやく確立し，臓器再生や創薬に向けた技術開発は着実に前進している．

ヒトiPS細胞を含め多能性幹細胞から目的の臓器細胞への分化研究は，発生学的な段階を培養皿内で再現する手法により2005年以降に発展し，呼吸器分野に応用する研究が本格的に進められたのは，山中博士らによってヒトiPS細胞が報告された2007年以降である．肺への分化研究は呼吸器発生のプロセス自体がまだ十分に解明されていないことも背景として遅れ，2011年に発生学的に定義される内胚葉の状態から一段階進んだ「前方前腸化」の方法が報告され，その後，発表者らによりレチノイン酸等を濃度調整して組み合わせることでさらに一段階進んだ「腹側化」が効率よく達成され，さらに細胞表面抗原Carboxypeptidase M (CPM) を用いれば，気道や肺胞に分化する前段階の肺の「芽」に相当するNKX2.1⁺細胞を単離できることが示された．これにより，細胞株間で異なる分化効率であっても，分化する前段階の状態でも純度の高い均一化された状態を作り出すことができ，その後の効率よい分化誘導が可能となった．また，ゲル状基質内で三次元構造を形成しながら培養するオルガノイド培養により，生体内に近い機能をもった気道や肺胞上皮細胞への分化誘導が可能となった．その後，これらの手法を用いてまずは病態研究への応用が進められ，特にII型肺胞上皮細胞の異常から肺線維症を来すと考えられているHermansky-Pudlak症候群 (HPS2) の例では，バンクに寄託されていた患者由来の皮膚線維芽細胞からiPS細胞を樹立し，肺胞上皮細胞へと分化させることで，肺サーファクタントの分泌能が障害されていることが証明された．従来の技術では困難だった稀少な難治性呼吸器疾患でも患者由来の体細胞や血液細胞をバンクし，iPS細胞を樹立しておくことで，細胞を使った病態解析が可能なが証明された．これらの技術を用いて，様々な呼吸器疾患に対する創薬や，さらには再生医療にも挑戦していきたい．

LS1 ランチョンセミナー1

COPD薬物治療の今

佐藤 晋

京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科

2018年、同年4月にはわが国における慢性閉塞性肺疾患（COPD）診断と治療のためのガイドライン（JRSガイドライン）第5版、11月には世界における標準的指診であるGOLDの2019年版が発表された。両者とも、多くの新しい知見を盛り込まれており、その中でも治療介入については多くのアップデートが行われた。まさに以前の様な「COPDは治療反応性に乏しい疾患である」という認識は、過去のものになっていることが見て取れる。

特に過去10年を遡れば、これらの新知見をもたらした原動力は薬物療法の進歩であり、実に10製剤が上市されているが、逆に現状はむしろ混沌としているとも言える。

また治療方針に関しては、JRSガイドラインの前版まで提示されていたstep ladder式の治療追加という戦略ではなく、JRS、GOLD共に病態をより詳細に検討し多面的に介入することを求めており、GOLD 2019ではstep downも明示されるなど、COPD治療管理はより「緻密さ」が求められる時代になったと感じられる。

そして2019年、薬物療法の混沌の中にまた新たな製剤が加わろうとしている。

本セミナーではCOPD治療管理について最新の知見をupdateすることに加え、特に重要な治療管理のターゲットである呼吸困難とCOPD増悪という2つのキーワードに関する私見も交えながら、COPD治療管理における薬物治療の「今」について解説を試みたい。

LS2 ランチョンセミナー 2

間質性肺炎の診断と治療 ～診断ガイドラインの改訂を踏まえて～

半田 知宏

京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座

2011年にATS/ERS/JRS/ALATよりIPFの診断と治療に関するガイドラインが発表され、2015年に薬物治療に関する改訂ガイドラインが公表された。PirfenidoneとNintedanibの2つの抗線維化薬がconditional recommendationとなり、長期投与の有効性や併用療法に関する知見とともに、real worldでのデータが蓄積されてきている。2018年にはIPFの診断に関するガイドラインが改訂され、BALやTBLB、外科的肺生検の推奨がHRCTでUIPパターンを示す症例とその他に分けて記載された。また、推奨度の評価は困難とした上でクライオバイオプシーに関する記載が加えられた。膠原病の自己抗体測定や、血中バイオマーカーの測定についても評価が示された。更に、胸部HRCTのパターンが従来の3パターン（UIP, possible UIP, inconsistent with UIP）から4パターン（UIP, probable UIP, indeterminate for UIP, alternative diagnosis）に変更された。この背景には、possible UIPの中でも牽引性気管支/細気管支拡張を伴う症例（probable UIP）が高率にIPFであり、治療反応性も同様であるという知見が得られたこと、IPF症例がHRCTでinconsistent with UIPパターンを示す頻度が比較的高く、inconsistent with UIPという名称が不適切であるという認識がある。

IPFをはじめとする間質性肺炎の治療においては、薬物治療に加えてリハビリテーション、酸素療法、肺移植などの非薬物治療の役割が大きい。本邦での肺移植件数は増加傾向にあるが、間質性肺炎の待機患者の予後は依然として不良であり、呼吸器内科医として、適切な症例を適切な時期に登録する事が求められる。

本講演では、改訂ガイドラインを踏まえたIPFの診断と、間質性肺炎の薬物治療、呼吸管理や肺移植を含む非薬物治療について概説する。

LS3 ランチョンセミナー3

エビデンスからリアルワールドへ ～免疫チェックポイント阻害薬の使い方～

吉岡 弘鎮

関西医科大学附属病院 呼吸器腫瘍内科

近年、分子標的治療薬と免疫チェックポイント阻害薬により進行・再発非小細胞肺癌の薬物療法は画期的な進歩を遂げている。特に進行・再発非小細胞肺癌ドライバー遺伝子陰性1次治療においてはパラダイムシフトがおこり免疫チェックポイント阻害薬＋細胞障害性抗癌薬の併用療法が1次治療の標準的治療の中心に躍り出た。

一方、免疫チェックポイント阻害薬が1次治療で投与されていない症例は以前とかわらずに2次治療で免疫チェックポイント阻害薬単剤の投与が検討され、肺癌診療ガイドライン2018年版においてもその使用が推奨されている。2次治療では、2015年12月にニボルマブ、2017年ペムブロリズマブ、2017年にアテゾリズマブが臨床導入され、たった2年で3剤もの免疫チェックポイント阻害剤が日常臨床で使用可能となった。

その中でもニボルマブは2つのPhase3試験（Chekmate017/057）そして新たなPhase3試験（Checkmate078）の結果において一貫したニボルマブの生存延長効果が認められ、さらにCheckmate017/057においては4年フォローアップデータが報告され長期生存が達成できることが示された。また、日本で実施された2つのPhase2（ONO-4538-05/06）と全例調査のデータから日本人における有効性・安全性の情報も提供されている。そして最も早く実臨床で使用できるようになったことによりリアルワールドにおけるの多くの日本人データが集積され、長期生存データも豊富にある。

本セミナーには、一次治療と二次治療のエビデンスを振り返るとともに、ドライバー遺伝子陰性の進行・再発非小細胞肺癌において治療の主役となった免疫チェックポイント阻害薬の日常臨床における使い方について考察したい。

LS4 ランチョンセミナー4

特発性肺線維症：国際診断ガイドライン改定がもたらした診断と治療へのインパクト

富岡 洋海

神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科

特発性肺線維症（IPF）に対する治療指針は、国際ガイドラインとして、2000年、2011年、2015年とupdateされ、現在、2つの抗線維化薬（ピルフェニドン、ニンテダニブ）が承認されるに至っている。一方、2000年ガイドラインにおいて暫定的に推奨されていたステロイドなどの抗炎症治療は、IPF慢性期ではむしろ有害であるとの見解に至り、強く推奨しないとされている。このように、抗線維化薬と抗炎症薬の治療適応を見極める上で、びまん性肺疾患におけるIPF診断の重要性が高まっている。また、2013年の特発性間質性肺炎（IIPs）診療ガイドラインにおいて、疾患の経過（disease behavior）、すなわち病態の可逆性、進行の速度に対応した臨床分類と治療目標が提示され、IPFと線維化性非特異性間質性肺炎（fibrotic NSIP）の一部では、進行性、非可逆性であり、「進行抑制」が目標とされた。承認されている2つの抗線維化薬は、肺機能（FVC）低下に対して有意な抑制効果を示し、この治療目標を達成した薬剤であるが、さらに究極のアウトカムである「生命予後の改善」に向けたアプローチが模索されている。このような中、昨年秋、IPF国際ガイドラインの診断パートが改訂された。この改定ガイドラインでは、明らかな蜂巢肺（HRCTでのUIPパターン）を呈する前の、より早期のIPFを診断すべく、診断プロセスが改訂されている。これらを踏まえたうえで、現状のIPF診療における早期診断・早期治療の意義と課題について、実際の症例も提示しながら考えてみたい。

非小細胞肺癌の一次治療における免疫＋化学療法の治療維新

田宮 基裕

大阪国際がんセンター 呼吸器内科

切除不能な進行・再発非小細胞肺癌の1次治療として、免疫チェックポイント阻害薬と化学療法の併用が日本でも12月21日に承認された。抗PD-1抗体PembrolizumabがPD-L1発現にかかわらず非小細胞肺癌（NSCLC）に対する初回治療として、抗PD-L1抗体AtezolizumabがPD-L1発現にかかわらず扁平上皮癌を除く非小細胞肺癌（Non-SQ NSCLC）に対する初回治療として、決められた化学療法と併用して治療を行うことが可能となった。

Pembrolizumab＋化学療法の認可は、KEYNOTE-189試験とKEYNOTE-407試験の結果に基づいている。KEYNOTE-189試験において、Non-SQ NSCLCに対してPembrolizumabとPemetrexed＋Platinam-agent（CDDPまたはCBDCA）の併用療法が、KEYNOTE-407試験では、SQに対して、PembrolizumabとCBDCA＋Paclitaxel or Nab-paclitaxelの併用療法が、従来の標準化学療法より優れている事が証明されたことによる。

Atezolizumab＋化学療法の認可は、IMpower150試験の結果に基づいている。IMpower150試験においてAtezolizumab＋CBDCA＋Paclitaxel＋Bevacizumabの併用療法は、従来の標準化学療法より優れている事が証明されたことによる。

また、Pembrolizumabは、PD-L1陽性（TPS:1%以上）の切除不能な進行・再発のNSCLCに対する初回治療としての単独療法も承認された。これはKEYNOTE-042試験において、Pembrolizumabの単独療法が従来の標準化学療法（CBDCA＋Paclitaxel or CBDCA＋Pemetrexed）と比較して全生存期間を有意に延長したことが証明されたためである。ただし、日本肺癌学会の肺癌診療ガイドライン2018版においては、Pembrolizumab単剤は、1次治療においてPD-L1発現が50%以上の患者にしか推奨されていない。これは、KEYNOTE-024の結果に基づいている。しかし、KEYNOTE-042においてのSubset解析を見ても、TPS:1～49%は本当に従来の標準化学療法より優れているかは検討の余地を残すところである。

今回は、各試験の特徴と、TPS:50%以上NSCLCに対する初回治療Pembrolizumab単剤の多施設後ろ向き観察研究や自施設の治療経験等を含めて、切除不能な進行・再発非小細胞肺癌の1次治療を考える時に、免疫療法＋化学療法もしくはPembrolizumab単剤治療のどちらが良いのかを私見を交えて考察する。

軽症～重症喘息患者の病態・診断・治療について

松本 久子

京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

喘息は頻度の高い呼吸器疾患の一つである。吸入ステロイド薬や合剤・ガイドラインの普及により、軽症～中等症例については病診連携のもと非専門医に管理を委ねることも多くなってきた。責任をもって病診連携をすすめるためには、適切な重症度把握、患者指導が必要であり、そのためには呼吸器内科医自身が喘息の病態・治療について熟知しておかなければならない。一方重症例については、多様な病態を把握・層別化し、併存症を含めた治療・管理を行う必要がある。

全ての疾患の治療・管理は正確な診断から始まるが、喘息の診断は目やすにとどまるため、常に鑑別診断を念頭におく。肺がんや気管支結核に加え、頻度は少ないが再発性多発軟骨炎、肺血栓塞栓症なども想定する。一方診断が正しくとも、抗喘息薬が奏功しない場合もある。デバイスの選択・吸入手技に起因するピットフォールに陥ることなく、薬剤師、看護師らと共に繰り返し吸入指導を行う。また生活環境の整備や併存症についても指導・介入を行う。安定すれば治療のステップダウン・病診連携をすすめるが、症状が乏しくとも末梢血好酸球増多や呼気NO高値など好酸球/2型炎症の強い例では、一秒量の低下が大きい患者が含まれていることがあり、患者指導を含めて注意が必要である。上記の手順を踏んでもコントロール不良な場合、好酸球/2型炎症型であれば、生物製剤の導入を考慮する。慢性好酸球性肺炎、アレルギー性気管支肺真菌症や好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の潜在にも注意する。嗅覚障害を伴う好酸球性鼻副鼻腔炎の併発例では耳鼻科医との連携も重要である。湿性咳嗽を伴う重症例では、喀痰細胞診による細胞分画の確認、胸部CT撮影を考慮する。喀痰中に好酸球を認め気道粘液栓がみられる場合、好酸球を標的とした生物製剤により改善を期待できる。好中球性の気管支拡張症併存時は少量マクロライド療法を行う。本セミナーでは軽症から重症例にわたる喘息患者の病態・診断・治療について、ピットフォールと豆知識を紹介しつつ概説したい。

抄 録

OS オーラルセッション

OS01-1

多発肺結節影を呈した多発血管炎性肉芽腫症（GPA）の一例

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

○山本 亮¹⁾, 丸口 直人¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾,
 上山 維晋¹⁾, 寺田 悟¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾,
 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾,
 田口 善夫¹⁾, 富岡 泰章²⁾, 後藤 正司²⁾, 中川 達雄²⁾,
 西本 優子³⁾, 野間 恵之³⁾, 本庄 原⁴⁾, 小橋陽一郎⁴⁾

【症例】喫煙歴のない71歳女性。糖尿病・慢性腎臓病・意義不明の単クローン性ガンマグロブリン血症（MGUS）で通院中。

【主訴】咳嗽

【臨床経過】入院半年前、MGUSの精査目的で撮像した単純CTで両肺野の多発結節影を指摘され当科紹介となった。同病変にPET-CTで有意な集積なく増大傾向もないため経過観察されていたが、その後遷延する咳嗽と炎症反応上昇よりCTを再検査したところ、多数の新規結節影が出現しており、同部位にPET-CTでの集積を認めた。同病変に外科的肺生検を施行し、GPAの診断に至った。それに加え蛋白尿・尿潜血の出現や腎生検での血管炎の所見、またPET-CTでの鼻中隔への集積を認めたため、現在は全身型GPAとしてPSL+CYCで治療導入している。

【考察・結語】多発肺結節影で発症し外科的生検で診断され、腎病変・鼻病変を伴ったGPAの症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS01-3

再発した特発性気管支中心性肉芽腫症に対し葉切除を行った一例

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器外科
- 2) 同 病理診断科

○櫻井 禎子¹⁾, 八木悠理子¹⁾, 小島 健介¹⁾, 坂本 鉄基¹⁾,
 内海 朝喜¹⁾, 尹 享彦¹⁾, 笠井 孝彦²⁾, 武田麻衣子²⁾

【背景】気管支中心性肉芽腫はまれな病態であり、感染症や肉芽腫性疾患に伴うことが報告されるが、原因の明らかでない報告も散見される。【症例】70歳代男性が咳嗽と血痰を主訴に前医を紹介受診した。胸部CTで右S9に空洞を伴う4cmの結節影を認め、経気管支鏡的肺生検で診断に至らなかったため外科的生検を施行された。肉芽腫と診断されるも原因が同定できなかったことから経過観察されていたが、2年経過した時点で右下葉内に空洞を伴う5cmの結節が再度出現し血痰や咳嗽が再発した。精査加療目的で当院紹介受診となり、右下葉切除術を施行した。血清学的にも感染症学的にも原因は明らかではなく、特発性気管支中心性肉芽腫症と診断した。【結語】気管支中心性肉芽腫症は形態学的診断であり病因は多岐にわたる。原因のわからない場合は特に再発も念頭に注意深い経過観察を要する。

OS01-2

多発血管炎性肉芽腫症に続発した再発性多発軟骨炎の一例

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

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

78才女性。X-9カ月に回転性めまいが出現、X-7ヶ月に右難聴および鼓膜炎が見られ当院耳鼻科受診。MPO-ANCAが陽性でありANCA関連中耳炎（OMAAV）と診断され、ステロイド治療で一旦改善した。しかしステロイド漸減中のX-5ヶ月に右聴力消失、鼻病変も出現、鞍鼻を呈し、多発血管炎性肉芽腫症（GPA）と診断した。X年X月に右胸部痛が出現、CRP上昇とCTにて右中間気管支幹の狭窄所見を認め、抗2型コラーゲン抗体陽性より再発性多発軟骨炎（RP）と診断した。GPAの経過中にRPを発症した興味深い1例と考え報告する。

OS01-4

気管支鏡検査にて偶然発見された気管アミロイドーシスの一例

近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

○大森 隆, 西山 理, 吉川 和也, 御勢 久也,
 佐伯 翔, 山崎 亮, 綿谷奈々瀬, 西川 裕作,
 佐野安希子, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 原口 龍太,
 東田 有智

症例は85歳男性、201X-2年薬剤性間質性肺炎の精査のために施行した気管支鏡検査で、表面平滑で白色の気管腫瘍を認めたが、生検では診断にいたらなかった。その後、薬剤性間質性肺炎に対してステロイド治療を行い改善を認めたため、201X年1月気管腫瘍に対して再度気管支鏡検査を施行した。腫瘍はやや増大を認めており、同部位からの生検を施行した。組織所見では上皮下の間質に好酸性沈着物を認め、congo red陽性、偏光顕微鏡検査で緑色を呈した。Amyloid-P陽性・Amyloid-A陽性。他臓器での臨床所見が無く、限局型気管アミロイドーシスと考えられた。限局型気管アミロイドーシスは比較的稀と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS01-5

繰り返す肺炎を契機に発見された原発性免疫不全症候群の1例

大阪大学 呼吸器・免疫内科

○小牟田清英, 小坂 一真, 白井 雄也, 平田 陽彦, 仲谷 健史, 白山 敬之, 三宅浩太郎, 小山 正平, 岩堀 幸太, 長友 泉, 武田 吉人, 熊ノ郷 淳

20歳代, 女性. 小児期より肺炎, 中耳炎を繰り返していた. 1か月前にも肺炎を発症され抗生剤により改善したが, 労作時呼吸苦, 下腿浮腫といった右心不全徴候を認めたため, 精査目的に当院へ紹介となった. 右心不全は利尿薬により改善したが, CTで粒状影や気管支拡張像が見られ, 右心カテーテル検査では肺血管抵抗の上昇を認めた. また, 血液検査ではガンマグロブリン低値を認めた. 液性免疫不全を来しうる疾患の鑑別を行い, 最終的に原発性免疫不全症候群の一つである分類不能型免疫不全症 (CVID) と診断した. 本症例は液性免疫不全により慢性的に下気道感染を繰り返していたと考えられる. 原発性免疫不全症候群は希少疾患ではあるが, 日常診療に隠れている可能性があり, 小児期のみでなく成人期の診断例も多い. 患者予後改善のためには, 感染症を繰り返す症例や慢性感染症例に対しては本症を疑って積極的に検査を行い, 早期に診断する必要がある.

OS02-1

高IgG4血症及びIgG4陽性形質細胞の浸潤を伴った多中心性Castleman病の一例

- 1) 市立大津市民病院 臨床研修センター
- 2) 同 呼吸器内科
- 3) 同 呼吸器外科
- 4) 同 病理診断科
- 5) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床検査科・病理診断科

○岡本 拓希¹⁾, 松井 遥平²⁾, 平井 聡一²⁾, 平沼 修²⁾, 戸田 省吾³⁾, 柳田 正志³⁾, 古谷 竜男³⁾, 益澤 尚子⁴⁾, 浜田 新七⁴⁾, 笠井 孝彦⁵⁾, 武田麻衣子⁵⁾

【症例】66歳女性【臨床経過】健康診断の胸部X線写真で右下肺野の網状影を, 血液検査にて貧血, CRP高値, 総蛋白の高値を指摘され精査目的に当院紹介となった. 胸部CTで両肺野に多発する結節影と頸部から腹部にかけてリンパ節腫大を認めた. 確定診断目的に胸腔鏡下肺結節及び縦郭リンパ節生検を施行したところ, リンパ濾胞の多発と形質細胞浸潤を認めた. 高IgG4血症及びIgG4陽性形質細胞浸潤を認めIgG4関連疾患の完全否定は出来なかったが, 本症例では高IL-6血症に伴う炎症反応を認めており多中心性Castleman病の病態が主であると考えられた. 【考察】多中心性Castleman病はリンパ節のみならず多臓器に病変をつくるリンパ増殖性疾患である. 組織へのIgG4陽性形質細胞浸潤と高IgG4血症を認め, IgG4関連疾患との鑑別が問題となることがしばしばある. 本症例でも両疾患の診断基準を満たし, 鑑別を考える上で示唆に富む症例であると考え若干の文献的考察も含めて報告する.

OS01-6

当院におけるびまん性肺骨化症の2例

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科
- 3) 同 臨床研修センター
- 4) 同 病理診断科
- 5) 同 放射線科

○榎本 貴俊¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 新井 徹³⁾, 杉本 親寿³⁾, 橋本 和延¹⁾, 香川 智子¹⁾, 櫻井 禎子²⁾, 笠井 孝彦⁴⁾, 審良 正則⁵⁾, 林 清二¹⁾, 井上 義一³⁾

【背景】びまん性肺骨化症 (以下DPO) は, 肺組織にびまん性の異所性骨化巣を生じる稀な疾患である. 近年胸部CT検査によって診断される症例が見られるようになったものの, 依然として臨床像は十分に把握されていない. 予後は良好とされるが緩徐な進行を認めたとする報告もある. 【症例1】X-2年健診の胸部レントゲン検査で胸部異常陰影を指摘された. X年近医で胸部単純CT検査を施行したところ間質性肺炎を疑われた. 当院にて胸腔鏡下肺生検を行った結果, UIPパターンの間質性肺炎と線維化に連続する骨形成を認め, IPFと続発性樹枝状DPOと診断した. 【症例2】X-31年右下葉に結節影, 両肺野にびまん性粒状影を指摘された. 結節影が増大したためX年に当院を受診された. 結節影に対しTBBを施行したが診断に至らず, 胸腔鏡下右下葉切除術を施行した. 病理所見より結節影は硬化性肺胞上皮腫, 粒状影は樹枝状DPOと診断した.

OS02-2

ネオシーダーによって再燃したランゲルハンス細胞組織球症の1例

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
- 2) 同 臨床研修センター

○高野 峻一¹⁾, 橋本 和延¹⁾, 榎本 貴俊¹⁾, 足立 雄一¹⁾, 東 浩志¹⁾, 小林 岳彦¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 露口 一成²⁾, 林 清二¹⁾, 井上 義一²⁾

【症例】51歳女性. 喫煙は20歳から現在まで燃焼式タバコ20本. X年1月, 倦怠感が生じたが, 市販の感冒薬を服用して様子を見ていた. X年8月下旬に近医受診し, 胸部X線で両側に多発する結節影を認めたため, 前医を受診. 気管支鏡検査を行ったが, 確定診断には至らず精査とVATS目的に紹介となった. HRCTでは両側多発性に小結節や, 空洞を伴う結節があり, ランゲルハンス細胞組織球症 (Langerhans' cell histiocytosis:LCH)・血管炎・転移性腫瘍・リンパ腫・非結核性抗酸菌症が考えられた. 11月にVATSを施行し, 組織診断からLCHと診断した. 診断後禁煙によって陰影と倦怠感が軽減したが, X+1年2月に胸部X線で増悪を認め, 問診でネオシーダーを吸っていたと判明した. 【考察】ネオシーダーでもLCHの増悪をきたしうることが推測される1例だった.

OS02-3

Birt-Hogg-Dube症候群の1例

- 1) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
2) 同 病理診断科

○花岡 健司¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾,
平野 克也¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 水野 翔馬¹⁾,
大西 康貴¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 勝田 倫子¹⁾,
三宅 剛平¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 三村 六郎²⁾

症例は、41歳女性。喫煙歴なし。既往歴も特記すべきことなし。家族歴で、父・父方親戚に気胸あり。2016年に呼吸困難にて近医受診、右気胸を認め当院紹介となる。気胸は軽度であり、一旦は自然軽快した。CTでは右側優位両肺に多発性囊胞性変化を認めた。抗SS-A抗体は陽性であったが、シェーグレン症候群の診断基準は満たさなかった。その後も、月経とは無関係な右気胸を繰り返すため、右胸腔鏡下肺囊胞切除・結紮術を施行した。皮膚病変や腎病変は認めなかったが、家族歴や画像所見から、Birt-Hogg-Dube症候群を疑い、遺伝子検査を依頼したところ、FLCN遺伝子変異を認め、診断確定に至った。比較的特な遺伝性疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

OS02-5

呼吸困難で発見されたSwyer-James syndromeの1例

京都第二赤十字病院 呼吸器内科

○谷 望未, 竹田 隆之, 國松 勇介, 橋本いずみ,
黒野 由莉, 廣瀬 和紀

症例は70歳代、女性、主訴は労作時呼吸困難。3歳時に致死的な重症肺炎の既往歴があり、喫煙歴は10本/日×40年間。X-2年4月初旬から労作時呼吸困難(mMRC I-II°)を自覚し、増悪してX年9月に紹介。呼吸音は清、胸部CT上は中葉・舌区、左下葉に気管支拡張を認め、右中葉S4、左下葉S8-10に肺動脈狭小化を伴った肺過膨張を伴った。精査で慢性肺血栓塞栓症は否定的、呼吸機能検査で気道可逆性を伴う閉塞性換気障害を認め、換気血流シンチグラフィではCT画像に一致して、右S4、左S9-10にくさび状の欠損を認め、換気・血流がマッチングした「区域性換気血流障害」を呈し臨床的にSwyer-James syndromeと診断した。幼少期の重症肺炎による気管支の閉塞、末梢のair trappingと肺血流の減少を招来したと考えた。

OS02-4

壊疽性膿皮症の関与が疑われた空洞性肺病変の一例

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

○松梨 敦史¹⁾, 立川 良¹⁾, 嶋田 有里¹⁾, 島 佑介¹⁾,
益田 隆広¹⁾, 細谷 和貴¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾,
藤本 大智¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 西久保雅司²⁾,
西岡 弘晶²⁾, 原 重雄³⁾, 富井 啓介¹⁾

症例は73歳女性。50歳頃に関節リウマチを発症した。経過中、X-5年に壊疽性膿皮症を発症した。X-1年5月に右下腿に新規病変を認め、ステロイドを増量したがX-1年11月には左上腕、左膝にも新規病変が出現した。X-1年6月に胸部CTで空洞を伴う多発肺浸潤影を指摘され、経過観察となっていた。肺野陰影は1年半の経過で増悪と軽快を繰り返しつつ徐々に悪化し、精査目的にX年11月に当院呼吸器内科に紹介となった。血清学的検査、気管支鏡検査で診断に至らずX年12月に左S6病変に対してVATS肺生検を施行した。病理所見では病変中心部に壊死組織を認め、多核巨細胞を伴う肉芽腫を認めたが特徴的な柵状肉芽腫は認めずリウマチ結節よりも壊疽性膿皮症の肺病変が疑われた。関節リウマチ、壊疽性膿皮症のいずれも疾患活動性は高く、インフリキシマブを導入した。

OS02-6

気管支喘息との鑑別を要した食道アカラシアの一例

ベルランド総合病院 呼吸器内科

○佐渡 康介, 阪上 和樹, 服部 剛士, 山根 健志,
小高 直子, 津田 誉至, 眞本 卓司

症例：26歳、女性。小児喘息の既往あり、成人以降は喘鳴等症状なく経過していた。X年1月に感冒契機に咳嗽、喘鳴が増悪し、気管支喘息として前医より紹介となった。治療強化により喘鳴は改善したが、難治性咳嗽が遷延した。スパイロメトリーは上気道閉塞パターンを呈し、胸部画像で著明な食道拡張と気管圧迫の所見を認め、食道アカラシアを疑った。消化器外科にて確定診断後、X年11月に腹腔鏡下同根術を施行した。術後速やかに咳嗽は消失し、食道アカラシアによる食道拡張及び上気道狭窄による症状と考えた。食道アカラシアは、下部食道噴門部の弛緩不全により食物の通過障害や食道の異常拡張等を認める機能的疾患であるが、有病率も低く、呼吸器症状を呈しうることはあまり知られていない。スパイロメトリー、胸部画像より本疾患を疑い、治療により症状が改善した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

OS02-7

M.gordonaeによるhot tub lungと考えられた一例

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○高橋 清香, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太,
平野 克也, 小南 亮太, 水野 翔馬, 大西 康貴,
東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾,
勝田 倫子, 三宅 剛平, 塚本 宏壮, 水守 康之,
横井 陽子, 佐々木 信, 河村 哲治, 中原 保治

症例は、訪問入浴介助に従事している54歳女性。2017年8月初旬より発熱、咳嗽、労作時呼吸困難が出現し、2017年9月当院受診。CTでは両側びまん性に小葉中心性のすりガラス影あり、呼気CTでは肺野にモザイク状の濃淡を認めた。血液検査では、KL-6 4055、SP-D 270と上昇、膠原病関連自己抗体および抗*T. asahii*抗体は全て陰性であった。入院後、無治療で改善を認め、BAL/TBLBより何らかの原因による亜急性過敏性肺炎と考えた。退院後、自宅療養中は症状なく経過したが、入浴介助の仕事に復帰した後に再燃を認めた。以後仕事を行う度に再燃を繰り返すため環境調査を行ったところ、入浴介助車内の水槽貯留水より*M.gordonae*が検出され、同菌による過敏性肺炎が疑われた。MACによるhot tub lungはよく知られているが、*M.gordonae*によるものは稀であり、文献的考察を交え報告する。

OS03-2

小児COPD患者の災害対策にポータブル酸素濃縮器を在宅導入した1例

1) 滋賀県立小児保健医療センター 臨床工学部
2) 滋賀県立総合病院 臨床工学部
3) 滋賀県立小児保健医療センター 小児科

○大野 進^{1,2)}, 井上 賢治³⁾

当院は在宅酸素療法(HOT)患者を90名フォローしているが、災害時に全例を病院に受け入れて対応することは困難であると予想されている。そのため災害対策の一環としてポータブル酸素濃縮器を1例導入したので報告する。

症例は2歳9ヶ月の男児。生後11ヶ月にアデノウイルス肺炎に感染し閉塞性細気管支炎となった。そのため日中はHOTのみで、夜間はHOT+NPPVを行っている。ポータブル酸素濃縮器導入以前は、酸素ポンベの残数が少なくなると業者に補充してもらった管理としていたが、ポンベ残数が少ない時に災害が発生すると避難することも危険な可能性があった。そこでバッテリー内蔵のポータブル酸素濃縮器であるフィリップス社製シンプリーゴミニを導入することとした。

導入後は酸素ポンベの使用は無くなり、災害用としてのみ酸素ポンベを保管することとなった。また車内でも充電が可能のため災害時は病院への避難や、車中泊も安心して行うことが可能となった。

OS03-1

依存心が強い呼吸不全患者にチームで関わりNPPV導入できた一症例

国立病院機構京都病院 看護部

○奥村 豊

呼吸不全患者のNPPV導入に難渋したが看護チームで関わることで導入に成功し、在宅へ退院できた症例を以下に報告する。【症例】70歳代男性 関節リウマチ性間質性肺炎 酸素療法 ADL:酸素カート歩行 認知機能:低下なし 平成30年6月に急性増悪で入院。ABGでPaCO₂=93.3mmHgと高値。退院に向けNPPV導入が必要となった。【経過】介助でNPPVを装着できたが、自己装着は拒否的であった。可能である尿器での排尿や食事介助を依頼する場面が多くあった。自立を促すため看護チームでADLを共有し、可能な動作は患者で行うように声掛けを徹底した。NPPV装着は短時間から根気強く援助を続け、装着に慣れてから機器操作を指導した。結果マスク装着、電源操作が可能となりサービス、住宅環境調整後、退院した。【考察】依存心の強かった症例では、看護チームでの統一した対応がNPPV導入と退院に繋がったと考えられる。

OS03-3

間質性肺炎患者に対する訪問リハビリテーション介入の目的の検討

1) 神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域健康科学分野
2) 杉の子会マリオス小林内科クリニック リハビリテーション科

○酒井 翠¹⁾, 中田 隆文²⁾, 平林 大輔²⁾, 佐々木 謙²⁾,
藤本由香里¹⁾, 岩田健太郎¹⁾, 山田 莞爾¹⁾, 野崎 惇貴¹⁾,
石川 朗¹⁾

【目的】間質性肺炎(interstitial pneumonia: IP)患者に対する訪問リハビリテーション(訪問リハ)の実態を明らかにすること。【方法】過去10年間に施設Mの訪問リハを利用したIP患者を対象に後方視的観察研究を実施した。診療記録から基本属性、在宅酸素療法(long term oxygen therapy: LTOT)の有無、修正息切れスケール(modified medical research council scale: mMRC)、日常生活自立度、訪問リハの介入目的、利用者の希望に関する情報を収集した。【成績】対象となった利用者は11名であり、診断から中央値3年で介入開始、中央値8か月で介入中断・死亡していた。LTOT利用率は100%、mMRCはグレード4が82%、障害高齢者の日常生活自立度はランクA~Cが91%であった。介入目的は「呼吸器症状緩和」、「在宅生活継続」が多数であった。【結論】身体機能の低下や呼吸器症状が著明な終末期の利用者に対し、本人等の希望を重視した介入が実施されていた。

OS03-4

呼吸器看護専門外来から始まるアドバンス・ケア・プランニング

- 1) 大阪はびきの医療センター 看護部
- 2) 同 呼吸器内科

○竹川 幸恵¹⁾, 平田 聡子¹⁾, 桑原田まゆみ¹⁾,
 山下 陽子¹⁾, 渡部 妙子¹⁾, 鬼塚真紀子¹⁾,
 馬越 泰生²⁾, 松岡 洋人²⁾

【目的】 当院では、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）のシステムを構築しシームレスで継続的な介入を行っている。今回、外来でACPの初回介入を行った慢性呼吸器疾患患者への支援内容と患者・家族の変化を明らかにした。【方法】 慢性呼吸器疾患患者3名の診療録から支援内容と患者・家族の反応を抽出し分析した。【結果・考察】 支援内容：医師による病状や終末期医療の説明の補足、患者の価値の意識化と共有への支援等であった。患者・家族の変化：終末期の生き方を考えたことがない患者・家族は、医師の説明にショック、不安などの感情を抱いたが、1か月後には話し合いの重要性を理解、価値観の共有、充実した生への具体的活動の模索、そして安心感へと変化していた。医療者が患者・家族の力を信じ、終末期医療の説明が希望の喪失に繋がるという過度な不安を払拭しサポート体制のもと外来からACPの介入を行うことは重要である。

OS03-6

在宅COPD患者に対するモルヒネ処方の実態調査

- 1) 神戸大学大学院保健学研究科
- 2) 杉の子会マリオス小林内科クリニック リハビリテーション科

○表 利菜¹⁾, 中田 隆文²⁾, 佐々木 謙²⁾, 平林 大輔²⁾,
 三谷 有司¹⁾, 山田 洋二¹⁾, 三浦 一望¹⁾, 藤本由香里¹⁾,
 藤田万利子¹⁾, 石川 朗¹⁾

【目的】 在宅療養中の慢性閉塞性肺疾患（Chronic obstructive pulmonary disease: COPD）患者に対して、モルヒネを処方された患者の身体的特性と臨床的特徴、またモルヒネ投与後の影響について検証した。【方法】 診療記録からモルヒネ処方確認されたCOPD患者5名を対象とした。基本特性、Barthel Index（BI）、modified Medical Research Council（mMRC）、モルヒネの処方時期と処方理由、Long Term Oxygen Therapy（LTOT）の有無と酸素流量、入院歴、訪問リハビリテーション内容を収集した。【結果】 併存疾患として、がんが最多であった（4例）。モルヒネ投与後は、重篤な症状は認められず、BIとLTOTの酸素流量が4例で維持・改善した。モルヒネ投与中もリハビリテーションは継続されていた。【結論】 適切なモルヒネ投与は患者の苦痛軽減と身体機能にも影響がある可能性が示唆されたが、COPD患者におけるモルヒネの効果に関してさらなる検証が必要である。

OS03-5

大阪北部地震時の在宅酸素療法患者の行動と災害対応の認識

高槻赤十字病院 呼吸器センター

○北 英夫, 今戸美奈子, 鳳山 絢乃, 長谷川浩一,
 野溝 岳, 後藤 健一, 深田 寛子, 中村 保清

【目的】 大阪北部地震時の在宅酸素療法患者の行動と災害対応の認識を明らかにする。【対象と方法】 当院呼吸器科通院中の在宅酸素療法患者で、自記式質問紙への回答が可能な者を対象に調査を行った。調査期間：2018年7～9月【結果】 48名（回収率81.3%）の回答を得た。地震後の安否確認方法は、固定電話22名（45.8%）、携帯電話11名（22.9%）、訪問1名（2.1%）であった。災害時に安否確認の連絡があると知っていた者は8名（16.7%）のみで、電話に回答せず確認に時間を要したケースがあった。酸素業者以外では民生委員や訪問看護師、ケアマネージャー等が安否確認を行っていた。地震後に避難の準備をした者は9名（18.8%）であった。最寄りの避難所は38名（79.2%）が知っていたが、16名（33.3%）は避難所まで歩いて行けないと回答し、その中には息切れがmMRC 1-2の者も含まれた。【考察】 具体的な災害対応に関する教育と個別の避難計画の検討が課題である。

OS04-1

挿管人工呼吸器管理を要した再発性多発軟骨炎疑いの一例

京都市立病院 呼吸器内科

○西川 圭美, 高田 直秀, 吉岡 秀敏, 太田 登博,
 五十嵐修太, 小林 祐介, 中村 敬哉, 江村 正仁

症例は78歳男性。1年前から労作時呼吸困難感を自覚し、他院でCOPDとして加療されていた。来院3日前から呼吸困難感の増悪があり、当院ERを受診した。来院時、mask6Lの酸素需要があり、30回/分の頻呼吸であった。Stridorを聴取し、NPPV装着でも努力呼吸の改善がなく、挿管人工呼吸器管理となった。鞍鼻があり、胸部CTでは声門下から中枢側気管支の狭窄を広く認めたため、再発性多発軟骨炎（RP）を疑った。ステロイド、エンドキサンで加療し、10日後に抜管に至った。のちに抗2型コラーゲン抗体の上昇が確認された。耳介軟骨生検では軟骨炎の所見は得られず診断基準は満たさなかったが、その他に合理的な鑑別疾患はなくRPの診断とした。RPには本症例のように耳介軟骨炎を欠く症例報告もあり、また気道病変が予後規定因子と報告されている。気道病変のみの場合でも本疾患を疑い加療を行ったことで救命できた一例であったため報告する。

OS04-2

Acute fibrinous and organizing pneumoniaと思われる一例

- 1) 国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 病理診断科

○中谷 光一¹⁾, 三尾 直士¹⁾, 藤田 浩平¹⁾, 岡村 美里¹⁾,
金井 修¹⁾, 森吉 広毅²⁾, 川畑 茂²⁾

69歳, 男性. 双極性神経障害あり, 近医精神科で診療を受けていた. 喫煙歴なし. 交通事故で救急隊到着時呼吸停止. 心拍は認めており, 救命処置にて自発呼吸再開. 当院搬送後機械換気を開始となった. その後比較的狀態も良く, 第3病日に機械換気を離脱. しかし, 肺野に多発する浸潤影は増悪し, 大小の結節影と一部Tree-in-bud signを思わす様な陰影を取ったため, 呼吸器内科にコンサルトされた. 当初は結核を疑い, 喀痰, 胃液検査を施行したが抗酸菌を認めず, 経気管支肺生検を行ったところAcute fibrinous and organizing pneumoniaを疑う所見を得た. その後ステロイド投与を行い, 画像所見, 全身状態の改善を認めた. 比較的正常な疾患と考え, 報告する.

OS04-4

HFNC管理下のARDS患者に対し, 腹臥位呼吸療法を実施し呼吸状態の改善がみられた一例

- 1) 国立病院機構南京都病院 リハビリテーション科
- 2) 同 呼吸器センター
- 3) 同 看護部

○高木 康仁¹⁾, 橘 洋正²⁾, 横原亜希子³⁾, 松原美由紀³⁾,
岩本 卓也³⁾, 松山実華子³⁾, 服部 順子³⁾, 横田 龍氏³⁾,
富路本直美³⁾, 金岡めぐみ³⁾

背景:ARDSでの腹臥位呼吸療法は人工呼吸器下で行うことが一般的である. しかし今回HFNC下での腹臥位呼吸療法にて呼吸状態の改善がみられた症例を経験した. 症例:80歳代男性. 粟粒結核. 入院直後より著しい呼吸困難と高度低酸素血症にてHFNC管理としていた. 胸部X線ではびまん性浸潤影特に左下肺野の透過性が低下しておりARDSの状態であった. 当初から左側臥位時に著明なSpO₂低下があったが, 多量の喀痰吸引によって速やかに回復していた. 約2週間後より腹臥位呼吸療法を開始した. 開始直後より多量の喀痰を咯出しSpO₂も回復傾向となった. 夜間SpO₂85%以下の比率が実施前と比べ減少し, 約2ヶ月の経過で室内気にて管理可能となった. 考察:HFNCは人工呼吸器に比べ体位変換のリスクは低いとされている. HFNC管理であった本症例も腹臥位呼吸療法を安全に実施でき, 排痰が促進され, 呼吸状態も改善した. HFNC併用での腹臥位呼吸療法が有効である可能性が示唆された.

OS04-3

ジアフェニルスルホン酸が原因と考えられた薬剤性メトヘモグロビン (MetHb) 血症の一例

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
- 2) 同 麻酔科
- 3) 同 臨床研究センター

○東 浩志¹⁾, 高野 峻一¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 香川 智子¹⁾,
井上 康²⁾, 橘 和延¹⁾, 新井 徹³⁾, 松井 秀夫²⁾,
井上 義一³⁾, 林 清二¹⁾

症例は76歳男性.発熱を主訴に1月30日受診, 肺炎の診断で前医で入院加療が開始. 2月3日呼吸状態が悪化し人工呼吸器管理となり, 2月7日当院へ転院. 転院時, FiO₂ 1.0でSpO₂ 80%台. 動脈血液ガスではPaO₂ 227mmHg, SaO₂は98%とSaO₂とSpO₂に著名な解離がみられたことからMetHb血症を疑い, 前医での動脈血液ガスを確認するとMetHb 8.0% (基準値0.2-0.6)であった. 内服歴を確認したところジアフェニルスルホン酸を内服されており, 薬剤性MetHb血症と考えられた. 上記薬剤を中止. 当院の血液ガス測定装置ではMetHbが測定できず, Masimo社のRadical-7を使用しSpMetをモニターしたところ, 経時的な低下が認められた. SaO₂とSpO₂に解離がみられた場合にはMetHb血症を考慮する必要がある.

OS04-5

2018-2019シーズン VV-ECMO管理を要したインフルエンザ肺炎の3例

堺市立総合医療センター 呼吸器内科

○西田 幸司, 山田 知樹, 中野 仁夫, 高岩 卓也,
梶田 元, 高島 純平, 草間 加与, 郷間 巖

【症例1】50歳男性, BMI 36.5, DM (HbA1c 7.4) あり. 鼻腔ぬぐい液の迅速抗原検査は陰性, BAL液のPCR陽性A (H1pdm09), 一般細菌培養陰性. 第3病日にECMO導入, 管理期間5日. 第18病日独歩で退院. 【症例2】50歳男性, BMI 30.2, 統合失調症 (薬物によりコントロール良好) あり. 鼻腔ぬぐい液の迅速抗原検査は陰性, BAL液のPCR陽性A (H1pdm09), 一般細菌培養陰性. 第3病日にECMO導入, 管理期間12日. 第27病日独歩で退院. 【症例3】38歳男性, BMI 41.8, 脳出血後遺症 (高次機能障害) あり. 鼻腔ぬぐい液の迅速抗原検査は陰性, BAL液のPCR陽性A (H1pdm09), 培養でMSSA少数. 第1病日にECMO導入, 管理期間21日. 第50病日独歩で退院. 【まとめ】3例とも肥満体型であり, インフルエンザ肺炎重症化の一因と思われた. またすべての症例で原因ウイルスはA (H1pdm) であったが, 鼻腔ぬぐい液の迅速抗原検査は陰性であり, 確定診断にはBAL液PCRが有用と考えられた.

OS05-1

拘束性胸郭疾患に睡眠呼吸障害を合併し慢性2型呼吸不全を呈し、体位変換が著効した1例

田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○山田 翔, 伊元 孝光, 菊池悠次郎, 駒沢 志織,
藤原 健祐, 前谷 知毅, 宇山 倫弘, 林 優介,
白石 祐介, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子,
丸毛 聡, 福井 基成

症例は70歳女性。結核後遺症と考えられる左胸郭・肺低形成を呈していたが特に加療を受けていなかった。肺炎を契機にCO₂ナルコーシスを生じ (PaCO₂ 184mmHg), 前医に救急搬送され侵襲的人工呼吸管理を受けた。肺炎は抗菌薬加療により治癒し、人工呼吸器を離脱した。離脱後意識清明だがPaCO₂ 70mmHg以下にならず、非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)でも改善しないため当院へ転院となった。夜間経皮的CO₂モニタリングではREM睡眠時を中心に重度の高CO₂血症が見られた。PSGではAHI 115で大半が低呼吸であった。その後NPPVをさまざまな設定で試すも、有効な換気は得られなかった。しかし、入院前は左側臥位で就寝する習慣だったという患者の言から、体位を仰臥位から左側臥位に変更するとNPPV使用下で換気は劇的に改善した。拘束性胸郭疾患、睡眠、体位の関係について考察を交えて報告する。

OS05-3

NPPV療法で身体活動性が向上した肥満低換気症候群の1例

大阪市立総合医療センター 呼吸器内科

○西村美沙子, 杉山由香里, 三木 雄三, 住谷 充弘,
少路 誠一

症例: 59歳女性, 体重86.2kg, BMI 35.6kg/m². X-1年9月に近医で睡眠時無呼吸症候群と診断され, Auto CPAPを導入されたが使用コンプライアンス不良. 11月から労作時呼吸困難と日中の眠気が増強し, 精査目的でX年2月当院紹介. 来院時の動脈血液ガス分析でPaO₂ 37.8mmHg, PaCO₂ 73.4mmHg (室内気) と2型呼吸不全の所見を認め入院. 胸部CTで肺に器質的疾患を認めず, 前医の簡易PSGでAHI 145/h (AI 76/h:OA 48/h, CA 21/h, HI 69/h) と低換気所見優位で, 肥満低換気症候群を疑った. 入院時より終日NPPV装着 (S/T: I/E 8/4, F_iO₂ 40%より開始, 最終的にAVAPS-AE: 目標Tv 400ml, I/E 4-14/4-8, O₂ 5L) し, 低O₂・高CO₂血症は改善, ESS 24→1点と自覚症状も改善. HOT・睡眠時NPPVを導入し退院. 入院前はほぼ寝たきりの生活であったが, 退院後は日中の活動性が向上し, 3か月間で体重11.5kg減少, 心臓MRIで右・左室容量が各30%以上低下し心負荷も軽減したと考えられた.

OS05-2

COPD患者に導入したBIPAPにてSASの合併を診断し得た一例

1) 若草第一病院 臨床研修医室
2) 同 呼吸器内科

○泉 沙恵¹⁾, 姜 成勲²⁾, 上野 峻輔¹⁾, 足立 規子²⁾

患者は72歳の男性。COPDでHOT導入、房室ブロックでペースメーカー挿入されていた。X年11月中旬より微熱・呼吸困難感を認め自己調節でHOT流量を増量されていたが症状改善せず救急受診となった。来院時検査にて肺炎所見を認め、入院の上抗生剤投与を開始した。また、高炭酸ガス血症を認めNPPV (Philips社製V60ベンチレータ) のを導入するもCO₂値の高値が続いた。その後、夜間の低換気が判明したため記録型BIPAPであるPhilips社製BiPAP A40システムを導入し精査したところ、睡眠時のOA 32回/時, AHI 47.3と低呼吸・無呼吸を認め、睡眠時無呼吸症候群と診断した。AVAPSモードに変更しBIPAPの使用を継続したところ、AHI 8.1まで改善したため退院とした。今回、COPD患者における高炭酸ガス血症の是正目的に導入したBIPAPにて睡眠時無呼吸症候群の合併を診断し得た一例を考察を加えて報告する。

OS05-4

ALSの睡眠呼吸障害の特徴 (Pseudocentral hypopnea について)

1) 国立病院機構南京都病院 臨床検査科
2) 同 院長
3) 同 脳神経内科

○古賀 侑介¹⁾, 坪井 知正²⁾, 川村 和之³⁾, 竹内 啓喜³⁾,
大西 秀行¹⁾

ALSの睡眠呼吸障害 (SDB) はよく観察される事象である。ALSは球麻痺を合併することが多いため上気道の狭窄・閉塞を生じやすいと考えられがちである。このため、REM睡眠期の低換気に生じる30分間程度の持続的な低酸素血に重畳する短期的なさらなる低酸素イベントを閉塞型無呼吸 (OSA) により生じていると安易に判断しがちである。ALSのSDBは、病初期にはOSA成分を含むこともあるが、ほとんどはPhasic REM期から始まるPseudocentral hypopneaが主体とされており、病態の本質は横隔膜を中心とした呼吸筋のweaknessであるとの考えが主流となっている。今回、我々は、ALSにおける自発呼吸下のPSGとNPPV下のPSGを行った症例を経験したので、特に、Phasic REM期のPseudocentral hypopneaに焦点をしばり報告する。

OS05-5

自発呼吸下では軽労作でCO₂ナルコーシスになるが、NPPVの長時間装着が困難であった筋萎縮性側索硬化症の1例

国立病院機構南京都病院 呼吸器センター

○酒井 茂樹, 田畑 寿子, 荏原 雄一, 橘 洋正,
角 謙介, 水口 正義, 小栗 晋, 佐藤 敦夫,
坪井 知正

症例は76歳男性。74歳時に筋萎縮性側索硬化症 (ALS) と診断され慢性2型呼吸不全に対して前医でNPPVの導入を受けていた。軽労作後にCO₂ナルコーシスによる意識障害を繰り返すものの、NPPVの30分以上の装着が困難であるため当院紹介となった。自発呼吸安静時下の動脈血液ガスではpH 7.378, PaCO₂ 45.9mmHg, PaO₂ 97.6mmHg BE 1.3mmol/Lと高炭酸ガス血症を認めていたが、NPPV装着ではpH 7.561, PaO₂ 105.4mmHg, PaCO₂ 32.8mmHg, BE 6.5mmol/Lと過換気の状態であった。NPPVの設定調整で過換気が改善し、夜間就寝中のNPPV装着が可能となり、日中のCO₂ナルコーシスも認めなくなった。呼吸筋低下があるものの肺コンプライアンスが保たれている神経筋疾患で、自発呼吸では高炭酸ガス血症を認めるものの、NPPV下では容易に過換気となる症例を経験したので報告する。

OS06-2

運動負荷心肺機能検査 (CPET) を用いた鍼治療によるCOPDの運動耐容能改善メカニズムの解析

1) 滋慶医療科学大学院大学
2) 国立病院機構大阪刀根山医療センター 臨床研究部
3) 同 呼吸器内科

○前倉 知典^{1,2)}, 三木 啓資³⁾, 三木 真理³⁾, 香川 浩之³⁾,
押谷 洋平³⁾, 辻野 和之³⁾, 好村 研二³⁾, 木田 博³⁾,
前倉 亮治^{1,2)}

【目的】我々は、鍼治療を西洋医学に追加することで、COPD患者の運動耐容能や運動時間が改善した事をすでに報告したが、その改善機序については不明なことも多い。今回改善機序を解明すべく、CPETを用いて検討した。【方法】COPD患者16名 (年齢72.7±6.3) を対象に、週1回12週間の鍼治療を実施し、前後でCPETを行うオープンラベル試験により改善効果を評価した。【結果】定常負荷試験の運動時間は有意に延長 (前: 810±470 vs. 後: 1125±657 秒, p=0.001) し、運動中の酸素摂取量は有意に低下した。運動時間の改善度 (%) は、iso-timeにおいて、Borg scale (r=-0.789), 分時換気量 (r=-0.674) および呼吸商 (r=-0.559) とは負の相関を、D-ΔFO₂% (FiO₂-FeO₂) (r=0.688) とは正の相関を示した。【結語】COPD患者に対する鍼治療は、運動中の酸素利用効率の改善と分時換気量の節減および息切れ軽減が定常負荷の運動時間延長に関与していたと示唆された。

OS06-1

咳喘息の呼吸機能: PEF/FEV₁, %PEF/FEV₁ 低下が特徴

1) 国立病院機構兵庫あおの病院 内科
2) 京都健康管理研究会中央診療所 内科

○中山 昌彦^{1,2)}

【目的】咳喘息の特徴を示す呼吸機能のパラメーターの検討。【方法】咳喘息患者の努力肺活量, 1秒量, 1秒率, ピークフロー, フローボリューム曲線の他にピークフロー/1秒量 (PEF/FEV₁), %ピークフロー/1秒量 (% PEF/FEV₁) をもとめた。【成績】咳喘息ではPEF/FEV₁, % PEF/FEV₁の低下をみとめた。1秒量は正常範囲にあり喘鳴は聴取しないが、1秒量に比較してピークフローの低下傾向がみられ、フローボリューム曲線は局所の中樞気道狭窄のそれに近似した例が見られた。日本人呼吸機能予測式から求めたPEF/FEV₁の予測値は高身長若年女性で低値であり、咳喘息が20-40歳女性に好発することと軌を一にしていた。【結論】FEV₁は1秒間の平均気流速度と同義であり、平均気流速度に対する最高気流速度の相対的低下が咳喘息の特徴と考えられた。以上より咳喘息の主な病態はアレルギー性中枢性気管支炎と考えられる。PEF/FEV₁, %PEF/FEV₁は咳喘息の評価に有用である。

OS06-3

運動負荷心肺機能検査からみたCOPDに対する吸気筋トレーニング

国立病院機構大阪刀根山医療センター 呼吸器内科

○山本 悠司, 三木 啓資, 辻野 和之, 中川 和真,
松木 隆典, 福島 青春, 押谷 洋平, 香川 浩之,
好村 研二, 三木 真理, 木田 博

【背景】吸気筋トレーニング (IMT) は、COPD治療の一つとして近年注目されようになった吸気に圧負荷をかける治療である。しかしながら、重症例には効果不十分なことも多い。今回、3か月間のIMT (1日2セット, 30回/1セット, 最大吸気筋力の20~50%) を2症例のCOPDに行い、その効果を運動負荷心肺機能検査 (CPET) により評価し、さらにその患者適応についても言及したので報告する。

【症例】有効例 (75歳, FEV₁:1.63L) では、治療後、呼吸数増加により十分な換気が得られ、漸増負荷での最高酸素摂取量は増加 (+45ml/min) し、定常負荷での運動時間は延長 (+6.1 min) した。無効例 (78歳, FEV₁:0.83L) では、治療前から換気効率は悪く、治療後、呼吸数増加のため無効換気は改善せず、漸増負荷での最高酸素摂取量に変化はなく、定常負荷での運動時間は低下 (-1.0 min) した。

【結論】IMTの効果判定に有用であったCPETは、その適応患者の選り分けにも役立つ可能性がある。

OS06-4

重症閉塞型睡眠時無呼吸において、減量でCPAPを中止できた一症例

- 1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科
2) 近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科

○國田 裕貴¹⁾、白波瀬 賢¹⁾、花田宗一郎¹⁾、澤口博千代¹⁾、村木 正人¹⁾、東田 有智²⁾

症例は30歳の男性。2013年11月に多血症の指摘を契機に睡眠時無呼吸が疑われ当科紹介受診となった。PSGにてAHI=62.0/h (AI=26.1/h, 閉塞型無呼吸指数=25.9/h, Arousal Index=26.1/h) の重症閉塞型睡眠時無呼吸と診断。このためCPAPで治療開始した。この時の身長=166cm, 体重=94kg, Hb=17.1g/dlあった。その後、食事療法を行い2018年9月には体重65Kgまで減量に成功した。このため、2018年10月に再度PSG施行。AHI=9.0 (AI=5.3/h, 閉塞型無呼吸指数=2.8/h, Arousal Index=16.2/h) と著明に改善したため、患者の希望もあり無治療で経過することとなった。今後は減量を維持し、簡易モニターでフォローしながら経過観察していく。OSAの管理においては、体重のコントロールが重要であり日々の指導の重要性が再認識された。

OS07-1

金属コイルによる気管支動脈塞栓術後、気道へのコイル喀出を認めた2症例

えいしん会岸和田リハビリテーション病院 咯血・肺循環センター

○大町 直樹, 山口 悠, 西原 昂, 高藤 淳, 石川 秀雄

金属コイルによる気管支動脈塞栓術後2年後, 4年後に気道にコイルを喀出した2症例を経験したので報告する。症例1 33歳男性 201X年特発性咯血症に対し気管支動脈塞栓術を施行した。治療4年後, 血痰を伴わない金属コイルの口腔への喀出を認めた。造影CTでは縦隔気管支動脈内塞栓金属コイルが左主気管支に露出していた。気管支鏡では主気管支に軽度の出血を認める気道粘膜の腫脹を認めた。再度, 気管支動脈塞栓術を施行し経過観察とした。症例2 67歳女性 201Y年特発性咯血症に対し気管支動脈術施行。2年後乾性咳嗽あり当院受診。CTで金属コイルを左主気管支から声帯まで気管に沿って逸脱を認めた。気管内視鏡で, 金属コイル先端が声帯から移動性に入りしていることが観察した。ループカッターでコイルを切断し鉗子で摘出し症状の改善を認めた。気管支動脈塞栓術後の金属コイルの喀出は非常に稀であり報告する。

OS06-5

呼吸器疾患におけるシネMRIの意義

滋賀県立総合病院 呼吸器内科

○橋本健太郎, 野原 淳, 石床 学, 渡邊 壽規, 塩田 哲広

呼吸運動は肋骨と横隔膜の伸縮運動により行われる。横隔膜と胸壁の運動をシネMRIで観察し呼吸器疾患における意義について考察した。方法: まず安静呼吸で両肺の冠状断, 左右肺の矢状断を撮像し, その後患者に深呼吸を促して同じ部位のシネMRI画像を撮像した。横隔神経麻痺の症例では健側の横隔膜が代償性に働いているところが観察された。SAPHO症候群のように胸壁運動が障害されている症例では代償性に両側横隔膜が働いていたが% VCは49.7%であった。COPD症例は横隔膜運動が制限されている症例, 胸壁運動が制限されている症例, 胸壁運動と横隔膜運動に位相のずれがみられる症例など様々であった。シネMRIは左右の肺を別々に観察することができ, 胸壁運動と横隔膜運動を個別に評価することが可能である。呼吸運動をシネMRIで観察することは, 病態の把握, 薬剤やリハビリの効果判定に有効である。現在シネMRIを用いた胸壁運動, 横隔膜運動の定量化を試みている。

OS07-2

縦隔リンパ節へのEBUS-TBNA後に生じた急性細菌性心膜炎の一例

- 1) 国立病院機構大阪南医療センター 呼吸器腫瘍内科
2) 同 呼吸器内科

○中島 早希^{1,2)}, 宇都宮琢秀^{1,2)}, 吉野谷清和^{1,2)}, 本多 英弘^{1,2)}, 山本 傑²⁾, 工藤 慶太¹⁾

症例は50歳男性。2018年11月に肺癌疑いで当院初診。精査のCTで右肺尖部の小結節と縦隔リンパ節腫脹を認めた。11月12日に右下部気管傍リンパ節よりEBUS-TBNAを施行し, 原発性肺腺癌cT1bN3M0StageIIIBと診断した。1次治療として化学放射線治療を予定していたが, TBNA施行後第14病日に突然の前胸部痛が出現し, CTで心嚢液貯留を認め炎症反応の上昇もあり急性心膜炎と診断した。経皮的心嚢ドレナージ術を行いStreptococcus gordoniiを検出した。心膜炎は約3週間の点滴抗生剤治療でほぼ軽快したため, 内服抗生剤を継続しながら化学放射線治療を開始した。治療開始後は心膜炎の増悪はなく, 化学放射線療法で腫瘍も縮小しPRを得られたためデュラルマブを開始し継続中である。EBUS-TBNA後に急性細菌性心膜炎を発症したと考えられた一例を経験したので報告する。

OS07-3

梅種子による気道異物の一例

国家公務員共済組合連合会枚方公済病院 呼吸器内科

○小嶋 大也, 加藤 悠人, 奥田みゆき, 田中 順哉,
福田 康二

【背景】摘出が難渋すると思われた気道内巨大異物を軟性気管支鏡下に摘出を試みた。梅種子による気道異物の症例を報告する。【症例】79歳男性, 咳嗽および呼吸困難感を主訴に受診された。胸部CTで, 左主気管支に径11.8×18.6mmで周囲は高吸収, 内部は低吸収を示す構造物を認めた。低酸素血症がありNHFを使用し, 気道異物として軟性気管支鏡下に異物回収を試みた。左主気管支に異物が陥頓しており, 5脚等で摘出を試みたが脱落し, 摘出し得なかった。手技中に患者の怒責によって種子の排出を認めた。【考察】気道異物は窒息の原因となり得, 摘出の際に慎重な手技を要する。声帯損傷のリスクを考え気管挿管下での摘出を考慮したが, 本症例の気道異物は気管に対して径が大きき, 挿管チューブを通過できないと判断したため, 非挿管下での摘出を試みた。呼吸器外科と協働し, 手術による摘出も考慮の上で気管支鏡を施行した。【結語】梅種子による気道異物の一例を経験した。

OS08-1

免疫チェックポイント阻害薬による間質性肺疾患における気管支肺胞洗浄液の特徴

- 1) 大阪はびきの医療センター 肺腫瘍内科
- 2) 同 臨床検査科

○金井 友宏¹⁾, 川澄 浩美²⁾, 鮫島有美子¹⁾, 野田 成美¹⁾,
那須 信吾¹⁾, 田中 彩子¹⁾, 森下 直子¹⁾, 鈴木 秀和¹⁾,
岡本 紀雄¹⁾, 平島 智徳¹⁾

免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) による副作用 (irAE) の一つに間質性肺疾患がある。血液検査や画像検査に加えて, 気管支肺胞洗浄 (BAL) は検査の一つだが, irAEにおける間質性肺疾患での特徴は明確でない。当院でICI使用後に生じた間質性肺疾患に対して, BALを行った症例を後方視的に検討した。症例は5例。抗PD-L1抗体が2例, 抗PD-1抗体が3例で, 3例に前治療歴を認めた。BALの中央値 (範囲) は細胞数 $59.4 \times 10^4/\text{ml}$ ($11.5 \times 10^4 \sim 86.9 \times 10^4$), リンパ球52.8% (20.5 ~ 65.4), 好中球2.5% (0.1 ~ 42.6), 好酸球1.0% (0.5 ~ 10.1), マクロファージ35.4% (25.2 ~ 73.1), CD4/8 1.02 (0.84 ~ 2.94) だった。胸部CTではすりガラス影を示すことが多く, 一部の症例では浸潤影の併存を認めた。薬剤性肺障害の機序は薬剤の直接障害や免疫系細胞の活性化がある。後者の機序がirAEでは考えられているが, BALの傾向・有用性の評価にはさらなる症例の蓄積が必要である。

OS07-4

低用量ピルが誘因と考えられた, Dダイマーほぼ正常の肺梗塞の一例

奈良県立医科大学 呼吸器・アレルギー・血液内科

○中川 智裕, 長 敬翁, 佐藤 一郎, 太田 浩世,
田崎 正人, 熊本 牧子, 藤田 幸男, 山本 佳史,
本津 茂人, 山内 基雄, 吉川 雅則, 室 繁郎

【症例】48歳女性【現病歴】近医で肺炎を繰り返していたため, X-1年6月に当科紹介となった。AMPC/CVAで加療し自覚症状は改善したが, 陰影は残存していた。肺炎後器質化などを疑い外来で経過観察を行っていた。X年5月に血痰を伴う浸潤影を認め, 再度AMPC/CVAを投与し改善傾向であった。精査目的でX年6月に行った胸部造影CTにて肺血栓塞栓, 肺梗塞を認め, 当科に入院となった。【経過】初診時から一貫してDダイマーはほぼ正常であった。先天性凝固異常は認めず, 常時服用していた低用量ピルが誘因を考え中止した。下肢静脈血栓は認めなかった。入院後ヘパリンを開始し, 肺野の陰影は改善傾向であった。その後エドキサバン内服に切り替え, 退院となった。【考察】Dダイマーは肺塞栓症において感度が高く, 陰性であればほぼ肺血栓塞栓症は除外できると考えられている。本症例でもDダイマーの経過から診断の遅れが生じたと考えられ, 教育的な症例と考え報告する。

OS08-2

免疫チェックポイント阻害薬による薬剤性肺障害を, VATS下肺生検により組織学的に診断し得た一例

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

○細谷 和貴¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 島 佑介¹⁾, 嶋田 有里¹⁾,
大崎 恵¹⁾, 益田 隆広¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 平林 亮介¹⁾,
藤本 大智¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 立川 良¹⁾,
穴戸 裕¹⁾, 高橋 豊²⁾, 原 重雄³⁾, 富井 啓介¹⁾

症例は73歳男性。肺腺癌StageIV, PD-L1 TPS 60%でありX-2年8月から1次治療としてペムプロリズマブを開始した。投与開始時点で肺野に気腫様の小型嚢胞性病変を散見していた。最大治療効果PRで22サイクル投与した。X年1月, 23サイクル目投与のため受診した際, 胸部CTで両肺にすりガラス陰影と気腫/嚢胞性病変の増大を認め, 精査加療のため入院とした。誤嚥に伴う感染を疑い抗菌薬加療を行ったが改善せず, 精査のためVATS下肺生検を行った。病理所見では肺胞腔内の著明な器質化が見られ, ペムプロリズマブによる薬剤性肺障害と診断した。増悪傾向のためステロイドによる治療を開始したところ, 術後に一時悪化した酸素化は改善し, すりガラス陰影もやや改善したものの, 嚢胞性病変は改善せず気胸を繰り返して衰弱が進み, 入院第48病日に死去された。文献的考察を交えて報告する。

OS08-3

HER2陽性乳癌に対するトラスツズマブによる薬剤性肺障害を、再投与による再現性をもって診断できた1例

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

○高倉 敏彰¹⁾, 寺岡 俊輔¹⁾, 徳留なほみ¹⁾, 田中 将規¹⁾,
古田 勝之¹⁾, 佐藤 孝一¹⁾, 杉本 武哉¹⁾, 柴木 亮太¹⁾,
早田 敦志¹⁾, 小澤 雄一¹⁾, 赤松啓一郎¹⁾, 洪 泰浩²⁾,
中西 正典¹⁾, 上田 弘樹¹⁾, 山本 信之¹⁾, 西口 春香²⁾,
尾浦 正二²⁾

症例は72歳女性。X-10年に右乳癌と診断され、乳腺部分切除術を施行された（pT2N1M0, ER陽性, PgR陽性, HER2:2+）。X-1年に右腋窩腫瘍で再発し右残存乳房切除術が施行され、ペルツズマブ・トラスツズマブ・ドセタキセル療法を5コース、そして胸壁・所属リンパ節領域に放射線療法（50Gy）を施行した。その後咳嗽、倦怠感が出現し、胸部CTで両側肺野に照射域に一致しないすりガラス影を認めた。薬剤性肺障害と考えステロイド投与を行い陰影は改善した。その後肝転移による再発を認めたが、トラスツズマブによる薬剤性肺障害の発症頻度は約0.5%と稀であり、他の被疑薬もあったことから本症例ではトラスツズマブ エムタンシンを開始した。しかし4コース後に同様なすりガラス影が再燃しトラスツズマブが原因の薬剤性肺障害と診断した。再投与によって再現性を確認できた希少な症例と考え報告する。

OS08-5

偶発的に指摘された左右肺の多発GGOの1例：原発性肺腺癌6カ所とUIP類似線維化病変を認めた肺手術例

- 1) 国立病院機構南和歌山医療センター 臨床検査科・病理診断科
2) 同 胸部・心臓血管外科

○北市 正則¹⁾, 木下 貴裕²⁾

特発性肺線維症（IPF）の外科的肺生検体の病理所見は4種に範疇化された（2018）。症例は77歳男性、47歳まで喫煙。6/19に偶発的に左右肺の多発GGOを指摘され、9/13に左肺2葉の部分切除、11/1に右肺上葉2箇所の部分切除と右肺S6区域切除が施行された。左肺2箇所と右肺4箇所原発性肺腺癌を認めた。非腫瘍部では右肺S6にfibrocystic lesionと線維芽細胞巣（FF）と多核巨細胞集簇を含む胸膜下2 mmの慢性線維化間質性肺炎（indeterminate for UIP）を認めた。数か所では肺胞管内の肉芽組織に骨形成を認めた。追加染色で線維化病変内に3か所の肉芽腫性病変を認めた。左肺では多所的な肺胞壁のリンパ球浸潤と末梢気腔内の肉芽組織形成の軽度な病変を認めた。非腫瘍性の両肺病変は過敏性肺臓炎（HP）と考えた。右肺S6は慢性HP、左肺は亜急性HPの肺病変と考えた。

OS08-4

先行的に器質化肺炎を認め、2年後発症した急性白血病症例の検討

- 1) 関西医科大学附属病院 呼吸器・感染アレルギー内科
2) 同 内科学第一講座

○福田 直樹¹⁾, 尾形 誠¹⁾, 宮下 修行¹⁾, 野村 昌作²⁾

【症例】75歳女性【主訴】労作時呼吸苦【既往】高血圧【喫煙歴】20本/日 49年【経過】平成27年5月X日、労作時呼吸苦出現し、救急搬送となった。胸部CT画像上では、左下葉に気管支透り像を伴う浸潤影を認めた。抗菌加療行っても改善なく、入院第7病日、気管支内視鏡検査を施行した。病理組織検査では、器質化肺炎の所見にて、プレドニゾロン（0.5mg/kg）投与を開始し、以後胸部陰影の改善認めた。入院当初から末梢血の減少を認めており、骨髄穿刺施行も、B細胞の増殖が軽度見られるのみで確定診断は得られなかった。プレドニゾロン中止後の約一年後の29年2月、同様の器質化肺炎を再度発症した。プレドニゾロン再投与にて胸部陰影改善も、約半年後に急性白血病を発症した。抗癌化学療法を開始したが、効果乏しく、30年2月死亡となった。先行的に器質化肺炎認め、2年後発症した急性白血病を経験したため、考察を加えて報告する。

OS08-6

胸部食道癌に対する放射線照射後にBRTO施行し急激にびまん性すりガラス影を来した一例

- 1) 堺市立総合医療センター 呼吸器内科
2) 同消化器外科

○山田 知樹¹⁾, 北島 拓真¹⁾, 黒田 凌¹⁾, 中野 仁夫¹⁾,
高岩 卓也¹⁾, 高島 純平¹⁾, 榊田 元¹⁾, 草間 加与¹⁾,
西田 幸司¹⁾, 郷間 巖¹⁾, 小山 啓介²⁾, 間狩 洋一²⁾

【症例】80歳男性【主訴】呼吸困難【現病歴】胸部食道癌（T3N0M0）に対し化学放射線療法（CDDP+FU）施行後、骨髄抑制のため化学療法は1コースで終了、その後放射線単独療法（X-58日～X-9日、70Gy/35Fr）としていた。貧血進行あり上部消化管内視鏡検査施行したところ既知の胃静脈瘤の増大を認めX-3日にBRTO施行。BRTO施行直後から発熱、徐々に酸素化悪化しX日に挿管人工呼吸管理となった。CTでは元の放射線肺臓炎に加え新規に非区域性のびまん性すりガラス影を認めた。経過から薬剤性肺障害の可能性を考えBAL施行。X日～X+2日mPSL1000mg投与したところ速やかに陰影改善しX+3日抜管。PSL40mgで後療法とし、X+12日退院。【考察】放射線肺臓炎の背景を持った肺にBRTO施行後急激にびまん性すりガラス影を来した一例を経験した。放射線肺臓炎を背景にBRTOによる薬剤投与が免疫反応を惹起した影響と考えるがこのような報告は珍しく、本会では多少の文献的考察を加え報告する。

OS09-1

市中肺炎と鑑別を要した加湿器肺の一例

大阪府済生会野江病院 呼吸器センター

○日下部悠介, 松本 健, 山本 直輝, 相原 顕作,
山岡 新八, 三嶋 理晃

症例は55歳男性。発熱と咳嗽を主訴に当院を受診し、市中肺炎として抗生剤加療を行い改善を認めたため、入院1週間後に退院したが、同日夕方頃から発熱を認めた。翌日再受診し、CRPとプロカルシトニンの上昇(14.5ng/ml)を伴う画像所見の悪化も認め再入院となった。病歴から過敏性肺炎の可能性を考慮し、問診にて加湿器が原因として疑われた。入院後改善を認めたが、抗生剤加療も再開したため、抗原回避による改善か鑑別困難であった。加湿器を使用せず自宅への試験外泊を行い症状が再燃しないことを確認後、加湿器を病室で使用したところ、発熱と咳嗽が再燃し画像所見の悪化も認めたため、加湿器による過敏性肺炎と診断した。加湿器の処分後は症状の再燃を認めていない。加湿器に使用されていた水を培養したところ、各種細菌、真菌の繁殖を認めた。本症例はプロカルシトニンの上昇も認め、市中肺炎と鑑別を要した一例であり、文献的考察を加えて報告する。

OS09-3

骨髓異形成症候群に間質性肺炎を合併した症例

1) 住友病院 呼吸器内科
2) えいしん会岸和田リハビリテーション病院

○駒沢 志織¹⁾, 山口 悠²⁾, 奥村 太郎¹⁾, 田嶋匠之助¹⁾,
中田 侑吾¹⁾, 桂 悟史¹⁾, 工藤 慶子¹⁾, 古下 義彦¹⁾,
重松三知夫¹⁾

症例は74歳男性。X-9年から難治性結節性痒疹にてプレドニン5mg、X-2年からシクロスポリン100mgを内服していた。X-1年末から労作時呼吸困難感を自覚し、X年1月に汎血球減少と両肺野の間質性陰影を指摘された。2月15日に発熱で前医へ入院、抗生剤投与を行ったが改善しないため、20日に当院へ転院した。転院直後に急速に呼吸状態が悪化し間質性肺炎の急性増悪としてステロイドパルス療法を施行されたが病勢の改善は乏しかった。骨髓検査の結果から高リスク群の骨髓異形成症候群と診断されたが、全身状態不良のため抗がん剤治療は施行しない方針となった。27日から2回目のステロイドパルス療法を施行したところ、呼吸状態が改善したため、3月12日からアザシチジン投与を開始、1クール終了時点で肺病変の増悪を認めずに経過している。今回、骨髓異形成症候群に間質性肺炎を合併した症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

OS09-2

特発性器質化肺炎に合併した気管分岐部病変の1例

京都第二赤十字病院 呼吸器内科

○國松 勇介, 竹田 隆之, 谷 望未, 橋本いずみ,
黒野 由莉, 廣瀬 和紀

症例は60歳代、男性、主訴は発熱、咳嗽、呼吸困難。X年1月に発熱、湿性咳嗽、呼吸困難が出現し、近医で肺炎として抗菌薬による治療を受けたが、胸部単純X線写真で浸潤影が残存し、発症から3週間後に当科へ紹介。HRCT画像所見から特発性器質化肺炎(COP)を疑い、気管支鏡を行ったところ、気管分岐部にポリープ様腫瘤を認めて生検したところmetaplasticな分化のよい扁平上皮と炎症細胞浸潤を認め、悪性を完全に否定できない病理診断であった。COPとしてプレドニゾロン30mgを導入し、漸減したところCT所見は改善し、治療開始から4.5ヶ月で気管支鏡を再検したところ、肉眼的には病変を認めなかったが、同一部位の生検で重層扁平上皮を認めた。稀な症例を経験したので報告する。

OS09-4

クライオバイオプシーにて肺病変先行型の関節リウマチが疑われた一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○中村 哲史, 橋本 成修, 松村 和紀, 上山 維晋,
寺田 悟, 稲尾 崇, 加持 雄介, 安田 武洋,
羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫

症例は35歳女性。毎日10本、10年間のFormer smokerで関節リウマチの家族歴がある。当院受診1年前、他院で虫垂炎手術の術前CTにおいて肺間質影を偶然指摘され同院呼吸器内科に紹介。リウマチ因子、抗CCP抗体陽性であり、CVD-IPと考えられたが関節リウマチの診断基準は満たさずIPAFとしてフォローされていた。指摘より1年後に左手関節痛が出現、関節エコーを施行されたが明らかな滑膜炎の所見を認めなかった。その後1年程度で拘束性変化の進行があり当院へ紹介。精査目的でクライオバイオプシーを施行。病理組織では、細気管支周囲のリンパ濾胞と周囲の構造破壊を伴う線維化や幼弱な線維芽細胞巢の他、胞隔炎・腔内線維化が認められ、MDDでは膠原病関連の肺病変と判断された。クライオバイオプシーにて肺病変先行型の関節リウマチが強く疑われた1例について考察する。

OS09-5

脳死片肺移植を施行された特発性間質性肺炎の一部検例

- 1) 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
- 2) 同 呼吸不全先進医療講座
- 3) 同 呼吸器外科学
- 4) 京都大学医学部附属病院 病理診断科
- 5) 同 放射線診断科
- 6) 京都大学大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学

○横関 仁志¹⁾, 谷澤 公伸¹⁾, 大井 一成¹⁾, 半田 知宏^{1,2)}, 豊 洋次郎³⁾, 浅井 沙月⁴⁾, 中島 直樹⁴⁾, 吉澤 明彦⁴⁾, 久保 武⁵⁾, 渡邊 創¹⁾, 中塚 賀也⁶⁾, 村瀬 裕子¹⁾, 池上 直弥¹⁾, 中西 智子¹⁾, 庭本 崇史¹⁾, 陳 豊史³⁾, 陳 和夫⁶⁾, 伊達 洋至³⁾, 平井 豊博¹⁾

症例は54歳女性。44歳時に間質性肺炎と診断され、進行性の経過のために、52歳時に脳死左片肺移植を施行された。摘出肺を用いた合議による最終診断は特発性間質性肺炎、分類不能型であった。移植後13ヶ月で自己肺にアスペルギルス症を合併し、各種内科治療に不応であった。抗真菌薬の空洞内注入も試みたが効果が乏しく、移植後33ヶ月に開窓術、35ヶ月後に胸郭形成術、大胸筋皮弁充填術を施行された。肺アスペルギルス症は一旦安定したが、移植後38ヶ月で再発し、呼吸困難の増強が見られた。移植後39ヶ月に再入院し、抗真菌薬投与、ステロイド増量、一般抗生剤投与を行ったが改善せず、移植後41ヶ月に慢性呼吸不全のために死亡した。剖検では移植肺での慢性閉塞性細気管支炎、自己肺での慢性間質性肺炎、びまん性肺障害、アスペルギルス症を認めた。脳死片肺移植後の剖検例であり、脳死肺移植後の慢性期合併症に関する考察とともに報告する。

OS10-1

肺サルコイドーシス経過中に抗ARS抗体陽性間質性肺炎を合併した一例

大阪市立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

○北本 和裕, 山田 一宏, 京本 陽行, 渡辺 徹也, 浅井 一久, 金澤 博, 川口 知哉

【症例】50歳女性。X-2年2月、検診の胸部X線で両側肺門部リンパ節腫大を指摘され、当科紹介となった。気管支鏡検査でサルコイドーシス（I期）と診断し、外来経過観察としていた。X-1年10月より労作時息切れ、咳嗽が出現した。X年1月胸部CT検査で、縦隔・肺門部のリンパ節腫大は縮小も、両側下肺野すりガラス影が新規に出現していたため、精査目的に入院となった。気管支鏡検査の組織生検では肉芽腫を認めず、血液検査で抗ARS抗体を検出し、サルコイドーシスに合併した抗ARS抗体陽性間質性肺炎と診断した。ステロイドと免疫抑制剤ですりガラス影は改善した。下肺野優位の肺サルコイドーシス間質性病変の報告がある。本症例では、肺サルコイドーシス悪化が疑われたが気管支鏡再検査で肉芽腫が証明されず、抗ARS抗体陽性であったため、抗ARS抗体陽性間質性肺炎と診断した。サルコイドーシスと膠原病について文献学的考察を行う。

OS09-6

症候性筋サルコイドーシスの一例

- 1) 明石医療センター 呼吸器内科
- 2) 神戸市立医療センター西市民病院

○高宮 麗¹⁾, 富岡 洋海²⁾, 橋本 梨花²⁾, 和田 学政²⁾, 吉積 悠子²⁾, 森田 充紀²⁾, 山下 修司²⁾, 古田健二郎²⁾, 金子 正博²⁾, 藤井 宏²⁾

【症例】52歳女性【主訴】全身リンパ節腫脹、左下腿腫瘍【現病歴】X年1月に無痛性左頸部腫瘍が、X年8月に疼痛を伴う左下腿腫瘍が出現した。経過観察中のX+1年1月に両鼠径リンパ節腫脹と右上眼瞼腫瘍が出現し、近医を受診した。PET-CTで全身リンパ節・右上眼瞼・両下腿筋肉内・硬膜・甲状腺・Th8椎弓・左下顎骨にFDG集積がみられ、X+1年2月の右鼠径リンパ節生検で肉芽種性病変が検出され、精査目的に当院呼吸器内科紹介となった。【臨床経過】ACE 18.2U/L, sIL-2R 750U/mL, BALFリンパ球増加・CD4/8比上昇がみられ、下腿造影MRIではthree stripes signを呈していた。摘出した左前脛骨筋内腫瘍の病理組織像は非乾酪性類上皮細胞肉芽腫であり、抗酸菌・真菌陰性で、筋サルコイドーシスと診断した。外来で経口ステロイド治療を開始し、経過フォローを行っている。【考察】症候性筋サルコイドーシスの症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

OS10-2

咳と発熱と両肺浸潤影で発症し、TBLBで肺胞管閉塞型器質化肺炎と診断した抗ARS抗体症候群の1例

- 1) 国立病院機構南和歌山医療センター 呼吸器科
- 2) 国立病院機構和歌山病院 呼吸器内科
- 3) 国立病院機構南和歌山医療センター 病理診断科

○村上 裕亮¹⁾, 佐々木誠悟^{1,2)}, 萩原 慎¹⁾, 北市 正則³⁾

症例は61歳男性、喫煙習慣あり。10月末、咳嗽のため近医受診、胸部X線で左下肺野に浸潤影が認められ抗生剤開始。11/2から発熱あり。11/3、当院受診。胸部CTでは両肺胸膜下に多発斑状影を認め、細菌性肺炎として抗生剤継続を行うも症状の改善はなく、11/5入院。抗生剤を継続し、咳嗽は改善したが発熱と咳嗽が再燃。胸部CTでは両肺斑状影の悪化を認め、11/16、気管支鏡を施行。右B5よりBAL、右B8、B10よりTBLBを施行。BALFではリンパ球増多（76%）を認め、器質化肺炎疑いとして11/16、ステロイド・パルス治療を開始。ステロイド漸減中の11/25、TBLB所見で肺胞管閉塞型器質化肺炎と抗ARS抗体陽性が判明したため抗ARS抗体症候群と診断した。3か月間のステロイド治療で肺野陰影はほぼ消失した。皮膚筋炎や多発性筋炎を疑う所見はなく、肺野病変型の抗ARS抗体症候群と考えた。

OS10-3

関節リウマチ (RA) の経過中、肺癌に対する右肺上葉切除によりサルコイドーシス (サ症) が診断できた1例

- 1) 紀南病院 内科
- 2) 同 放射線科
- 3) 国立病院機構南和歌山医療センター 胸部・心臓血管外科
- 4) 同 臨床検査科・病理診断科

○吉松 弘晃¹⁾, 早川 隆洋¹⁾, 山西 一輝¹⁾, 早川 佳奈¹⁾, 太田 敬之¹⁾, 田淵耕次郎²⁾, 中野 好夫¹⁾, 木下 貴裕³⁾, 北市 正則⁴⁾

74歳, 男性, 喫煙歴あり。主訴は胸部CT異常陰影。既往歴にRA・間質性肺炎・左鼻腔腫瘍あり。RAにて長期通院中。3年前より間質性肺炎あり経過観察されていた。右肺野に1年前に5mm径の結節影を認め, 半年の経過で13mm径まで増大。PET-CTにて縦隔リンパ節のFDG集積あるも反応性の変化と判断し, 胸腔鏡下右肺上葉切除+リンパ節郭清を施行。病理診断はpT1bNO, pStageI A2, ROの原発性肺腺癌であった。非腫瘍部では, RA関連のUIPパターンを認め, 肺組織400個以上を含めて気管支断端部・縦隔リンパ節に類上皮細胞肉芽腫 (ECG) を認め, サ症の存在が判明した。サ症の症状は認めておらず, 経過観察中。本例では気管支断端部の気管支壁の結合織内にECGを認めた。サ症では中枢気管支壁でのECGを確認できる機会は少なく希少な症例と考え報告する。

OS10-5

間質性肺炎が先行した顕微鏡的多発血管炎の1例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史, 松村 和紀, 真辺 諄, 寺田 悟, 上山 維晋, 稲尾 崇, 加持 雄介, 安田 武洋, 橋本 成修, 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫

症例は60歳代女性。X-2年頃から乾性咳嗽, X-1年から労作時呼吸困難を自覚し, X-1年12月に前医で間質性肺炎を指摘された。本人希望で経過観察していたところ, X年1月より発熱, 盗汗, 下肢筋痛が出現した。X年2月精査加療目的に当院に紹介受診, 間質性肺炎の増悪も認め, 同日入院となった。X-1年12月前医では陰性であったMPO-ANCAが, 当院で再検したところ陽性化しており, 顕微鏡的多発血管炎による間質性肺炎と診断した。ステロイドとシクロホスファミドによる治療を開始したところ, 臨床症状および間質性肺炎は軽快を認めた。無治療での経過観察中に, 全身症状出現とMPO-ANCAの陽性化を認め, 間質性肺炎が先行する顕微鏡的多発血管炎と診断し治療も奏功しており, 示唆に富む症例と考え報告する。

OS10-4

検診で胸部異常陰影を指摘され, 気管支鏡検査で診断に至った関節リウマチに合併した器質化肺炎の1例

- 1) 国立病院機構和歌山病院 呼吸器内科
- 2) 国立病院機構南和歌山医療センター 呼吸器内科
- 3) 同 病理診断科

○佐々木誠悟^{1,2)}, 村上 裕亮²⁾, 萩原 慎²⁾, 北市 正則³⁾

症例は69歳, 男性。関節リウマチでメトトレキサートを2年間内服していた。検診で胸部異常陰影を指摘され, 当科を受診した。自覚症状は咳嗽であった。胸部CT検査では両側上葉と両側下葉に浸潤影を認めた。血液検査では白血球とCRPの上昇を認めたが好中球の左方移動は認めなかった。室内気でSpO₂ 97%と呼吸状態は問題なかった。薬剤性肺炎, 肺結核, 器質化肺炎, 細菌性肺炎などを疑った。メトトレキサートを中止し, 抗菌薬投与を1週間行うも炎症反応は著変なく, 呼吸状態も変化なかったが両肺陰影は悪化傾向を示した。気管支肺胞洗浄と経気管支肺生検を行い, 器質化肺炎の診断に至った。肺胞管内の肉芽組織形成によって対向した肺胞管壁が癒着した線維化型器質化肺炎 (FOP) の所見を認めた。プレドニン投与を開始したところ陰影は改善し, ほぼ消退した。その後プレドニンを漸減し治療を継続しているが, 約3か月の経過で再燃はない。

OS10-6

ANCA陽性患者に発症したうっ血性心不全によるびまん性肺泡出血と考えられた1例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○大木元達也, 中川 和彦, 水谷 萌, 青柳 貴之, 岡崎 航也, 石川 遼一, 中井恵里佳, 西 健太, 多木 誠人, 森田 恭平, 黄 文禧, 吉村 千恵, 西坂 泰夫

症例は53歳男性。X年3月に発熱・咳嗽・血痰の症状で近医を受診した。胸部X線で右肺野の浸潤影から肺炎疑われ当科を受診した。胸部CTでは両肺野に末梢がspareされた浸潤影を認めた。炎症反応・プロカルシトニン高値から細菌感染症を考え, CT所見や血痰著明であること。BNP高値で心臓超音波検査でのEF低下等から, 肺泡出血や心不全の併発を考えた。酸素化は比較的余裕あり, まずは抗菌薬と心不全加療で経過を見たところ, 翌日にはすでに肺野陰影は改善に転じ, 血痰とともに順調に改善した。後にMPO-ANCA陽性と判明したが, 臨床経過から細菌感染症を契機としたうっ血性心不全による肺泡出血と考えた。肺泡出血の原因は多岐にわたり, ANCA陽性時にはANCA関連血管炎の可能性を考えてしまうが, その他の可能性についても慎重に検討する必要がある。

OS10-7

皮膚所見を認めなかった抗MDA5抗体陽性急速進行性間質性肺炎の1例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○黄 文禧, 水谷 萌, 大木元達也, 石川 遼一, 中井恵里佳, 西 健太, 多木 誠人, 中川 和彦, 森田 恭平, 吉村 千恵, 西坂 泰夫

症例は48歳女性。X年10月頃より咳嗽、労作時呼吸困難を自覚、前医にて肺炎と診断され、抗菌薬投与されたが改善なく、11月8日当科紹介受診された。胸部レントゲン、CTでは両側肺野胸膜側優位にすりガラス影、浸潤影を認め、器質性肺炎が疑われた。身体所見、血清学的検査では明らかな膠原病を示唆する所見は認めず、気管支鏡検査より特発性器質性肺炎と考え、PSL0.5mg/kg/day開始した。しかし治療開始後も自覚症状・画像所見とも改善を認めず再入院。PSL増量＋CyA投与開始し精査進めた結果、抗MDA5抗体陽性と判明した。身体所見上は明らかな筋力低下は認めず、皮膚筋炎が疑われるような皮膚所見も認めなかった。抗MDA5抗体陽性急速進行性間質性肺炎と診断、IVCY追加、血漿交換も施行、病勢は安定し現在外来治療中である。皮膚所見を伴わない抗MDA5抗体陽性急速進行性間質性肺炎の報告はなく、今回、文献的考察も加え報告する。

OS11-2

経気管支生検で同時に診断した結核合併肺癌の一例

- 1) 関西電力病院 呼吸器内科
- 2) 同 呼吸器外科
- 3) 同 腫瘍内科
- 4) 関西電力医学研究所 臨床腫瘍研究所

○岩崎 剛平¹⁾, 稲田 祐也¹⁾, 田村佳菜子¹⁾, 篠木 聖徳¹⁾, 舘 秀和²⁾, 吉村 誉史²⁾, 勝島 詩恵^{3,4)}, 柳原 一広^{3,4)}, 伊東 友好¹⁾

【症例】82歳、男性。胸部CTで右上葉に1.5cm大の結節影が増大傾向であったため当科に紹介となった。右B²よりTBBを行ったが確定診断に至らなかった。同結節がさらに増大し、8ヶ月後にTBBを再度行った。病理組織で、凝固壊死を伴う類上皮細胞、ランゲルハンス巨細胞および肺腺癌を認めた。組織でのPCR法で結核菌陽性であったため肺結核と診断し、HREで治療を開始した。後日、組織の培養で結核菌を同定し、薬剤感受性試験でEB耐性であったため、EBをLVFXに変更し6ヶ月間の治療を行った。肺癌は外科切除の適応であったが、患者が積極的な治療を希望しなかった。結核治療後、結核の再燃、肺癌の増大はなく、現在も経過観察を行っている。【考察】今回、初回の気管支鏡検査で診断がつかなかったが、2回目の気管支鏡検査で結核と肺癌を同時に診断した症例を経験した。肺野結節を認めた場合、肺癌および結核の合併の可能性については常に考慮する必要があると考えられた。

OS11-1

ステープルラインに発症した気管支結核の一例

市立福知山市民病院 呼吸器内科

○澤田 凌, 山本 千恵

【症例】71歳、男性【主訴】胸部異常陰影【現病歴】2012年7月、原発性肺癌に対し右肺上葉切除を施行、2017年12月には左下葉肺癌に対し左肺下葉部分切除術を施行され、以降は経過観察中であった。2018年7月に経過観察目的で撮影したFDG-PET/CTで左肺下葉腫瘍、左肺門部リンパ節腫大を指摘され、気管支鏡検査を施行された。検査時、左肺下葉結節の生検の他、右肺上葉の術後断端のステープルラインに隆起性病変と白苔を認め、同部位から気管支洗浄を施行した。その結果、抗酸菌塗抹検査陽性、培養で結核菌陽性であり、気管支結核と診断された。【考察】肺癌術後断端の結核についてはこれまでも報告があり、原因として非解剖学的に肺切除を行ったことによる断端付近の換気血流障害、断端の創傷治癒の遅延、異物反応などが挙げられる。術後断端に新規病変を認めた場合、局所再発だけでなく結核をはじめとした感染症も鑑別に挙げる必要があると考えられ、報告する。

OS11-3

滑膜生検でポンセ病（結核による反応性関節炎）と考えられた一例

- 1) 結核予防会大阪病院 内科
- 2) 同 整形外科

○東口 将佳¹⁾, 北村 卓司²⁾, 西岡 紘治¹⁾, 松本 智成¹⁾, 山本 隆文²⁾

症例は83歳男性。粟粒結核、肺結核の治療目的に当院入院。抗結核治療開始後1か月半ごろから指関節、両手関節、両足関節の痛み、熱感、腫脹が出現。NSAIDsおよびトラマドール・アセトアミノフェン配合剤使用したが症状改善しなかった。抗CCP抗体、リウマチ因子、MMP-3はすべて陰性であった。滑膜生検による左手腱鞘滑膜の病理所見では類上皮肉芽腫など結核性の変化は認められず、非特異的な慢性炎症のみであった。組織培養でも結核菌は検出されなかった。ポンセ病と考え、プレドニン15mg/d内服を開始し、1週間程度で症状は改善した。結核菌が直接関節に感染する結核性関節炎とは異なり、結核菌に対する免疫学的機序により無菌性の多発関節炎を起こすことがあり、ポンセ病として知られている。非対称性の多発関節炎が特徴であり、手関節、膝関節、足関節に多いとされている。結核性関節炎および関節リウマチなどの他疾患の除外が重要である。

OS11-4

間質性肺炎の治療中にARDS, DICを合併した, 胸部画像所見に乏しい粟粒結核の1例

近畿大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科

○綿谷奈々瀬, 西山 理, 御勢 久也, 吉川 和也,
佐伯 翔, 山崎 亮, 西川 裕作, 大森 隆,
佐野安希子, 山縣 俊之, 佐野 博幸, 岩永 賢司,
原口 龍太, 東田 有智

症例は82歳, 男性。間質性肺炎 (IP) 急性増悪にて二度の入院歴があり, ステロイド内服中で, 低免疫グロブリン血症も合併していた。発熱を認め入院し, 熱源検索を行ったが, 全身CTでも明らかな熱源を認めなかった。抗菌薬投与を開始したが, その後も改善なく, 第11病日にDICの合併を認めた。第13病日に呼吸状態の悪化があり, 胸部CTで両側びまん性のスリガラス影の出現を認めた。IP急性増悪と考え, 挿管後に気管支鏡検査を施行。その際の吸引痰で抗酸菌塗抹陽性, TB-PCR陽性が判明。第15病日よりINH+RFP+EBによる治療を開始した。後日, 血液培養でも結核菌の検出を認め, 粟粒結核と診断した。粟粒結核では病初期に胸部の画像所見に乏しい場合があり, またARDSを合併した場合は小粒状影が不鮮明となり診断が困難となる。不明熱では, 典型的な画像所見を呈しない場合でも, 粟粒結核を念頭におく必要がある。

OS11-6

*Mycobacterium kansasii*症と肺結核の混合感染として治療を行なった後に多剤耐性肺結核を発症した1例

国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科

○松本錦之介, 小林 岳彦, 倉原 優, 露口 一成,
鈴木 克洋, 林 清二

【症例】31歳 女性。健康診断の胸部X線で異常陰影を指摘され, CTで右S2に空洞を伴う結節影を認めたため当院に紹介受診となった。喀痰抗酸菌塗抹検査2+および結核菌群PCRで陽性になったため, 肺結核治療目的に入院となった。結核菌群RFP耐性遺伝子は感受性パターンであった。抗結核薬 [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] で治療を開始したが, 第28病日の小川増地では*M.kansasii*のみが同定された。*M.kansasii*と結核菌の混合感染と判断し, 2HREZ+13HREを予定した。薬剤終了日の1ヶ月前のCTでは空洞は縮小していたが, その直上に新規浸潤影を認めた。喀痰の結核菌群PCRが陽性となり, 入院治療とした。結核菌群RFP耐性遺伝子は耐性パターンとなっており培養菌の感受性試験ではINH, RFPに耐性であった。デラマニドを追加し, 浸潤影は縮小した。【考察】*M.kansasii*症と肺結核の混合感染では多剤耐性肺結核のリスクを考慮する必要がある。

OS11-5

結核性胸膜炎治療2年後に横隔膜内腫瘍で再発し, 悪性腫瘍と鑑別を要した結核の一例

1) 神鋼記念病院 呼吸器センター
2) 同 病理診断センター

○井上 明香¹⁾, 門田 和也¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 田中 悠也¹⁾,
三好 琴子¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 芳賀ななせ¹⁾, 伊藤 公一¹⁾,
笠井 由隆¹⁾, 枡屋 大輝¹⁾, 伊藤利江子²⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

症例は特記すべき既往のない51歳女性。20XX年4月に発熱, 咳嗽, 呼吸困難で受診し右胸水を認めた。リンパ球優位の滲出性胸水でADA高値のため結核性胸膜炎として4剤で治療を完遂し, 治療後胸水は消失していた。20XX+2年12月から深吸気時の右背部痛が出現し, 20XX+3年1月に当院を受診した。胸部CTで右背側底部の胸壁近傍に石灰化を伴う内部低吸収域の腫瘍を認めた。CTガイド下に生検を行い肉芽腫性変化を認めたが, 穿刺液の抗酸菌塗抹は陰性, 遺伝子増幅検査でも結核菌を検出できなかったため, 胸腔鏡下腫瘍摘出術を行った。摘出標本では横隔膜内の結節であり, 組織は類上皮細胞性肉芽腫で, 抗酸菌塗抹陽性, 結核菌遺伝子増幅検査陽性であったことから, 結核の再発として現在標準治療を行っている。今回形状と進展様式から悪性腫瘍と鑑別を要した横隔膜内の結核再発症例を経験したので文献的考察を踏まえ報告する。

OS12-1

粟粒結核に汎血球減少を合併し, 結核治療により改善した一例

1) 国立病院機構東京都病院 呼吸器センター
2) 同 看護部
3) 同 リハビリテーション科

○角 謙介¹⁾, 坪井 知正¹⁾, 佐藤 敦夫¹⁾, 荻原 雄一¹⁾,
酒井 茂樹¹⁾, 田畑 寿子¹⁾, 橘 洋正¹⁾, 小栗 晋¹⁾,
水口 正義¹⁾, 金岡めぐみ²⁾, 岩本 卓也²⁾, 井上 博嗣³⁾

【背景】粟粒結核は多彩な臓器病変を伴うことがある。今回汎血球減少により発見され, 診断確定後結核治療によって血球が回復した一例を経験した。【症例】81歳女性, 不明熱で来院。血液検査で汎血球減少を認めた。骨髄穿刺にて特異的な所見を認めず。胸部CTにてびまん性微細粒状影あり。喀痰培養にて結核菌陽性にて粟粒結核と診断した。HREにて治療改善し, 約2か月の経過で徐々に血球が回復した。【考察】粟粒結核に汎血球減少が合併することはしばしば報告されるが, ほとんどが血球貪食症候群に関連するものである。今回骨髄所見からはその所見は見られなかった。今回の病態につき文献の検討を交えて報告する。

OS12-2

肺結核治療後，吸入ステロイド投与中に気管支結核で再発した1例

国立病院機構南京都病院 呼吸器センター

○佐藤 敦夫，坪井 知正，水口 正義，小栗 晋，角 謙介，橋 洋正，荏原 雄一，酒井 茂樹，田畑 寿子

症例は30代の男性。肺結核にて抗結核薬による標準化学療法を施行した。コンプライアンスは良好であり，薬剤感受性試験も全薬剤感受性であった。治療終了後，経過観察となったが，慢性咳嗽，喘鳴にて気管支喘息と診断され，吸入ステロイド剤を開始された。治療終了後6ヶ月目の胸部Xpにて左下葉の気管支壁肥厚像を認め，7ヶ月後には左下葉無気肺に進展した。喀痰抗酸菌塗抹陽性，PCR-TB陽性であり，気管支鏡検査にて，気管分岐部から左主気管支全周に発赤と白苔を伴う潰瘍性病変，左下葉入口部の狭窄を認め気管支結核と診断した。結核の再治療にて排菌陰性化を認め気道病変は改善したが，喘鳴は持続し，気管支拡張剤吸入にて喘鳴は消失した。吸入ステロイドにより気管支粘膜の免疫抑制を生じ，気管支結核という特異な形態で再燃した結核症例と考へ報告する。

OS12-4

各種薬剤感受性検査キット間で異なるリファンピシン感受性を示した肺結核の1例

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

○吉田志緒美¹⁾，露口 一成¹⁾，木原 実香²⁾，小林 岳彦³⁾，井上 義一¹⁾，鈴木 克洋³⁾

【症例】症例は初発時に標準治療を施行され1年後に再受診された肺結核。再発時に各種薬剤感受性検査キット間で異なる結果を示したため，両株間の*rpoB*耐性遺伝子変異解析とVNTR解析による遺伝子型の異同を確認した。【結果】初発株と再発株は同じVNTRパターンを示し，同一株による再燃と判断された。再発株は*rpoB*遺伝子にS531L (S450L)の変異が認められた。初発株のRFP-MIC値は0.03 μg/mlを示したが，再発株は32 μg/ml以上と上昇し，MGIT-ASTとウェルパックではRFP耐性とされた。一方，ピットスペクトルのRFPウェルの呈色能は低く，耐性と判定できなかった。【考察】今回，*rpoB*遺伝子の変異によりRFP耐性とした場合，ピットスペクトルで誤った感受性結果が示された。同キットは培養期間が短い反面，発育が緩慢な耐性菌のコロニーを確認できずに誤判定される恐れがある。現時点では耐性遺伝子検査の併用により感受性結果を精査する必要があるだろう。

OS12-3

繰り返し喀痰検査を行うことで診断できた多剤耐性結核の症例

1) 大阪府結核予防会大阪病院 内科
2) 大阪はびきの医療センター

○松本 智成¹⁾，東口 将佳¹⁾，西岡 紘治¹⁾，軸屋龍太郎¹⁾，木村 裕美¹⁾，三宅 正剛¹⁾，田村 嘉孝²⁾，橋本 章司²⁾，永井 崇之²⁾

右肺に肺結核を疑わせる陰影並びに全肺野に粟粒結核を疑わせるIGRA陽性の患者を診察した。患者は呼吸器症状並びに微熱，全身倦怠感といった自覚症状もなく3回連続の喀痰検査にても抗酸菌塗抹検査が陰性であったが肺結核を示唆する陰影およびIGRA陽性であることより標準化学療法を施工した。気管支鏡の肉眼的所見，細胞診においても異型細胞は検出されず抗酸菌塗抹陰性，培養も陰性であり肺がん並びに肺結核は診断できなかった。肺結核の確証はなかったがIGRA陽性でもあり標準化学療法は完遂することにした。治療開始から4ヶ月めに喀痰抗酸菌塗抹は陰性であったが培養が2週間あけて2回検出。いずれも多剤耐性菌であった。上述のように繰り返し喀痰検査を行なっていくことが重要である。

OS12-5

院内感染が疑われた肺結核の1例

滋賀県立総合病院 呼吸器内科

○塩田 哲広，橋本健太郎，野原 淳，石床 学，渡邊 壽規

症例は58歳，男性。原因不明の慢性気胸の診断にて当院に入院を繰り返していた。2018年9月10日呼吸不全で入院。10月に入ってから左下葉に浸潤陰影が急速に出現してきた。10月10日の喀痰からガフキー 10号が検出されPCRで結核菌と診断した。発症時のリンパ球は0でT-spot陰性，HIVも陰性であった。抗結核剤により治療を開始したが全身状態は急速に悪化し発病から約1ヵ月で死亡した。一方で別の患者からも10月22日にガフキー 10号が検出された。この患者は78歳，男性で9月16日から入院し，3日間上記患者と同室であったために，院内感染を疑いこの2名の結核菌のVNTR解析を行った結果15領域の遺伝子でDNAの繰り返し配列の数が一致し同一の菌であることが確認された。院内感染とすると感染してから僅か3週間で肺結核を発症し僅か2ヵ月で死亡したことになる。大量排菌者が同一病棟に2名同時にいたために，当院では異例のINHの予防投薬を職員138名に行った。

OS12-6

神戸市における外国生まれ結核患者の発見動機について

神戸市保健所

○藤山 理世

[はじめに] 2017年神戸市の結核罹患率(人口10万対)は19.7、患者数は302人全体の7割が65歳以上の高齢者である。一方で、20代では全国と同様、神戸市でも外国生まれの患者の割合が増加し約7割となっている。中でも語学学校生が多く、20代の留学生の結核発見動機について報告する。[方法] 2018年1年間では神戸市新登録患者数は260人(概数)で外国生まれ結核患者は21人、うち20代は14人であった。その14人の患者について患者登録票の情報から発見動機を調べた。[結果] 学校健診(入学時を含む)発見が8人、接触者健診発見が4人、咳・痰・咯血・発熱などの有症状受診で発見が4人であった。[おわりに] 結核の感染拡大防止のため、高まん延国生まれの人には症状が出る前に結核という病気を知り、健診を受け、適切な医療を受けることができるよう支援が必要であると考えられた。

OS13-2

M. avium症の母子例

国立病院機構近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科

○中村 行宏, 露口 一成, 小林 岳彦, 倉原 優,
鈴木 克洋, 林 清二

【症例1】80歳(X年時点), 女性. X-14年に肺 *mycobacterium avium* (MAC) 症と診断され, 抗菌薬治療が開始された. X-9年から徐々に呼吸状態の悪化を認め, X-7年から在宅酸素療法を導入. X年1月徐々に全身状態の悪化および気胸発症のため入院となったが, 第8病日に死亡退院となった。【症例2】44歳(X年時点), 女性. 症例1の実娘で同居. X-2年に湿性咳嗽が出現. 咯痰より *M. avium* を検出され, 症例1と同一疾患と診断された. 抗菌薬治療を導入し, 現在も継続している。【考察】同一家系内のMAC症に関しては共通の感染源がある可能性や感染を誘発する何らかの遺伝的素因があるのではないかと考えられている. 本2症例においては, VNTR検査で異なるパターンの *M. avium* を検出したことから, ヒト-ヒト感染は否定的であり, 母子間で何らかの共通する発症要因を有する可能性が疑われた。

OS13-1

MAC症多剤併用治療中にリファブチンによる薬剤性関節痛を呈した後天性免疫不全症候群(AIDS)の一例

- 1) 京都大学大学院医学研究科 臨床病態検査学
- 2) 京都市立病院 感染症内科
- 3) 道東勤医協桜ヶ岡医院 内科

○篠原 浩¹⁾, 寺前 晃介³⁾, 清水 恒広²⁾

【背景】リファブチン(RBT)の副作用に多発関節痛があるが, 日本における症例報告は少ない。【症例】47歳, 男性【主訴】多発関節痛【現病歴】ニューモシスチス肺炎を契機に診断されたAIDSに対し抗ウイルス治療開始後, 免疫再構築症候群として肺・縦隔リンパ節のMAC症を発症, クラリスロマイシン(CAM)・RBT・エサンブトール投与を開始した。治療開始4ヶ月後, 手・肘・膝関節に対称性の疼痛を訴え受診した。【現症】体温36.5℃. PIP関節・手・肘・膝関節に腫脹はなく, 圧痛を認めた。血液検査所見: WBC 2360/ μ L, CRP 0.07mg/dL。【経過】白血球減少もあることから薬剤性関節痛・血球減少を疑い, 他疾患を除外しつつRBTを中止, 経時的に関節痛は軽減, 中止4ヶ月後に消失した。【考察】RBTによる多発関節痛は600mg/日以上で発症が多いが, CAM併用下では300-450mg/日での発症も報告がある。NTM症が増加しており, RBTによる副作用の臨床像は重要と考え報告した。

OS13-3

ステロイドと抗菌薬治療が奏功した肺MAC症に伴う二次性器質化肺炎の一例

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

○嶋田 有里¹⁾, 立川 良¹⁾, 島 祐介¹⁾, 大崎 恵¹⁾,
益田 隆広¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 細谷 和貴¹⁾, 平林 亮介¹⁾,
佐藤 悠城¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾,
原 重雄²⁾, 富井 啓介¹⁾

症例は79歳女性. 入院3カ月前に他院で両肺野の多発浸潤影を指摘され, 精査のため当院に紹介となった. TBLBを施行したが, 肉芽腫性病変はなく, 抗酸菌染色は陰性, 組織の抗酸菌培養は陰性であり, 組織所見で器質化肺炎と診断した. 肺野にはわずかな粒状影を認め, 咯痰より *M. intracellulare* が2回検出されており, 肺MAC症の併存も同時に診断されていたが, まず特発性器質化肺炎としてステロイド治療を開始した. 陰影は一旦消退傾向にあったが, ステロイドの減量に伴い7カ月後に器質化肺炎の再燃を認めた. そこで肺MAC症に伴う二次性器質化肺炎の可能性を考え, 抗菌薬の治療も併用したところ陰影は改善し, ステロイドの投与を終了することができた. 本症例はMAC感染とそれに対する生体側の肉芽腫形成以外の過剰免疫が示唆され, 興味深い。

OS13-4

抗IFN- γ 自己抗体陽性の播種性非結核性抗酸菌症の一例

国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科

○岡村 美里, 金井 修, 藤田 浩平, 中谷 光一,
三尾 直士

症例は70歳男性。耳下腺の腫脹、頸部リンパ節の腫脹を主訴に受診した。CTでは、縦隔リンパ節の腫脹、多発骨病変を認めた。肺野病変は認めなかった。頸部リンパ節生検で光線金を認めた。培養では菌の特定はできなかった。T-SPOT陰性であり、播種性非結核性抗酸菌症と診断した。多剤併用化学療法を行い、リンパ節病変、骨病変共に消失した。明らかな免疫不全を示す所見は認めなかったが、生来健康な男性であり、抗IFN- γ 自己抗体の存在を疑った。スクリーニング目的でQFT-GIT testを施行。陽性コントロールで検出感度未満であり、抗IFN- γ 自己抗体の存在の可能性が高まった。ELIZA法により抗IFN- γ 自己抗体の定量を行った。治療終了1年後も再発なく経過している。

OS13-5

嚢胞穿刺で診断したMycobacterium fortuitumによる感染性肺嚢胞の一例

加古川中央市民病院 呼吸器内科

○松本 夏鈴, 藤井 真央, 石田 貢一, 矢谷 敦彦,
徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明

症例は生来健康な48歳、男性。入院10日前からの左背部痛を主訴にX年8月当院受診。胸部CTで左肺尖部の嚢胞内に液貯留と周囲の浸潤影、左胸水貯留があり、嚢胞感染としてSBT/ABPCを開始した。開始後左胸水減少と胸膜痛の改善がみられ解熱傾向にあったため、AMPC/CVAに切り替え退院とした。退院後再度の熱発と嚢胞内の液面増加があり再入院となった。SBT/ABPCを再開後day9に高熱と緑色痰が出現した。嚢胞穿刺を行い、緑色の膿汁を排出した。膿汁の抗酸菌塗抹が陽性（ガフキー 2号）であり、培養にてM.fortuitumと同定された。LVFX, AMK, IPM/CSによる3剤治療を開始し、3週間後腫瘍影は縮小が得られた。その後LVFX, MINO内服を12ヶ月間継続し、治癒が得られた。感染性肺嚢胞の起因菌として非結核性抗酸菌症は稀であるが、鑑別に挙げる必要があると考える。

OS13-6

薬剤調整に苦慮した肺Mycobacterium abscessus subsp. massiliense感染症の一例

奈良県立医科大学付属病院 感染症センター

○酒井 勇紀, 山口 尚希, 吉原 真吾, 平井 暢康,
古川龍太郎, 西村 知子, 小川 吉彦, 小川 拓,
笠原 敬, 三笠 桂一

症例は28歳女性、血痰、咳嗽を主訴として前医受診され低酸素血症もみとめたため緊急入院となった。喀痰から抗酸菌が検出され同定の結果Mycobacterium abscessus subsp. massiliense と判明した。低体重、筋力低下も認め肝機能酵素上昇も認めていたが神経性食思不振症が背景にあると考えられた。肺 M.abscessus感染症に対してクラリスロマイシン(CAM),アミカシン (AMK),イミペネム・シラスタチン(IPM/CS)で治療を開始した。開始後好酸球増多を認め抗菌薬による薬剤性好酸球増多症が疑われた。さらに感受性結果では多剤に耐性であり抗生剤の選択に苦慮したが薬剤性好酸球増多症の頻度を考慮しIPM/CSをシタフロキサシン(STFX)に変更した。以後好酸球数は改善を認めた。神経性食思不振症については体重は徐々に改善傾向であり肝機能酵素も改善した。外来でCAM,STFXで外来フォローを継続している。本症例を文献的考察を加え報告する。

OS14-1

レジオネラ肺炎の診断スコアモデルの作成

関西医科大学 内科学第一講座

○宮下 修行, 福田 直樹, 尾形 誠, 泉野 弘樹,
中濱かほり, 山中 雄太, 木畑佳代子, 金田 俊彦,
吉岡 弘鎮, 倉田 宝保, 野村 昌作

【目的】レジオネラを検出する尿中抗原検査法は、これまでL.pneumophila 血清群1しか検出できず、欧米では臨床的診断法が使用されている。しかし、報告者によって独立した予測因子が異なっており、日本独自のレジオネラ肺炎臨床診断法の作成を試みた。【対象と方法】日本化学療法学会に全国から集積されたレジオネラ肺炎176例を解析した。対照として、肺炎球菌性肺炎217例、マイコプラズマ肺炎202例を比較検討した。【結果】多変量解析の結果、男性、咳嗽なし、呼吸困難感、CRP値18 mg/dL, LDH値 260 U/L, Na値 134 mmol/Lが認められる場合、レジオネラ肺炎の可能性が増加し、合計6点のスコアとした。スコアの中央値はレジオネラ肺炎で4点、肺炎球菌性肺炎で2点、マイコプラズマ肺炎で1点と有意にレジオネラ肺炎で高値であった。【結論】本スコアはレジオネラ診断に有用と考えられるが、その有用性を検証するため現在、前向き研究を行っている。

OS14-2

レジオネラ肺炎の診断スコアモデルの検証

関西医科大学 内科学第一講座

○宮下 修行, 福田 直樹, 尾形 誠, 泉野 弘樹,
中濱かほり, 山中 雄太, 木畑佳代子, 金田 俊彦,
吉岡 弘鎮, 倉田 宝保, 野村 昌作

【目的】われわれの作成したレジオネラ・スコアモデルの有用性を検討する目的で, development cohortとは異なった症例を集積し, スコアモデルの有用性を検証した。【対象と方法】2010年4月～2018年3月まで, 25施設で集積されたレジオネラ肺炎109例を解析した。対照として, 原因菌不明の肺炎症例を含む検査陰性の非レジオネラ肺炎683例を比較検討した。【結果と結論】レジオネラ・スコアの中央値はレジオネラ肺炎で4点, 非レジオネラ肺炎で2点と有意にレジオネラ肺炎で高値であった。スコア3点をカット・オフ値とした場合, レジオネラ肺炎を診断する感度93%, 特異度75%であった。これまで報告されている他の臨床診断法も検証したが, 本法の感度, 特異度がもっとも優れていた。【結論】本スコアは他のスコアモデルよりも優れているが, さらに特異度を上昇させる他の因子が必要と考えられた。現在, 前向き研究を行っている。

OS14-4

インフルエンザA型に続発し器質化に至った市中肺炎の一例

石切生喜病院 呼吸器内科

○海浪 佳歩, 櫻井 佑輔, 中濱 賢治, 谷 恵利子,
吉本 直樹, 江口 陽介, 南 謙一

症例は69歳女性。9日前に発熱を主訴に受診され, インフルエンザA型の診断でパロキサビル マルボキシルの処方を受けた。その後意識障害を主訴に当院を受診し, 尿中肺炎球菌抗原陽性, 胸部CT検査にて左舌区, 左下葉にair bronchogramを伴う浸潤影を認め, 精査加療目的で同日入院となった。入院当初はA-DROP 3点(年齢, 呼吸, 意識障害)の市中肺炎と診断し, TAZ/PIPCにて加療を開始した。一時軽快を認めたが, 第8病日より発熱および胸部X線上の浸潤影の再燃を認め, 気管支鏡検査を施行した。経気管支肺生検の結果, 器質化肺炎を疑う所見を認めた。感染後器質化肺炎と診断し, 自然経過にて軽快を得たため, PSL導入は行わず治療終了とした。経過中に喀痰培養より*a-Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*が検出された。血液培養2setからは*Streptococcus pneumoniae*は同定されなかったが, その他の*a-Streptococcus*が検出された。若干の文献的考察を含め考察する。

OS14-3

レジオネラ肺炎での原因種の分布

関西医科大学 内科学第一講座

○宮下 修行, 福田 直樹, 尾形 誠, 泉野 弘樹,
中濱かほり, 山中 雄太, 木畑佳代子, 金田 俊彦,
吉岡 弘鎮, 倉田 宝保

【目的】レジオネラ肺炎を引き起こすレジオネラ種は, 世界的に*Legionella pneumophila* が最も多いとされているが, わが国のレジオネラ肺炎の原因種の分布を検討した報告は少ない。今回われわれは, 日本化学療法学会で集積されたレジオネラ菌種の分布を検討した。【対象と方法】2006年12月～2019年3月まで, 「日本化学療法学会レジオネラ治療評価委員会」で実施された3研究で, 種・血清群の同定ができたレジオネラ菌を対象とした。【結果】もっとも頻度の高かったのは, *L. pneumophila serogroup 1* (54%) で, ついで*L. pneumophila serogroup 1*以外, *L. dumofii*, *L. bozomanii*, *L. micdadei*, *L. longbeaceae*, の順であった。【結論】これまでの尿中抗原法は*L. pneumophila serogroup 1*しか検出できなかったため, 多くの症例が診断されていなかった可能性がある。

OS14-5

インフルエンザに合併した壊死性気管支炎の一例

神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科

○古田健二郎, 和田 学政, 吉積 悠子, 森田 充紀,
山下 修司, 金子 正博, 藤井 宏, 富岡 洋海

症例は51歳女性。5日前から発熱, 嘔声, 呼吸困難感が出現し, 近医から下気道感染症として抗菌薬処方されるも症状増悪してきたため当院救急外来を受診した。胸部CTでは明らかな肺炎像はなかったものの気管および両側主気管支に多量の分泌物貯留を認め, また血液検査でも高度の炎症所見を認めたため抗菌薬加療目的に緊急入院となった。ネブライザー吸入等にて非常に粘性の高い黒色から灰白色痰の咯出があり培養検査にてMSSAが発育した。入院後は主にCEZ投与にて炎症所見は改善し, 入院9日目に施行した気管支鏡検査では気管を中心に多発する白色びらんを認めたことから壊死性気管支炎と診断した。また入院時のインフルエンザ迅速検査は陰性であったが入院時と後日確認したインフルエンザ抗体ペア血清にてA型H1N1抗体の有意な上昇を認めていた。壊死性気管支炎は比較的稀な疾患であり, 若干の文献的考察を加えて報告する。

OS14-6

人工呼吸器管理にて救命しえたAIDS合併ニューモシス肺炎の1例

- 1) 若草第一病院 研修医室
- 2) 同 呼吸器内科
- 3) 同 総合診療科

○上野 峻輔¹⁾, 姜 成勲²⁾, 泉 沙恵¹⁾, 谷口 道代³⁾, 足立 規子²⁾

症例は43歳男性。主訴は発熱・咳嗽・呼吸困難感。現病歴としてX年10月下旬より咳嗽あり、近医受診の上、加療を受けるも、SpO₂低下を認めたため当院救急受診された。CT画像上、モザイクパターンを呈する両肺野びまん性すりガラス影を認めたため、ニューモシス肺炎（PCP）を疑った。更にAIDS罹患の可能性を疑ったところ、IC法、Western blot 法にてHIV-1抗体陽性であった。AIDSに合併したPCPと考え、第2病日より経口にてST合剤 12g /dayで開始した。その後も呼吸状態は増悪傾向にあったため、第4病日にステロイド 40 mg/dayとnasal high flow therapyを開始し第5病日に気管挿管にて人工呼吸管理とした。挿管直後のPaO₂/FIO₂は124.5と著明な酸素化能の低下を認めた。後日判明したβ-D-グルカンは300pg/mL以上であった。第8病日時点で呼吸状態は改善したため第9病日抜管し、今後のAIDS治療目的に第10病日転院とした。AIDS感染合併PCPについて文献的考察を含めて報告する。

OS15-2

肺トキソカラ症4例の臨床的検討

- 1) 第二大阪警察病院 呼吸器内科
- 2) 大阪警察病院 呼吸器内科
- 3) 大阪大学 呼吸器・免疫内科学

○橋本 和樹¹⁾, 金岡 賢輔²⁾, 池邊 沙織²⁾, 岡田 英泰²⁾, 生田 昌子³⁾, 西松佳名子²⁾, 森泉 和則²⁾, 田中 庸弘^{1,2)}, 井原 祥一²⁾, 南 誠剛^{1,2)}, 小牟田 清²⁾

【背景】トキソカラ症はイヌ回虫（*Toxocara canis*）、もしくはネコ回虫（*Toxocara cati*）の幼虫が、好適宿主ではないヒト体内を移動することにより生じる幼虫移行症である。肺トキソカラ症を複数例集約して臨床的特徴を検討した報告は乏しい。【対象・方法】2014年9月から2018年12月の間に診断された肺トキソカラ症4例を対象として後方視的に検討した。【結果】診断時の年齢は20歳から52歳。性別は男性2例、女性2例。3例は人間ドック発見例であった。全例で生レバー摂取歴を認め、1例はイヌを飼育していた。2例で咳嗽や微熱などの症状を認めたが、2例は無症状であった。1例で末梢血好酸球増多、別の1例で血清IgE高値を認めた。胸部CTでは多発するhalo sign、結節影、すりガラス影を認めた。【結語】肺トキソカラ症の認知により今後の更なる症例集積が期待される。臨床所見、患者背景、免疫診断から総合的に診断することが重要である。

OS15-1

免疫抑制療法中に発症した播種性糞線虫症の1例

近畿大学医学部付属病院 呼吸器・アレルギー内科

○吉川 和也, 西山 理, 御勢 久也, 佐伯 翔, 山崎 亮, 西川 裕作, 佐野安希子, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 東田 有智

症例は66歳女性。SLE、シェーグレン症候群で当院膠原病内科に通院中の患者。X-1年12月中旬より嘔気・食欲不振が出現。X年1月に当院を受診したが改善せず下痢が出現したため精査・加療目的に1月16日に膠原病内科に入院となった。第5病日に大腸内視鏡検査を施行されCMV腸炎の診断となった。同検体の粘膜陰窩内に糞線虫の虫体を認め糞線虫腸炎と診断されガンシクロビル、イベルメクチンが投与された。しかし呼吸状態の悪化と両側肺にびまん性の浸潤影が出現し第7病日に細菌性肺炎としてTAZ/PIPC、MEPM、TEICなど投与されたが改善せず第18病日に人工呼吸器管理となり第24病日に気管支鏡検査を施行した。気管内は膿性痰が散在しており塗抹所見で糞線虫を認め糞線虫肺炎と診断。播種性糞線虫症と考えられた。その後も治療継続したが改善せず第40病日に死亡となった。本邦では稀な播種性糞線虫症の症例を経験した。

OS15-3

肺化膿症からの穿通によると思われる右肩甲下筋膿瘍の一例

- 1) 和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科
- 2) 同 呼吸器外科

○垣 貴大¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 赤松啓一郎¹⁾, 高瀬 衣里¹⁾, 田中 将規¹⁾, 春谷 勇平¹⁾, 山形 奈穂¹⁾, 奥田 有香¹⁾, 古田 勝之¹⁾, 村上恵理子¹⁾, 杉本 武哉¹⁾, 寺岡 俊輔¹⁾, 徳留なほみ¹⁾, 小澤 雄一¹⁾, 洪 泰浩¹⁾, 中西 正典¹⁾, 上田 弘樹¹⁾, 川後 光正²⁾, 山本 信之¹⁾

症例は82歳男性、発熱、膿性痰、倦怠感を主訴に前医を受診した。肺炎疑いで抗菌薬投与を開始されたが、改善乏しく精査目的に当科紹介となった。血液検査にて炎症反応の上昇、胸部CT、MRIにて右肩甲骨腹側に液面形成を伴う病変を認め膿瘍を疑った。ドレナージは困難と判断し抗菌薬加療を選択した。炎症反応は改善傾向を認めたが膿瘍腔は残存した。造影CTで肺化膿症からの穿通が疑われ手術を検討したが、肺結核に対する胸郭成形術の既往があり困難と判断し、アスピレーションキット挿入を行った。その後膿瘍腔は縮小し、アスピレーションキット抜去後も経過良好であり抗菌薬を内服に切り替えた上で退院、外来での通院加療とした。アスピレーションキット挿入時の膿汁から有意菌は培養されなかったが、抗菌薬により改善傾向を認めたことから一般細菌が原因菌であったと推定される。一般細菌による胸壁穿通性の膿瘍は稀であり、文献的考察を加え報告する。

OS15-4

肺癌の脊椎浸潤が疑われた化膿性脊椎炎の一例

- 1) 愛仁会高槻病院 呼吸器内科
- 2) 兵庫県立淡路医療センター

○小濱みずき¹⁾, 奥野 恵子²⁾, 山岡 貴志¹⁾, 藤本 昌大¹⁾,
山田 潤¹⁾, 福井 崇文¹⁾, 梅谷 俊介¹⁾, 中村 美保¹⁾,
上領 博¹⁾, 船田 泰弘¹⁾

【症例】66歳女性【現病歴】X年6月に外傷性頸椎症で他院入院中に蜂窩織炎を併発し抗生剤治療を行われた。7月上旬より腰痛が出現し23日の夕方には歩行困難となり、当院へ救急搬送された。CT画像では右肺上葉に4cm大の腫瘤病変を認め、隣接する縦隔並びにTh5椎体への浸潤を認めた。原発性肺癌とその脊椎浸潤を疑い、Th1-9後方固定術を施行されたが、術中に腫瘍性病変は指摘できず、病理結果からも腫瘍細胞は認められなかった。術中検体の培養より黄色ブドウ球菌が検出されたことから化膿性脊椎炎の診断に至った。【考察】本症例では化膿性脊椎炎であったにもかかわらず、肺内にまでその炎症が波及し、肺癌とその脊椎浸潤が疑われた。溶骨性変化を伴う椎体腫瘍と隣接する肺病変を認めた場合は、悪性腫瘍だけでなく化膿性脊椎炎も鑑別に挙げるべきと考える。【結語】肺癌の椎体浸潤が疑われた化膿性脊椎炎の一例を経験したため報告する。

OS15-6

壊死性筋膜炎を発端としたESBL産生Proteus Mirabilis院内感染肺炎例

宝塚三田病院

○中村 仁

Proteus Mirabilisはヒトの腸管や自然界に広く分布する腸内細菌の一つであり、ヒトにおいては尿路感染症、肺炎などの原因菌となる。本菌は元来、各種抗菌薬に対し感受性であるが、近年ではESBL産生株の分離頻度が上昇し、医療機関においてESBL産生株による院内感染の発生が問題となっている。今回、我々は壊死性筋膜炎を発端とし院内感染を発症したESBL産生P. Mirabilis肺炎を経験した。最初に当院に入院中の63歳女性が壊死性筋膜炎を発症し、細菌検査でESBL産生Proteus Mirabilisを検出した。その後同じフロアに入院中の患者7人に発熱が出現、喀痰よりESBL産生Proteus Mirabilisが検出された。またこのうち3名に胸部X線検査で肺炎像が認められた。各種抗菌薬の投与を行ったが難治性で、高齢患者が多かったこともあり治療に苦慮する症例も見られた。院内感染対策を徹底するなどの工夫が必要と思われた。

OS15-5

Kartagener症候群患者に発症したPasteurella肺炎の一例

- 1) 滋賀医科大学附属病院 呼吸器内科
- 2) 同 感染制御部
- 3) 同 細菌検査室
- 4) 同 保健管理センター

○徳岡 駿一¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 大輪田晴香³⁾, 大岡 彩¹⁾,
平山 陽子¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 河島 暁¹⁾, 松尾裕美子¹⁾,
行村瑠里子¹⁾, 内田 泰樹¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 山口 将史¹⁾,
大澤 真²⁾, 長尾 大志¹⁾, 小川恵美子⁴⁾, 中野 恭幸^{1,2)}

20代、男性。Kartagener症候群、気管支拡張症にてエリスロマイシンの内服を行っている。発熱、黄緑色の喀痰、鼻汁、呼吸困難にて受診。両胸部でsquawkを聴取、血液検査で白血球10,200 / μ L, CRP 4.5 mg/dlと上昇、胸部単純X線画像にて両側下肺野の斑状影と気管支壁の肥厚を認め、肺炎と診断した。喀痰培養にてPasteurella multocida (以下、P. multocida) を検出した。抗生剤治療にて肺炎は改善、再度の喀痰培養ではP. multocidaを認めなかった。P. multocidaは多くの動物の口腔常在菌であり、人畜共通感染症を起こすことが知られている。当患者でも、ペットの猫から感染し、肺炎を発症したと考える

OS16-1

巨大肺のう胞に合併した肺アスペルギルス症の1例

- 1) 国立病院機構神戸医療センター 内科
- 2) 同 呼吸器内科
- 3) 同 呼吸器外科

○大内 愛子¹⁾, 梁川 禎孝¹⁾, 原 夏実²⁾, 土屋 貴昭²⁾,
木村 賢司³⁾

【症例】60歳、男性【主訴】胸部X-P異常【現病歴】高血圧、高尿酸血症で定期通院されていた。胸部XPで右上肺野の索状影が増大したため、当院に紹介受診となった。胸部CTで右上葉に長径11.5cmの巨大肺のう胞と、それに接する辺縁不整な収縮機転を持つ長径1.5cmの結節を認めた。気管支鏡検査は気胸を併発する危険性が高いと判断した。PETで同結節にFDGの集積を認め、CT所見と合わせ肺癌を強く疑った。診断、治療目的で胸腔鏡下右肺上葉切除術を行った。病理所見では放射状に増殖する菌糸を認めアスペルギルス属が推測された。術後、抗真菌剤の投与を6か月間行い、再発を認めていない。【考察】巨大肺のう胞に結節影を合併する場合、肺癌だけでなくアスペルギルス症も念頭に置いて検査、治療を考慮すべきである。

OS16-2

喀痰からシュウ酸カルシウム結晶を検出した肺アスペルギルス症の検討

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○大西 康貴, 中原 保治, 河村 哲治, 佐々木 信, 横井 陽子, 塚本 宏壯, 水守 康之, 三宅 剛平, 勝田 倫子, 鏡 亮吾, 花岡 健司, 加藤 智浩, 東野 幸子, 水野 翔馬, 高橋 清香, 小南 亮太, 平野 克也, 平岡 亮太, 平田 展也, 久米佐知枝

【背景】 喀痰や気管支鏡検査で採取された検体でシュウ酸Ca結晶を検出した場合、肺アスペルギルス症を疑う重要な指標になることが報告されている。【方法】 2015年4月から2018年3月までの間に当院で行った喀痰グラム染色において、シュウ酸Ca結晶を検出した7症例を対象に、患者背景、血液検査、経過などを後方視的に検討した。【結果】 平均年齢は72歳。7例はいずれも慢性進行性肺アスペルギルス症であり、そのうち5例で*Aspergillus.niger* (*A.niger*) が培養された。基礎疾患としては、IIPs: 2例, RA-IP: 1例, NTM感染症: 2例, ステロイド使用歴は4例でみられた。アスペルギルス抗体は全例で陽性、アスペルギルス抗原は4例で陽性であった。7例中4例でシュウ酸Caが*A.niger*の分離培養より早く検出されていた。7例中6例で抗真菌薬 (VRCZ: 5例, ITCZ: 1例) が投与された。【結論】 喀痰でのシュウ酸Ca結晶の検出は肺アスペルギルス症をより早期に疑う指標となり得る。

OS16-4

多発空洞陰影を呈しANCA関連血管炎の増悪との鑑別に苦慮した肺アスペルギルス症の1例

- 1) 洛和会音羽病院
- 2) 洛和会京都呼吸器センター
- 3) 洛和会音羽病院 腎臓内科
- 4) 同 感染症科

○森川 昇¹⁾, 石田 真樹¹⁾, 鈴木 潤¹⁾, 坂口 才¹⁾, 田宮 暢代¹⁾, 土谷美知子¹⁾, 長坂 行雄²⁾, 笠原 優人³⁾, 関 雅之⁴⁾

約1年前に当院腎臓内科でPR3-ANCA陽性、腎生検で半月体形成糸球体病変があることからANCA関連血管炎と診断されステロイド加療が開始されていた。2か月前から胸部CTで多発空洞陰影を指摘されANCA関連血管炎の再燃としてリツキシマブ導入されたが陰影はむしろ悪化傾向にあった。広域抗真菌薬投与で炎症反応は改善したが陰影は残存して当科に紹介となり、気管支鏡検査を施行した。左B1+2からTBLB施行して、Grocott染色で酵母様真菌を認め、クリプトコッカス抗原陽性であることから肺クリプトコッカス症と診断し、FLCZ開始した。免疫抑制患者における呼吸器感染症としてクリプトコッカス症は重要な鑑別ではある。画像所見は境界明瞭な結節影となることが多いが、本症例では多発空洞陰影を呈し、原疾患の悪化との鑑別に苦慮した。治療反応が悪い病変に関して積極的に生検して診断に迫ることは重要であると考えた。

OS16-3

気管支潰瘍を認め抗真菌薬で改善した侵襲性気管気管支アスペルギルス症と考えられる1例

- 1) 大阪はびきの医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 集中治療科
- 3) 千葉大学 真菌医学研究センター

○金井 友宏¹⁾, 鮫島有美子¹⁾, 野田 成美¹⁾, 金成 浩²⁾, 新井 剛¹⁾, 田村香菜子¹⁾, 馬越 泰生¹⁾, 清水 一範²⁾, 柏 庸三²⁾, 森下 裕¹⁾, 矢口 貴志³⁾, 松岡 洋人¹⁾

88歳男性。X年12月29日に咯血で入院。咯血が持続したため第13病日に気管支動脈塞栓術を行い、咯血は消失した。出血源検索のため、第18病日に気管支鏡検査を施行した。肉眼的に多発気管支潰瘍を認め、病理組織検査では好中球浸潤と壊死組織、気管支上皮の欠損などを認めた。培養検査では緑膿菌と*M.intracellulare*, *Aspergillus fumigatus*を認めた。病理学的に非壊死性肉芽腫は認めず、一方、アスペルギルスは病変部の組織培養でのみ検出されたことから、侵襲性気管気管支アスペルギルス症と診断した。抗真菌薬を投与し、第88病日の気管支鏡検査では潰瘍の治癒を認めた。気管支潰瘍の原因として気管支結核の報告は散見されるが、アスペルギルスや非結核性抗酸菌、多発血管炎性肉芽腫症なども原因として報告されている。アスペルギルスによる気管支潰瘍が咯血の原因になったと推察される症例を経験した。

OS16-5

30年前に施行された右上葉切除後の気管支断端縫合糸に*A.flavus*が腐生した1例

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○横井 陽子, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 平野 克也, 小南 亮太, 高橋 清香, 水野 翔馬, 大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾, 勝田 倫子, 三宅 剛平, 塚本 宏壯, 水守 康之, 佐々木 信, 河村 哲治, 中原 保治

62歳男性。30歳時に気管支動脈瘤破裂に対し右上葉切除術を受けていた。術後から半年に一回程度、白色の固形痰を喀出していたが放置していた。近医にて施行された喀痰検査で糸状菌が検出され、当院紹介となった。胸部CTでは明らかな肺野・気道病変を認めなかったが、気管支鏡検査にて右上葉切除断端に白色の壊死性塊状物を認め、アスペルギルスが検出された。その3ヶ月後に白色塊状物を喀出、*A.flavus*と同定された。再度気管支鏡検査を施行、同部位に真菌塊を認めたため、生検鉗子により可能な限り除去したところ、断端に露出したナイロン縫合糸が確認された。以前は肺葉切除術にナイロン糸が使用されていたため、アスペルギルスが腐生したものと思われるが、吸収糸が使用されるようになった現在では稀な合併症と考えられる。若干の文献的考察を合わせ報告する。

OS16-6

ベンラリズムブが奏効したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) の一例

田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○林 優介, 丸毛 聡, 菊池悠次郎, 駒沢 志織,
藤原 健祐, 前谷 知毅, 山田 翔, 宇山 倫弘,
白石 祐介, 伊元 孝光, 北島 尚昌, 井上 大生,
片山 優子, 福井 基成

症例は67歳男性。X年7月、発熱・湿性咳嗽・労作時呼吸困難を認め受診した。喀痰から糸状菌を検出し、アスペルギルスIgG・IgEが陽性で気管支喘息の合併があり、胸部画像上真菌球を疑う陰影を認めたことから、ABPA・慢性肺アスペルギルス症 (CPA) と診断した。吸入ステロイド、イトラコナゾール内服、経口ステロイド薬で治療を行っていたが、胸部画像上、すりガラス陰影の出現・悪化、末梢血好酸球数・炎症反応の上昇を認めたため、精査加療目的にX+1年1月に当科入院となった。気管支鏡検査を行い多数の好酸球を背景に糸状菌を認めた。ステロイド増量によるCPAの悪化を懸念し、ベンラリズムブとカスポファンギンを投与したところ、炎症反応の低下やすりガラス陰影の改善を認めた。本例のようにアスペルギルスによるアレルギーと肺感染症が併存する場合、ベンラリズムブ等の分子標的薬によりステロイド使用を回避しうる可能性があり、考察をふまえて報告する。

OS17-2

呼吸器関連疾患でのArm ergometry でのexhaled gas analysis例

- 1) 橋本市民病院 呼吸器内科
- 2) 同 整形外科
- 3) 同 臨床研修センター
- 4) 和歌山県立医大卒後臨床研修センター
- 5) 橋本市民病院 総合内科
- 6) 同 循環器内科
- 7) 同 外科

○藤田 悦生¹⁾, 林 未統²⁾, 木岡 雅彦²⁾, 峰 巨²⁾,
神藤 一紀²⁾, 山川 量平²⁾, 西上 英樹³⁾, 渡邊 航大³⁾,
濱 裕也⁴⁾, 吉田 菊晃⁴⁾, 田中理夏子⁴⁾, 大野 大地⁵⁾,
青木 達也⁵⁾, 川畑 仁貴⁵⁾, 西願 誠⁵⁾, 小林 克暢⁶⁾,
星屋 博信⁶⁾, 河原 正明¹⁾, 嶋田 浩介⁷⁾, 山本 勝廣⁶⁾

症例1は82歳女性、rt lung tumorにrt pneumoniaを合併し、抗生剤投与 (PIPC, AZM, CAZ) で改善。既往にaccidentでのlt leg amputation術後でrehabilitationにarm ergometryを使用。Exhaled gas analysis (Fitmate[®]) でV_O2 3.2ml/kg/minであった。症例2は87歳女性、lt femoral fractureにaspiration pneumoniaを合併し、手術前後抗生剤投与 (CEZ) で改善。術後でrehabilitationにarm ergometryを使用。Exhaled gas analysisでV_O2 3.8ml/kg/min, ATは3.4ml/kg/minであった。トレッドミル等を使用できない病態においてarm ergometryのrehabilitation導入やexhaled gas analysisはrehabilitationの効果判定に有効と推定された。

OS17-1

寝たきり高齢者の体位の違いが安静時呼気流量制限に及ぼす影響

- 1) 兵庫医科大学ささやま医療センター リハビリテーション室
- 2) 神戸大学大学院保健学研究科
- 3) 甲南女子大学 看護リハビリテーション学部
- 4) 兵庫医科大学 地域総合医療学
- 5) 同 リハビリテーション医学
- 6) 大阪医科大学 看護学部

○松下 和弘^{1,2)}, 野添 匡史³⁾, 松本 匠平¹⁾, 荻野 智之¹⁾,
村上 茂史¹⁾, 坂本 利恵¹⁾, 和田 陽介⁴⁾, 道免 和久⁵⁾,
梅原 健²⁾, 高橋 一輝²⁾, 花家 薫²⁾, 山田 洋二²⁾,
山本 暁生^{2,6)}, 石川 朗²⁾

【目的】本研究は寝たきり高齢者に対して、離床による体位の違いが安静時呼気流量制限 (EFL) に及ぼす影響を検討することを目的とした。【方法】対象は老人保健施設入所中の寝たきり高齢者群7例、肺機能に問題のない健常高齢者群7例。EFLの測定は呼気ガス分析装置を用いて、呼気Flow Volume曲線の下降脚の形状を数値化して示し (Rectangular Area Ratio: RAR)、この値が<0.5となった際にEFLを呈していると判断した。測定体位はベッド上背臥位 (背臥位)、ベッド上チルトアップ30°位 (T-Up30°)、チルトリクライニング車椅子60°位 (TR車椅子60°) とした。【結果】寝たきり高齢者群7例中、EFLを呈したのは背臥位で7例、T-Up30°で5例、TR車椅子60°で3例であった。一方、健常高齢者群では全ての体位でEFLは認めなかった。【考察】寝たきり高齢者ではEFLを呈しやすいが、離床に伴い軽減される可能性がある。

OS17-3

COPD増悪により運動耐容能と栄養状態が障害された患者に対する身体活動性向上への関り

- 1) 国立病院機構南京都病院 看護部
- 2) 大垣市民病院 看護部

○堀 圭一郎¹⁾, 齋藤 修平²⁾

はじめに身体活動性は患者の生命予後に大きく影響する因子であるが、慢性呼吸器疾患患者の呼吸困難は身体活動性を容易に低下させてしまう。本症例も様々な要因から身体活動性が著しく低下していた為、活動量を上げるための介入を行った。症例A氏70歳代男性COPDCOPDの増悪によりTPPV、酸素療法、NGチューブを使用することになった。これにより身体活動性が著しく低下しベッド上での生活となっていた。介入動作方法と休息の指導、また環境調整により徐々に活動量と活動時間を増やしていった。留意点としては呼吸困難の評価と自己効力感を高める関りを行った。結果活動時間は0から60分程度まで増え動作は歩行器を使用して50m程度の歩行が可能となった。また介入前と介入後では動作に関する修正Borg scaleは減少した。

OS17-4

CPAPにより嚥下機能が改善された症例

- 1) 国立病院機構東京都病院 リハビリテーション科
- 2) 同 呼吸器内科 呼吸器センター

○辻中 淳至¹⁾, 坪井 知正²⁾, 田畑 寿子²⁾

誤嚥性肺炎を繰り返していた超高齢のOSAS患者にCPAPを導入することで誤嚥性肺炎が生じなくなった症例を経験したので報告する。OSAS患者が誤嚥性肺炎を発症する機序として、無呼吸からの呼吸再開時に多くが吸気からはじまることや無呼吸中に胃食道逆流が起こり咽頭まで逆流した胃酸を誤嚥することが考えられている。無呼吸後の激しい軀による咽頭粘膜損傷や肥満に伴う求心性知覚神経の鈍麻、加齢による廃用性変化、あるいは上気道閉塞に対抗することで生じる舌・咽喉頭筋の疲労などが関与し嚥下障害を生じている可能性もある。本症例では、ディサースリア検査および舌圧計測により嚥下機能評価を行い、CPAP導入前には低下していた口腔構音機能や筋力が回復し、舌圧も11 kPaから18.5 kPa前後に上昇していた。OSAに伴う舌・咽喉頭筋の機能がCPAPにより改善した可能性が示唆される。

OS17-5

ネーザルハイフロー併用呼吸リハビリテーションが運動耐用能改善に有効であった2例

国立病院機構東京都病院 呼吸器センター

○荻原 雄一, 田畑 寿子, 酒井 茂樹, 橘 洋正, 角 謙介, 小栗 晋, 水口 正義, 佐藤 敦夫, 坪井 知正

症例1は70歳代男性で基礎疾患は慢性閉塞性肺疾患(COPD)、長期酸素療法(LTOT)安静時・労作時5L/min経鼻カニューレ投与を受けていた。ADLが著しく低下したため呼吸リハビリテーション目的に入院となった。酸素流量を6L/minに増やし定常負荷試験を施行したが呼吸困難感が強くネーザルハイフロー(HFNC)100% 50L/minに変更し施行したところ637秒→2035秒に持続時間が延長した。HFNC 100% 50L/minで自転車エルゴメーターによる呼吸リハビリテーションを4週間施行した結果、6分間歩行距離が175m→293mに延長した。症例2は70歳代女性で基礎疾患は特発性肺線維症、LTOT安静時・労作時2L/min経鼻カニューレ投与を受けていた。呼吸リハビリテーションをHFNC 100% 50L/minで4週間施行した結果、6分間歩行距離が201m→419mに延長した。LTOT中慢性呼吸不全におけるネーザルハイフロー併用リハビリテーションは、運動耐用能を改善させる可能性がある。

OS18-1

東京都病院における結核支援～外来DOTSの報告～

国立病院機構東京都病院 看護部

○松原美由紀, 槇原亜希子, 岩本 卓也, 濱村 恵子

当院では、平成18年より抗結核薬内服をしている当院外来通院中の患者に対し、病棟看護師が外来へ出向き外来DOTSを実施している。平成30年の年間外来DOTSの件数は626件(のべ患者数97名)と年々増加している。外来DOTSでは、受診時に内服空ヒートを持参してもらい服薬確認や副作用の観察、生活状況の把握を行っている。服薬中断や薬剤の副作用対策・患者の生活状況など問題があれば、主治医・薬剤師と連携。また地域DOTSの一環として保健師とも連携し、患者の服薬完遂のため地域を含めた医療チームで支援を行って来た。その結果平成30年の外来DOTS患者は脱落者はおらず、皆服薬完遂できた。今後の課題は以下の3点「保健所との積極的な連携の継続」「結核看護の専門性を持った看護師の育成」「外来DOTS患者が内服を継続できる理由を明らかにする」である。

OS18-2

気管カニューレ事故抜去予防に向けての取り組み

- 1) 国立病院機構東京都病院 看護部
- 2) 同 小児科
- 3) 同 院長

○寺倉 智子¹⁾, 坂和 真¹⁾, 杉田 暁子¹⁾, 西田 憲二¹⁾, 徳永 修²⁾, 坪井 知正³⁾

当院では、人工呼吸器を1日平均約60名が使用している。重症心身障害児(者)の入院病棟では、気管カニューレの事故抜去が発生していた。夜間休日は、医師は当直体制のため、病棟に駆けつけるまでに5分以上要する。医療安全管理委員会で検討し、院内で事故抜去の発生が減少する環境づくりを行うとともに、発生時に安全な対応を行うことが重要であると考え、事故抜去予防についての取り組みを始めた。発生要因を分析すると看護ケア時に多く発生しており、気管カニューレを保持せず更衣や体位変換を実施した等の要因が考えられた。そこで、呼吸療法認定士を中心とした呼吸ケアリンクナース会で勉強会を開催、内容をリンクナースが各病棟で伝達し、病棟ラウンドを実施した。更に、事故抜去時に適切に対応ができるよう医師と協力し、勉強会を開催した。結果、看護ケア時の事故抜去が減少しインシデント発生件数が35%減少したので報告する。

OS18-3

人工呼吸器下神経筋疾患患者におけるPETCO₂測定の有用性

- 1) 国立病院機構南京都病院 臨床工学会
- 2) 同 呼吸器センター
- 3) 同 院長

○牟田 直史¹⁾, 白井 亮一¹⁾, 荏原 雄一²⁾, 角 謙介²⁾, 坪井 知正³⁾

【背景】人工呼吸器下患者の換気状態評価は動脈血液ガスをもとに行われることが多いが、侵襲的検査の連続的に実施することが困難である。当院では神経筋疾患による人工呼吸器装着患者を対象に呼気終末二酸化炭素分圧（PETCO₂）測定を実施しており患者の病態悪化とPETCO₂との相関について報告する。【方法】患者は80代女性・基礎疾患は多系統萎縮症で気管切開下人工呼吸管理中であった。PETCO₂・1回換気量・呼吸回数等を記録し肺炎罹患前後で比較した。【結果】肺炎発症前のPETCO₂は平均40mmHg、平均呼吸回数17回/分、平均1回換気量250mlであったのに対し、発症時は平均PETCO₂が50mmHg、最高56mmHgに上昇した。また平均呼吸回数が20回/分に上昇、平均1回換気量は220mmHgへ低下した。【結語】PETCO₂は非侵襲・連続的に患者の状態を把握する事が出来、対象患者独自の平均値を把握していれば、それを参考に病態の変化を早期に察知する事が可能である。

OS18-5

当院における慢性呼吸器疾患患者への吸入指導内容の共有化

- 1) 国立病院機構南京都病院 薬剤部
- 2) 同 呼吸器科

○脇 啓子¹⁾, 桑原明日香¹⁾, 覺野 律¹⁾, 角 謙介²⁾

【目的】当院では多数の慢性呼吸器疾患患者が吸入薬を使用している。しかし、高齢の患者が多い点、患者個々の症状・吸入力の違いがある等、指導の評価が困難となっている。また現在の薬剤師による吸入指導は、一方的で医師や他職種への情報提供も不十分である。そこで患者の吸入力及び吸入手技を客観的に評価し、多職種で共有することを目的に新しい指導ツールを作成し業務手順の見直しを行ったので報告する。【方法】関連する職種で共有できるよう、電子カルテ内に吸入指導の予約枠を設け、主治医に吸入指導予約を依頼した。また、医師、他職種と協議し新たな「吸入指導報告書」及び「報告書確認連絡書」のテンプレートを作成した。【結果/考察】新しいツールを用い薬剤師が客観的評価を行い、多職種への共有化が可能となった。その内容を多職種で共有することは、呼吸リハビリテーションのチーム医療を行う上で有用であると考えられる。

OS18-4

間質性肺炎患者の労作時の呼吸困難を軽減するための介入について

国立病院機構南京都病院 看護部

○伊藤 典子

間質性肺炎の患者は、労作と酸素供給の均衡が崩れることにより低酸素血症や呼吸困難の増悪を招くとされている。本症例でも前述の現象が認められたため、心負荷や呼吸困難を軽減すべく状況に合わせて休憩を挟む動き方を指導した。

症例 A氏70歳代女性、非特異性間質性肺炎High flow therapy 30L/分 FIO₂60%～80%ベッド周囲での活動は近位監視で可能だが、速い動作でdesaturationと呼吸困難を認めた。

結果 呼吸状態を観察しながら声かけと看護援助を行った。患者自身の判断で動いたときと比較し介入時は呼吸困難や努力呼吸は軽度であったが、その後患者が自ら動くとき動作の是正には至らなかった。

考察 労作時のdesaturationや呼吸困難の軽減が認められたため、休憩を促す声かけは有効であったと考える。しかし、一回の指導では動作の是正に至らなかったことから動作方法指導はより早期から継続的に行うことが呼吸困難の軽減に必要だと考える。

OS18-6

三学会合同呼吸療法認定士の資格取得サポートに取り組んで

- 1) 石鎚会田辺中央病院 臨床工学科
- 2) 同 看護部

○松村信之介¹⁾, 森川 咲那¹⁾, 中村 竜太¹⁾, 田中 鮎美²⁾

【背景】当院RST委員会では臨床工学技士が主導となり、三学会合同呼吸療法認定士（以下認定士）の資格取得をサポートする講習会を2017年より実施している。2回の試験を終え、PT、NS、CEが受講し、延べ8名の認定士誕生に寄与する事ができた。開講より3回目の試験を迎えるにあたり、講習会の在り方について評価したため報告をする。【方法】講習会終了後のアンケート結果から参加者の満足度を評価し、実際に学習のサポートが出来ていたかを考察する。【結果・まとめ】アンケート結果から机上の学習だけよりも、各専門職種による実機や物品を用いた講義はテキストと臨床現場がリンクし、理解が深まったとの意見があり、呼吸療法に対する意識や意欲の向上、試験学習のサポートができたと言える。しかし、欠席時のサポートと不合格者へのサポートが不十分であった点を指摘する意見があり、次回の課題が見えた。今後も取り組みを継続させていきたい。

OS19-1

インフルエンザB感染加療後、肺胞洗浄液RT-PCR検査により診断された重症インフルエンザ肺炎の1例

- 1) 和泉市立総合医療センター
- 2) 大阪市立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学教室

○小林 真兎¹⁾, 上田 隆博¹⁾, 宮本 篤志²⁾, 上西 力¹⁾, 古瀬 秀明¹⁾, 中辻 優子¹⁾, 柳生 恭子¹⁾, 松下 晴彦¹⁾

インフルエンザ感染は、抗インフルエンザ薬を投与する事により有病期間の短縮が期待でき、通常は1週間程度で治癒する。しかし、免疫不全患者において、重症化し再燃した例が報告されている。我々は、インフルエンザB感染治療後に、再燃したと考えられる重症インフルエンザ肺炎例を経験した。症例は64歳男性。全身倦怠感と発熱を訴え、当院を受診した。インフルエンザ簡易検査と胸部CT画像での斑状のすりガラス陰影によりインフルエンザ肺炎と診断し、Peramivir投与を行い軽快退院した。退院後、患者は咯血を訴え再診し、胸部CT検査で両側肺野のすりガラス陰影の増強が認められた。気管支肺胞洗浄液は血性であったためsteroid pulse療法を開始し、後日RT-PCR検査でインフルエンザB陽性が証明され同ウイルスによる再燃例と診断した。免疫不全患者においては、インフルエンザ治療終了後も肺胞内にはウイルスが残存している可能性があり注意が必要である。

OS19-3

インフルエンザ院内アウトブレイク対策

- 1) 公立学校共済組合近畿中央病院 呼吸器内科
- 2) 同 看護部
- 3) 同 細菌検査科
- 4) 同 臨床検査部

○山口 統彦¹⁾, 酒井 俊輔¹⁾, 長 彰翁¹⁾, 葉山 善友¹⁾, 上野 一枝²⁾, 地森 絢子³⁾, 桑名 良和³⁾, 佐々木信治⁴⁾, 合屋 将¹⁾

(はじめに) 当施設では例年同疾患のアウトブレイクが生じ診療体制に多大な影響を与えたため、その対応を検討した。(方法) 2015年度から2018年度のインフルエンザ院内アウトブレイク(以下アウトブレイク)の予防、早期収束について検討した。(結果) 面会制限ではアウトブレイクは予防できなかった。スタッフの広範な予防内服はアウトブレイクの予防効果があった。アウトブレイク発生時にはスタッフ予防内服よりも当該病棟患者全員の予防内服が早期収束に有効であった。大量の抗インフルエンザ薬を病院側負担で処方しても、入院収入の減少を回避できて良好な費用対効果を示した。(考察) インフルエンザ流行時に感染経路を特定しての狭い範囲での予防内服対策は無効な場合が多く、感染が拡大して医療機関の機能低下を招いた。流行初期から広範な予防内服が有効であったが、大量の予防内服での健康被害対策や薬剤耐性化についての現場向けの指針が望まれる。

OS19-2

2018-2019シーズン インフルエンザウイルス感染対策を振り返る

- 1) 国立病院機構京都病院 看護部
- 2) 同 呼吸器センター
- 3) 同 小児科
- 4) 同 脳神経内科

○宮川 英和¹⁾, 坪井 知正²⁾, 徳永 修³⁾, 佐藤 敦夫²⁾, 小栗 晋²⁾, 竹内 啓喜⁴⁾, 荏原 雄一²⁾, 下門すみえ¹⁾, 寺倉 智子¹⁾

当施設は主に慢性期疾患を対象とする病院である。易感染状態の患者も多くインフルエンザウイルスに対しても慎重に感染対策を行ってきた。当院は2016-2017年のシーズンに、インフルエンザウイルスによるアウトブレイクを経験した。これを機に職員の就業前健康状態の把握、面会制限と必要面会者に対する健康状態確認、マスク着用、手指消毒の励行や、インフルエンザ発生時対応表を作成し院内研修にて全職員に周知した。これらの感染対策強化により、2017-2018シーズンはインフルエンザウイルス院内感染患者を2名に抑えることが出来た。しかし2018-2019シーズンは、インフルエンザウイルス迅速検査タイミング基準や入院患者の健康状態事前確認など更に感染対策強化を図ったが、重症心身障害児(者)病棟にてインフルエンザウイルスがアウトブレイクした。今回アウトブレイク事例を報告すると共に、当院のインフルエンザウイルス感染対策を振り返る。

OS19-4

当院におけるインフルエンザ診療及び、抗インフルエンザ薬の効果

- 1) 高槻赤十字病院 呼吸器センター
- 2) 同 感染対策室

○後藤 健一^{1,2)}, 鳳山 絢乃¹⁾, 野溝 岳¹⁾, 長谷川浩一¹⁾, 深田 寛子¹⁾, 中村 保清¹⁾, 康あんよん¹⁾, 菅 理晴¹⁾, 千葉 渉¹⁾, 北 英夫¹⁾, 松下めぐみ^{1,2)}

【目的, 方法】2016年11月から2019年3月31日までに、当院でインフルエンザ診療を行った症例についてカルテ上から後ろ向きに情報を採取した。【結果】1387例(2016/17(シーズン)427例, 2017/18:511例, 2018/19:449例, A型946例, B型248例, 不明193例, 予防投薬21例)であった。入院症例は189例(2016/17:59例, 2017/18:54例, 2018/19:76例)で、年齢中央値は79歳、タミフル51例、ラピアクタ94例、リレンザ2例、イナビル5例、ゾフルーザ34例、不使用2例、死亡例は17例であった。2018/19の抗菌薬不使用例(36例)では、ゾフルーザ投与18例は他剤と解熱期間で差を認めず、14日以上入院が多かった(尤度比4.83, p=0.028)。院内発生数は2016/17が多かった(尤度比9.60, p=0.0082)。【結論】ゾフルーザ投与による解熱、入院期間の短縮や、院内発生数の減少は確認できなかった。

OS19-5

パロキサビルマルボキシル錠によるアナフィラキシーと考えられた1例

- 1) 淀川キリスト教病院 呼吸器内科
2) 大阪市立十三市民病院

○覺野 重毅¹⁾, 引石 惇仁²⁾, 島津 葉月¹⁾, 澤 信彦¹⁾, 川井 隆広¹⁾, 小原 由子¹⁾, 吉田 也恵¹⁾, 西島 正剛¹⁾, 大谷賢一郎¹⁾, 紙森 隆雄¹⁾, 藤原 寛¹⁾

【症例】41歳女性【主訴】呼吸困難【既往歴】気管支喘息、運動誘発性アナフィラキシー【アレルギー歴】甲殻類、小麦【薬剤歴】ICS/LABA、モンテルカスト【現病歴】受診4日前より感冒症状を自覚。当院受診当日に近医で、インフルエンザA型と診断。パロキサビルマルボキシル錠を処方され、自宅で内服。内服後30分で冷汗、呼吸困難が出現し、救急要請。来院時にはsilent chestで、15L酸素投与でSpO₂ 70%と著明な低酸素を認めており、挿管管理となった。皮膚紅斑があり、薬剤性アナフィラキシーとして、アドレナリン 0.3mg皮下注射、ベタメタゾン投与し、同日ICU入室。呼吸状態はすみやか改善し、第2病日には抜管、第4病日に退院した。【考察】パロキサビルマルボキシル錠は2018年3月に薬価収載された新規の抗インフルエンザ薬であり、処方も増加している。新規薬剤のアレルギー反応には注意が必要であり、同薬剤によるアナフィラキシーと考えられたため報告する。

OS20-2

当院における悪性胸膜中皮腫に対するニボルマブの使用経験

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○中井恵里佳, 青柳 貴之, 岡崎 航也, 大木元達也, 石川 遼一, 西 健太, 水谷 萌, 多木 誠人, 中川 和彦, 森田 恭平, 黄 文禧, 吉村 千恵, 西坂 泰夫

【背景】悪性胸膜中皮腫は予後不良の疾患であり、二次治療として確立されたものはなかったが、2018年8月より本邦でもNivolumabが使用可能となった。【目的・方法】当院にて治療例も含め2019年3月までに、悪性胸膜中皮腫に対しNivolumabを導入した症例について、患者背景、効果等について電子カルテを用いて後方視的に調査した。【結果】5例の患者でNivolumabを使用し、3例が上皮型、2例が二相型であった。全例に前治療としてCBDCA+PEM投与歴があり、5例中4例がPS3であった。奏効率は0%でSDが二相型の1例、PDが4例であった。【考察】当院ではPS不良例が多いためか既報と比較して奏効は得られていなかった。SDで経過した1例は二相型であったが、非上皮型ではPD-L1発現が上皮型より高いとされており、奏効がより期待できると考えられる。

OS20-1

免疫抑制剤投与中の膠原病肺患者に発症した続発性気胸に対して50%ブドウ糖液での胸膜癒着術が奏功した1例

- 1) 兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科
2) 同 膠原病リウマチ内科
3) 同 呼吸器外科

○岡崎 航也¹⁾, 片岡 裕貴¹⁾, 松本 啓孝¹⁾, 和田 伸子¹⁾, 平林 正孝¹⁾, 西坂 一馬²⁾, 阿部 京介²⁾, 蔭山 豪一²⁾, 武智 浩子³⁾

【症例】74歳男性【主訴】呼吸困難【経過】2か月前に抗MDA抗体陽性CADMに伴う膠原病肺と診断され、当院へ通院していた。来院日からの呼吸困難のため救急搬送となり、間質性肺炎急性増悪の診断で入院となった。高用量プレドニゾン、シクロフォスファミド、タクロリムスでの薬物治療により呼吸状態は改善したが、入院6週間後に右気胸を発症した。胸腔ドレナージを開始したがエアリークは持続し、手術困難のため胸膜癒着術を開始した。自己血での胸膜癒着術は奏功せず、50%ブドウ糖液で行ったところ、吸気時のエアリークは消失した。呼気時のエアリークは持続したため、ミノサイクリン、OK-432で行ったが奏功しなかった。再度50%ブドウ糖液で施行したところ、エアリークは完全消失した。ドレーン抜去後も気胸の再燃は認めず退院となった。【考察】高度免疫抑制下の患者の続発性気胸に対しては50%ブドウ糖液での胸膜癒着術が奏功する可能性がある。

OS20-3

神経線維腫症1型に合併した巨大縦隔腫瘍に対する1剖検例

- 1) 兵庫医科大学病院 内科学講座呼吸器科
2) 同 病院病理部病理診断科

○中島 康博¹⁾, 栗林 康造¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 亀井 貴雄¹⁾, 多田 陽郎¹⁾, 石垣 裕敏¹⁾, 柘木 芳樹¹⁾, 二木麻衣子¹⁾, 柴田 英輔¹⁾, 三上 浩司¹⁾, 南 俊行¹⁾, 高橋 良¹⁾, 横井 崇¹⁾, 木島 貴志¹⁾, 石川 恵理²⁾, 松田 育雄²⁾, 廣田 誠一²⁾

症例は31歳男性。近医にて神経線維腫症1型に対し通院治療中、X-1年の夏頃より嘔声を生じ、X年1月に発熱と咳嗽を認め近医受診。胸部単純レントゲン写真にて胸部異常陰影を認め、同年2月25日に当院呼吸器外科受診。胸部単純CT上、右上縦隔に巨大な腫瘍を認め、これにより上大静脈は右側へ偏移し、気管と食道の圧排を認めた。また右肺内に腫瘍を認め、肺転移の疑いがあった。外科的治療困難と判断され3月5日当科紹介。気管支鏡検査予定であったが、同月16日に呼吸困難にて当院受診し緊急入院。胸部単純レントゲン上、明らかな腫瘍の増大を認め、気管の圧排強く気管支鏡検査を断念。緩和治療を施行し4月3日に死亡退院となった。臨床上、悪性神経鞘腫を強く疑ったが確定診断のため、同日に病理解剖を施行した。神経線維腫症1型では悪性神経鞘腫を初めとした悪性腫瘍の合併頻度が高いことが知られており、文献的考察、病理所見を加え報告する。

OS20-4

胸部CTで内部不均一を停止，多発肺転移を認めたtype A浸潤性胸腺腫の一例

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

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

症例は69歳の男性。検診発見の右肺門部異常影にて当科初診となった。CT所見では右前縦隔に長径6.2cmの辺縁分葉状の腫瘤で，造影にて内部不均一を呈し，両肺に多発小結節を認めた。画像的には悪性度の高い浸潤性胸腺腫もしくは胸腺癌を疑い，CTガイド下経皮生検を施行したところ，病理診断はtype A胸腺腫であった。正岡分IVb期の浸潤性胸腺腫として胸腺腫及び胸膜播種・多発肺転移巣の摘出を行ったところ，病理所見はいずれもtype A胸腺腫であった。病理所見に似合わない画像所見を呈した症例として報告する。

OS20-5

月経周期に気胸を繰り返したリンパ脈管筋腫症の1例

大阪市立総合医療センター 呼吸器内科

○松本真由子，三木 雄三，西村美沙子，杉山由香里，住谷 充弘，少路 誠一

症例46歳女性。喫煙歴なし，家族歴特記なし。子宮内膜症・卵巣嚢腫の術前CTにて右気胸を認め，精査加療目的に当科へ紹介。胸部CT上では薄壁を有する数mm大の嚢胞を肺野に数個認めていた。月経時に発症していたこともあり，月経随伴性気胸の可能性が考えられたが胸腔ドレナージのみで軽快退院となった。その後も毎月計3回の月経周期での気胸を発症し，3回目の発症時に呼吸器外科で手術加療が行われた。胸腔鏡所見では胸腔内に異所性子宮内膜を疑う所見を認めず，右S6にbullaの破裂を認めており，同部を切除し軽快。切除病理標本では楕円形核をもつ紡錘形細胞が増生しており，免疫染色にてHMB45・ α -SMA陽性でありリンパ脈管筋腫症（LAM）と診断した。病歴や基礎疾患からは異所性子宮内膜症からの月経随伴性気胸を考慮し，画像上でも積極的にLAMを考慮していなかったが，手術で診断を得たLAMの1例である。本症例について文献的考察も加え報告する。

OS20-6

拡大胸腺摘出術後に両側気胸を発症した1例

医仁会武田総合病院 呼吸器内科

○首藤 紗希，仲 恵，小西智沙都，前川 晃一

症例は48歳男性。重症筋無力症合併胸腺腫に対してX-13年に拡大胸腺摘出術を施行した既往がある。X-4年に両側軽度気胸があり，経過観察のみで改善した。今回，X年6月に胸痛と咳嗽を主訴に当科外来を受診した。SpO2 91%で，胸部レントゲン・CT検査にて両側に中等度気胸を認めたため，両側胸腔ドレーンを挿入した。再発，両側性であり手術適応と判断し，呼吸器外科にて第2病日に胸腔鏡下両側肺部分切除術が施行された。術中に，過去の拡大胸腺摘出術に伴う両側胸腔の交通が確認され，片側肺瘻が両側気胸に進展した可能性も考えられた。経過は良好であり，第3病日に左，第4病日に右胸腔ドレーンを抜去し，第8病日に退院された。拡大胸腺摘出術の既往がある場合，既報より両側緊張性気胸を発症するリスクもあり注意が必要である。若干の考察を加え報告する。

OS21-1

扁桃転移をきたしPembrolizumabが著効した大細胞神経内分泌癌の一例

大津赤十字病院 呼吸器科

○高橋 珠紀，濱田健太郎，大崎 恵，小島 彩加，郷田 康文，嶋 一樹，八木 由生，伏屋 芳紀，西岡 慶善，庄司 剛，片倉 浩理，酒井 直樹

【症例】69歳男性【主訴】咽頭痛【病歴および経過】X-1年2月，右上葉結節影に対して右上葉切除術を施行し大細胞神経内分泌癌pT1bNOM0stageIA2と診断された。経過観察中のX-1年7月に右頸部リンパ節に転移再発をきたし，CDDP+CPT-11による化学療法を行いPRとなった。X年4月に咽頭痛が出現し，扁桃腫大を認め，扁桃生検を行い大細胞神経内分泌癌を検出，扁桃転移と診断した。PD-L1が65%と高発現であったことからPembrolizumabの投与を開始，速やかにCRに至った。【考察】扁桃転移は稀な転移だが肉眼で確認でき，生検も直視下に可能である。扁桃転移をきたした症例の予後は不良とされているが，本症例ではPembrolizumabが著効した。大細胞神経内分泌癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の効果についてはまだ十分な検討はなされていないが，少数例では比較的有用とする報告もあり，特にPD-L1高発現の場合には積極的に使用を検討するべきである。

OS21-2

ペムブロリズマブで副腎不全を発症した非小細胞肺癌の2症例

明石医療センター 呼吸器内科

○藤本 昌大, 島山由記久, 高宮 麗, 川口 亜記,
池田 美穂, 二ノ丸 平, 岡村佳代子, 島田天美子,
吉村 将, 大西 尚

【症例1】66歳男性. 非小細胞肺癌 (cT4N2M0, PD-L1 TPS:80%) に対して1stlineとしてX-1年11月にペムブロリズマブを開始した. X年2月5コース終了後に発熱, 意識障害, 血圧低下が遷延した. 血中ACTHとコルチゾールの低下を認め副腎不全と診断し, ヒドロコルチゾン内服により改善した.

【症例2】81歳男性. 非小細胞肺癌 (cT3N3M0, PD-L1 TPS:85%) に対して1stlineとしてX年3月にペムブロリズマブを開始したが, 薬剤性肺炎のためX年4月に2コースでペムブロリズマブを中止した. X年11月より2ndlineとしてドセタキセル治療後に全身倦怠感が遷延し非血液毒性G3と判断し1コースで中止した. 経過中に血中ACTHとコルチゾールの低下を認め副腎不全と診断し, ヒドロコルチゾン内服により改善した.

【結論】当院で2例のペムブロリズマブによる副腎不全を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する.

OS21-4

ペムブロリズマブによる発熱性好中球減少症を来した一例

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

○野村 萌, 宮崎 慶宗, 野田 彰大, 佐藤 竜一,
佐渡 紀克, 齊藤 隆一, 東 正徳, 上田 哲也,
長谷川吉則

症例は64歳男性. 腰痛と両下肢の痺れが出現し, 増悪したため当院整形外科を受診. 腰椎MRI画像にてL2領域の骨転移像, 胸部CT画像にて右下葉の腫瘍影を認めたため当科紹介となる. 精査の結果, 右下葉原発肺腺癌cT3N1M1b, Stage4Aと診断した. PD-L1が90-100%と高発現であったため, 1stlineとしてペムブロリズマブを導入した. day9に好中球44/ μ lの著明な好中球減少と発熱を認め, 発熱性好中球減少症と判断. G-CSF製剤と抗生剤の投与を行い, 改善を認めた. 3コース投与後の治療効果判定の胸部CT画像で腫瘍の縮小を認めており, 奏効と判断した. ペムブロリズマブの副作用として好中球減少は0.3~0.6%程度とされ非常に稀であることから, 若干の文献的考察を交えて報告する.

OS21-3

ペムブロリズマブをirAEで中止後無治療で長期CRを維持している肺腺癌の1例

1) 兵庫医科大学 内科学講座呼吸器科
2) 同 胸部腫瘍学特定講座

○柴田 英輔¹⁾, 横井 崇^{1,2)}, 亀井 貴雄¹⁾, 東山 友樹¹⁾,
多田 陽郎¹⁾, 石垣 裕敏¹⁾, 柘木 芳樹¹⁾, 中島 康博¹⁾,
二木麻衣子^{1,2)}, 三上 浩司¹⁾, 南 俊行¹⁾, 高橋 良¹⁾,
栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

【背景】2016年12月よりPD-L1陽性の非小細胞肺癌に対してペムブロリズマブが使用可能となり, その後PD-L1発現にかかわらず初回治療にも適応拡大されている. 今回, ペムブロリズマブ単剤1コース投与後irAE中止となり, その後無治療にてCRを維持している肺腺癌の1例を経験したので報告する. 【症例】51歳男性. X年8月に肺腺癌 (PD-L1 TPS 100%) と診断され, 同年9月より初回治療としてペムブロリズマブ投与を開始. 1コース目投与2週後, Grade1の肺臓炎を発症. 更にその2週後にGrade4の肝障害, Grade3の腎障害, Grade2の発熱, 皮疹を認めた. いずれもirAEと判断したが, ペムブロリズマブ投与中止のみで改善. また, 投与2週後から腫瘍は縮小傾向を示し, 投与8週後のPETでFDG集積は消失しCRと判断. 無治療経過観察中であるが, X+2年4月の時点でCRを維持している. 【結語】ペムブロリズマブ1コース投与後, irAEを認めた後, 長期に腫瘍制御されている症例を経験した.

OS21-5

CBDCa+nab-PTX+Pembrolizumabによる治療中, irAEと考えられる臀部痛が出現した肺扁平上皮癌の1例

1) 兵庫医科大学 内科学講座呼吸器科
2) 同 胸部腫瘍学特定講座

○柘木 芳樹¹⁾, 横井 崇^{1,2)}, 二木麻衣子^{1,2)},
東山 友樹¹⁾, 亀井 貴雄¹⁾, 多田 陽郎¹⁾, 石垣 裕敏¹⁾,
中島 康博¹⁾, 柴田 英輔¹⁾, 三上 浩司¹⁾, 南 俊行¹⁾,
高橋 良¹⁾, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

【症例】74歳, 女性. 近医にて右肺尖部肺癌疑いを指摘され, 201X年12月3日に当科紹介初診となり, 精査にて肺扁平上皮癌 (PD-L1 TPS<1%) cT4N1M1c (BRA) stageIVbと診断した. 201X+1年2月5日よりCBDCa+nab-PTX+Pembrolizumab投与を開始し, 1コース目は特記すべき有害事象なく経過したが, 2コース目の経過中に臀部痛が出現し, セレコキシブやデュロキセチン, プレガバリン等を投与するも効果乏しく, 疼痛は急激に増悪し, 座位保持や歩行が困難となった. 脊椎MRIにて圧迫骨折等の整形疾患は否定的も, 仙骨 (S2) に骨髄浮腫像を認めたため, PembrolizumabによるirAEを疑い, PSL (40mg/日) を開始したところ, 投与当日より疼痛は著明に改善した. 【考察】当初PMRやRS3PEを疑い精査するも, いずれも診断基準は満たさなかった. しかし, PSLが著効しており何らかの免疫学的機序に伴う臀部痛と考える. 本症例に類する報告は乏しく, 鑑別疾患等, 文献的考察を含め報告する.

OS21-6

当院で経験したdurvalumab使用後に生じた有害事象に関する考察

- 1) 国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科
- 2) 京都大学医学部 呼吸器疾患創薬講座

○藤田 浩平¹⁾, 山本 佑樹²⁾, 金井 修¹⁾, 岡村 美里¹⁾, 中谷 光一¹⁾, 三尾 直士¹⁾

【背景】2018年8月より局所進行非小細胞肺癌に対する化学放射線療法後の維持療法としてdurvalumabが承認されたが、実地臨床での使用経験はまだ浅い。【対象】2018年9月から2019年3月までに当院でdurvalumabによる維持療法を受けた非小細胞肺癌患者を対象に、有害事象を調査した。【結果】合計15名がdurvalumabの投与を受けた。12名(80%)にgrade 2以上の有害事象を認めた。その内、7名(46.7%)は間質性肺炎(放射線肺臓炎)、3名(20%)は皮疹、1名(6.7%)は肝機能異常と感染症(带状疱疹)であった。間質性肺炎は放射線肺臓炎の悪化かirAEとしての間質性肺炎の出現かを厳密に鑑別するのは困難であった。3名(20%)に重篤(CTCAG G3≤)な有害事象を認め、それぞれ間質性肺炎、肺膿瘍、肝機能異常であった。【結論】当院の使用経験では80%以上の患者にG2≤の有害事象が生じており、とりわけ間質性肺炎の出現率は46.7%と臨床試験時(30%程度)より高く、注意が必要である。

OS21-8

デュルバルマブ使用中に転倒、肺炎など体調不良で間質性肺炎を発症した術後再発非小細胞肺癌患者について

- 1) 大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 放射線治療科

○内田 純二¹⁾, 谷崎 智史¹⁾, 柳瀬 隆文¹⁾, 九野 貴華¹⁾, 松本錦之介¹⁾, 田中 智¹⁾, 新津 敬之¹⁾, 玄山 宗到¹⁾, 上野 清伸¹⁾, 島本 茂利²⁾

患者は69歳男性で2年前に右上葉肺腺癌(T2aN0M0)上葉切除後、縦隔リンパ節再発でTxN3M0相当と診断された。根治的同時放射線化学療法を施行され、効果CR、放射線肺障害は認めず、治療開始後day90にデュルバルマブを投与開始された。day133転倒、day143甲状腺機能低下顕在化、day179からday189右下葉細菌性肺炎の対応で休業しながらもデュルバルマブ治療継続していた。day300に転倒で骨盤骨折し近医整形外科入院したが喀痰増加、酸素低下してday314近医退院、当院緊急入院となった。左肺の細菌性肺炎として抗菌薬投与し、喀痰は減少したが肺炎像改善なく酸素低下継続のため気管支鏡施行しOPパターンの間質性肺炎と診断し、ステロイド投与開始した。肺陰影と酸素低下の改善、甲状腺機能の回復認めた。免疫チェックポイント阻害剤投与の適用を考える上で参考になる症例を経験した。

OS21-7

デュルバルマブが原因と考えられた免疫性血小板減少性紫斑病を来した一例

- 1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科
- 2) 同 リウマチ・膠原病内科

○山本 賢¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 石田 貢一¹⁾, 矢谷 敦彦¹⁾, 岩田 帆波¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 前田 拓郎²⁾, 山根 隆志²⁾, 西馬 照明¹⁾

症例は78歳男性。息切れを主訴に近医を受診。胸部CTで異常陰影を指摘され当科に紹介となった。精査の結果、右肺下葉原発肺扁平上皮癌 cT1cN2M0 stageIIIaとなり、放射線化学同時併用療法(RT 60Gy/30Fr, CBDCA+weekly PTX 6コース)を施行した。放射線治療終了後23日目よりデュルバルマブ10mg/kgを開始した(開始時血小板 $10.8 \times 10^4/\mu\text{L}$)。8コース目(開始時血小板 $7.3 \times 10^4/\mu\text{L}$) Day5より、口腔内出血や下腿点状出血が出現し、Day6に当院救急外来を受診、血小板 $0 \times 10^4/\mu\text{L}$ と判明し緊急入院となった。後日、血小板抗体陽性が判明した。ステロイドパルス療法と免疫グロブリン療法を施行し、血小板は増加傾向を認めステロイドは漸減可能となり、 $10 \times 10^4/\mu\text{L}$ 以上を維持している。免疫チェックポイント阻害薬に伴う免疫性血小板減少性紫斑病を経験したのでこれを報告する。

OS22-1

乳房転移を合併した肺内に原発巣のないALK陽性非小細胞肺癌の症例

彦根市立病院 呼吸器内科

○岡本 菜摘, 奥野 雄大, 渡邊 勇夫, 林 栄一, 月野 光博

85歳女性。X-1年12月、頸部リンパ節腫大を主訴に前医受診、生検組織でadenocarcinomaと診断。TTF-1, Napsin A陽性より肺由来と診断されたが肺に腫瘍は認めなかった。頸部リンパ節に対して姑息的放射線治療を受けた後、BSCとなった。しかし乳房腫瘍が出現、患者が治療を希望し、X年10月当科紹介された。当科初診時から乳房転移、頸部リンパ節転移を認めたが肺に腫瘍を認めなかった。頸部リンパ節組織でALK-FISH, IHC陽性と判明しcTON3M1cとしてAlectinibを開始、病変は著明な縮小を認めた。乳房外悪性腫瘍の乳房転移は頻度が少なく、既報ではALK陽性肺癌の乳房転移例は1例、肺内に原発巣を認めないものは未報告である。またALK陽性の場合、PSの低い高齢者でも治療効果が期待できる可能性があり、本例のように肺に原発巣を認めないが免疫染色で非小細胞肺癌が疑われた症例においても、driver遺伝子の検索を行う意義はある。

OS22-2

MTX投与中に発生し薬剤中止のみで軽快した多発性好酸球性腫瘍の1例

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

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

症例は65歳女性で、関節リウマチで15年間MTX内服していた。2018年9月より右胸部の腫瘍を自覚し、次第に増大し疼痛を伴うようになったため近医受診した。胸部Xpで多発腫瘍影を指摘され、精査・加療目的で当院紹介となった。血液検査では、CRP 17mg/dl, sIL-2R 4223 U/mlと上昇を認めた。胸部CTでは右前胸部筋肉内に7cm大の腫瘍を認め、右肺・肝・脾に多発腫瘍、縦隔・腹腔リンパ節腫大を認めた。MTX関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) を疑い、前胸部腫瘍に対し経皮生検および肝生検を行った。病理組織はともに好酸球浸潤を伴う線維化病変が主体であり、リンパ球の浸潤は軽度で腫瘍性変化を認めず、MTX-LPDとは異なる像であった。MTX中止のみで前胸部の腫瘍は縮小し、2週間後に撮影したCTではすべての病変が縮小した。臨床経過はMTX-LPDと似ているが、組織像はMTX-LPDとは異なり好酸球が主体の病変であった。稀な症例と考え、若干の考察を含めて報告する。

OS22-4

孤立性肺結節影を契機に診断のついたびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

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

○寺田 悟¹⁾, 丸口 直人¹⁾, 山本 亮¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 飯岡 大^{1,2)}, 野間 恵之³⁾, 本庄 原⁴⁾, 小橋陽一郎⁴⁾

症例は70歳男性。2009年に当院血液内科にて骨髄異形成症候群と診断され2010年に同種骨髄移植を施行。移植後、慢性GVHD (皮膚, 肺, 眼) を発症し経口ステロイド薬, 及び免疫抑制剤の内服を継続していた。2018年にはノカルジアによる皮下膿瘍が出現しLVFXでの治療を行った。2018年7月に皮膚有棘細胞癌の全身評価目的に施行した単純CT検査にて偶然、右肺S6に単発結節影を認め当科紹介となった。9月にかけ結節影は増大を認めたため気管支鏡検査を行うも診断がつかず、10月9日に胸腔鏡下右S6区域切除術を施行した。病理組織の検討の結果、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) の診断となった。肺原発のDLBCLは比較的稀であり、移植後リンパ増殖性疾患としての側面も含め考察する。

OS22-3

局所麻酔下胸腔鏡検査が有用であったメトトレキサート関連リンパ増殖疾患の一例

1) 公立豊岡病院 呼吸器内科
2) 同 総合診療科
3) 京都大学 呼吸器内科
4) 同 血液内科
5) 公立豊岡病院 病理診断科

○河合 恵¹⁾, 中治 仁志¹⁾, 杉山 陽介²⁾, 島 寛³⁾, 池尾 聡³⁾, 阪森 優一³⁾, 大塚 泰幸⁴⁾, 足立 靖⁵⁾

症例は75歳女性。X-10年より関節リウマチに対してメトトレキサート (MTX) 内服中であった。X年12月に交通外傷後に増悪する呼吸困難にて当院救急外来受診、左胸水貯留あり外傷性血胸が疑われたが胸水穿刺にて非血性の滲出性胸水であり、多発肺結節、腹部リンパ節腫大、右鼠径部リンパ節腫大を認めたため当科紹介。原発性肺癌を疑い局所麻酔下胸腔鏡検査を行い、臓側胸膜と横隔膜に隆起性病変を認めたため横隔膜病変を生検した。病理診断では上皮性腫瘍は認めずCD20陽性であることからB細胞系のリンパ増殖性疾患疑いであった。右鼠径部リンパ節生検を追加したところB細胞リンパ腫の組織診断となりEBER陽性細胞を認めた。MTX内服中であったことからMTX関連リンパ増殖性疾患と考えMTXを中止したところ約2か月後には肺内の陰影及び胸膜病変は改善した。MTX関連リンパ増殖性疾患の診断のために局所麻酔下胸腔鏡検査が有用であった症例を経験したため報告する。

OS22-5

胸壁腫瘍で発見された多発性骨髄腫の一例

大阪市立総合医療センター 呼吸器内科

○山北 麻由, 西村美沙子, 杉山由香里, 三木 雄三, 住谷 充弘, 少路 誠一

81歳女性、X年6月より右背部の隆起を自覚、10月より右背部痛が出現し増強したため近医を受診。胸部CTで右胸壁に肋骨浸潤を伴う内部均一な55×28mm大の腫瘍性病変を認め精査目的に当科紹介となった。当科受診時にHb7.9 g/dLと高度な正球性貧血、軽度の腎機能障害、血中IgG値の異常高値を示し、また総蛋白とAlb値の乖離を認めた。免疫電気泳動ではκ/λ比が11.41であった。確定診断目的にCTガイド下生検を行い、病理組織診で多数の形質細胞がびまん性に増生しており、IgG-κ型多発性骨髄腫 (D&S3期, ISS3B期) の診断に至った。以後血液内科にてVRd-lite療法が行われ経過良好である。胸壁腫瘍は約半数が良性腫瘍で、骨軟骨腫、線維性骨異形成等があり、悪性腫瘍は肉腫の頻度が高い。胸壁発生の多発性骨髄腫は比較的稀であり、文献的考察を含めて報告する。

OS23-1

インフルエンザ感染後にノカルジア肺化膿症を発症した気管支拡張症の1例

田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○前谷 知毅, 山田 翔, 菊池悠次郎, 藤原 健祐,
駒沢 志織, 林 優介, 宇山 倫弘, 白石 祐介,
伊元 孝光, 北島 尚昌, 井上 大生, 片山 優子,
丸毛 聡, 福井 基成

【症例】69歳男性【主訴】発熱【現病歴】当科外来にて気管支拡張症でフォロー中であった。入院6日前に発熱・倦怠感にて近医を受診しインフルエンザA型と診断されペラミビルを投与された。その後も症状改善がなく当科を受診された。採血では炎症反応が上昇しており、CTでは左下葉に肺化膿症を認め当科入院となった。当初はABPC/SBTで加療するも反応性が乏しく、後日喀痰から2回連続でNocardia farcinicaが検出された。IMP/CS及びST合剤を開始し症状・炎症反応・画像所見は軽快傾向となった。IMP/CSの4週間投与後にST合剤のみで安定したため退院となった。【考察】全身性免疫不全がなくても肺局所の感染防御能が低下した症例ではノカルジア症の発生リスクとなる。既報ではノカルジア症の中で気管支拡張症は10%程度とされている。また、インフルエンザウイルス感染後のノカルジア症は過去に報告があり、関連性について今後の症例集積が望まれる。

OS23-3

免疫不全患者に発症した播種性ノカルジア症の一例

京都市立病院 呼吸器内科

○高田 直秀, 江村 正仁, 中村 敬哉, 小林 祐介,
五十嵐修太, 吉岡 秀敏, 太田 登博, 西川 圭美,
松山 碧沙

80歳、男性、間質性肺炎に対してX-1年からステロイドと免疫抑制剤を併用していた。X年8月に左気胸を発症して入院したが、気胸は軽度であり感染徴候も認めなかったため経過観察を行っていた。入院5日目に胆嚢炎を発症し、抗生剤とPTGBD留置を行った。また左胸痛は入院時から持続していた。その後も気胸の増悪は認めなかったが、肺陰影の急激な増悪と呼吸不全を認め、入院後9日間の経過で死亡された。後に血液培養からNocardia farcinicaが検出された。左肺上葉に結節影を認めていたため剖検で同部位を培養に提出したところ肺ノカルジア症を認めており、播種性ノカルジア症と診断した。ノカルジアは培養同定に時間がかかるため、免疫不全患者で胸痛といった自覚症状がある際には、当初よりノカルジア症を疑う陰影がないか確認することが重要と思われる。

OS23-2

健常成人に発症し、診断に難渋した播種性ノカルジア症の1例

市立伊丹病院 呼吸器内科

○福田 郁恵, 永田 憲司, 堅田 敦, 寒川 貴文,
原 彩子, 原 聡志, 木下 善詞, 細井 慶太

【症例】57歳、男性【主訴】発熱、右前胸部痛【現病歴】生来健康。X年11月中旬から発熱と右前胸部痛があり、CTでは右中葉・S6の肺瘍を疑われ、同月末に当科を紹介受診。喀痰は出ず。造影CTで同部位の肺膿瘍と判明し、胸膜直下で右上6の齧歯もあり。敗血症性肺塞栓症と考えSBT/ABPCで治療も発熱継続。血培陰性。12月上旬に中葉病変に対しCTガイド下生検。検体のグラム染色で菌見えず。翌日に出た血痰のグラム染色でノカルジアを疑うグラム陽性桿菌を認めた。また、病棟で異常行動もあり、頭部MRI施行。左視床に2cmの膿瘍を認め、播種性ノカルジア症と診断。兵庫県立尼崎総合医療センター感染症内科へ転院し、ST合剤、IPM/CS、AMK投与にて軽快退院となった。（後日、Nocardia farcinicaが検出）【考察】播種性ノカルジア症は本来、日和見感染症とされているが、免疫正常でも発症しうることを経験した。予後不良で、早期の検体採取が重要であることを再認識した。

OS23-4

気管支鏡検査による組織培養が確定診断に有用であった肺放線菌症の一例

淀川キリスト教病院 呼吸器内科

○吉田 也恵, 覺野 重毅, 澤 信彦, 西島 正剛,
大谷賢一郎, 紙森 隆雄, 藤原 寛

【症例】47歳、女性。【主訴】発熱・咳【現病歴】約4か月前から長期に持続・反復する発熱・咳のため20XX年11月に当科を紹介受診。発症以降、他院での入院・抗生剤点滴加療や近医外来での抗生剤内服加療を繰り返し受けていたが、改善増悪を繰り返していた。当科初診時、胸部X線で右上葉浸潤影と炎症反応の上昇を認め、診察で右下大白歯が全て無く、右上大白歯も動揺が強い状態であった。問診で2年前に右下顎の膿瘍治療を受けていたことより、肺放線菌症が鑑別として考えられた。気管支洗浄液の嫌気培養では起炎菌は同定し得なかったが、組織培養にて放線菌を同定し、肺放線菌症の確定診断に至った。【考察】肺放線菌症は比較的稀な疾患であり、外科的肺生検により診断されることが多い。当症例では、気管支洗浄液の細菌培養では起炎菌の同定には至らず組織培養で確定診断が得られた。診断のためには適切な組織採取を行うことが必要であると考えられた。

OS23-5

気管支鏡により診断しえた放線菌と*Prevotella intermedia*の混合感染の一例

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

○村上 早穂, 太田 浩世, 山本 佳史, 本津 茂人,
田崎 正人, 熊本 牧子, 長 敬翁, 山内 基雄,
吉川 雅則, 室 繁郎

52歳男性。X年4月より繰り返す発熱に対しGRNXの内服加療が行われた。6月5日の胸部Xpで左上肺野の浸潤影の出現と炎症反応の上昇を認め、6月15日に紹介病院を受診した。1週間のCVA/ABPC内服加療後、浸潤影の縮小を認めるも残存し、7月27日よりCVA/ABPCを10日間内服した。9月14日の胸部Xp,CTで浸潤影の再増大を認め、9月19日に気管支鏡検査が行われたが病理所見、培養ともに有意な所見を認めず、11月20日に当院に紹介受診した。12月10日に施行した気管支鏡検査より左B¹2a, B⁶aのブラシ擦過細胞診で放線菌塊と硫黄顆粒様の像を認め、肺放線菌症と診断した。また、培養で*Prevotella intermedia*を認めた。ABPC点滴による加療を開始したが画像上改善なく、12月26日よりSBT/ABPC点滴に変更したところ浸潤影の縮小を認め、X+1年1月8日よりCVA/AMPC内服に変更し退院した。

OS24-1

スネアにて左主気管支の粘液栓を除去し改善を認めた無気肺の1例

1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修部
2) 同 呼吸器内科

○岩本 祐太¹⁾, 茨木 敬博²⁾, 太田 和輝²⁾, 堀本 和秀²⁾,
岡田あすか²⁾, 村上 伸介²⁾, 竹中 英昭²⁾, 長 澄人²⁾

症例：38歳女性。主訴：呼吸困難。現病歴：X-1年12月中旬から乾性咳嗽を認めていたが自宅で様子を見ていた。症状の改善乏しくX年1月近医受診。咳喘息が疑われICS/LABAが開始されたが改善なく胸部レントゲンで左無気肺を認め、精査加療目的に当院紹介受診。胸部CTで左主気管支内腔に陰影が疑われ、気管支鏡検査を施行。左主気管支内が白色物質で充満しており吸引除去困難であった。後日、スネアを用いて粘液栓を除去した。病理組織にて壊死物質を混じた多数の好酸球を集塊状に認め、Charcot-Leyden結晶も散見され、ABPAの関与が疑われたが、明らかな真菌菌糸の存在は確認できなかった。PSL内服を開始したところ陰影の消失を認め、中止後も再燃なく経過している。結語：スネアにて主気管支の粘液栓を除去し無気肺の改善を認めた1例を経験したので報告する。

OS23-6

再燃した肺クリプトコッカス症の1例

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

○竹内奈緒子¹⁾, 露口 一成²⁾, 倉原 優¹⁾, 小林 岳彦¹⁾,
林 清二¹⁾, 鈴木 克洋¹⁾

症例は52歳男性。基礎疾患に糖尿病あり。健康診断で胸部異常陰影を指摘され当院紹介。胸部CTにて右中葉に小結節と左下葉に斑状の結節影、粒状影、浸潤影を認めた。気管支鏡検査では確定診断つかず、血清学的検査でクリプトコッカス・ネオフォルマンス抗原陽性より肺クリプトコッカス症と診断した。HIV検査は陰性。畑仕事の手伝いをされていた。フルコナゾールの治療を6か月間行い、肺野陰影は縮小、消退傾向となりクリプトコッカス抗原は判定保留となった。以後当院でフォローを行った7年後、胸部レントゲンで1年前にはみられていなかった左下肺野に浸潤影を認め、胸部CTで左下肺葉に多発性に浸潤影が出現していた。再度気管支鏡検査を施行するも確定診断つかず、クリプトコッカス抗原陽性であり、肺クリプトコッカス症の再燃と診断した。今回、肺クリプトコッカス症の治療を行った7年後の再燃であり、初回治療後も慎重なフォローアップが必要と考えられた。

OS24-2

再発を認めたアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の1例

1) 京都第二赤十字病院 呼吸器内科 初期臨床研修医
2) 同 呼吸器内科

○水野 広輝¹⁾, 橋本いずみ²⁾, 國松 勇介²⁾, 谷 望未²⁾,
黒野 由莉²⁾, 廣瀬 和紀²⁾, 竹田 隆之²⁾

症例は40歳代女性、成人気管支喘息で近医にて加療中、X年4月頃から乾性咳嗽、労作時呼吸困難 (mMRC grade 2-3) を自覚、7月に左舌区無気肺を認め、当科へ紹介。胸部CTで左舌区無気肺、無気肺内部に粘液栓を示唆するhigh densityな病変を認めた。気管支鏡では左舌区支に黄色喀痰の嵌頓を認め、臨床的にアレルギー性気管支肺アスペルギルス症と診断し、同日よりプレドニゾロン (PSL) 30mg内服を開始した。組織診で著明な好酸球浸潤を認め、イトラコナゾール (ITCZ) 200mg/日を併用しPSLを漸減、2ヶ月後の胸部CTでは左舌区の無気肺は解除され気管支拡張を伴う瘢痕像を呈しており、ITCZを終了、PSLは2mgまで漸減して維持。治療から13ヶ月の胸部CTで右中葉無気肺を認め、PSL 30mgに増量してITCZを再開してPSLを漸減して5mgで維持している。

OS24-3

Curvularia属によると考えられたアレルギー性気管支肺真菌症の1例

神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科

○益田 隆広, 池田 顕彦, 多田 公英, 櫻井 稔泰, 纈 力也, 木田 陽子, 佐藤 宏紀, 乾 佑輔

【はじめに】アレルギー性気管支肺真菌症は下気道において真菌に対するアレルギー反応を原因として生じる疾患である。今回Curvularia属が原因と考えられたアレルギー性気管支肺真菌症の1例を経験した。【症例】68歳男性。肺M.avium症の治療歴あり。気管支喘息の既往なし。咳嗽, 痰, 左胸痛を自覚し, 健診で左中肺野の浸潤影を指摘され, 当科紹介受診。CTにて左舌区の無気肺, 粘液栓と考える高濃度の陰影を認め, 気管支鏡検査を施行。左舌区は緑褐色の粘液栓で閉塞。同部位の洗浄液よりCurvularia属を検出。血中好酸球 $762/\mu\text{L}$, IgE 1388IU/mlと上昇。Curvularia属が原因と考えられるアレルギー性気管支肺真菌症と診断。PSLとVCZの治療により陰影は改善し経過良好である。【考察】Curvularia属によるアレルギー性気管支肺真菌症は本邦で報告は少なく文献的考察を加えて報告する。

OS24-4

著明なeosinophilia (60%) と多彩な症状を呈した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の1例

宝塚市立病院 呼吸器内科 腫瘍内科

○西村 駿, 徳田麻依子, 発 忠信, 岡本 忠司, 高瀬 直人, 笹智 幸政, 片上 信之

症例は42歳の女性。気管支喘息でICIの吸入療法中のX19年3月より頻脈と心窩部痛および右手足のしびれを自覚し, 徐々に増強するようになった。症状をインターネットで検索した結果, 血管炎の疑いを持ち自ら開業医を受診した。同医師の紹介で当院を同年4月初旬に受診した。受診時にPR 110/minの洞性頻脈あり, 呼吸音と心音は正常であった。胸部レントゲン写真とCTに異常はなかったが, 末梢血で好酸球60%と著明な好酸球増多を認めた。胃内視鏡検査による胃生検は異常なく, 甲状腺機能も正常であった。その後, IgE高値と判明し, ECG検査ではII, III, aVFでST-Tの低下, 心エコーで左室の収縮力の軽度低下と少量の心嚢液貯留があるも, 心臓MRIで異常を認めなかった。definite EGPAと診断しPSL 30mg/日の治療後, 1週間後で諸症状は著明に改善し末梢血好酸球も6%に減少した。以上, 早期診断と早期ステロイド治療が奏効したEGPAの1例を報告した。

OS24-5

パニツムマブによる薬剤性肺障害が疑われた3例

加古川中央市民病院 呼吸器内科

○矢谷 敦彦, 石田 貢一, 山本 賢, 岩田 帆波, 藤井 真央, 徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明

症例1: 80歳男性。上行結腸癌・直腸癌, 肺転移に対してX-2年3月よりパニツムマブが開始となった。4月より呼吸苦, 発熱を認めたが, ステロイドパルス療法により軽快し, 第28病日に退院。その後再増悪し, 7月にニューモシスチス肺炎の合併で死亡に至った。症例2: 65歳男性。直腸癌, 肝転移に対して, X-4年7月よりイリノテカン+パニツムマブ療法が開始となった。X年2月より咳嗽, 発熱を認めたが, ステロイドパルス療法により改善し, 第28病日に退院となったが, 酸素投与は要した。症例3: 72歳男性。S状結腸癌, 多発肺転移・肝転移・右腸骨転移に対して, X-1年12月よりFOLFIRI+パニツムマブ療法が開始となった。X年3月より労作時呼吸苦を認めたが, ステロイドパルス療法により軽快し, 第20病日に退院。パニツムマブは, 死亡に至る重篤な薬剤性肺障害を発症する可能性がある。投与期間に関わらず発症する点にも注意を要する。当院で経験した3例を報告する。

OS25-1

ヨード造影剤による薬剤性肺障害を認めた1例

大阪府済生会千里病院 呼吸器内科

○松本 竜司, 古川 貢, 多河 広史, 山根 宏之

70歳女性。他院からの依頼で腹部造影CT撮影を実施した。検査直後から気分不良があったが帰宅され, 30分後に冷感・嘔気が出現し, 当院に救急搬送された。搬入時, 顔面蒼白と血圧低下 (65/40mmHg) および酸素化不良 (SpO₂ 93%) を認め, 両側下背側に fine crackles を聴取した。輸液と酸素投与を開始し, 胸部単純CTを撮影したところ, 新規に両側下葉にすりガラス影を認めた。造影剤による薬剤性肺障害が疑われ, 補液のみで血圧は改善したが緊急入院となった。入院後経過観察のみで徐々に呼吸状態は改善し, 酸素も不要となった。胸部レントゲン上も両側肺の陰影は改善傾向を認めたため, 入院4日目に退院となった。退院後の血液検査では炎症反応改善を認め, 胸部単純CTですりガラス影は消失した。造影剤注入30分後にショック状態となり, その後薬剤性肺障害が考えられた症例である。造影剤は日常的に使う頻度の高い薬剤であり報告する。

OS25-2

薬剤リンパ球刺激試験 (DLST) により原因薬剤を推定できたイブプロフェンによる薬剤性肺炎の一例

明石医療センター 呼吸器内科

○樫田 高浩, 島山由記久, 高宮 麗, 藤本 昌大,
川口 亜記, 池田 美穂, 二ノ丸 平, 岡村佳代子,
島田天美子, 吉村 将, 大西 尚

【症例】64歳男性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】元来感冒症状などに市販薬を多用歴あり。来院2週間前に感冒症状で総合感冒薬Aを内服。改善が乏しいため来院10日前に総合感冒薬Bに内服変更後、労作時呼吸困難を自覚した。食事摂取不良も伴い近医を受診し間質性肺炎疑われ当院入院となった。病歴と陰影パターンから水腫型の薬剤性肺炎を疑い、被疑薬を中止し気管支鏡を施行した。気管支洗浄液は白血球数 $5.3 \times 10^9/\text{ml}$, 好中球4.8%, マクロファージ32%, リンパ球62.6%, 好酸球0.6%とリンパ球優位, CD4/8 0.2と薬剤性肺炎に矛盾しない所見。被疑薬中止のみで症状、陰影共に軽快したため退院となった。被疑薬2剤を薬剤リンパ球刺激試験(DLST)に提出した。総合感冒薬AとBの成分はイブプロフェン, アセトアミノフェン以外の5種類が重複しており, イブプロフェンを含む薬剤BのみStimulation Index730%と陽性であった。【結語】DLSTが原因薬剤の推定に有用であった。

OS25-4

気管支喘息にびまん性汎細気管支炎とIgA血管炎を合併した一例

京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学講座

○田嶋 範之, 松本 久子, 古豪摩利子, 野村奈都子,
森本 千絵, 砂留 広伸, 小熊 毅, 平井 豊博

症例は20歳代女性。5歳から喘鳴を指摘され、小学生時から喘息との診断で吸入ステロイド(以下ICS)を処方されていたが、15歳からコントロール悪化し長時間作用性 β_2 刺激薬を含め複数の併用薬を追加された。18歳肺炎球菌性肺炎、急性副鼻腔炎を合併後から湿性咳嗽が持続し、痰培養で緑膿菌が検出され、前医にて画像的にびまん性汎細気管支炎の合併を疑われた。マクロライド少量長期投与を開始されたが効果乏しく、抗IgE抗体を導入されてやや改善した。19歳IgA血管炎を合併しジアフェニルスルホン(以下DDS)を開始されたが紫斑は増悪と改善を繰り返した。

転居に伴い紹介受診された。細気管支炎の合併がコントロール不良とIgA血管炎の主因と考えられ、長時間作用性抗コリン薬を追加、アカベラを導入し気道クリアランスの改善に努めたところ、下気道症状と画像所見が改善しICSも漸減できた。同時に紫斑も消失しDDSを終了できた。文献的考察を加えて報告する。

OS25-3

油絵制作に関連したと思われる好酸球性肺炎の1例

- 1) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
- 2) 同 病理

○勝田 倫子¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平田 展也¹⁾,
平野 克也¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 水野 翔馬¹⁾,
大西 康貴¹⁾, 加藤 智宏¹⁾, 花岡 健司¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
横井 陽子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 三村 六郎²⁾, 中原 保治¹⁾

症例は62才女性。2016年5月に咳嗽・黄色痰で近医受診、胸部単純写真で浸潤影を認め、抗生剤投与にて改善した。2017年3月、労作時呼吸困難で近医受診、軽度の低酸素血症と胸部CTにてびまん性気管支壁肥厚を認めたが無治療で改善した。2017年10月に抗生剤無効の多発浸潤影で当院に紹介、胸部CTではすりガラス影を伴う多発浸潤影を呈し、WBC $6000/\mu\text{L}$, 好酸球8.9%, CRP 6.62 mg/mL, IgE 353 IU/mLであった。BALF好酸球54%, リンパ球31.5%, TBLBで器質性肺炎の所見を認め、好酸球性肺炎と診断した。詳細な問診を行ったところ、油絵制作中にサンドペーパーで絵の具を削り落とす作業の行う度に呼吸器症状が悪化、狭い空間内で長時間の作業後に肺炎を発症したことが判明した。作業中止後、無治療で肺炎は軽快、再発していないことから、油絵の具の粉塵が原因と考えられた。若干の考察を加え報告する。

OS25-5

難治性アトピー喘息を合併した重症喘息に対してデュピルマブ投与が奏功した一例

- 1) 吉野病院 内科
- 2) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科
- 3) 同 皮膚科

○田村 緑¹⁾, 甲斐 吉郎²⁾, 松田 昌之²⁾, 高橋 輝一¹⁾,
國松 幹和¹⁾, 福岡 篤彦¹⁾, 岡崎 愛子³⁾

39歳男性。小児期から気管支喘息およびアトピー性皮膚炎の診断で、喘息は当院、アトピー性皮膚炎は近医皮膚科に増悪時のみ通院されていた。気管支喘息は、高用量ICS/LABA、ロイコトリエン受容体拮抗剤、テオフィリン製剤、経口ステロイドによる治療を行っていたが、喘息発作を繰り返し年に数回ステロイド点滴を要する状態であった。アトピー性皮膚炎は当院皮膚科に紹介しステロイド外用薬を中心とした治療を行うも強い炎症を伴う皮疹が広範囲に及んでおり十分な効果が得られなかった。アトピー性皮膚炎は定期的な治療が行われていなかったため将来的なデュピルマブ投与を想定し2018年11月からベンラリズマブ投与を開始。開始後、ACTの改善を認めた。アトピー性皮膚炎のさらなる改善を期待し2019年3月にデュピルマブ投与を開始。投与後、喘息発作はなく皮疹も徐々に改善している。その後の経過を含め若干の文献的考察を含め報告する。

OS25-6

ベンラリズマブ投与後ピークフローの最良値が得られるまでに6か月を要した1例

滋賀県立総合病院 呼吸器内科

○石床 学, 橋本健太郎, 野原 淳, 渡邊 壽規,
塩田 哲広

症例は62歳, 男性。発熱が断続的にみられたため精査加療目的で当科外来を紹介される。胸部CTでは両側肺野外層を中心に濃度上昇を認めTBLBの結果好酸球性肺炎が疑われたが無治療で改善した。その後も喘鳴, 咳, 労作時呼吸困難が持続し次第に増悪してきた。既往歴に61歳から気管支喘息があり中用量のICS+LABAを吸入していたため高用量のICS+LABAに変更したが症状の改善がみられず, 朝のピークフロー値は250L/分前後であった。好酸球840と高値であったためベンラリズマブの投与を施行し血中好酸球は速やかに0になったが, 症状の改善に乏しく3か月で中止した。しかしその後もピークフロー値はゆっくりと上昇し約6か月後には500L/分を超えるようになり自覚症状は著明に改善した。その後血中好酸球が上昇しはじめると同時にピークフロー値も低下してきたためにベンラリズマブ投与を再開したところ, 症状, ピークフローともに速やかに改善した。

OS26-1

心音の2音固定性分裂の聴取を契機に診断された肺動脈肉腫の1例

市立伊丹病院 呼吸器内科

○永田 憲司, 原 聡志, 福田 郁恵, 堅田 敦,
寒川 貴文, 原 彩子, 木下 善詞, 細井 慶太

症例は45歳女性。2ヶ月間繰り返す発熱, 左胸痛にて近医で加療されていた。症状消失しないため, 精査目的で当科紹介となった。室内気でSpO2 95%と軽度な低酸素血症あり, 身体所見上心音において2音の固定性分裂を認めた。D-ダイマー高値で肺血栓塞栓症を疑い造影CTを施行したところ, 左右の肺動脈を狭窄する血管内腫瘍陰影を認めた。抗凝固療法を行いながら診断と治療を目的に他院へ転院となった。しかし対処困難にて当院へ逆紹介となった。両肺野に肺転移巣が出現しており, 同部位の外科的肺生検にて肺動脈肉腫と診断された。Paclitaxel, Doxorubicin, Pazopanibなどの化学療法にて2年弱の病勢コントロールを行うことができた。肺動脈肉腫は稀な疾患であり, 早期診断に難渋することが多くある。心音における2音の固定性分裂は, 本疾患を疑う際の重要な身体所見であると考えられる。

OS26-2

肺動脈内膜肉腫の一部検例

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

○上山 維晋¹⁾, 丸口 直人¹⁾, 山本 亮¹⁾, 中村 哲史¹⁾,
松村 和紀¹⁾, 寺田 悟¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾,
安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 羽白 高¹⁾, 田中 栄作¹⁾,
田口 善夫¹⁾, 野間 恵之²⁾, 小橋陽一郎³⁾

症例: 75歳女性。X-2年10月, 健診で右中肺野に約2cm大の結節影を指摘され, 当科を紹介受診した。経過観察したところ, 陰影内部に空洞化が見られたが, それ以外に陰影に変化は認められなかった。X年2月頃から労作時呼吸困難が出現し, 右肺に多発腫瘍が出現した。4月5日, 右肺門部腫瘍に対してEBUS-TBNAを施行したが, 癌または肉腫との所見で, 確定診断のため, 4月19日, 右S3胸膜下腫瘍に対して外科的肺生検を施行した。内膜肉腫が疑われたため, 4月28日よりドキシソリンを投与したが, 5月8日死亡した。病理解剖の結果, 右肺動脈内膜肉腫と診断された。剖検結果を踏まえつつ, 内膜肉腫の診断のポイントや治療法などについて文献的考察を加えながら報告する。

OS26-3

心筋転移で術後再発した肺原発多形癌の一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○松村 和紀, 田口 善夫, 田中 栄作, 羽白 高,
橋本 成修, 安田 武洋, 加持 雄介, 稲尾 崇,
寺田 悟, 上山 維晋, 中村 哲史, 丸口 直人,
山本 亮

症例は80歳男性。他院で3か月の経過で増大する結節影を認め, 肺癌疑いに当院に紹介となった。胸部CTで左舌区に径2.5cm大の結節影を認め, 明らかな遠隔転移は認めず, ビデオ補助胸腔鏡手術で左上葉切除術を施行した。病理結果から, 左上葉原発多形癌 pT2N0M0, Stage1Bと診断し, 全身状態・併存症を鑑み, 術後化学療法は行わず経過観察の方針となった。術後5ヶ月目より徐々にCEAの上昇を認めたが, 各種検査では明らかな再発巣を指摘できなかった。術後1年目の胸部CTで心筋内に腫瘍性病変を認め, 心筋転移での再発と診断した。化学療法 (CBDCa+nab-PTX) を開始するも, 細菌性肺炎の併発や経口摂取困難をきたし, 化学療法は中断し, Best Supportive Careの方針となった。徐々に全身状態の悪化を認め, 術後15か月目に死亡した。肺多形癌が術後に心筋転移をきたした報告はまれであり, 病理解剖の結果および文献的考察を加えて報告する。

OS26-4

Rapid progressive multiple clonal driver lung adenocarcinomaの一例

- 1) 大阪国際がんセンター 呼吸器内科
2) 同 病理・細胞診断科

○國政 啓¹⁾, 浜本雄一朗²⁾, 中村ハルミ²⁾, 田宮 基裕¹⁾,
河内 勇人¹⁾, 九野 貴華¹⁾, 木村 円花¹⁾, 井上 貴子¹⁾,
久原 華子¹⁾, 西野 和美¹⁾, 中塚 伸一²⁾, 熊谷 融¹⁾

症例は69歳, 男性. 47 pack-years. X-2年に右上葉切除術(肺腺癌:pT1bN0M0)を施行. X年に増大傾向を認める左上葉結節に対して区域切除術を施行(肺腺癌 pT2aN1M0)した. 治癒切除ではなかったため, 術後補助化学療法は導入せず, 経過観察となったが, 術後3か月で急激な全身転移を認めた. 化学療法は奏功せず, 術後4か月で死亡の転帰をとった. 病理解剖にて多発転移巣を認めた. X-2年とX年の切除肺癌, 全身の転移巣(20カ所)に対し肺癌関連53遺伝子についてwhole exome sequenceを行った. X-2年とX年の腫瘍は別起源であり, 全身転移巣とX年の切除標本はKRAS, KEAP1, STK11, RBM10, MGAの遺伝子変異を共有していることがわかった. 本症例はmultiple clonal driverを有し, 急激な経過をとったpunctuated evolutionを呈した肺腺癌と考えられた.

OS26-6

横隔膜, 胸膜に接し傍心臓脂肪織内に腫瘍性病変を認めた胸膜中皮腫の1例

- 1) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
2) 同 初期臨床研修部

○綿部 裕馬²⁾, 岡田あすか¹⁾, 太田 和輝¹⁾, 堀本 和秀¹⁾,
茨木 敬博¹⁾, 村上 伸介¹⁾, 竹中 英昭¹⁾, 長 澄人¹⁾

症例は69歳の女性. 年末から左側胸痛を認めていたところ, 健診で胸部X線異常を指摘され201X年2月下旬に当院紹介受診. 胸部CTで胸壁・横隔膜に接して傍心臓脂肪織内に突出するような腫瘍性病変を認めた. また上前縦隔にも腫瘍性病変が見られ, 左胸水貯留を伴っていた. 胸水穿刺を施行し, 胸水セルブロックより胸膜中皮腫と診断した. 診断後はCDDP+PEMによる化学療法を行なっており経過は比較的良好である. 胸部CTにおける胸膜中皮腫の典型像は, 壁側胸膜に発生する腫瘍が胸膜に沿って不整な肥厚像を呈して水平方向に増殖する環状胸膜肥厚が最も多いとされる. 本症例のように比較的限局して腫瘍性病変を形成している例は少なく, またいわゆるCP angleに腫瘍を形成している症例は稀であると考え報告する.

OS26-5

中枢性尿崩症を呈した扁平上皮肺癌の一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○稲尾 崇, 丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史,
松村 和紀, 上山 維晋, 寺田 悟, 加持 雄介,
安田 武洋, 橋本 成修, 羽白 高, 田中 栄作,
田口 善夫

62歳男性. X年4月から声が低くなり, 7月より労作時息切れ, 咳嗽が出現した. 画像では多発肝転移, 骨転移, 脳転移を認め, 8月に気管支鏡で右肺下葉原発扁平上皮癌と診断された. 1st line CBDCA + nabPTXと併行して, 多発脳転移に対する定位手術的照射, 胸腰椎に対する姑息的照射を受けた. 9月に胸腹部CTで肝転移とリンパ節転移の増悪を認め, 病勢進行として2nd line Nivolumab 3mg/kgを1回投与された. 腫瘍は著明に縮小したが, 口渇, 多尿を強く認めるようになった. 10月に入院精査され, 中枢性尿崩症と診断, デスマプレシン内服で症状は改善した. 追加問診によりX年8月からすでに口渇, 多尿があったと判明し, 肺癌に伴う中枢性尿崩症と考えられた. 中枢性尿崩症を認めた肺癌として既報と合わせて報告する.

OS27-1

多発脳転移を伴うPS4 EGFR変異陽性肺癌に対してオシメルチニブを導入した一例

- 1) 神戸大学医学部附属病院 総合臨床教育センター
2) 同 呼吸器内科

○行田 まな¹⁾, 梅澤佳乃子²⁾, 藤岡 美結¹⁾, 小山貴与子²⁾,
湯村真沙子²⁾, 寺下 智美²⁾, 山本 正嗣²⁾, 立原 素子²⁾,
小林 和幸²⁾, 西村 善博²⁾

【症例】70歳男性. 【経過】1月中旬より左上肢の筋力低下を自覚, 2月に前医を受診し頭部CTにて多発脳腫瘍を指摘され, 紹介入院となった. CTにて右肺下葉に腫瘍を認め肺癌が強く疑われたが, 入院後に急速に左上下肢麻痺, 失語, 脳浮腫が悪化し, 組織学的検査を施行することが困難となった. Liquid biopsyでEGFR遺伝子変異陽性(L858R)が判明し, cT2aN3M1c Stage4B非小細胞肺癌と診断した. PS4と全身状態不良例であったが, 脳転移の制御によりPSの改善が得られると考え, 脳浮腫治療を継続し, オシメルチニブを導入した. 左麻痺はMMT5/5まで改善し, 歩行・会話が可能となり全身状態の改善が得られた. 重篤な有害事象を認めず, day19に独歩自宅退院となった. 頭部, 胸腹部CTでは良好な腫瘍縮小を認めた. 【結語】多発脳転移によるPS4の非小細胞肺癌においてliquid biopsyとオシメルチニブ導入が有用であった一例を経験した.

OS27-2

腭臓転移で術後再発し、糖尿病の悪化を伴ったEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の一例

神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科

○藤岡 美結, 梅澤佳乃子, 小山貴与子, 寺下 智美, 山本 正嗣, 立原 素子, 小林 和幸, 西村 善博

70歳, 女性. X年1月, 右下葉の結節陰影を認め, EGFR (L858R) 陽性肺腺癌 (cT1cNOMO stageIA期) と診断し, 3月に胸腔鏡下右下葉切除術を施行した (pT2aN2M1b stageIVA期). X+1年1月にHbA1cが11.5%と上昇し, 同時期のCTで腭頭部腫瘍と右副腎, 両側肺野に結節を認めた. 腹痛や黄疸などは認めなかった. インスリン分泌能はCPR index 0.93と低値ではあるが, 軽度保たれていた. 腭腫瘍より生検を行い, 肺癌術後再発と診断し, 2月からオシメルチニブで加療を開始した. また, 腭性糖尿病と判断して, インスリンを導入した. 4月のCTで腭病変は縮小し, 血糖コントロールも改善を認めた (HbA1c 7.9%). 肺腺癌術後の腭転移再発が原因と考えられる糖尿病の悪化を認め, EGFR-TKIにて転移巣と糖尿病のコントロールが改善した症例を経験した.

OS27-4

肺腺癌に対してEGFR-TKI内服中に2度の小細胞肺癌への形質転換をきたした1例

洛和会音羽病院 呼吸器内科

○石田 真樹, 森川 昇, 坂口 才, 土谷美知子, 長坂 行雄

【症例】73歳女性. 左上葉肺腺癌cT3N1M1a Stage4 EGFR遺伝子変異陽性 (exon21 L858R) にX-5年から抗癌剤治療 (gefitinib→carboplatin+pemetrexed→afatinib) を行った. X年に原発巣増大のため再生検でT790M変異が陽性となり osimertinibを投与した. 2ヶ月後より原発巣が増大し生検で小細胞肺癌への形質転換が判明しEGFR遺伝子変異陽性 (exon21 L858R) であった. carboplatin+etoposideで病変は縮小したが胸水貯留が進行し胸水細胞診で肺腺癌が検出されT790M変異が陽性となり osimertinibの再投与を行った. X+3年に小細胞肺癌の腫瘍マーカーの上昇を認め4回目の生検で小細胞肺癌への2度目の形質転換が判明した. EGFR遺伝子変異陽性 (exon21 L858R,T790M) となり carboplatin+etoposideの投与を開始した. 【考察】肺腺癌から小細胞肺癌に2度目の形質転換をきたしEGFR遺伝子変異陽性 (exon21 L858R,T790M) となった報告は少なく文献的考察を踏まえて報告する.

OS27-3

Osimertinib耐性後に小細胞肺癌へ転化しCDDP/ETPが著効した肺腺癌の1例

神戸低侵襲がん医療センター 呼吸器腫瘍内科

○二ノ丸 平, 秦 明登, 古閑 千幸, 岡田 秀明

症例は59歳女性. 肺腺癌 (cStageIVB (OSS), EGFR遺伝子変異陽性 (exon19del)) と診断した. 1st lineとしてGefitinibで加療を開始し, 14ヶ月後に, 原発巣が増大し, 再生検を行ったところ腺癌でT790M遺伝子変異が陽性であった. 2次治療として Osimertinibを開始したが, 24ヶ月後には原発巣が増大した. 臨床試験として3次治療は, Afatinib+Bevacizumabを開始した. 3次治療前の再生検の結果, 小細胞肺癌への転化が認められた. 4次治療として, CDDP+ETPを開始したところ, 1コース終了後には原発巣の著明な縮小が得られた. Osimertinib投与後の小細胞肺癌への転化は約10-20%程度と報告されており, Osimertinib耐性後に再生検を行うことで最適な治療を選択できる可能性がある.

OS27-5

オシメルチニブによる薬剤性肺障害8例の検討

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○水野 翔馬, 竹野内政紀, 平田 展也, 平岡 亮太, 平野 克也, 小南 亮太, 高橋 清香, 大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩, 花岡 健司, 鏡 亮吾, 勝田 倫子, 横井 陽子, 三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信, 河村 哲治, 中原 保治

オシメルチニブはEGFR遺伝子変異陽性肺癌に対する一次治療として推奨されているが, 使用成績調査によると, 間質性肺疾患は5.5%に発現しており, うちGrade 3以上は2.4%, Grade 5は0.6%であった. 当院では2019年2月までに95例のオシメルチニブ使用例があり, うち8例 (8.4%) にオシメルチニブが原因と思われる薬剤性肺障害を発症した. HRCT所見については, 広義間質病変6例, 気道周囲陰影4例, 肺内部のすりガラス影4例, consolidation 1例であった (重複あり). 8例中7例はオシメルチニブ中止とステロイド投与で改善したが, 1例は改善を認めなかった.

OS27-6

アファチニブ投与で多発脳転移出現後エルロチニブ+ベバシズマブで再度縮小が得られた肺腺癌の1例

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○加藤 智浩, 永田 恵子, 竹野内政紀, 平田 展也,
平岡 亮太, 平野 克也, 久米佐知枝, 高橋 清香,
小南 亮太, 水野 翔馬, 大西 康貴, 花岡 健司,
鏡 亮吾, 勝田 倫子, 三宅 剛平, 水守 康之,
塚本 宏壮, 佐々木 信, 河村 哲治, 中原 保治

第一, 第二世代EGFR-TKI使用時, 脳転移のみPDとなる症例は多いが, 脳転移増悪のみではT790M検出は困難でオシメルニチブは使用できないことが多い。また, 多発脳転移の場合全脳照射を行うことも多いが, 晩期障害が懸念される。今回, アファチニブが多発脳転移でPDとなった後, エルロチニブとベバシズマブを併用し奏効した症例を経験したため報告する。症例は63歳男性。多発脳転移を伴うEGFR L858R陽性肺腺癌でアファチニブ40mgで加療を開始。脳転移含め効果あったが, 7ヶ月後爪囲炎で30mgに減量。その後も効果持続したが, 開始2年5ヶ月後の頭部MRIで多発脳転移の増悪を確認。2次治療としてエルロチニブ150mg+ベバシズマブに変更。爪囲炎増悪のためエルロチニブは隔日投与としたが, 2ヶ月後のMRIでは一部縮小残存あるものの多くは不明瞭化が得られた。EGFR-TKI使用時の脳転移増悪にエルロチニブ+ベバシズマブが有用な可能性があり, 文献的考察を含め報告する。

OS28-1

肺アミロイドーシスの経過観察中に再検で腺癌の診断となった1例

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

○伊藤 信治, 佐渡 紀克, 野田 彰大, 佐藤 竜一,
宮崎 慶宗, 斎藤 隆一, 東 正徳, 上田 哲也,
長谷川吉則

症例は74歳女性。胸部CTにて右上葉と左上葉のすりガラス結節 (ground glass opacity nodule: GGN) を指摘され当科紹介。8ヶ月の経過観察にて右上葉のGGNは消失したが, 左上葉のGGNの増大を認め, 気管支鏡検査施行。組織診ではAAアミロイドーシスの診断であった。1年の経過観察にて陰影のさらなる増大を認めたため, 気管支鏡検査を再検したところ腺癌の診断となった。限局性結節性肺アミロイドーシスは良性の経過をたどることが多いとされているが, 肺癌の中にもアミロイド産生を行うものがあるとの報告もあり注意が必要である。本症例はアミロイド産生を行う肺癌であった可能性が考えられた稀な症例であり, 若干の文献的考察を交えて報告する。

OS27-7

がん性髄膜炎発症後約5年経過するも髄膜炎の再燃のないexon 19 EGFR陽性, 肺腺癌の1例

宝塚市立病院 呼吸器内科 腫瘍内科

○岡本 忠司, 西村 駿, 徳田麻依子, 発 忠信,
高瀬 直人, 笹智 幸政, 片上 信之

46歳の女性。X14年7/20から頭痛が出現し, 増強するとともに悪心と嘔吐, 一過性の失語症も生じるようになった。8/9に近医受診するも脳CTで異常なく, 8/15の脳MRでsulcusの明瞭化, 8/16のMRIで左上肺野の結節と子宮腫瘤を認め, 子宮体癌によるがん性髄膜炎, 転移性肺腫瘍の疑いで8/19に旧先端医療センター病院に転院した。転院時の画像から左肺上葉の肺がんと, がん性髄膜炎と診断。髄液検査で腺がんが検出された。8/26より全脳照射 3 Gy/10frs/total 30Gyと, erlotinib (ERL) 150mg×3を3日毎に投与した。髄膜炎症状は消失し, MRで髄膜炎所見は消失した。11/19からbevacizumab (BEV) を3週毎に併用した。12/17からはERLを150mg/日に減量し, BEVはX15年8/5日11コースで終了。X15年9/2の髄液検査でがん細胞を検出しなかった。X19年4月現在, 当院でERL単剤を投与中であるが, 髄膜炎所見はなく肺原発巣もコントロールされ, 日常生活は支障なく行えている。

OS28-2

器質化肺炎が先行し, 病態の関連が疑われた小細胞肺癌の一例

神鋼記念会神鋼記念病院 呼吸器センター

○三好 琴子, 橋田 恵佑, 芳賀ななせ, 田中 悠也,
井上 明香, 伊藤 公一, 門田 和也, 笠井 由隆,
大塚浩二郎, 枅屋 大輝, 鈴木雄二郎

症例は77歳男性。発熱と咳嗽を主訴に救急受診し, 右肺下葉に浸潤影を認め誤嚥性肺炎疑いとして入院。抗菌薬治療行っても反応乏しく両側肺に非区域性斑状浸潤影, GGNが出現。BAL, TBLBにて器質化肺炎と診断し, 悪性所見は認めなかった。器質化肺炎としてPSL1mg/kg/day開始し, 著明な陰影改善傾向を認めた。外来でPSL漸減していたが, 開始3ヶ月後に右下葉浸潤影再増大, 左肺斑状陰影出現, 縦隔肺門リンパ節腫大, 右胸水を認め, TBLB, TBNAにて肺小細胞癌の診断を得た。CBDCA+ETPにて化学療法開始したところ各陰影の縮小を認め, 進展型肺小細胞癌として治療の方針とした。PD時に器質化肺炎陰影悪化を認め, 器質化肺炎に肺癌病勢が影響している可能性を考え, 貴重な症例と考えられ, 文献的考察を含め報告する。

OS28-3

胸部孤立結節影を認めた滑膜肉腫の一例

- 1) 宝塚市立病院 呼吸器内科・腫瘍内科
- 2) 同 呼吸器外科
- 3) 同 病理診断科

○徳田麻佑子¹⁾、発 忠信¹⁾、岡本 忠司¹⁾、高瀬 直人¹⁾、
旗智 幸政¹⁾、片上 信之¹⁾、富田栄美子²⁾、福原謙二郎²⁾、
塚本 吉胤³⁾

【症例】44歳女性【現病歴】201X年○月健診胸部レントゲン写真で右肺尖部の異常陰影を指摘され当院に紹介。胸部CTで右肺尖部に辺縁整な20mm大の結節影を認めた。内科的な生検が困難であることから診断と治療を兼ねた外科的治療を行う方針とした。右上葉切除術、肺尖部胸壁合併切除術、リンパ節郭清を施行した。病理組織では胸壁原発滑膜肉腫の診断であったが、切除マージンが十分に確保することができなかったため、ドキシソルビシンとイフォスファミド併用による術後化学療法を開始した。【考察】希少肉腫に対する術後化学療法の科学的なエビデンスは存在しないため、個々の症例を詳細に検討し治療方針を決定していく必要がある。近年では術後化学療法治療の報告も少しずつ蓄積されてきており1例報告の積み重ねが将来の希少癌に対する情報への貢献ができるものとする。本症例について若干の文献的考察を加え課題を検討し報告する。

OS28-5

経気管支肺生検が診断に有用であった尿管原発の癌性リンパ管症の1例

- 1) 神戸赤十字病院 呼吸器内科
- 2) 同 内科

○井上はるな¹⁾、杉本 裕史¹⁾、田中隆一郎¹⁾、中田 恭介¹⁾、
杉本 啓介¹⁾、梶本 和宏^{1,2)}

【症例】67歳女性【主訴】呼吸困難【現病歴】来院4か月前から右下腿浮腫の自覚があり、来院当日に呼吸困難を来し受診した。入院時の胸部CTで癌性リンパ管症が疑われた。原発巣検索目的で経気管支肺生検を施行したが特定できず、全身造影CTで放射線科から右尿管の狭窄を指摘された。血尿はなかったが、泌尿器科精査の尿細胞診で悪性所見を認め尿管癌と診断した。肺生検組織の免疫染色を病理医に追加依頼したところ、GATA3陽性であり、尿管がんの癌性リンパ管症として矛盾しない所見であった。【考察】癌性リンパ管症は乳腺、肺、消化管が原発の頻度が高いことが知られている。尿管を原発とした癌性リンパ管症は稀であり、典型的な症状がないことから診断が困難であった。しかし多科連携により診断と特異的治療に至ることができた。原発不明の癌性リンパ管症において、他科連携と経気管支肺生検は有用と思われる。

OS28-4

咯血、貧血を契機に発見された多発肺転移・大腸転移を伴う血管肉腫の1例

日本赤十字社和歌山医療センター 呼吸器内科

○野口 進、住永圭一郎、垣 貴大、河内 寛明、
田中瑛一朗、矢本 真子、小西 聡史、深尾あかり、
寺下 聡、堀川 禎夫、池上 達義、杉田 孝和

症例は48歳の男性、咯血にて近医を受診、CTにて多発結節影を認め、気管支鏡検査を行ったが診断には至らなかった。また、頻回の輸血を必要とする貧血の進行も認め、精査加療目的に当科紹介となった。気管支鏡検査の再検を行ったが、診断には至らなかった。しかし、下部内視鏡検査にて2ヶ所にびらんを認め、そこから生検組織、また肺の多発結節に対してVATS肺生検を施行し、いずれの組織からも血管肉腫の所見を認めた。現在、抗癌剤中である。多発肺転移、大腸転移を呈する血管肉腫は比較的に稀と思われ、若干の文献的考察を加え、ここに報告する。

OS28-6

副腎転移再発病変に対し摘出術を行い長期生存を得た大細胞神経内分泌癌の一例

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○鏡 亮吾、竹野内正紀、平田 展也、平岡 亮太、
久米佐知枝、平野 克也、小南 亮太、水野 翔馬、
大西 康貴、東野 幸子、加藤 智浩、花岡 健司、
勝田 倫子、塚本 宏壯、水守 康之、横井 陽子、
三宅 剛平、佐々木 信、河村 哲治、中原 保治

症例は63歳男性。検診で左上肺野結節影を指摘され、当院呼吸器外科に紹介、胸腔鏡下左上葉切除術が施行された。病理診断は大細胞神経内分泌癌(LCNEC)で、pT2aNOMO(stage IB)であった。術後6ヶ月のCTで左副腎転移腫大を認めたため呼吸器内科に紹介となった。PET-CTで左副腎単発転移再発であったがCDDP/CPT-11療法を行うも縮小増大を繰り返し病勢制御に至らなかったため、術後18ヶ月で腹腔鏡下左副腎摘出術を施行した。以後無治療で再発なく、左上葉切除術後4年の現在も生存中である。文献的考察を交えて報告する。

OS29-1

肺原発無色素性悪性黒色腫に対しIpilimumab, Nivolumabで治療を行った一例

- 1) 滋賀医科大学医学部附属病院 呼吸器内科
2) 同 皮膚科

○御園生昌史¹⁾, 内田 泰樹¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 河島 暁¹⁾, 松尾裕美子¹⁾, 行村瑠里子¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 山口 将史¹⁾, 長尾 大志¹⁾, 大澤 真¹⁾, 小川恵美子¹⁾, 中野 恭幸¹⁾, 寺村 和也²⁾

症例は70歳男性。胸痛にて他院呼吸器内科を受診。右下葉に腫瘤指摘され精査予定であったが、症状消失したため放置していた。3ヶ月後、左大腿骨病的骨折発症し、同院整形外科にて骨接合術施行。同時に採取された骨病変にて無色素性悪性黒色腫と診断された。肺病変は他院での気管支鏡では確定診断が得られず、当院皮膚科を経由して呼吸器内科へ紹介となった。CTガイド下肺生検にて肺病変からも骨病変と同様の組織像が得られた。PETや上部下部消化管内視鏡も行ったが、他に明らかな原発巣を認めず、肺原発無色素性悪性黒色腫として診断された。BRAF, PD-L1陰性であったためIpilimumab, Nivolumab併用療法を行った。過去に肺原発無色素性悪性黒色腫に対し、Ipilimumab, Nivolumab併用療法を行った報告がなく、稀少例と考え文献的考察を踏まえ報告する。

OS29-3

Nivolumab増量後に2回目のpseudo-progressionを認めた1例

JCHO神戸中央病院 呼吸器内科

○中野 亮太, 美藤 文貴, 大杉 修二

症例は73歳男性。X年5月に労作時呼吸困難感を自覚し、当院を受診した。左胸水貯留を認め、胸水細胞診から非小細胞肺癌(cT1cN2M1c Stage4B EGFR遺伝子変異陰性 ALK融合遺伝子陰性 PD-L1不明)と診断した。X年6月から初回治療: CBDCA+PTX療法を2コース実施した。X年8月から二次治療: Nivolumab単剤療法を開始した。1コース終了後に左胸水の一時的な増加を認めた。8コース目に180mg/body (3mg/kg) から240mg/bodyに増量した後に、倦怠感が出現し、心嚢液の増加を認めた。心嚢穿刺を行ったところ、それ以降は心嚢液の再貯留を認めなかった。腫瘍マーカーは一貫して低下傾向を認め、2回目のpseudo-progressionと判断した。Nivolumab単剤療法では増量後に2回目のpseudo-progressionを認め得る。免疫チェックポイント阻害薬を増量した際はpseudo-progressionによる全身状態の変化がないか注意が必要である。

OS29-2

ニボルマブが奏効した悪性胸膜中皮腫の1例

滋賀県立総合病院 呼吸器内科

○野原 淳, 橋本健太郎, 石床 学, 渡辺 寿規, 塩田 哲広

本邦では2018年8月から悪性胸膜中皮腫の2次治療に対してPD-1抗体であるニボルマブの使用が承認された。しかしMERIT試験の結果はORR 29%, MST 6.1ヶ月, 6か月生存率85%と満足のいく結果ではない。今回悪性胸膜中皮腫の初期治療後にPDとなり、2次治療としてニボルマブを使用し奏効した1症例を経験した。症例は75歳男性。主訴は呼吸困難。現病歴は2016年3月に呼吸困難を訴えて近医を受診。右胸水貯留を認め精査加療目的で当科紹介受診となる。局所麻酔下胸腔鏡検査で上皮型の悪性胸膜中皮腫と診断した。同年4月からCDDP+PEMによる化学療法を6コース施行し治療効果はPRであった。しかしその後PDとなったため2018年9月からニボルマブによる2次治療を開始した。現在まで13コース施行しているが次第に不整な胸膜肥厚・胸膜腫瘍の改善傾向を認め治療効果はPR継続中である。甲状腺機能低下症以外の有害事象はみられなかった。

OS29-4

免疫checkpoint療法後、化学療法が奏功した症例

- 1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科
2) 同 腫瘍内科

○平岡 範也¹⁾, 弓場 達也¹⁾, 辻 泰佑¹⁾, 木村亜矢香¹⁾, 濱島 良介¹⁾, 藤井 博之¹⁾, 合田 志穂¹⁾, 立花 佑介¹⁾, 塩津 伸介²⁾, 内匠千恵子²⁾

【症例】前医で右肺尖部肺腺癌(遺伝子変異なし) T3N1M0, StageIIIAと診断され、CBDCA+PXT, 胸部放射線治療後再発にて当科受診した50歳代男性。【経過】CDDP+PEM+Bevacizumab (Bev) 後、ニボルマブ投与でいづれもPDとなった症例。その後DOC+RAM, その他各種殺細胞性抗がん剤, アテゾリズマブ投与でも効果が見られず、CDDP+PEM+Bevの再投与を行ったところ、自覚症状・画像所見の改善、腫瘍マーカーの著明低下を認めた。【考察】近年、抗VEGF抗体のがん免疫系への効果が基礎実験で示されており、臨床試験でも免疫checkpoint阻害剤と抗VEGF抗体を含む抗がん剤併用の有効性が示されている。免疫checkpoint阻害剤投与後、初回治療で無効となったBevを含む化学療法が有効であったことから、これら薬剤の相互作用が示唆された。

OS29-5

Nivolumab投与中に再発したが、集学的治療により長期間病勢コントロールしている非小細胞肺癌の一例

- 1) 日本生命病院 総合内科
- 2) 同 消化器外科
- 3) 同 放射線治療科
- 4) 大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学

○飛田 哲志¹⁾, 甲原 雄平¹⁾, 田村 慶朗¹⁾, 暮部 裕之¹⁾, 二宮 隆介¹⁾, 宇都 佳彦¹⁾, 河面 聡¹⁾, 小瀬戸昌博¹⁾, 住谷 哲¹⁾, 立花 功¹⁾, 永井 健一²⁾, 丸岡真太郎³⁾, 小山 正平⁴⁾

症例は57歳男性, X年10月に非小細胞肺癌c-stage T4N3M1b (stage IV, LYM, PER HEP, ADR, SKI) と診断された。1次治療, 2次治療ともに奏功せず, X+1年3月から3次治療としてNivolumabの投与を開始した。8か月間, 治療効果はPRを維持していたがX+2年11月(計42コース投与後)に左大腿骨転移にて再発した。疼痛を伴っていたために, 緩和目的で放射線治療(39Gy)を行った。その他の部位に再発は認めなかったためにNivolumabの投与を継続した。しかし, X+3年3月(計49コース投与後)に小腸転移を認めたために小腸部分切除術を行った。その後も計70コース投与しているが, 再発を認めていない。再発病変に対して放射線治療や手術といった集学的治療を行うことで, Nivolumab療法にて長期病勢コントロールが可能な一例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。

OS29-7

肺扁平上皮癌でNivolumab投与中に重症心不全を発症した一例

- 1) 大阪はびきの医療センター 肺腫瘍内科
- 2) 同 循環器内科

○鮫島有美子¹⁾, 金井 友宏¹⁾, 野田 成美¹⁾, 那須 信吾¹⁾, 田中 彩子¹⁾, 森下 直子¹⁾, 鈴木 秀和¹⁾, 岡本 則雄¹⁾, 平島 智徳¹⁾, 井内 敦彦²⁾

症例: 79歳男性, X年10月, 肺扁平上皮癌(cT3N2M1a Stage IVA) と診断。X年11月よりDocetaxel単剤療法を開始したが, 6コース終了後にCEA上昇, 右胸水増加を認め再発と判断した。X+1年3月からNivolumab療法を開始。3コース終了後, 胸椎に新規病変を認め放射線照射を施行。本人希望でNivolumab再開後, CEA, 胸水は改善し順調に投与継続していた。X+2年1月, 呼吸困難増悪のため緊急入院。BNP・トロポニン高値であり, 心エコーでびまん性に左室収縮能低下を認め, 心不全と診断。冠動脈造影で虚血性心疾患は否定され, Nivolumabによる薬剤性心筋症が疑われた。Nivolumab中止し, β遮断薬や利尿剤による心不全治療後, 心収縮能は改善を認めた。免疫チェックポイント阻害剤による心筋障害は稀だが致死的となりうる重大な有害事象であり, 今回文献的考察を交えて報告する。

OS29-6

免疫チェックポイント阻害薬により自己免疫性好中球・血小板減少症を発症した肺扁平上皮癌の一例

国立病院機構京都医療センター 呼吸器内科

○金井 修, 中谷 光一, 藤田 浩平, 岡村 美里, 三尾 直士

背景: 免疫チェックポイント阻害薬による血液毒性の有害事象は稀だが時に重篤となる事がある。

症例: 60歳代男性。扁平上皮癌stage4に対してCDGP+TS-1を2コース, CBDCA+nabPTX1コース, nabPTX8コース投与したが腫瘍の増大を認めたためNivolumabを開始した。腫瘍は縮小したが, 41コース後の時点でgrade 4の好中球減少症, grade 3の血小板減少症を認めたため, 原因精査のため入院となった。末梢血および骨髄に異型細胞, 血球貪食像を認めず, 骨髄生検ではやや低形成を認めたが血球の産生・分化障害は否定的であった。免疫学的機序による成熟血球の破壊が原因と考えたため, 免疫関連有害事象としてプレドニゾン1mg/kg/dayの内服を開始した。プレドニゾン開始後数日で血球数は改善したため退院となり, 以後漸減, 中止したが再び血球減少をきたすことなく経過している。

結論: Nivolumab開始後1年以上経過して重篤な血液毒性を発症することがある。

OS30-1

Atezolizumab投与中にRS3PE症候群を呈した1例

田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○宇山 倫弘, 林 優介, 北島 尚昌, 菊池悠次郎, 前谷 知毅, 山田 翔, 白石 祐介, 伊元 孝光, 井上 大生, 片山 優子, 丸毛 聡, 福井 基成

症例: 69歳男性, X年2月左下葉原発の肺腺癌(cT4N2M0 Stage3B) と診断された。X年3月Carboplatin+nab-Paclitaxelを開始した。1コース終了後, best supportive careを希望され経過観察していたが, 免疫療法を希望するようになりX年8月Atezolizumabを開始した。X年10月3コース終了後, CTで原発巣・リンパ節転移巣の縮小を認めたが, 手背・足背の浮腫が出現した。血液検査でCRPの上昇を認め, リウマトイド因子陰性であり, 関節エコーで伸筋腱周囲に著明な腱鞘炎, 手・足趾に軽度の滑膜炎を認め, RS3PE症候群に矛盾しない所見と考えられた。Atezolizumabの休業後, 手背・足背の浮腫は改善し, CRPも低下した。抗PD-L1抗体によるRS3PE症候群の報告は稀である。通常RS3PE症候群の治療はステロイドの全身投与が行われるが, 本症例は休業のみで症状は改善した。免疫チェックポイント阻害薬による有害事象に関する今後の情報の蓄積とともに, 管理方法の確立が望まれる。

OS30-2

病理像で肺原発リンパ上皮腫様癌を疑った一例

- 1) 松下記念病院 呼吸器内科
- 2) 同 外科

○井ノ口乃英瑠¹⁾, 谷口 隆介¹⁾, 山田 崇央¹⁾, 和泉 宏幸²⁾

症例は54歳男性。20XX年1月の胸部異常陰影を契機に右上葉肺癌 (cT2aN0M0) と診断し、同年4月に胸腔鏡下右肺上葉切除術およびリンパ節郭清を施行。手術標本で異型細胞が充実胞巣状配列を示し、間質にリンパ球浸潤を伴う所見を認めたため、肺原発リンパ上皮腫様癌と診断した。肺原発リンパ上皮腫様癌は上咽頭癌の一種であるリンパ上皮腫に類似した組織形態を呈する稀な腫瘍で、WHO分類第4版より診断にEBウイルス感染を示すことが必要となった。WHO分類改訂に伴い、EBV-encoded RNA in situ hybridization (EBER-ISH) を本例でも追加したが、陰性であった。これまで組織形態学的に肺原発リンパ上皮腫様癌と報告された日本人症例で腫瘍細胞内のEBウイルス感染が証明された頻度は低い。今回 Hematoxylin-Eosin染色でリンパ上皮腫様癌と同じ組織形態であったが、EBウイルス感染を証明できなかった症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

OS30-4

非小細胞肺癌の化学療法中に著しいCPK上昇を認めた一例

- 1) 神戸赤十字病院 呼吸器内科
- 2) 国立精神・神経医療研究センター

○大阪 周平¹⁾, 杉本 啓介¹⁾, 杉本 裕史¹⁾, 田中隆一郎¹⁾, 中田 恭介¹⁾, 梶本 和宏¹⁾, 山本 真士¹⁾, 西野 一三²⁾

【症例】49歳、男性、【現病歴】X年4月からの右胸部痛を主訴に紹介受診。右上葉肺腺癌 (stage 4 A, EGFR/ALK negative, PD-L1 no expression) と診断され、X年8月より CDDP+PEM+Bevで治療を開始し、同年11月にはPEM+Bevで維持療法に入った。治療効果はPRが得られていたが、X+1年1月よりCPKの上昇傾向が見られた。その後もCPKの上昇傾向が続いたため (peak値 9582IU/L) 薬剤性因子を考え、休薬を行ったが改善なく、神経内科医師に相談した。各種自己抗体の検査は陰性で、筋生検などの精査を行ったところ、抗HMGR抗体陽性壊死性ミオパチーと診断した。筋炎に対してはステロイド、IVIg療法にて軽快したが、肺癌が再発し抗癌剤投与を並行して行っている。【考察】本症例は若年男性であり、二次治療として免疫チェックポイント阻害剤を検討していた。今回、抗HMGR抗体陽性壊死性ミオパチー発症の報告を行うとともに、今後の肺癌治療に関して考察を加えたい。

OS30-3

間質性肺炎患との鑑別を有した肺腫瘍血栓性微小血管症を伴う急速進行性肺腺癌の一例

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

○島 佑介¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 嶋田 有里¹⁾, 益田 隆広¹⁾, 細谷 和貴¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 立川 良¹⁾, 原 重雄²⁾, 富井 啓介¹⁾

症例は71歳男性。呼吸困難、咳嗽を主訴に前医を受診し、間質性肺炎の疑いで紹介。CT撮影で両側肺野に器質性肺炎を疑う浸潤影を認め、X月7日に右肺に対し気管支鏡検査を施行したところ、病理診断で腺癌であった。上下部消化管内視鏡、腹部エコー、体幹部造影CT、脳MRI、骨シンチで原発巣検索を行ったが、肺以外の病変を認めず、肺腺癌 [cT4N2M1a stageIVA (EGFR-/ALK-/ROS-1-/BRAF-, PD-L1:1 ~ 49%)] と診断した。生検組織では肺血管内に多くの腫瘍細胞と血管内皮細胞の肥厚が見られた。心エコーではTRPG45mmHgと肺高血圧を疑う所見があり、肺腫瘍血栓性微小血管症の合併が疑われた。X月15日に呼吸状態の悪化のため緊急入院し、肺野陰影の急速な悪化から腫瘍の増悪と判断し、救命目的で化学療法を施行した。カルボプラチン/パクリタキセル/ペバシズマブ/アテゾリズマブを1コース施行したところ、肺野陰影と呼吸状態の改善を認め、TRPG30mmHgへと改善した。

OS30-5

da Vinci Xiでの尾側アプローチによる前縦隔腫瘍と右肺癌同時切除術の1例

関西労災病院 呼吸器外科

○山本 亜弥, 戸田 道仁, 岩田 隆

【はじめに】通常、ロボット支援下手術でのアプローチは縦隔腫瘍は側方から、肺葉切除は尾側からが多い。今回我々は縦隔腫瘍と肺癌の同時切除例に対して、尾側アプローチで安全に手術を行い得たので報告する。【症例】83歳、女性。術前診断は右肺癌疑いIB期、胸腺腫疑い。肺結節は高齢、間質性肺炎、末梢小型病変のため部分切除のみとした。当科は2018年9月にロボット支援下手術を開始しており、第27症例目としてロボット支援下縦隔腫瘍摘出術、右肺部分切除を予定した。【手術】左側臥位、5ポートの尾側アプローチ。da Vinci Xiで上大静脈でターゲティング。S3部分切除術施行。#3aLN, 内胸静脈、無名静脈をメルクマールに縦隔腫瘍摘出術施行。出血少量、コンソール時間1:36で終了。【結語】前縦隔と右肺上葉が術野となるがda Vinci Xiで肺葉切除の尾側アプローチで上大静脈で前縦隔と右肺上葉、いずれも高い操作性が得られ安全に施行できた。

OS31-1

無症状で発見され片側胸水貯留，対側間質性肺炎を示したシェーグレン症候群の1例

洛和会音羽病院 洛和会京都呼吸器センター

○長坂 行雄，鈴木 潤，石田 真樹，田宮 暢代，
坂口 才，土谷美知子

生来健康であったが，検診で胸水貯留を指摘された。CTでは右に胸水貯留，左下葉にすりガラス陰影を認めた。胸水はリンパ球性の滲出液であったが細胞診，細菌等陰性。気管支鏡，TBLBでは，lymphoid hyperplasia が主体であった。自覚症状もなく，半年間経過を観察したが胸水，すりガラス陰影に著変はなかった。自己抗体検査を行ったところSS-A，SS-B陽性。問診では口腔乾燥とレイノー症状もあることが分かった。胸水中の抗SS-A/Ro抗体，抗SS-B/La抗体も高値でシェーグレン症候群による胸水貯留と診断した。ステロイド投与を開始し，すりガラス陰影はほぼ消失し，胸水は減少を示しいずれもシェーグレン症候群の肺，胸膜病変と考えられた。

OS31-3

IgG4関連胸膜炎と考えられた1例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○太田 和輝，岡田あすか，堀本 和秀，茨木 敬博，
村上 伸介，竹中 英昭，長 澄人

症例は70歳の男性。3ヶ月程前からの咳嗽で紹介受診となり，左胸水貯留を認めた。胸水穿刺ではリンパ球優位の滲出性胸水を認め，ADAが48.2IU/Lとやや高値を示したため結核性胸膜炎の可能性も考えたが診断には至らなかった。局所麻酔下胸腔鏡検査を施行したところ，臓側胸膜に辺縁明瞭な結節が局所的に散在しており，同部位からの生検で胸膜組織への著明なリンパ球・形質細胞の浸潤が見られ，IgG4陽性細胞を多数認めた。胸水貯留以外に病変は認めなかったが，血清中のIgG4も高値でありIgG4関連疾患に伴う胸膜炎と考えた。検査後胸水は自然に減少しており，現在外来で慎重経過観察中である。未だIgG4関連胸膜炎の報告はそれほど多くはないが，これまでの報告でもADAが高値であった報告も散見され，結核性胸膜炎との鑑別に注意が必要であると考えられる。

OS31-2

大量胸水で発症したAL型全身性アミロイドーシスの一例

1) 京都桂病院 呼吸器センター呼吸器内科
2) 同 呼吸器センター呼吸器外科
3) 同 血液内科
4) 同 病理科

○東山 智彦¹⁾，酒井 勇揮¹⁾，林 康之¹⁾，恒石 鉄平¹⁾，
岩坪 重彰¹⁾，橋本 教正¹⁾，租開 暁彦¹⁾，岩田 敏之¹⁾，
西村 尚志¹⁾，太田紗千子²⁾，寺田 泰二²⁾，岸本 渉³⁾，
渋谷 信介⁴⁾

【症例】78歳男性。【主訴】労作時呼吸困難感。【現病歴】X年5月より労作時呼吸困難を自覚し，胸部レントゲンで左大量胸水を指摘。リンパ球優位の滲出性胸水，ADA低値，細胞診陰性で，PETで異常集積を認めず，経過観察されたが改善を認めず，X年9月に当院呼吸器内科に紹介受診。【経過】局所麻酔下胸膜生検では炎症細胞浸潤のみの結果であり，全身麻酔下で広範囲に胸膜生検を施行したところ，アミロイド沈着と多数の形質細胞浸潤を認めたが，軽鎖制限は認めなかった。骨髄生検では，5.4%の形質細胞で異形成を認め，比較的λ鎖優位でIgAのみ高値であった。追加の胃・直腸粘膜生検で抗λ鎖抗体でのみ染色されるアミロイドが検出され，全身性ALアミロイドーシスの診断に至った。X+1年2月より化学療法が開始された。診断に苦慮した片側大量胸水を契機に全身性ALアミロイドーシスについて，文献的考察を加えて報告する。

OS31-4

ステロイド治療で胸水減少を得られた尿毒症性胸膜炎の一例

関西電力病院 呼吸器内科

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

54歳 男性 原因不明の慢性腎不全に対して維持透析中。2017年7月に近医で左胸水を指摘され，当科へ紹介となった。胸水穿刺では血性でリンパ球優位の滲出性胸水を認めたが，胸水細胞診，細菌・抗酸菌培養，外科的胸膜生検では有意所見を認めなかったため，尿毒症性胸膜炎と診断し，経過観察とした。2018年8月に，発熱，咳嗽，労作時呼吸困難，右胸痛を認め，再度胸水穿刺を施行し，好酸球の上昇を認めたが，寄生虫感染，薬剤性，血管炎は否定的であった。抗菌薬を投与するも効果は乏しく，右胸水の新規出現を認めたため，尿毒症性胸膜炎の増悪と診断した。プレドニン40mg/日を導入し，症状の軽快と胸水の減少を得られ，現在漸減中である。難治例の尿毒症性胸膜炎にステロイド投与や胸膜癒着術が有効であった報告が散見される。維持透析中に胸水の出現を認めた際には，尿毒症性胸膜炎も鑑別に挙げる必要があると考え，過去の文献的考察も加え報告する。

OS31-5

A群溶血性連鎖球菌（GAS）による膿胸の1例

公立学校共済組合近畿中央病院 呼吸器内科

○酒井 俊輔, 葉山 善友, 長 彰翁, 山口 統彦,
合屋 将

元来健康な52歳の女性。2日前から左胸背部痛が出現し次第に増強、特に吸気時の痛みが耐え難くなったため、救急外来を受診した。左肺下葉の肺炎と胸膜炎の診断で入院となったが、疼痛は激烈でフェンタニル持続注射でも緩和しなかった。抗菌薬投与、左胸腔ドレナージ、抗DIC療法を開始。右胸腔ドレナージも追加した。左胸水からA群溶血性連鎖球菌（GAS）が検出された。左胸腔にはドレナージしきれない膿胸腔が残ったため、胸腔鏡下にドレーンを留置し、ようやく症状は改善へ向かった。GASによる呼吸器感染症の頻度は低く、膿胸の報告も少ないが、多くは重篤で進行が早く、致死率が30～50%の劇症型へ進展する恐れがある。本症例は幸い劇症型には至らなかったが、基礎疾患のない成人に強い疼痛を伴う胸膜炎を認めた場合には、起炎菌としてGASを疑い、迅速なドレナージと十分な抗菌薬投与を行う必要がある。

OS31-7

2回の縦隔鏡検査を経て、結核性リンパ節炎さらに古典的ホジキンリンパ腫と診断された1例

田附興風会医学研究所北野病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○菊池悠次郎, 岡本 吉央, 住友 亮太, 山本 和代,
北野 俊行, 黄 政龍, 福井 基成

【現病歴・臨床経過】石綿曝露歴があり胸膜プラークを多数認める70歳代男性。慢性咳嗽を訴え近医受診したところ造影CTで縦隔リンパ節の腫脹、上大静脈の狭小化を認め精査加療目的に当院紹介となった。X年8月の縦隔鏡検査ではリンパ節#4Rより壊死を伴わない肉芽腫を散在性に認めた。フローサイトメトリーでは悪性リンパ腫は否定的であったが、Tスポットが陽性であったため結核性リンパ節炎と考え抗結核治療を開始した。リンパ節の縮小傾向および上大静脈狭窄の改善が認められたが、経時的に再び一部の縦隔リンパ節が増大傾向となったため、再度X+5年2月右腕頭静脈周囲のリンパ節に対して縦隔鏡検査を施行した。病理では肉芽腫を認めず、CD30陽性、PAX5弱陽性であり、古典的ホジキンリンパ腫と診断された。【考察】本症例は縦隔に結核性リンパ節炎とホジキンリンパ腫が続いて生じた症例と考えられる。縦隔鏡を2回行ったことも含めて文献的考察を加えて報告する。

OS31-6

子宮頸癌加療中に発症した頸部静脈血栓症による乳び胸

日本赤十字社和歌山医療センター 呼吸器内科

○住永圭一郎, 垣 貴大, 河内 寛明, 矢本 真子,
田中瑛一郎, 野口 進, 深尾あかり, 寺下 聡,
田尻 智子, 堀川 禎夫, 池上 達義, 杉田 孝和

乳び胸は胸管やその側副路の障害によって乳びが胸腔に貯留した状態を指す。乳び胸の原因は、手術などによる外傷や悪性腫瘍が多いが、静脈血栓も乳び胸の原因となりうる。しかし報告の多くは中心静脈カテーテル留置に伴う血栓によるもので、悪性腫瘍に伴う血栓による乳び胸の報告は多くない。今回担癌患者に発生した頸部静脈血栓症による乳び胸を経験したので報告する。症例は50代女性。子宮頸癌に対し繰り返し化学療法を施行中に呼吸困難を訴え、胸水貯留を指摘された。胸水性状は乳びで細胞診は陰性であった。原因検索のための造影CTでは胸管経路に腫瘤を認めず、頸部静脈内に血栓を認めた。以上より左鎖骨下静脈内血栓による乳び胸と診断した。抗凝固療法を行ったが胸水減少が十分得られなかったため胸腔ドレナージおよびタルクによる胸膜癒着術を行った。癌患者では深部静脈血栓症のリスクが高く、癌患者における乳び胸の原因として留意すべきである。

MEMO

協賛企業一覧

第123回日本結核病学会近畿地方会 第93回日本呼吸器学会近畿地方会開催にあたり、
下記の企業よりご支援を賜りました。ここに厚く御礼申し上げます。

アストラゼネカ株式会社

MSD株式会社／大鵬薬品工業株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

帝人在宅医療株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

フィリップス・レスピロニクス合同会社

フクダライフテック京滋株式会社

ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社／小野薬品工業株式会社

令和元年5月24日現在

敬省略・50音順

明日の在宅医療を支える

フクダライフテックは全国に展開する
ネットワークを通じて療養生活をおくられる皆様を
サポートいたします。

SAS

(無呼吸検査)

CPAP

(在宅持続陽圧呼吸療法)

HMV

(在宅人工呼吸療法)

HOT

(在宅酸素療法)

**FUKUDA
DENSHI**

本社 / 〒612-8379 京都府京都市伏見区南寝小屋町56 TEL (075)604-5366代
お客様窓口… ☎ (03) 5802-6600 / 受付時間:月～金曜日(祝祭日, 休日を除く) 9:00～18:00
<http://www.fukuda.co.jp/> **フクダライフテック京滋株式会社**

●福知山営業所 〒620-0055 京都府福知山市篠尾新町1-104 福知山第一ビル1F TEL (0773) 24-6178代 ●滋賀営業所 〒520-3015 滋賀県栗東市安養寺2-2-12 TEL (077) 554-0346代
●長 浜出張所 〒526-0015 滋賀県長浜市神照町488-10 TEL (0749) 68-3250代