

第134回日本結核病学会東海地方学会  
第116回日本呼吸器学会東海地方学会  
第19回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会

社) 日本呼吸器学会 URL <http://www.jrs.or.jp>

会 期 2019年11月16日(土) 午前11時55分より  
2019年11月17日(日) 午前9時より

会 場 大垣市民会館  
岐阜県大垣市新田町1丁目2番地  
TEL 0584-89-1111 (代表)  
A会場 (1階 ホール)  
B会場 (3階 大会議室1)  
C会場 (3階 大会議室2)

会 長 安藤 守秀  
(大垣市民病院 呼吸器内科)

# 会場

大垣市民会館

〒503-0856

岐阜県大垣市新田町1丁目2番地

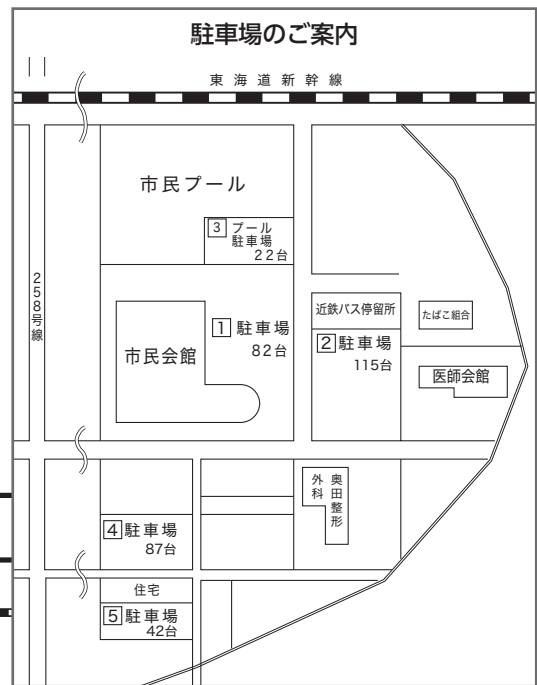
TEL 0584-89-1111 (代表)

## 【アクセス方法】

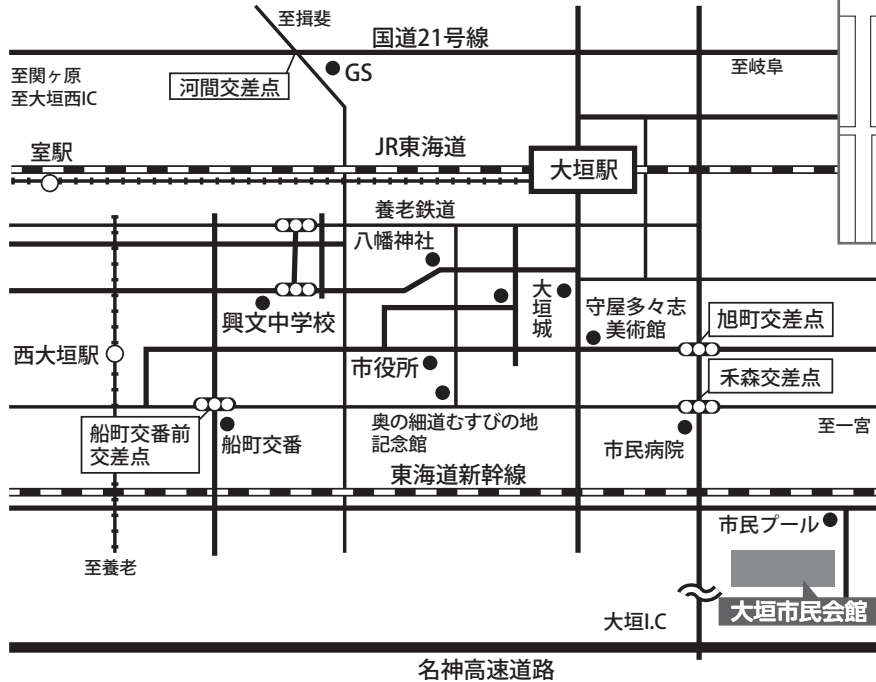
■JR大垣駅より

大垣駅南口 タクシー 10分

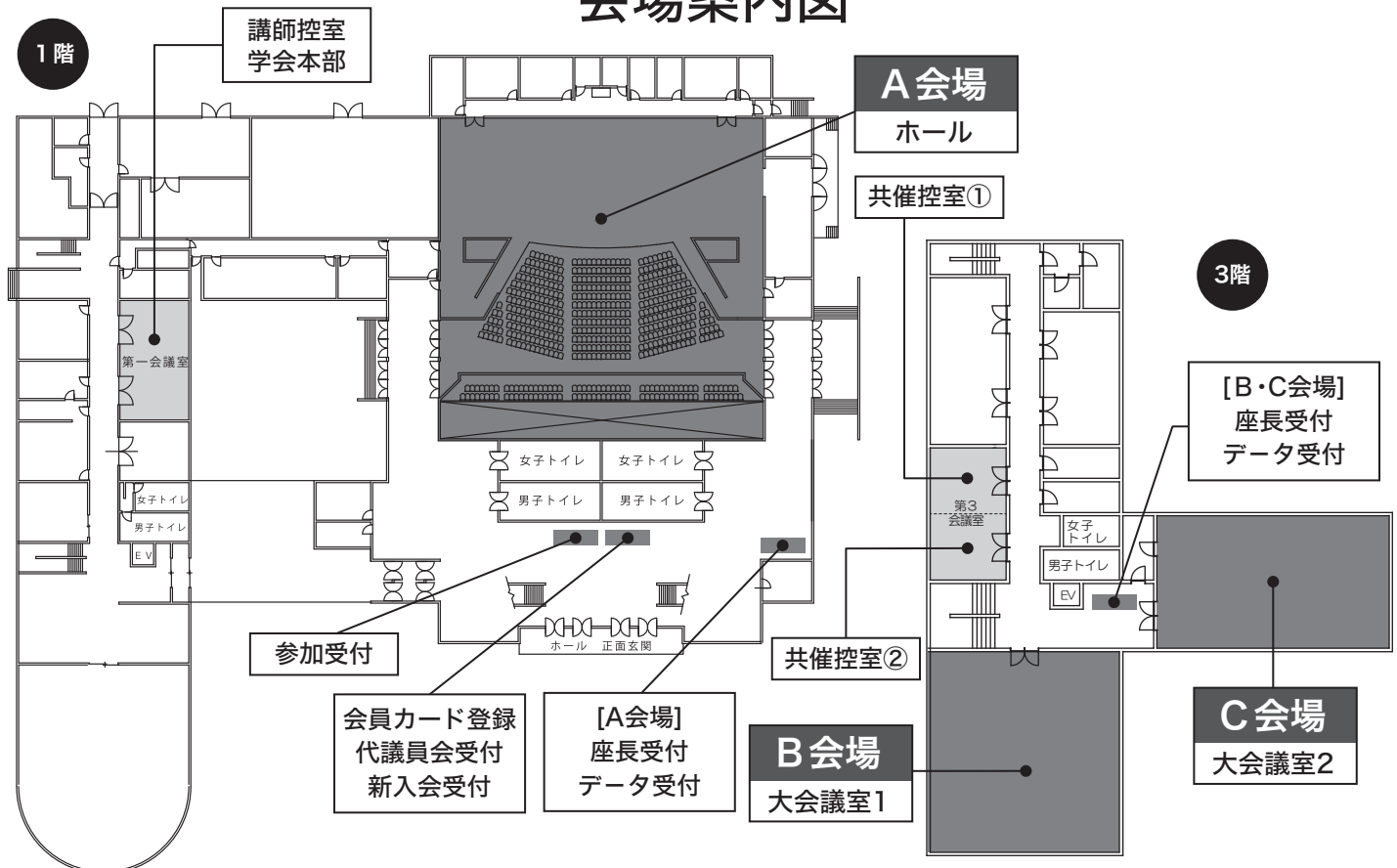
名阪近鉄バス(大垣駅発(3)乗場 市民会館行)約15分。



※無料駐車場(326台)あり



## 会場案内図



# 参加者へのご案内

## 1. 参加登録

- 1) 参加費3,000円。医学生（大学院生除く）と研修医（医師国家試験取得後3年目まで）は無料です。証明書をご持参ください。

参加受付は1階ホールホワイエ、受付時間は1日目11:00～17:00、2日目8:30～16:00です。

- 2) 参加費お支払後、ネームカードをお渡ししますので、所属・氏名をご記入の上、会場内では常時ご着用いただきますようお願いいたします。
- 3) 参加で取得できる単位は以下のとおりです。

- ・ 日本呼吸器学会専門医 5単位、筆頭演者 3単位
- ・ 日本結核病学会結核・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、筆頭演者 5単位（参加領収書・ネームカードが出席証明になります）
- ・ 3学会合同呼吸療法認定士 20単位
- ・ 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 7単位

- 4) 日本呼吸器学会員は、会員カード（web会員証も可）をお持ちください。

専門医でない場合も参加登録を必ず行ってください。代理の方による受付はできませんので必ずご本人が行ってください。

参加登録および専門医単位の確認は会員専用ページで行ってください。

なお、会員カードもしくはweb会員証をお持ちいただかなかった場合は、ネームカードについている参加証明書を専門医更新時にご提出ください。専門医更新時以外は受付いたしませんので各自保管をお願いいたします。

## 2. 座長の先生方へのご案内

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

## 3. 演者（一般演題）の先生方へのご案内

- 1) 一般演題は発表時間7分、討論3分、時間厳守でお願いします。
- 2) 発表はすべてPCプレゼンテーションで、一面映写です。発表データはUSBメモリーにてご持参いただき、発表の30分前までに発表データ受付で受付及び動作確認をしてください。（2日目朝は8時30分より受付開始します）
- 3) COI（利益相反）状態の有無にかかわらず、発表スライドの一枚目にCOI状態を開示してください。
- 4) スライド枚数の指定はございませんが、動画は使用できません。  
主催者側で用意するPCはWindows、アプリケーションはPowerPointです。発表データはWindows版PowerPointで作成してください。発表データファイル名は「演題番号+氏名」としてください。スクリーンのアスペクト比は4:3です。
- 5) 日本結核病学会誌に掲載希望の方は「演題名、発表者（共同演者も含む）の名前・所属、抄録本文200字以内」の原本とそのデータ（Wordファイル）を発表データ受付時にご提出ください。

## 4. その他

- 1) プログラム抄録集は当日忘れずにご持参下さい。
- 2) 会場内は、すべて禁煙です。
- 3) 会場内では携帯電話の電源をお切りいただくか、マナーモードに設定してください。
- 4) 駐車場は無料ですが台数に限りがあります。公共交通機関をご利用ください。
- 5) ホームページアドレス<http://www.ccs-net.co.jp/>

# 日程表

## 11月16日 (土)

	A会場 1階 ホール	B会場 3階 大会議室1	C会場 3階 大会議室2
9:00			
10:00			
11:00			
	11:55~12:00 開会の辞		
12:00	12:00~ 12:50 肺癌1 A-01~A-05	12:00~ 12:40 間質性肺炎・膠原病・ 血管炎1 B-01~B-04	12:00~ 12:50 結核・非結核性 抗酸菌症1 C-01~C-05
13:00	12:50~ 13:30 肺癌2 A-06~A-09	12:40~ 13:20 間質性肺炎・膠原病・ 血管炎2 B-05~B-08	12:50~ 13:40 結核・非結核性 抗酸菌症2 C-06~C-10
14:00	13:30~ 14:10 肺癌3 A-10~A-13	13:20~ 14:00 薬剤性肺障害1 B-09~B-12	13:40~ 14:30 結核・非結核性 抗酸菌症3 C-11~C-15
	14:10~ 15:00 分子標的薬 A-14~A-18	14:00~ 14:30 薬剤性肺障害2 B-13~B-15	
15:00	15:00~ 15:50 免疫チェックポイント 阻害薬1 A-19~A-23	14:30~ 15:10 肺循環障害・その他1 B-16~B-19	14:30~ 15:30 真菌・その他の 感染症1 C-16~C-21
		15:10~ 15:40 肺循環障害・その他2 B-20~B-22	
16:00		16:00~ 16:40 肺生理教育講演	
17:00		16:45~ 17:35 イブニングセミナー1	
18:00		17:40~ 18:30 イブニングセミナー2	
19:00			

# 日程表

## 11月17日 (日)

	A会場 1階 ホール	B会場 3階 大会議室1	C会場 3階 大会議室2
9:00	9:00～ 9:40 免疫チェックポイント 阻害薬 2 A-24～A-27	9:00～ 9:40 喘息・アレルギー疾患 1 B-23～B-26	9:00～ 9:40 真菌・その他の 感染症 2 C-22～C-25
10:00	9:40～ 10:20 免疫チェックポイント 阻害薬 3 A-28～A-31	9:40～ 10:20 喘息・アレルギー疾患 2 B-27～B-30	9:40～ 10:20 真菌・その他の 感染症 3 C-26～C-29
11:00	10:30～ 11:00 男女共同参画講演		
	11:05～ 12:05 特別講演		
12:00			
13:00		12:15～ 13:15 ランチョンセミナー	12:15～ 13:15 代議員会
	13:20～ 13:40 総会		
14:00	13:45～ 14:45 結核教育講演		
15:00	14:50～ 15:30 腫瘍 1 A-32～A-35	14:50～ 15:50 サルコイドーシス B-31～B-36	14:50～ 15:40 真菌・その他の 感染症 4 C-30～C-34
16:00	15:30～ 16:10 腫瘍 2 A-36～A-39	15:50～ 16:30 リンパ増殖性疾患 1 B-37～B-40	15:40～ 16:20 稀少疾患 1 C-35～C-38
	16:10～ 16:50 腫瘍 3 A-40～A-43	16:30～ 17:00 リンパ増殖性疾患 2 B-41～B-43	16:20～ 16:50 稀少疾患 2 C-39～C-41
17:00		17:00～17:05 閉会の挨拶	
18:00			
19:00			

# 特別演題プログラム

## 特別講演

11月17日 (日) 11:05 ~ 12:05 A会場

座長：大垣市民病院 呼吸器内科 部長 安藤 守秀

『慢性呼吸器疾患のチーム医療—これからの呼吸ケア・リハビリテーション—』

前橋赤十字病院 呼吸器内科 副部長 堀江 健夫 先生

## 結核教育講演

11月17日 (日) 13:45 ~ 14:45 A会場

座長：長良医療センター 統括診療部長 加藤 達雄 先生

『結核・非結核性抗酸菌症の診療 -最近のトピックを交えて-』

独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 感染症研究部長 露口 一成 先生

## 肺生理教育講演

11月16日 (土) 16:00 ~ 16:40 B会場

座長：岐阜市民病院 呼吸器内科 部長 吉田 勉 先生

『症例から学ぶ肺機能検査』

東京医療センター 呼吸器科 医長 小山田 吉孝 先生

## 男女共同参画講演

11月17日 (日) 10:30 ~ 11:00 A会場

座長：大垣市民病院 呼吸器内科 加賀城 美智子 先生

『岐阜大学医学部における男女共同参画の取り組み』

岐阜大学医学部附属地域医療医学センター センター長 村上 啓雄 先生

# 共催プログラム

ランチョンセミナー

11月17日 (日) 12:15 ~ 13:15 B会場

共催：日本イーライリリー株式会社

座長：松阪市民病院 呼吸器センター センター長 兼 副院長 畑地 治 先生

『ドライバー遺伝子変異陰性における最新薬物療法の治療戦略』

帝京大学医学部 内科学講座 腫瘍内科 教授 関 順彦 先生

イブニングセミナー 1

11月16日 (土) 16:45 ~ 17:35 B会場

共催：帝人在宅医療株式会社

座長：大垣市民病院 呼吸器内科 部長 安藤 守秀

『酸素療法 Up to date』

公立陶生病院 副院長 近藤 康博 先生

イブニングセミナー 2

11月16日 (土) 17:40 ~ 18:30 B会場

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

座長：小牧市民病院 副院長 小島 英嗣 先生

『COPD診療で喘息病態を見逃さないために』

国立国際医療研究センター病院 呼吸器内科 診療科長 放生 雅章 先生

第134回日本結核病学会東海地方学会  
第116回日本呼吸器学会東海地方学会  
第19回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会

一般演題

A会場

第1日目(11月16日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

12:00-12:50 肺癌1

座長 三重県立総合医療センター 呼吸器内科 藤原 篤司

- \*A-01 経気管支生検の際にガイドシース先端の不透過チップの脱落を認め摘除困難であった一例  
藤田医科大学 呼吸器内科学I 伊奈 拓摩 他
- \*A-02 ICI併用化学療法が奏功し、著明な好酸球増多が改善した肺腺癌の1例  
三重県立総合医療センター 呼吸器内科 伊藤 稔之 他
- \*A-03 当院で経験した類基底細胞型扁平上皮癌16例の臨床的検討  
国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器内科 大岩 綾香 他
- \*A-04 多発頸部リンパ節転移による気道狭窄を来した肺多形癌の1剖検例  
藤枝市立総合病院 呼吸器内科 芹澤沙耶香 他
- \*A-05 たこつぼ心筋症、Trousseau症候群を合併した肺癌の一例  
春日井市民病院 全並 正人 他

12:50-13:30 肺癌2

座長 小牧市民病院 呼吸器内科 後藤 大輝

- \*A-06 肺腺癌皮膚転移の一例  
小牧市民病院 呼吸器内科 縣 知優 他
- \*A-07 当院にて初めて職業性石綿ばく露が指摘された肺癌19例の検討  
旭ろうさい病院 呼吸器科 伊藤 圭馬 他
- \*A-08 原発巣と転移リンパ節のPD-L1染色に差異が見られた肺腺癌の1例  
三重大学医学部附属病院 臨床研修・キャリア支援部 伊藤 優希 他
- \*A-09 NGS法とPNA-LNA PCR clamp法でuncommon mutationを確認した肺腺癌の1例  
松阪市民病院 呼吸器センター内科 江角 征哉 他

13:30-14:10 肺癌3

座長 藤田医科大学ばんだね病院 呼吸器内科 桑原 和伸

- \*A-10 化学放射線療法を施行した維持血液透析中の限局型小細胞肺癌の1例  
聖隷三方原病院 呼吸器内科 藤田侑以子 他
- A-11 大腸癌の転移性肺腫瘍との鑑別が問題となった腸型肺腺癌の一例  
岐阜県立多治見病院 井上 徳子 他
- A-12 腫瘍崩壊症候群を合併した大細胞神経内分泌癌の一例  
藤田医科大学ばんだね病院 呼吸器内科 出口亜里紗 他
- \*A-13 傍腫瘍性神経症候群を合併した小細胞肺癌の1例  
大垣市民病院 呼吸器内科 船坂 高史 他



## 14:10-15:00 分子標的薬

座長 松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科 藤原 研太郎

- 
- A-14 骨格筋転移を有しLorlatinibが奏効したALK遺伝子転座陽性肺腺癌の1例  
順天堂大学医学部附属静岡病院 呼吸器内科 松田 浩成 他
- A-15 gefitinib投与後にT790M変異がみられたEGFR遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌の一例  
静岡県立総合病院 呼吸器内科 大石 享平 他
- \*A-16 当院における高齢EGFR陽性非小細胞肺癌患者に対する一次治療としてのOsimertinibの検討  
松阪市民病院 呼吸器内科 古橋 一樹 他
- \*A-17 Crizotinibが著効したROS1融合遺伝子陽性肺癌の一例  
公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 近藤 優樹 他
- \*A-18 当院におけるPD-L1高発現EGFR陽性肺腺癌に対する1次治療としてのオシメルチニブの治療効果についての検討  
松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科 中村 祐基 他

## 15:00-15:50 免疫チェックポイント阻害薬 1

座長 名古屋市立大学病院 呼吸器・アレルギー内科 前野 健

- 
- \*A-19 ペムブロリズマブによる脊髄炎の一例  
名古屋市立大学病院 呼吸器・アレルギー内科 藤井 藍 他
- \*A-20 EGFR-TKIが早期に不応となりAtezolizumabが著効したEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の一例  
静岡県立総合病院 呼吸器内科 田村可菜美 他
- A-21 Pembrolizumab投与中に著明な血小板減少をきたした肺腺癌の一例  
藤田医科大学 呼吸器内科学I 相馬 智英 他
- A-22 腎細胞癌に対してニボルマブとイピリマブ投与中に気管支喘息と好酸球性副鼻腔炎を発症した1例  
静岡県立総合病院 呼吸器内科 渡邊 裕文 他
- \*A-23 Pembrolizumab併用化学療法中に発症したInfliximabが著効した難治性免疫関連大腸炎の1例  
浜松医科大学 呼吸器内科 野中 翔太 他

## B 会場

### 第1日目 (11月16日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

#### 12:00-12:40 間質性肺炎・膠原病・血管炎 1

座長 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 山野 泰彦

- 
- |       |  |                      |       |   |
|-------|--|----------------------|-------|---|
| *B-01 | 乳癌放射線治療後に器質化肺炎を繰り返した一例                 | 静岡県立総合病院             | 高橋 進悟 | 他 |
| *B-02 | 放射線性肺臓炎に対してクライオ生検を実施した一例               | 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 | 板東 知宏 | 他 |
| B-03  | 活動性関節リウマチとNSIP patternの間質性肺炎を同時に発症した1例 | 浜松労災病院 呼吸器内科         | 幸田 敬悟 | 他 |
| *B-04 | 肺癌を疑われた多発血管炎性肉芽腫症の1例                   | 岐阜赤十字病院 呼吸器内科        | 五島隆之介 | 他 |

#### 12:40-13:20 間質性肺炎・膠原病・血管炎 2

座長 岐阜大学医学部附属病院 呼吸器内科 柳瀬 恒明

- 
- |       |  |                         |       |   |
|-------|--|-------------------------|-------|---|
| B-05  | 両肺多発結節と耳合併症を認めたMPO-ANCA陽性多発血管炎性肉芽腫症の一例   | 愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科      | 佐藤 美佳 | 他 |
| *B-06 | 急速進行性の経過をとった顕微鏡的多発血管炎の一例                 | 岐阜大学医学部附属病院 呼吸器内科       | 岩井 正道 | 他 |
| B-07  | 入院中に発症した肺病変先行型の関節リウマチの一例                 | 藤田医科大学 医学部 呼吸器内科学 II 講座 | 堀口 紘輝 | 他 |
| *B-08 | 急速進行性のANCA関連血管炎に対して血漿交換療法を含む集学的治療が奏功した一例 | 岐阜大学医学部附属病院 呼吸器内科       | 岩井 正道 | 他 |

#### 13:20-14:00 薬剤性肺障害 1

座長 中東遠総合医療センター 呼吸器内科 牧野 靖

- 
- |       |                               |                   |       |   |
|-------|-------------------------------|-------------------|-------|---|
| B-09  | 柴苓湯による薬剤性肺障害の一例               | 静岡赤十字病院 呼吸器内科     | 遠藤 慶成 | 他 |
| *B-10 | ST合剤による薬剤性肺障害と診断した一例          | 中東遠総合医療センター       | 村田 一真 | 他 |
| *B-11 | 市販漢方薬(防風通聖散)による薬剤性肺障害と考えられた1例 | 中東遠総合医療センター 呼吸器内科 | 守田 裕啓 | 他 |
| *B-12 | ミノサイクリンによる好酸球性肺炎の一例           | 磐田市立総合病院 呼吸器内科    | 中川栄実子 | 他 |

## 14:00-14:30 薬剤性肺障害 2

座長 静岡済生会総合病院 呼吸器内科 池田 政輝

- 
- \*B-13 ダプトマイシンによる薬剤性肺障害を発症した一例  
聖隷三方原病院 呼吸器センター内科 綿貫 雅之 他
- \*B-14 ザルトプロフェンによる薬剤性好酸球性肺炎の1例  
聖隷三方原病院 呼吸器センター内科 青山 周平 他
- \*B-15 繰り返す肺炎が診断の契機になった薬剤性肺障害の一例  
静岡済生会総合病院 呼吸器内科 角田 智 他

## 14:30-15:10 肺循環障害・その他 1

座長 市立四日市病院 呼吸器内科 山下 良

- 
- \*B-16 皮膚筋炎に伴う間質性肺炎の肺高血圧症に対してシルデナフィルが奏効した一例  
公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 副島 和晃 他
- \*B-17 大腿骨骨幹部骨折後に発症した脂肪塞栓症候群の1例  
市立四日市病院 呼吸器内科 小林 凱 他
- \*B-18 片肺洗浄により改善した自己免疫性肺胞蛋白症の1例  
名古屋掖済会病院 呼吸器内科 伊藤 利泰 他
- B-19 洗浄側を上方とした側臥位で肺胞洗浄術を行った自己免疫性肺胞蛋白症の1例  
岐阜大学医学部附属病院 第二内科 呼吸器内科 佐々木優佳 他

## 15:10-15:40 肺循環障害・その他 2

座長 岐阜大学医学部附属病院 呼吸器内科 遠渡 純輝

- 
- B-20 気管支喘息重責発作との鑑別を有し、気管切開に至った声帯開大不全の1例  
三重大学医学部附属病院 呼吸器内科 岡野 智仁 他
- \*B-21 気管支バルブに続発した閉塞性肺炎により呼吸機能が改善した1例  
松阪市民病院 呼吸器センター内科 岡田 真輝 他
- \*B-22 食事療法で軽快した肝硬変に伴う乳び胸水の1例  
浜松医療センター 呼吸器内科 小川 秀己 他

## C会場 第1日目(11月16日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

### 12:00-12:50 結核・非結核性抗酸菌症 1

座長 聖隷浜松病院 呼吸器内科 橋本 大

- 
- |       |   |       |   |
|-------|---|-------|---|
| C-01  | インフリキシマブ使用中にIGRA陽転化を来した播種性結核症の一例<br>聖隷浜松病院 呼吸器内科    | 持塚 康孝 | 他 |
| *C-02 | 多発脳梗塞を契機に診断に至った結核性髄膜炎の一例<br>国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器内科 | 坂倉 康正 | 他 |
| C-03  | IgA血管炎を合併した高齢者結核の1例<br>国立病院機構天竜病院 呼吸器・アレルギー科        | 大嶋 智子 | 他 |
| C-04  | 乳腺結核の1例<br>刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科                   | 加藤 早紀 | 他 |
| C-05  | 中耳結核から肺結核の診断に至った一例<br>津島市民病院 内科                     | 小林都仁夫 | 他 |

### 12:50-13:40 結核・非結核性抗酸菌症 2

座長 藤枝市立総合病院 呼吸器内科 小清水 直樹

- 
- |       |   |       |   |
|-------|---|-------|---|
| *C-06 | 早期より多剤耐性肺結核を想定し、治療が奏効した一例<br>公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 | 野口陽一朗 | 他 |
| *C-07 | 診断、治療に難渋した頭蓋内結核病変の一例<br>藤田医科大学 呼吸器内科学 I           | 加古 寿志 | 他 |
| C-08  | CA125が高値を示した結核性胸腹膜炎の1例<br>藤枝市立総合病院 呼吸器内科          | 一條甲子郎 | 他 |
| *C-09 | EBUS-TBNAで診断された結核性リンパ節炎の1例<br>聖隷三方原病院 呼吸器内科       | 柚木茉莉那 | 他 |
| C-10  | 多剤耐性肺結核が考えられ診断に難渋した1例<br>はるひ呼吸器病院 呼吸器内科           | 小橋 保夫 | 他 |

### 13:40-14:30 結核・非結核性抗酸菌症 3

座長 国立病院機構名古屋医療センター 呼吸器内科 中畑 征史

- 
- |       |   |       |   |
|-------|---|-------|---|
| *C-11 | シリコンYステントを両断して抜去した気管・気管支結核の1例<br>国立病院機構名古屋医療センター 呼吸器内科                | 鳥居 厚志 | 他 |
| *C-12 | 非結核性抗酸菌症に伴った気管支結石の1例<br>聖隷浜松病院 呼吸器内科                                  | 竹田健一郎 | 他 |
| *C-13 | 非結核性抗酸菌症に難治性気胸および胸膜炎を合併した1例<br>浜松医科大学医学部附属病院 呼吸器内科                    | 森川 圭亮 | 他 |
| *C-14 | EWS充填術、自己血・トロンビン注入、胸膜癒着術の併用が奏功した肺MAC症による難治性気胸・膿胸の一例<br>藤枝市立総合病院 呼吸器内科 | 籠尾南海夫 | 他 |

C-15 適切な感受性試験結果が治療に有用であったMycobacterium abscessus complex感染症の1例

藤田医科大学 呼吸器内科学 I 前田 侑里 他

14:30-15:30 真菌・その他の感染症 1

座長 聖隷三方原病院 呼吸器内科 加藤 慎平

- 
- \*C-16 クリプトコッカス胸膜炎を発症した一例  
磐田市立総合病院 呼吸器内科 伊藤友一朗 他
- \*C-17 肺腺癌の治療中にアスペルギルス感染に伴う腹腔内出血を来した一剖検例  
聖隷浜松病院 呼吸器内科 平間隆太郎 他
- C-18 剖検にて診断した侵襲性肺アスペルギルス症の1例  
刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 浅野 元世 他
- \*C-19 IgG4関連疾患の治療経過中に現病の再燃との鑑別を要した肺クリプトコッカス症の一例  
磐田市立総合病院 呼吸器内科 秋山 萌 他
- \*C-20 AIDS患者に発症した播種性ヒストプラズマ症の1例  
聖隷三方原病院 呼吸器内科 山田耕太郎 他
- C-21 シフラが病勢を反映していると考えられた肺放線菌症の一例  
JA 愛知厚生連豊田厚生病院 呼吸器内科 林 かずみ 他

## A 会場

### 第2日目 (11月17日 日曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

#### 9:00-9:40 免疫チェックポイント阻害薬 2

座長 中部ろうさい病院 呼吸器内科 松下 明弘

- 
- \*A-24 ペムブロリズマブ投与中に急性間質性腎炎をきたした非小細胞肺癌の1例  
岐阜市民病院 呼吸器内科 北村 悠 他
- A-25 Durvalumab開始後に急性に薬剤性血小板減少症をきたした肺癌の1例  
名古屋第二赤十字病院 呼吸器内科 川浪 匡史 他
- A-26 ニボルマブ投与後に筋炎合併重症筋無力症を発症した気管支内扁平上皮癌の1例  
中部ろうさい病院 呼吸器内科 大槻 遼 他
- A-27 Atezolizumab投与後に髄膜炎をきたした1例  
藤田医科大学 呼吸器内科学1 井上 敬浩 他

#### 9:40-10:20 免疫チェックポイント阻害薬 3

座長 藤田医科大学 呼吸器内科学1 岡村 拓哉

- 
- \*A-28 ペムブロリズマブ単剤療法中に発症した劇症1型糖尿病の1例  
藤田医科大学 呼吸器内科学1 森谷 遼馬 他
- A-29 Atezolizumabによる血球貪食症候群を発症した1例  
静岡市立清水病院 呼吸器内科 伊波 奈穂 他
- \*A-30 デュルバルマブによるPseudoprogessionが疑われた非小細胞肺癌の1例  
松阪市民病院 呼吸器センター内科 川口 敦之 他
- \*A-31 急速に進行し小腸イレウスをきたした縦隔原発多形癌に対しペムブロリズマブが奏効した1例  
聖隷三方原病院 呼吸器センター内科 久米 敦紀 他

#### 14:50-15:30 腫瘍 1

座長 刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 鈴木 嘉洋

- 
- \*A-32 左胸水を合併した縦隔脂肪腫の1例  
刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 街道 達哉 他
- \*A-33 血痰を契機に診断した肺内血腫の1例  
刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 山田 悠貴 他
- \*A-34 アスペルギルス症の合併が疑われた肺血管肉腫の剖検例  
名古屋第一赤十字病院 呼吸器内科 都島 悠佑 他
- A-35 呼吸不全を呈した肺カルチノイド腫瘍の1例  
静岡市立静岡病院 甲斐翔太郎 他

15:30-16:10 腫瘍 2

座長 大垣市民病院 呼吸器内科 中島 治典

- 
- \*A-36 巨大軟骨肉腫の1例  
大垣市民病院 呼吸器内科 坂野 聖弥 他
- \*A-37 乳腺転移を認めた肺神経内分泌癌の1例  
聖隷浜松病院 呼吸器内科 勝又 萌 他
- \*A-38 多発肺転移を来した神経内分泌分化を伴う前立腺癌の1例  
藤枝市立総合病院 呼吸器内科 山下 遼真 他
- \*A-39 気管支内転移巣からの生検組織で転座型腎細胞癌の診断に至った1例。  
静岡済生会総合病院 呼吸器内科 中村 匠吾 他

16:10-16:50 腫瘍 3

座長 静岡県立総合病院 呼吸器内科 三枝 美香

- 
- \*A-40 嚢胞性病変を伴った肉腫型の限局性悪性胸膜中皮腫の一例  
地方独立行政法人 三重県立総合医療センター 呼吸器内科 増田 考祐 他
- \*A-41 縦隔非セミノーマ性胚細胞腫瘍に対して化学療法+腫瘍摘出術を施行し完全寛解が得られた1例  
静岡県立総合病院 呼吸器内科 増田 寿寛 他
- A-42 石灰化を認めた胸腺腫の1例  
静岡市立静岡病院 呼吸器内科 児嶋 駿 他
- \*A-43 肺野に多発斑状、粒状陰影を伴った右房原発血管肉腫の一例  
岐阜大学 第二内科・呼吸器内科 酒井 千鶴 他



## B 会場 第2日目 (11月17日 日曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

### 9:00-9:40 喘息・アレルギー疾患 1

座長 岐阜県総合医療センター 呼吸器内科 都竹 晃文

- 
- B-23 気管支サーモプラスティにより画像で気管支の拡張を認めた症例  
岐阜県総合医療センター 呼吸器内科 都竹 晃文 他
- B-24 MepolizumabからBenralizumabに変更後、一秒量増加と症状改善を認めた難治性喘息の1例  
小牧市民病院 呼吸器内科 山下 有己 他
- \*B-25 ベンラリスマブ単回投与後にデュピルマブに変更し奏功した難治性喘息の1例  
トヨタ記念病院 統合診療科 金森紗乃代 他
- \*B-26 気管支喘息発作加療中に特発性気腹症を発症した一例  
磐田市立総合病院 呼吸器内科 北原 佳泰 他

### 9:40-10:20 喘息・アレルギー疾患 2

座長 鈴鹿中央総合病院 呼吸器センター内科 小林 裕康

- 
- B-27 重症喘息に対して抗体製剤を使用した症例の呼吸機能の推移  
松阪市民病院 呼吸器センター内科 藤原研太郎 他
- \*B-28 腎細胞癌加療中に好酸球性肺炎を発症した1例  
静岡県立総合病院 呼吸器内科 杉山 周一 他
- \*B-29 好酸球増多を伴うPembrolizumabによる薬疹にMepolizumabが効果的であった1例  
松阪市民病院 呼吸器センター内科 大森 祐樹 他
- \*B-30 Omalizumab投与により改善した慢性特発性蕁麻疹合併喘息の一例  
鈴鹿中央総合病院 呼吸器センター内科 田端 勇作 他

### 14:50-15:50 サルコイドーシス

座長 浜松労災病院 呼吸器内科 豊嶋 幹生

- 
- B-31 関節リウマチに対するセルトリズマブペゴル投与中に発症したサルコイドーシスの1例  
浜松労災病院 呼吸器内科 幸田 敬悟 他
- \*B-32 PET-CTを用いることでサルコイドーシスの筋病変を診断し得た一例  
三重県立総合医療センター 呼吸器内科 三木 寛登 他
- \*B-33 甲状腺乳頭癌を合併した甲状腺サルコイドーシスの1例  
中東遠総合医療センター 呼吸器内科 西 恵佳 他
- \*B-34 胸腔鏡で診断に至った胸膜サルコイドーシスの一例  
藤枝市立総合病院 呼吸器内科 久保田 努 他
- \*B-35 診断に苦慮したサルコイドーシスの1例  
はるひ呼吸器病院 内科 呼吸器内科 藤原 秀之
- \*B-36 ぶどう膜炎を契機に判明した刺青サルコイドーシスの1例  
三重県立総合医療センター 呼吸器内科 鶴賀 龍樹 他



15:50-16:30 リンパ増殖性疾患 1

座長 名古屋掖済会病院 呼吸器内科 浅野 俊明

- 
- |       |  |         |
|-------|--|---------|
| B-37  | 当院で多中心性キャスルマン病と診断しトシリズマブを導入した3例<br>名古屋掖済会病院 呼吸器内科  | 岩間真由子 他 |
| B-38  | 右上葉切除を行い診断した単中心性Castleman病の一例<br>聖隷三方原病院 呼吸器センター外科 | 上沼 康範 他 |
| B-39  | 乳び胸を契機に診断された悪性リンパ腫の一例<br>刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科    | 中島 国也 他 |
| *B-40 | IgG4高値を認めた多中心性キャスルマン病の1例<br>磐田市立総合病院 呼吸器内科         | 中井 省吾 他 |

16:30-17:00 リンパ増殖性疾患 2

座長 春日井市民病院 呼吸器内科 岩田 晋

- 
- |       |   |         |
|-------|---|---------|
| *B-41 | 診断に苦慮したメトトレキサート(MTX)関連リンパ増殖性疾患の一例<br>春日井市民病院 呼吸器内科      | 太田 翔 他  |
| B-42  | EGRR遺伝子変異陽性肺腺癌の治療中のIgG4関連疾患様の病態を呈した一例<br>藤枝市立総合病院 呼吸器内科 | 伊藤祐太郎 他 |
| *B-43 | 鼻中隔生検により診断に至った気管支壁肥厚を呈するIgG4関連疾患の1例<br>静岡済生会総合病院 呼吸器内科  | 森 利枝 他  |

## C会場 第2日目(11月17日 日曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

### 9:00-9:40 真菌・その他の感染症 2

座長 国立病院機構長良医療センター 呼吸器内科 大西 涼子

- 
- \*C-22 悪性リンパ腫治療中に生じ、非典型的なCT所見を呈したサイトメガロウイルス肺炎の1例  
安城更生病院 太田 祥子 他
- \*C-23 免疫不全の背景がない若年女性に発症したノカルジア肺炎の1例  
岐阜県総合医療センター 呼吸器内科 葛西佑太郎 他
- \*C-24 経過中にST合剤に耐性化を来した肺ノカルジア症の1例  
国立病院機構長良医療センター 呼吸器内科 松本 聖司 他
- C-25 播種性ノカルジアの経過中に肺胞蛋白症を発症した一例  
静岡市立静岡病院 呼吸器内科 阿部 岳文 他

### 9:40-10:20 真菌・その他の感染症 3

座長 名古屋第二赤十字病院 呼吸器内科 村田 直彦

- 
- C-26 ステロイド加療中に発症した重篤な呼吸不全から救命し得た肺ノカルジア症の一例  
順天堂大学医学部附属静岡病院 上田 翔子 他
- C-27 N.blacklokliaeによる肺ノカルジア症の1例  
伊勢赤十字病院 呼吸器内科 伊藤 有平 他
- \*C-28 気管支喘息発作と鑑別を要した糞線虫症の1例  
岐阜県立多治見病院 呼吸器内科 渡邊 祥 他
- \*C-29 可逆性脳梁膨大部病変を伴ったレジオネラ肺炎の一例  
名古屋第二赤十字病院 呼吸器内科 大野 弘真 他

### 14:50-15:40 真菌・その他の感染症 4

座長 トヨタ記念病院 呼吸器内科 木村 元宏

- 
- \*C-30 レジオネラ肺炎13例の検討  
岡崎市民病院 佐橋 篤佳 他
- \*C-31 ステロイドが有効であったマイコプラズマ細気管支炎の一例  
公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 萩原 毅 他
- C-32 重症肺膿瘍と敗血症を呈した非チフス性サルモネラ属菌感染症の一例  
沼津市立病院 呼吸器内科 飯岡 義教 他
- \*C-33 空洞性病変により両側気胸をきたした黄色ブドウ球菌性市中肺炎の一例  
トヨタ記念病院 統合診療科 内田 岬希 他
- C-34 サルコイドーシス精査のためのEBUS-TBNA後に縦隔膿瘍を合併し胸腔鏡下のドレナージで救命した一例  
公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 萩本 聡 他

15:40-16:20 稀少疾患 1

座長 浜松医科大学医学部附属病院 呼吸器内科 西本 幸司

---

- \*C-35 肺動脈病変により咯血を繰り返したRosai-Dorfman病の1例  
浜松医科大学医学部附属病院 呼吸器内科 金崎 大輝 他
- \*C-36 健診で発見された肺硝子化肉芽腫症の一例  
浜松医科大学医学部附属病院 内科学第二講座 村野 萌子 他
- \*C-37 クライオバイオプシーで診断した成人型ランゲルハンス細胞組織球症の一例  
公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 田ヶ原俊徳 他
- \*C-38 気管・気管支軟化症を呈したムコ多糖症2型 (Hunter病) の一例  
藤田医科大学 呼吸器内科学 1 池田 安紀 他

16:20-16:50 稀少疾患 2

座長 中濃厚生病院 呼吸器内科 浅井 稔博

---

- C-39 多発スリガラス影を契機に診断した結節性硬化症の一例  
岐阜県立多治見病院 呼吸器内科 木村 隼大 他
- \*C-40 ランゲルハンス細胞肉腫の1例  
聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科 佐藤 友香 他
- C-41 気胸の手術後に健診異常影を契機に診断に至った先天性気管支閉鎖症の1例  
中濃厚生病院 呼吸器内科 安藤 英治 他

# 一般演題 第1日目 抄録

〈筆頭演者が研修医の発表には下線が付いています。〉

A-01

経気管支生検の際にガイドシース先端の不透過チップの脱落を認め摘除困難であった一例

藤田医科大学 呼吸器内科学I

○伊奈 拓摩, 渡邊 俊和, 峯澤 智之, 榊原 洋介, 岡村 拓哉, 森川 紗也子, 三重野 ゆうき, 後藤 康洋, 林 正道, 磯谷 澄都, 近藤 征史, 今泉 和良

症例は71歳男性, 前医で施行された胸部CT検査で偶発的に左下葉結節を指摘され経気管支生検を施行されたが悪性所見は認めず, 当院での精査目的に紹介となった。当院にて既知の左下葉結節より生検を行うこととし, ガイドシースを使用した気管支内超音波ガイド下経気管支生検(EBUS-TBB)を実施した。病変は左下葉B10の胸膜直下に位置し, EBUSでwithinの所見を得たが生検の際にガイドシース先端の不透過チップの気管支内脱落が生じた。検査を継続し透視下での異物の摘除を試みたが不能であった。後日ハイブリッド手術室でのCT併用透視下での経気管支的異物除去術を試みたが同様に不能であった。生検の結果で肺小細胞癌と診断され化学放射線療法(CDDP+ETP)を施行し腫瘍縮小効果が得られ現在加療継続中である。診断のための生検の際に異物残留をきたし摘除困難であった一例を経験した。当院での同様の事例及び文献的考察を加え報告する。

A-02

ICI併用化学療法が奏功し, 著明な好酸球増多が改善した肺腺癌の1例

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

○伊藤 稔之, 三木 寛登, 鶴賀 龍樹, 増田 考祐, 児玉 秀治, 寺島 俊和, 藤原 篤司, 吉田 正道

症例は57才女性。咳嗽で近医を受診した際に胸部レ線異常陰影を指摘され, 2019年1月に当科紹介受診となった。精査の結果, cT2bN3M0, stage3B期の肺腺癌と診断した。右S10原発, 右肺門~右鎖骨上LNの広範囲病変であったため, まず右下葉部分切除を行った後に化学放射線療法の方針とし, 同月手術を施行した。翌月の再評価で肝臓や骨に遠隔転移の出現を認めたため方針を変更し, CBDCA&PEM&Pembrolizumabの3剤併用治療を行うことにした。初診時に1056/ $\mu$ lの好酸球増多が存在していたが, 治療開始時は6575/ $\mu$ l, 最高値8878/ $\mu$ lまで上昇した。化学療法4コース終了時評価で癌は著明に縮小し, 好酸球数も正常化していた。腫瘍随伴性に好酸球増多を来すことがあるが, 本例では病勢把握指標として有用であった。若干の文献的考察を加え報告する。

A-03

当院で経験した類基底細胞型扁平上皮癌16例の臨床的検討

<sup>1</sup>国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器内科, <sup>2</sup>国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器外科, <sup>3</sup>三重大学附属病院 呼吸器内科

○大岩 綾香<sup>1</sup>, 坂倉 康正<sup>1</sup>, 渡邊 麻衣子<sup>1</sup>, 西村 正<sup>1</sup>, 内藤 雅大<sup>1</sup>, 井端 英憲<sup>1</sup>, 大本 恭裕<sup>1</sup>, 渡邊 文亮<sup>2</sup>, 安達 勝利<sup>2</sup>, 藤本 源<sup>3</sup>, 小林 哲<sup>3</sup>

【対象と方法】対象は2009年6月から2019年4月までの期間に, 当院で病理組織学的に類基底細胞型扁平上皮癌と診断された16例。電子カルテから患者背景, 診断方法, 画像所見, 治療内容, 経過と転帰を後方視的に評価した。【結果】年齢は61歳から81歳, 平均72歳。全例男性であり, 喫煙者であった。14例は手術により診断され, 1例は気管支鏡, 1例はCTガイド下生検にて疑った。画像所見では右上葉結節影5例, 右下葉結節影9例, 左上葉結節影2例, 腫瘍径は11mmから50mmであった。治療内容は11例は手術のみで再発なく経過しており, 4例は術後再発を認め, 1例は永眠, 3例は化学療法を施行し現在も生存。1例は診断時cT2aN1M1a Stage4Aであり, 化学療法を行うも16か月で永眠された。【結語】類基底細胞型扁平上皮癌は本邦での報告は未だ少なく, 今後, 診断や治療法の確立に向けて症例の蓄積が必要である。

A-04

多発頸部リンパ節転移による気道狭窄を来した肺多形癌の1剖検例

<sup>1</sup>藤枝市立総合病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>藤枝市立総合病院 病理診断科

○芹澤 沙耶香<sup>1</sup>, 松浦 駿<sup>1</sup>, 伊藤 祐太郎<sup>1</sup>, 籠尾 南海夫<sup>1</sup>, 久保田 努<sup>1</sup>, 一條 甲子郎<sup>1</sup>, 望月 栄佑<sup>1</sup>, 上原 正裕<sup>1</sup>, 原田 雅教<sup>1</sup>, 津久井 賢<sup>1</sup>, 小清水 直樹<sup>1</sup>, 安田 和世<sup>2</sup>

症例は70歳男性。20XX年4月より嚥下困難, 頸部痛, 体重減少を認め, 6月に前医耳鼻科受診。両鎖骨上リンパ節腫大を指摘され, 生検で扁平上皮癌と診断。全身CTで全肺野に多発粟粒影と左上葉に腫瘤影を認め, 当院当科紹介となった。甲状腺穿刺からは扁平上皮癌が疑われ, CT, 嚥下造影と合わせて甲状腺癌, 食道癌, 原発性肺癌が疑われた。気管支鏡施行時にVT出現し血圧低下を来したため, 挿管し人工呼吸器管理となった。抜管を試みるも, 気道狭窄により再挿管となった。進行性に全身状態悪化を認め, 多臓器不全により心停止となった。病理解剖の結果, 肺原発多形癌が頸部リンパ節に多発転移し, 同部位からの浸潤により気道狭窄や食道狭窄を来したと考えられた。

## A-05

### たこつぼ心筋症、Trousseau症候群を合併した肺癌の一例

春日井市民病院

○全並 正人, 太田 翔, 笠原 千夏, 小林 大祐,  
野木森 健一, 岩木 舞, 岩田 晋

症例は63歳, 男性。職場の検診で胸部異常陰影を指摘され当院紹介。受診の1週間ほど前から左胸背部痛, 左上肢のしびれ, 右下肢の違和感を自覚していた。左上葉に腫瘤影を認め, CTガイド下肺生検にて未分化肺癌の診断に至った。検査後3日目から右背部の強い疼痛が出現し, 呼吸・循環状態の悪化あり。造影CTで右肺動脈末梢の肺塞栓を認めたほか, 肝臓, 脾臓, 腎臓などにも多発する梗塞巣を認め, Trousseau症候群合併と考えられた。同時にST上昇を伴う心電図変化を認め, 心臓カテーテル検査にてたこつぼ心筋症と診断。ICU管理にて呼吸・循環動態は改善したが, 多発脳梗塞による右上肢麻痺や構語障害なども出現。全身状態不良となったため積極的治療は困難であり, 初診から39日で永眠された。若干の文献的考察を加えて報告する。

## A-06

### 肺腺癌皮膚転移の一例

小牧市民病院 呼吸器内科

○縣 知優, 小島 英嗣, 高田 和外, 後藤 大輝,  
野原 冠吾, 山下 有己, 伊藤 峻, 渡邊 祥平

症例は75歳男性。  
検診で胸部レ線異常を指摘されx-1年9月に当科受診。肺腺癌と診断し10月に左下葉切除を行いpT2aN2M0/stage IIIAとの最終診断に至った。Driver mutationは認めずPD-L1 TPS65%であった。

術後補助化学療法を行ったがx年7月に脳転移, 縦隔や鎖骨上リンパ節転移で再発した。8月初旬に脳転移に対し開頭腫瘍摘出を行ったが同時期より下腹部に皮下腫瘤を自覚, 生検の結果, 肺腺癌の皮膚転移と判明。9月よりCBDCA+pemetrexed+pembrolizumabによる薬物療法を開始した。

肺癌の皮膚転移は比較的稀であり若干の文献的考察を交えて報告する。

## A-07

### 当院にて初めて職業性石綿ばく露が指摘された肺癌19例の検討

旭ろうさい病院 呼吸器科

○伊藤 圭馬, 横山 多佳子, 小栗 梓, 加藤 千博,  
堀内 実, 加藤 宗博, 宇佐美 郁治

【背景】石綿肺癌は石綿ばく露から発症までの期間が長く, 長期の健康管理が重要であるため石綿健康管理手帳健診の制度が設けられているが, 手帳未所持者も多数存在する。今回我々は, 肺癌精査中に初めて石綿ばく露が確認され石綿肺癌と診断した19例を経験したので, 具体的な症例を交えて報告する。【症例】男性が19例, 年齢は66歳から85歳であった。胸部異常影での紹介や当科初診外来を受診され, 同時に胸膜プラークを認め職歴を聴取し診断した症例が7例, 他疾患治療中に胸部異常影と胸膜プラークを認め職歴を聴取し診断した症例が6例であった。また胸膜プラークを認めなかったが職歴があり, 石綿小体を測定し診断した症例が1例であった。【結語】肺癌を疑われ直接病院を受診する石綿健康管理手帳未所持者も少なからず存在している。肺癌の診療において常に石綿肺癌の可能性を考え, 職歴や画像所見を詳細に確認することが重要である。

## A-08

### 原発巣と転移リンパ節のPD-L1染色に差異が見られた肺腺癌の1例

<sup>1</sup>三重大学医学部附属病院 臨床研修・キャリア支援部,  
<sup>2</sup>松阪市民病院 呼吸器センター内科, <sup>3</sup>松阪市民病院  
難治性呼吸器疾患研究室

○伊藤 優希<sup>1</sup>, 藤原 研太郎<sup>2</sup>, 古橋 一樹<sup>2</sup>,  
中村 祐基<sup>2</sup>, 鈴木 勇太<sup>2</sup>, 坂口 直<sup>2</sup>,  
伊藤 健太郎<sup>2</sup>, 西井 洋一<sup>2</sup>, 畑地 治<sup>2</sup>, 田口 修<sup>3</sup>

症例は74歳女性。201X年Y月に肺腺癌に対して右中葉切除+リンパ節郭清を施行。pT1aN2,stage3AでありCDDP+VNRによる術後補助療法を施行した。病理組織検査では, 原発巣と比較して#7のリンパ節転移は異型が強く, 原発巣のPD-L1 TPSは1%未満であったが#7は50%以上と強陽性であった。肺癌化学療法中に原発巣とリンパ節転移により治療反応性が異なりPD-L1の発現の相違が示唆される症例は散見するが, 治療前でも差異が見られた症例であり文献的考察を含めて報告する。



## A-09

## NGS法とPNA-LNA PCR clamp法でuncommon mutationを確認した肺腺癌の1例

<sup>1</sup>松阪市民病院 呼吸器センター内科, <sup>2</sup>松阪市民病院 難治性呼吸器疾患研究室

○江角 征哉<sup>1</sup>, 藤原 研太郎<sup>1</sup>, 古橋 一樹<sup>1</sup>,  
中村 祐基<sup>1</sup>, 鈴木 勇太<sup>1</sup>, 坂口 直<sup>1</sup>,  
伊藤 健太郎<sup>1</sup>, 西井 洋一<sup>1</sup>, 畑地 治<sup>1</sup>, 田口 修<sup>2</sup>

症例は78歳, 女性。201X年Y月に近医より紹介受診。右S5に胸膜嵌入と血管集束のある13mmの結節陰影ありTBBで腺癌と診断した。RML+ND2a-1施行しpT1bN0M0, stage1A2であった。2018年4月にオンコマイン Dx Target Test マルチ CDx システムTMが保険適応となったが, EGFR遺伝子変異のうち19del, L858Rのみである。本検体は同法でuncommon mutationであるEx18 E709A, G719Sが検出されPNA-LNA PCR clamp法でも同様の結果を確認した。若干の文献的考察を含め報告する。

## A-10

## 化学放射線療法を施行した維持血液透析中の限局型小細胞肺癌の1例

聖隷三方原病院 呼吸器内科

○藤田 侑子, 稲葉 龍之介, 綿貫 雅之,  
明石 拓郎, 杉山 未紗, 矢澤 秀介, 後藤 彩乃,  
天野 雄介, 加藤 慎平, 長谷川 浩嗣, 松井 隆,  
横村 光司

症例は77歳, 男性。糖尿病性腎症による慢性腎不全に対して3年前から週3回の維持血液透析を継続していた。近医の胸部X線写真で左肺結節影を指摘され, 当科を受診した。胸部CTでは左上葉に辺縁不整の3cm大の結節影を認め, 以前の画像と比較し増大傾向であることから原発性肺癌が疑われた。精査の結果, 限局型小細胞肺癌cT2aN1M0 stage 2Bの診断に至った。

維持血液透析と並行して化学放射線療法 CBDCA 240mg/m<sup>2</sup> + ETP 40mg/m<sup>2</sup> + 54Gy/27Fr を開始した。経過中に血球減少などの副作用があり薬剤減量をするも, 放射線照射と化学療法4コースを完遂した。

維持透析中の患者に対して化学放射線療法を行った症例は未だ少なく, 若干の既報を交えて報告する。

## A-11

## 大腸癌の転移性肺腫瘍との鑑別が問題となった腸型肺腺癌の一例

岐阜県立多治見病院

○井上 徳子, 木村 隼大, 高橋 光太, 矢口 大三,  
志津 匡人, 佐々木 由美子, 市川 元司

症例は68歳男性。胸部異常陰影の精査加療目的に当科紹介受診。胸部CTでは左S6に肺門リンパ節と一塊になった腫瘍影を認めた。同病変に対して気管支鏡下生検を施行し腺癌の診断に至ったが, 病理組織学的には腫瘍細胞が高円柱状で, 肺胞上皮を置換する所見を認めないため, 大腸癌の転移性肺腫瘍との鑑別を要した。CA19-9を測定すると8530IU/mlと著明高値であったが, FDG-PETでは遠隔転移や重複癌を疑う所見はなく, 下部消化管内視鏡検査を施行し大腸癌を認めないことを確認した。原発性肺腺癌(腸型腺癌)cStageIIIA(cT4N1M0)と診断し化学放射線療法を施行し完遂した。腫瘍は縮小しCA19-9の減少を認めたものの3か月後に再発所見を認め, 現在化学療法を施行中である。

今回希少な組織型である腸型肺腺癌の一例を経験した。大腸癌の転移性肺腫瘍との鑑別が問題となるため臨床的に重要と考えられた。

## A-12

## 腫瘍崩壊症候群を合併した大細胞神経内分泌癌の一例

藤田医科大学ばんだね病院 呼吸器内科

○出口 亜里紗, 大野 齊毅, 鬼頭 雄亮,  
加藤 研一, 横井 達佳, 加藤 理恵子,  
堀口 紘輝, 吉田 隆純, 加藤 圭介, 桑原 和伸,  
廣瀬 正裕, 堀口 高彦

症例 71歳男性。X年7月近医より胸部異常陰影精査目的にて当院呼吸器内科に紹介となった。超音波気管支鏡を用いて生検を行ったが確定診断とならず, その後の胸水穿刺細胞診にて大細胞性内分泌腫瘍と診断した。X年7月末CE療法を開始した。3日後の血液検査にて血清尿酸値, 血清K値, 血清P値の上昇, 血清Ca値の低下を認め, 腫瘍崩壊症候群と診断した。同日よりアロプリノール 300mg /日, ポリスチレンスルホン酸カルシウムゼリーの内服, グルコン酸カルシウム水和物の点滴投与を開始した。2日後の血液検査では血清尿酸値, 血清K値, 血清Ca値ともに改善を認めた。腫瘍崩壊症候群を合併しやすい腫瘍は, 腫瘍量が多く増殖速度が速くそして化学療法や放射線療法など治療への感受性の高い腫瘍であり, 急性白血病やリンパ腫など血液腫瘍が9割を占めている。今回, 肺悪性腫瘍抗がん剤治療中に腫瘍崩壊症候群を合併した一例を経験したため文献的考察を含め報告する。

**A-13**

**傍腫瘍性神経症候群を合併した小細胞肺癌の1例**

大垣市民病院 呼吸器内科

○船坂 高史, 進藤 丈, 安藤 守秀, 安部 崇,  
白木 晶, 中島 治典, 加賀城 美智子,  
日下 真宏, 池山 賢樹, 谷村 真依

症例は65歳男性。主訴は、活動性低下、経口摂取低下。1週間前から主訴を認め、動けなくなり、名前も言うことが出来なくなったため当院に救急搬送。来院時GCS6点、従命不可能だが明らかな四肢の粗大痲痺認めず。感覚障害の詳細は評価不能。胸腹部CTで左肺尖部に胸椎・肋骨浸潤を伴う不整な腫瘤影、左肺門部腫瘤、肺内小結節、多発肝内腫瘍性病変あり、肺癌の全身転移が疑われた。頭部造影MRIでは造影病変を認めず、髄液検査も異常を認めなかったことから、意識障害の原因として傍腫瘍性神経症候群を疑い、第2病日にステロイドパルスを開始した。第4病日に経気管支肺生検を行い小細胞肺癌StageIVBと診断し化学療法を開始したところ、意識障害の改善を認め、2コース後に退院可能となった。後日血清学的に抗SOX-1抗体陽性と判明した。抗SOX-1抗体陽性の傍腫瘍性神経症候群は非常に稀であり、文献的考察を加え報告する。

**A-14**

**骨格筋転移を有しLorlatinibが奏効したALK遺伝子転座陽性肺腺癌の1例**

順天堂大学医学部附属静岡病院 呼吸器内科

○松田 浩成, 坂本 奈穂, 上田 翔子, 宮下 洋佑,  
岩神 直子, 原 宗央, 岩神 真一郎

症例は77歳女性。X-3年11月に健康診断で胸部異常陰影を指摘され、当院を紹介受診した。原発性肺癌の疑いでX-2年1月に右肺下葉切除術を施行し、肺腺癌pT1cN1M0 stage IIBの診断となった。術後補助化学療法は行わずに経過観察をしていたが、X-2年8月に右肺門部リンパ節腫大と右腓腹筋の腫瘍を指摘された。右腓腹筋の腫瘍より針生検を行ったところ肺腺癌の転移の診断となった。手術検体からALK遺伝子転座陽性が判明し、X-2年10月よりAlectinibが開始された。X-1年11月に右腓腹筋に新規転移巣が出現し、X-1年12月よりPemetrexedが開始されたが2コースでPDとなった。X年2月よりLorlatinibを開始し、現在までPRを維持している。肺癌の骨格筋転移は比較的まれである。また、Alectinib投与後に1年程度でPDとなり、その後、Lorlatinibが奏効したという経過は興味深く、若干の文献的考察を加え報告する。

**A-15**

**gefitinib投与後にT790M変異がみられたEGFR遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌の1例**

<sup>1</sup>静岡県立総合病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>静岡県立総合病院 病理診断科

○大石 享平<sup>1</sup>, 中安 弘征<sup>1</sup>, 田村 可菜美<sup>1</sup>,  
増田 寿寛<sup>1</sup>, 高橋 進悟<sup>1</sup>, 田中 悠子<sup>1</sup>,  
渡邊 裕文<sup>1</sup>, 岸本 祐太郎<sup>1</sup>, 三枝 美香<sup>1</sup>,  
赤松 泰介<sup>1</sup>, 山本 輝人<sup>1</sup>, 森田 悟<sup>1</sup>,  
朝田 和博<sup>1</sup>, 白井 敏博<sup>1</sup>, 鈴木 誠<sup>2</sup>, 新井 一守<sup>2</sup>

【症例】88歳、女性【主訴】胸部痛【経過】20XX-1年7月頃からの胸痛があり20XX年4月に当院を受診された。CTで右中葉の腫瘤、肺門リンパ節腫大、胸水貯留がみられた。気管支鏡検査を施行し、病理で低分化肺癌が疑われたため遺伝子検査を提出し、EGFR遺伝子変異(exon 19 del)陽性が判明した。免疫染色でp40, CK5/6陽性であり肺扁平上皮癌(cT2aN1M1a stage4A)と診断した。5月24日からgefitinibを開始し、原発巣の縮小がみられPRと判定した。その後8月23日に原発巣の増大および上腕骨転移のためPDとなった。血液検査でT790M変異があり、9月14日よりosimertinibの投与を開始し原発巣の縮小が得られた。しかし、12月27日に原発巣の増大および他臓器転移もみられPDとなった。奏功期間はgefitinib 3ヶ月、osimertinib 2ヶ月であった。【結語】EGFR陽性肺扁平上皮癌は頻度が少なく、また本症例ではT790M変異もみられた稀な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

**A-16**

**当院における高齢EGFR陽性非小細胞肺癌患者に対する一次治療としてのOsimertinibの検討**

松阪市民病院 呼吸器内科

○古橋 一樹, 中村 祐基, 鈴木 勇太, 坂口 直,  
伊藤 健太郎, 藤原 研太郎, 西井 洋一,  
田口 修, 畑地 治

【背景】肺癌診療ガイドライン2018年版においてPerformance Status (PS) : 0-1のEGFR遺伝子変異陽性非小細胞肺癌の一次治療としてOsimertinibが推奨されているが、現在高齢患者における治療効果、安全性は証明されていない。

【方法】2018年8月から2019年8月までに、当科にて一次治療としてOsimertinibを投与された75歳以上のEGFR陽性非小細胞肺癌患者13例を対象とし、後方視的に治療効果および安全性について検討した。

【結果】患者背景は年齢中央値：80.5歳 (75-93歳)、男性/女性：6/7、腺癌/非腺癌：11/2、Ex19/Ex21：8/5であった。最良総合評価 (RECIST v1.1) はCR/PR/SD/PD/NE：1/6/2/2であった。主な有害事象は下痢 (61.5%)、皮疹 (53.8%)、食欲不振 (53.8%)であり、3例が有害事象のため40mgに減量し、1例が有害事象のため治療中止 (肺臓炎)、治療関連死は認めなかった。

【結論】75歳以上の高齢者に対しOsimertinibは有用な治療選択肢となる可能性がある。



## A-17

## Crizotinibが著効したROS1融合遺伝子陽性肺癌の一例

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○近藤 優樹, 石原 寛之, 山野 泰彦, 横山 俊樹,  
松田 俊明, 片岡 健介, 木村 智樹, 近藤 康博

症例は72歳女性, 特記すべき既往はなし, 非喫煙者。X年5月, 咳嗽が出現し近医受診。胸部異常陰影を指摘され肺癌疑いで当科紹介された。精査の結果, 肺腺癌, cT3N3M1c(癌性胸膜炎, 多発肺転移)と診断した。気管支鏡検査の検体でROS1融合遺伝子陽性, EGFR遺伝子変異陰性, ALK融合遺伝子陰性, 6月より一次治療としてCrizotinibを開始。開始当初にGrade1の悪心を認めたが対症療法で軽快, その後Grade2の下痢を認めた。その他に重篤な有害事象は認めていない。6週時点では部分奏功。ROS1融合遺伝子は非小細胞肺癌の約1%を占める希少なDriver mutationである。現在ROS1融合遺伝子陽性肺癌の第一選択薬であるCrizotinibの治療成績は, 奏功率72%(95%CI:58-83), 無増悪生存期間19.3ヶ月(95%CI:15.2-39.1), 全生存期間51.4ヶ月(95%CI:29.3-NR)と報告されている。Crizotinibが著効したROS1融合遺伝子陽性肺腺癌の症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

## A-18

## 当院におけるPD-L1高発現EGFR陽性肺腺癌に対する1次治療としてのオシメルチニブの治療効果についての検討

松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○中村 祐基, 古橋 一樹, 鈴木 勇太, 坂口 直,  
伊藤 健太郎, 藤原 研太郎, 西井 洋一,  
田口 修, 畑地 治

【背景】EGFR遺伝子変異陽性肺癌におけるPD-L1の発現と第2世代までのEGFR-TKIの治療効果, 予後の相関は認められていないが, 1次治療として新規に承認されたオシメルチニブのPD-L1高発現例に対する治療効果についてのデータは乏しい。

【目的・対象】当院で2018年8月から2019年9月までに新規に1次治療としてオシメルチニブを投与されたPD-L1(22C3)>50%の進行期EGFR陽性肺腺癌の5例に対して, その臨床的背景, 治療効果について後方視的に比較検討した。

【結果】年齢中央値は69歳, 4名が男性, 4名が既喫煙者であった。全例がPS 0-1, Exon 19欠失が3例であった。内服開始後のRECISTに基づいた初回治療効果ではPR/SD/PDはそれぞれ1例/1例/3例であった。副作用が理由での薬剤変更を要した例はいなかった。

【結論】当検討ではPD-L1高発現EGFR陽性肺腺癌に対する1次治療としてのオシメルチニブの抗腫瘍効果は, 既報よりも早期に病勢増悪を認める傾向にあった。

## A-19

## ベムプロリズマブによる脊髄炎の一例

<sup>1</sup>名古屋市立大学病院 呼吸器・アレルギー内科, <sup>2</sup>名古屋市立大学病院 脳神経内科○藤井 藍<sup>1</sup>, 前野 健<sup>1</sup>, 大貫 友博<sup>1</sup>, 西山 裕乃<sup>1</sup>,  
山本 清花<sup>1</sup>, 井上 芳次<sup>1</sup>, 武田 典久<sup>1</sup>,  
福光 研介<sup>1</sup>, 福田 悟史<sup>1</sup>, 金光 禎寛<sup>1</sup>,  
上村 剛大<sup>1</sup>, 田尻 智子<sup>1</sup>, 大久保 仁嗣<sup>1</sup>,  
伊藤 稜<sup>1</sup>, 新実 彰男<sup>1</sup>, 大喜多 賢治<sup>2</sup>

症例は44歳女性。X年5月書字困難, 言語の想起困難を契機に脳腫瘍が判明し, 6月脳腫瘍摘出術が行われ, 肺扁平上皮癌 cT1cN0M1c, stageIVBの診断に至った。仙骨転移による殿部~大腿部痛, 膀胱直腸障害に対して緩和的放射線照射を経て, PD-L1高発現(80%)のため同年7月よりベムプロリズマブ治療を開始した。腫瘍縮小を認めていたが, ベムプロリズマブ3回目投与4日後より以前からの両足のしびれ感の増悪と両手のしびれ感, 動かしにくさが新たに出現した。頸髄~上位胸髄造影MRIでT2WI高信号, 一部造影効果を伴う長大病変を認め, 免疫関連有害事象による脊髄炎と最終的に診断した。ステロイドの経静脈投与により症状は軽減した。患者希望によりベムプロリズマブを2か月後から再開したが, 脊髄炎の再燃なく投与可能であった。癌免疫療法に伴う神経障害のうち脊髄炎は非常にまれであり, また治療再開することができた症例として文献的考察を含め報告する。

## A-20

## EGFR-TKIが早期に不応となりAtezolizumabが著効したEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の一例

<sup>1</sup>静岡県立総合病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>同 病理診断科○田村 可葉美<sup>1</sup>, 中安 弘征<sup>1</sup>, 増田 寿寛<sup>1</sup>,  
高橋 進悟<sup>1</sup>, 田中 悠子<sup>1</sup>, 渡邊 裕文<sup>1</sup>,  
岸本 祐太郎<sup>1</sup>, 大石 享平<sup>1</sup>, 三枝 美香<sup>1</sup>,  
赤松 泰介<sup>1</sup>, 山本 輝人<sup>1</sup>, 森田 悟<sup>1</sup>,  
朝田 和博<sup>1</sup>, 白井 敏博<sup>1</sup>, 鈴木 誠<sup>2</sup>

症例は73歳女性。X年6月, 血痰及び胸部異常影を主訴に当科紹介され, 経気管支生検を施行し, 右上葉肺腺癌cT4N3M1c(多発肺内転移, 多発骨転移, 多発リンパ節転移, 肝転移)IVB期と診断した。EGFR遺伝子変異陽性(Exon19欠失), PD-L1 95%であり同年8月よりgefitinibを開始したが, わずか4ヶ月で肺内転移巣の増大を認めた。再生検を行ったがT790Mは陰性であり, 2nd line pemetrexed, 3rd line docetaxelへ変更したが, いずれも短期で増大となった。X+1年8月, 血中cfDNAよりT790M陽性が判明したため4th line osimertinibへ変更したが, 腫瘍縮小は得られず同年9月5th line Atezolizumabを開始した。当初腫瘍のわずかな増大がみられたが, 2ヶ月後にPRとなり, X+2年9月の段階で約1年間, 腫瘍縮小を維持できている。EGFR遺伝子変異陽性及びPD-L1高発現非小細胞肺癌患者において, 免疫チェックポイント阻害が奏功した一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

## A-21

## Pembrolizumab投与中に著明な血小板減少をきたした肺腺癌の1例

藤田医科大学 呼吸器内科学I

○相馬 智英, 森川 紗也子, 加古 寿志,  
伊奈 拓摩, 榊原 洋介, 岡村 拓哉, 後藤 康洋,  
林 正道, 磯谷 澄都, 近藤 征史, 今泉 和良

【症例】60歳男性。肺腺癌T4N3M1c (PUL, LYM, OSS) stageIVB, PD-L1発現100%に対し、初回治療としてCBDCA+PEM+Pembrolizumabの3剤併用療法を開始した。発熱性好中球減少症を発症した為、2コース目よりPembrolizumab単剤療法に変更した。5コース投与前にGrade4の血小板減少(1000/ $\mu$ L)と紫斑の出現を認めた。骨髓穿刺ではやや低形成な骨髓所見のみで、PAIgGは56ng/10<sup>7</sup>cell (基準値46以下)であった。経過より免疫性血小板減少性紫斑病を疑い、プレドニゾロン投与を開始したが改善が得られず、連日の濃厚血小板輸血を要した。エルトロンボパグ(トロンボポエチン受容体作動薬)投与を併用し治療開始より第43日に改善が見られた。その後プレドニゾロンを漸減しつつ外来で経過観察中である。【考察】免疫チェックポイント阻害剤で血小板減少をきたした報告は散見される。当院で経験した症例に文献的考察を加え報告する。

## A-22

## 腎細胞癌に対してニボルマブとイピリマブ投与中に気管支喘息と好酸球性副鼻腔炎を発症した1例

<sup>1</sup>静岡県立総合病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>静岡県立総合病院 泌尿器科, <sup>3</sup>静岡県立総合病院 頭頸部・耳鼻いんこう科

○渡邊 裕文<sup>1</sup>, 中安 弘征<sup>1</sup>, 田村 可菜美<sup>1</sup>,  
増田 寿寛<sup>1</sup>, 高橋 進悟<sup>1</sup>, 田中 悠子<sup>1</sup>,  
岸本 祐太郎<sup>1</sup>, 大石 享平<sup>1</sup>, 三枝 美香<sup>1</sup>,  
山本 輝人<sup>1</sup>, 森田 悟<sup>1</sup>, 朝田 和博<sup>1</sup>,  
白井 敏博<sup>1</sup>, 吉村 耕治<sup>2</sup>, 鳥居 絃子<sup>3</sup>

症例は、71歳女性。腎細胞癌(spindle cell carcinoma), cT4N0M1 stageIV (多発肺, 肝, リンパ節)と診断され、1次治療としてニボルマブ240mg/イピリマブ45mgの併用療法が開始された。2コース後に両側上葉に浸潤影が出現し、薬剤性肺障害として休薬となった。休薬後、浸潤影は消退したが、咳嗽・鼻閉が出現し当科に紹介となった。CTでは、治療前には無かった下葉の気管支壁の肥厚と粘液栓が確認された。末血好酸球分画21.9%, 喀痰好酸球分画12.5%, 呼気NO84ppbであり、気道可逆性試験は陰性であったが、検査所見と症状より気管支喘息と診断した。また両側の鼻茸とCTで篩骨洞優位の軟部組織肥厚あり、鼻茸の生検で好酸球主体の炎症細胞の浸潤を認め、好酸球性副鼻腔炎の診断となった。吸入ステロイドと点鼻ステロイドが開始され、症状は改善した。抗癌剤が再開されたが、症状の再燃は認めない。本症例について文献的考察を踏まえて報告する。

## A-23

## Pembrolizumab併用化学療法中に発症したInfliximabが著効した難治性免疫関連大腸炎の1例

浜松医科大学 呼吸器内科

○野中 翔太, 策 愛子, 吉村 克洋, 安井 秀樹,  
穂積 宏尚, 鈴木 勇三, 柄山 正人, 古橋 一樹,  
榎本 紀之, 藤澤 朋幸, 中村 祐太郎, 乾 直輝,  
須田 隆文

症例は64歳女性。進行期肺腺癌(cT4N3M1c Stage4B)の診断で初回治療としてCDDP+Pemetrexed+Pembrolizumabを開始した。1週間後より水様性下痢, 腹痛, 血便が出現し, 大腸内視鏡所見では潰瘍性大腸炎様の所見を認め, 臨床的に免疫関連有害事象(irAE)による大腸炎と診断した。高用量全身ステロイド(mPSL 2mg/kg)は無効であったが, Infliximab(5mg/kg)の単回投与で一定の改善が得られた。その後, サイトメガロウイルス腸炎を併発したためGanciclovirによる治療を行なったが, 臨床効果は限定的であり, 大腸内視鏡の再評価ではirAEによる大腸炎の悪化が示唆された。絶食のため長期の中心静脈栄養を要していたが, その後, 2回Infliximabを追加投与し, 自覚症状や内視鏡所見ともに著明に改善し, 化学療法の再開が可能となった。

Infliximabが著効したirAEによる難治性大腸炎について文献的考察を交えて報告する。

11月16日(土) A会場

## B-01

### 乳癌放射線治療後に器質化肺炎を繰り返した一例

静岡県立総合病院

○高橋 進悟, 中安 弘征, 田村 可菜美,  
増田 寿寛, 田中 悠子, 渡邊 裕文,  
岸本 祐太郎, 大石 享平, 三枝 美香,  
赤松 泰介, 山本 輝人, 森田 悟, 朝田 和博,  
白井 敏博

症例は49歳, 女性。X年2月左乳癌に対し手術が施行された。3月に残存乳房に50Gyの放射線治療を行い, 4月よりタモキシフェンが開始された。6月中旬より発熱・咳嗽が出現し, 抗菌薬で改善せず当科紹介となった。炎症反応とKL-6の上昇があり, 胸部X線で左中下肺野に浸潤影を認めた。胸部CTでは照射野と一致した浸潤影の他に, 同側の照射野外にも浸潤影が見られた。気管支鏡検査の所見と合わせ, 器質化肺炎(OP)と診断しPSL25mgを開始したところ症状, 陰影ともに速やかに消失した。PSLは2か月半で漸減終了したが, 約1か月後に発熱, 咳嗽と浸潤影を認めた。抗菌薬に反応せず, OPの再燃と考えPSLを再開し4か月で内服を終了した。約2か月後, 症状と画像の再燃があり, PSLの再開に加えタモキシフェンをトレミフェンに変更した。3か月でPSLを終了したが再燃を認めていない。OP再燃の要因について, 若干の文献的考察を踏まえて報告する。

## B-02

### 放射線性肺臓炎に対してクライオ生検を実施した一例

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○板東 知宏, 大井 肇, 萩本 聡, 山野 泰彦,  
横山 俊樹, 松田 俊明, 片岡 健介, 木村 智樹,  
近藤 康博

症例は46才, 男性。X年1月, 胸部異常陰影を指摘され近医より当院紹介受診した。後日TBLBにて右下葉肺腺癌(cStage IIIB T2N2M0)と診断し, X年5月より化学放射線療法(CBDCA+PTX+cRT[60Gy])を行った。化学放射線療法完遂直後の治療効果判定はSDであり, 地固め療法としてデュルバルマブを開始した。2サイクル投与後, 8月に咳嗽の増加, 原発巣周囲のスリガラス陰影の増加を認めた。CRP 8.21 mg/dL, KL-6 285 U/mL, PaO2 62.9 mmHgであった。さらに気管支鏡によりBALとクライオ生検を施行した。BALはNeu 13%, Lym 25.5%, Eos 1.5%, Mac 58.5%で, 生検はNSIP様の間質性変化を認めた。臨床的に放射線性肺臓炎と診断し, ステロイド投与で陰影の改善を認めている。放射線性肺臓炎に対してクライオ生検を施行した症例は稀であり, 文献的考察も混じえて報告する。

## B-03

### 活動性関節リウマチとNSIP patternの間質性肺炎を同時に発症した1例

<sup>1</sup>浜松労災病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>浜松医科大学 第二内科

○幸田 敬悟<sup>1</sup>, 野末 剛史<sup>1</sup>, 豊嶋 幹生<sup>1</sup>,  
須田 隆文<sup>2</sup>

症例は50歳, 女性, 非喫煙者。慢性咳嗽, 左母指MP関節の腫脹と疼痛, 右手MCP関節や右膝関節の液体貯留など多発関節炎所見を認め, 近医でCRP 4.2mg/dl, RF 36IU/ml, MMP-3 244ng/ml, 抗核抗体320倍(speckled pattern)であり関節リウマチの診断でサラゾスルファピリジンが開始となった。胸部X線上間質性陰影の増強, KL-6 148IU/ml, SP-D 245ng/mlと上昇を認め当科紹介となった。胸部CTでNSIP pattern, 肺機能検査では%FVC 71.1%, %DLCO 20.7%と拘束性障害並びに拡散能低下を認めた。気管支鏡検査では有意所見を認めなかった。間質性肺炎に対しプレドニゾロン30mgで治療開始した。外来で漸減中, 関節所見の悪化を認め, タクロリムス内服が追加となったが, 以後プレドニゾロンを漸減しながら良好な経過を辿っている。活動性関節リウマチとNSIP patternの間質性肺炎の同時発症の報告は少ないが, 関節リウマチ自体による肺局所の免疫応答が主たる病態と考えられた。

## B-04

### 肺癌を疑われた多発血管炎性肉芽腫症の1例

<sup>1</sup>岐阜赤十字病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>岐阜赤十字病院 病理部

○五島 隆之介<sup>1</sup>, 澤田 昌浩<sup>1</sup>, 天野 裕樹<sup>1</sup>,  
明石 高明<sup>2</sup>

症例は80歳, 女性。201X年に胸部X線で右中肺野に異常陰影を認めたため, 同年12月6日に当院放射線科を紹介受診。胸部CTで右肺下葉腫瘤影, 多発肺内結節影, 肺門縦隔リンパ節腫大を指摘され, 肺癌疑いで同日呼吸器内科紹介となった。気管支鏡を施行したが病理診断はできなかった。12月中旬より難聴, 浮動感が出現し, 翌年1月に入り腎機能が悪化, 再検した胸部CT検査で一部肺病変の縮小を認めた。PR3-ANCA陽性も判明したため, 多発血管炎性肉芽腫症と診断した。ステロイド, シクロホスファミドの投与により内耳症状の改善を認め, 肺陰影はほぼ消失した。稀少疾患である多発血管炎性肉芽腫症を経験したので報告する。



## B-05

### 両肺多発結節と耳合併症を認めたMPO-ANCA陽性多発血管炎性肉芽腫症の一例

愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科

○佐藤 美佳, 伊藤 理, 加藤 康孝, 深見 正弥,  
米澤 利幸, 小坂 顕司, 松原 彩子, 加藤 俊夫,  
田中 博之, 梶川 茂久, 久保 昭仁, 山口 悦郎

症例は南米出身の50歳代女性。1ヶ月程続く夜間の発熱と悪寒および1週間続く頭痛、耳鳴りを主訴に当院救急外来を受診した。胸部CTで両肺多発結節影を認め、肺悪性腫瘍疑いで当科に緊急入院となった。経気管支生検の病理組織では腫瘍、肉芽腫や血管炎の所見を認めなかった。PR3-ANCA陰性、MPO-ANCA 85.5 U/mLと高値が判明し、難聴と中耳炎を認め、上気道(耳)と肺の2臓器病変、発熱と炎症反応より、多発血管炎性肉芽腫症(GPA)と臨床診断した。肺胞出血や腎病変は認めなかった。リツキシマブとプレドニゾン(PSL) 50mg/日の寛解導入療法が著効し、肺病変、全身症状、耳症状は改善し、MPO-ANCA値も低下した。忍容性の問題でリツキシマブを1回のみで終了しシクロホスファミドを4回投与した。PSLを漸減し20mg/日で維持治療に移行した。GPAではMPO-ANCA陽性の頻度も多く、肺多発結節影を呈する症例では本症の可能性を考慮すべきである。

## B-06

### 急速進行性の経過をとった顕微鏡的多発血管炎の一例

岐阜大学医学部附属病院 呼吸器内科

○岩井 正道, 遠渡 純輝, 酒井 千鶴, 五明 岳展,  
佐々木 優佳, 豊吉 沙耶香, 垣内 大蔵,  
柳瀬 恒明, 大野 康

呼吸困難を訴え独歩で来院したが、両肺浸潤影を呈し、急性呼吸不全と腎機能障害を認めた61歳男性。第2病日に呼吸不全悪化のため人工呼吸管理が必要となり、ステロイドパルスを開始した。第3病日から血液浄化療法を開始した。気管支鏡検査でヘモジデリン貪食陽性の血性洗浄液を認めた。後日、来院時のMPO-ANCA強陽性が確認され、その時点で肺胞出血を合併した顕微鏡的多発血管炎と診断した。集中管理下に急速な呼吸不全の進行を認め、血漿交換療法を第4病日から1週間施行した。その後安定期に腎生検を施行し診断根拠となる病理所見を得る事ができた。約1ヵ月間の人工呼吸器管理・血液浄化療法から離脱し、現在外来診療に移行している。重症かつ急速進行性のANCA関連血管炎に対して血漿交換療法を含む集学的治療が奏功したと考えている。重症血管炎に対する集中治療についての既報を参考に今回の臨床経過を報告する。

## B-07

### 入院中に発症した肺病変先行型の関節リウマチの一例

藤田医科大学 医学部 呼吸器内科学II講座

○堀口 紘輝, 大野 齊毅, 鬼頭 雄亮,  
加藤 理恵子, 加藤 研一, 横井 達佳,  
出口 亜里紗, 吉田 隆純, 加藤 圭介,  
桑原 和伸, 廣瀬 正裕, 近藤 りえ子, 堀口 高彦

症例は44歳男性。数日前から発熱、咳嗽を自覚し前医を受診。内服加療を行なったが症状改善乏しく、咳嗽の悪化を認めたため当院を受診した。胸部CT検査で右下葉主体に気管支透亮像を伴う浸潤影を認め入院となった。抗生剤による治療が開始されたが、採血検査、画像検査とも改善乏しく新たに手指の関節痛を認め徐々に症状は悪化した。感染症や悪性腫瘍、間質性肺炎の鑑別目的に気管支鏡検査を施行し器質性肺炎と診断。採血検査結果は手指関節痛の原因は関節リウマチに矛盾しない所見であった。ステロイド治療を開始後、症状は軽快し肺浸潤影も徐々に改善を認めた。肺病変先行型の関節リウマチを経験したため若干の考察を加えて報告する。

## B-08

### 急速進行性のANCA関連血管炎に対して血漿交換療法を含む集学的治療が奏功した一例

岐阜大学医学部附属病院 呼吸器内科

○岩井 正道, 遠渡 純輝, 酒井 千鶴, 五明 岳展,  
佐々木 優佳, 垣内 大蔵, 豊吉 沙耶香,  
金森 寛充, 柳瀬 恒明, 大野 康, 大倉 宏之

呼吸困難を訴え来院、両肺浸潤影を呈し、急性呼吸不全、腎機能障害を認めた61歳男性。第2病日に呼吸不全悪化のため人工呼吸管理が必要となり、ステロイドパルスを開始した。第3病日、血液浄化療法を開始した。気管支鏡検査でヘモジデリン貪食、血性洗浄液を認めた。来院時のMPO-ANCA強陽性が確認され、肺胞出血を合併した顕微鏡的多発血管炎と診断した。集中管理下に急速な呼吸不全の進行を認め、血漿交換療法を第4病日から1週間施行した。安定期に腎生検を施行し診断根拠となる病理所見を得る事ができた。約1ヵ月間の人工呼吸器管理・血液浄化療法から離脱。重症かつ急速進行性のANCA関連血管炎に対して血漿交換療法を含む集学的治療が奏功したと考えている。重症血管炎に対する集中治療についての今回の臨床経過を報告する。

11月16日(土) B会場

**B-09****柴苓湯による薬剤性肺障害の一例**<sup>1</sup>静岡赤十字病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>浜松医科大学第二内科○遠藤 慶成<sup>1</sup>, 森田 雅子<sup>1</sup>, 藤田 総文<sup>1</sup>,  
松田 宏幸<sup>1</sup>, 志知 泉<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>2</sup>

症例は77歳女性。X年3月、当院整形外科で右変形性股関節症に対して全人工股関節置換術を施行した。術後下腿浮腫が出現し、柴苓湯が処方された。X年5月初旬から乾性咳嗽、労作時息切れを自覚した。近医を受診し肺炎と診断され、キノロン系抗生剤を処方された。6月中旬、乾性咳嗽と労作時息切れが増悪したため当院を紹介受診した。酸素飽和度93%(室内気)、両側下肺野にfine cracklesを聴取し、胸部CTで両肺にびまん性の非区域性すりガラス影を認めた。びまん性肺疾患の精査のため当科入院となった。経気管支肺生検では軽度の肺胞壁の肥厚とMasson体を認めた。肺胞洗浄液はリンパ球優位、薬剤リンパ球刺激試験は柴苓湯で陽性であり、他疾患を鑑別の上、柴苓湯による薬剤性肺障害と診断した。柴苓湯の中止後、乾性咳嗽と労作時息切れは消退し、胸部画像所見と酸素飽和度は改善した。柴苓湯による薬剤性肺障害に関して文献的考察を交えて報告する。

**B-10****ST合剤による薬剤性肺障害と診断した一例**

中東遠総合医療センター

○村田 一真, 牧野 靖, 飯島 淳司, 野田 純也,  
三上 智, 藤浪 春葉

症例は73歳男性。X年1月に特発性器質化肺炎と診断。プレドニゾロンの処方をおこない、外来にて漸減中であった。同時にニューモシスチス肺炎に対する予防のため、ST合剤を1日2錠週2回投与していた。4月に入り、1日で収まる発熱が散発するようになり、5月には胸部CT所見で、器質化肺炎の発症時の像と異なる両側上葉優位のすりガラス影、粒状影を認め、軽度の呼吸不全も呈し、入院精査加療とした。入院時、プレドニゾロン12.5mg/日まで減量していたが、BAL所見でリンパ球優位の所見を得たことや、発熱した日が、ST合剤の内服日全てではないものの、内服日のみであったこと等から、ST合剤による薬剤性肺障害と考え、ST合剤を中止するのみで経過観察したところ、発熱はおきなくなり、画像所見も著明に軽快した。ST合剤で誘発される薬剤性肺障害は比較的珍しく、また、連日内服でない間隔をあげた予防投与での発症は特に希少と考え、文献的考察をまじえ報告する。

**B-11****市販漢方薬(防風通聖散)による薬剤性肺障害と考えられた1例**

中東遠総合医療センター 呼吸器内科

○守田 裕啓, 飯島 淳司, 長崎 公彦, 三上 智,  
野田 純也, 牧野 靖

【症例】48歳男性。【主訴】発熱、咳嗽。【既往歴】肝機能異常で消化器内科通院歴。【生活歴】喫煙歴なし。研究職。その他特記すべき事項なし。【現病歴】X -20日薬局にて市販漢方薬(防風通聖散)を購入、内服開始した。X-12日頃から発熱と咳嗽が出現し漢方内服中止したが、症状続くためX-9日近医受診。その後解熱したためX-2日漢方薬内服再開したところ再発した。X日近医再診し胸部Xpで肺炎像を認め当院紹介となった。【経過】急性肺炎の診断で当科入院となり抗生剤治療開始した。X+6日低酸素血症改善なく、胸部CT再検したところ両肺に間質影を認めた。X+7日気管支鏡検査で気管支肺胞洗浄液Lp優位なBAL所見を認めた。薬剤性肺障害と診断しmPSL1g/日×3で加療開始した。胸部陰影、酸素化ともに改善しX+11日退院し現在外来でPSL漸減中だが再燃なく経過されている。【考察】市販漢方薬による薬剤性肺障害を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

**B-12****ミノサイクリンによる好酸球性肺炎の一例**<sup>1</sup>磐田市立総合病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>浜松医科大学 内科  
学第二講座○中川 栄美子<sup>1</sup>, 深田 充輝<sup>1</sup>, 中井 省吾<sup>1</sup>,  
平松 俊哉<sup>1</sup>, 村上 有里奈<sup>1</sup>, 北原 佳泰<sup>1</sup>,  
松島 紗代実<sup>1</sup>, 永福 建<sup>1</sup>, 右藤 智啓<sup>1</sup>,  
佐藤 潤<sup>1</sup>, 妹川 史朗<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>2</sup>

症例は50歳、男性、ex-smoker(15pack・year)、喘息やアトピーの既往はなし。2週間前に登山中のマダニ咬傷に対して近医皮膚科で除去を受け、ミノサイクリン内服(200mg/日)が開始された。5日前より発熱・乾性咳嗽・呼吸困難が出現し当院へ紹介となった。血液検査では好酸球、CRPの上昇を認め、胸部CTでは両肺に散在し一部末梢側優位のすりガラス影を認めた。気管支鏡検査を行い気管支肺胞洗浄液で好酸球分画が50.7%と高値、TBLB・粘膜生検では好酸球浸潤を認めた。以上よりミノサイクリンによる好酸球性肺炎と診断し、プレドニゾロン30mg/日で加療開始し改善を認めた。ミノサイクリンに対するDLSTは陰性であった。ミノサイクリンは感染症やざ瘡に対して比較的処方される薬剤だが、薬剤性好酸球性肺炎の原因薬剤として報告が散見されるため、注意が必要と考える。

**B-13****ダプトマイシンによる薬剤性肺障害を発症した一例**

聖隷三方原病院 呼吸器センター内科

○綿貫 雅之, 長谷川 浩嗣, 藤田 侑以子,  
杉山 未紗, 明石 拓郎, 矢澤 秀介, 後藤 彩乃,  
天野 雄介, 加藤 慎平, 松井 隆, 横村 光司

症例は50歳男性。X年8月初旬より、糖尿病壊疽及び右下腿蜂窩織炎に対してダプトマイシンを含む抗菌薬治療が開始された。その後、発熱、咳嗽症状出現のため8月19日に当科を受診した。画像検査では10日間の経過で両側上肺野に浸潤影が新規で出現しており、薬剤性肺障害が疑われた。薬剤休止の上経過観察としたが軽快に至らず、気管支鏡検査を行った所、BALではAM $\phi$ 79%, Ly 11%, Neut 9%, Eos 1%と好中球、リンパ球の分画上昇が見られた。TBLBや気管支洗浄液培養で有意所見はなかった。発熱の遷延と低酸素血症の進行がみられたことからステロイド治療を開始し、症状や陰影は速やかに改善した。経過からダプトマイシンによる薬剤性肺障害と考えられ報告する。

**B-14****ザルトプロフェンによる薬剤性好酸球性肺炎の1例**

聖隷三方原病院 呼吸器センター内科

○青山 周平, 天野 雄介, 稲葉 龍之介,  
藤田 侑以子, 綿貫 雅之, 明石 拓郎,  
杉山 未紗, 矢澤 秀介, 後藤 彩乃, 加藤 慎平,  
長谷川 浩嗣, 松井 隆, 横村 光司

症例は78歳女性。慢性腎不全のため血液透析、特発性血小板減少性紫斑病のためプレドニゾロン内服中。X年7月より咳嗽が出現し、胸部異常影を指摘され当科紹介受診となった。血液検査で好酸球 $1620/\mu\text{l}$ と増多あり、胸部CTで両側全肺野にすりガラス影を認めた。気管支鏡検査を施行しBALで好酸球37%と上昇、洗浄検体で細胞診陰性、有意菌は検出されなかった。入院後、膝関節痛に対して不定期に長期内服されていたザルトプロフェンを中止し経過観察したところ、自覚症状、肺野陰影の改善、好酸球数の低下を認めた。透析膜による好酸球性肺炎との鑑別で、かかりつけ医での血液透析を再開したが肺炎の再燃はなく、ザルトプロフェンによる薬剤性好酸球性肺炎と診断した。

ザルトプロフェンによる薬剤性好酸球性肺炎の報告は少なく貴重な症例を経験したため報告する。

**B-15****繰り返す肺炎が診断の契機になった薬剤性肺障害の一例**

静岡済生会総合病院 呼吸器内科

○角田 智, 池田 政輝, 中村 匠吾, 森 利枝,  
田熊 翔, 大山 吉幸, 草ヶ谷 英樹

症例は81歳、男性。入院5日前から下痢症状に対し柴苓湯が処方された。入院2日前から発熱を自覚し、当院救急外来を受診した。両側肺底部でfine cracklesを聴取し、胸部X線写真で両側全肺野にすりガラス陰影、網状陰影を認めた。

入院後に行った気管支肺胞洗浄液(BALF)の白血球分画で、リンパ球76.8%と優位に上昇し、CD4/8比0.34と低下していた。一般細菌、抗酸菌培養は陰性であった。薬剤中止のみで解熱、陰影は改善し、再発なく経過した。柴苓湯の薬剤リンパ球刺激試験(DLST)は陽性であり、検査結果、臨床経過から、柴苓湯による薬剤性肺障害と診断した。

カルテを見直したところ、過去に辛夷清肺湯や柴胡桂枝湯の内服時にも肺炎を併発していたことが判明し、オウゴンの含有が肺炎の発症に影響を与えている可能性が示唆された。文献的考察を加え、報告する。

**B-16****皮膚筋炎に伴う間質性肺炎の肺高血圧症に対してシルデナフィルが奏効した一例**

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○副島 和晃, 森 裕太, 山野 泰彦, 横山 俊樹,  
松田 俊明, 片岡 健介, 木村 智樹, 近藤 康博

症例は77歳女性。X-6年、抗EJ抗体陽性のclinically amyopathic dermatomyositis(CADM)に伴う間質性肺炎、肺MAC症に対してステロイド、タクロリムス、RE-CAMを開始した。経過中にCAM耐性となりRE-STFXに変更、タクロリムスを終了しプレドニゾロン10mgで間質性肺炎は安定していた。X年12月、右心不全のため緊急入院となり、右心カテーテル検査で平均肺動脈圧47 mmHg、肺動脈楔入圧8 mmHg、肺血管抵抗13.7 Wood unitと肺高血圧症の合併を認めた。肺高血圧症に対してシルデナフィルを開始したところ、3ヶ月の経過で平均肺動脈圧47→33mmHg、肺血管抵抗13.7→6.3 Wood unit、6分間歩行距離350→445m、6分間歩行時の最低SpO<sub>2</sub>70→79%、修正MRCスコア2→1と多面的な改善を認めた。膠原病を背景とした肺疾患が合併した肺高血圧症に対してシルデナフィルが奏効した一例を経験したため、若干の考察をまじえて報告する。



**B-17****大腿骨骨幹部骨折後に発症した脂肪塞栓症候群の1例**

市立四日市病院 呼吸器内科

○小林 凱, 山下 良, 久野 泰雅, 寺町 涼,  
宮崎 晋一, 池田 拓也

症例は23歳の男性。8月X日午前9時頃、原動機付自転車を運転中に軽自動車と衝突し、高エネルギー外傷として当院ERに搬送され、左大腿骨骨幹部骨折にて整形外科に入院となった。同日14時半頃から発熱、低酸素血症が出現。翌朝さらに呼吸状態が悪化し当科紹介となった。胸部CTでは両側肺野に非区域性の浸潤影を認め、経過、画像所見から脂肪塞栓症候群が疑われ、ICUにて挿管・人工呼吸管理となった。呼吸循環動態の管理、肺理学療法、対症療法を行い、第10病日に髄内定固定術を施行、第14病日に抜管、一般病棟での管理が可能となりその後退院した。脂肪塞栓症候群は骨折に伴う重篤な合併症の一つであり、骨折患者の呼吸不全に関しては常に念頭に置くべきものである。本疾患につき文献的考察を加えて報告する。

**B-18****片肺洗浄により改善した 自己免疫性肺胞蛋白症の1例**

名古屋掖済会病院 呼吸器内科

○伊藤 利泰, 岩間 真由子, 平野 達也, 森 美緒,  
田中 太郎, 今村 妙子, 浅野 俊明, 島 浩一郎,  
山本 雅史

症例は61歳男性。近医で左肺浸潤影を指摘されて当院紹介受診となった。炎症反応高値で肺炎と診断し、抗菌薬投与開始した。炎症反応は改善し、浸潤影も軽度改善を認めるも残存有り、陰影を観察していたが残存していたため、経気管支肺生検、気管支肺胞洗浄を施行し、肺胞蛋白症と診断した。抗GM-CSF抗体陽性で自己免疫性と診断した。症状が乏しかったため経過観察としていたが、画像が増悪し、息切れを認めるようになった。診断から4年経過したところで左肺洗浄を行い、症状や陰影は改善している。本症例は稀であり若干の文献的考察を加えて報告する。

**B-19****洗浄側を上方とした側臥位で肺胞洗浄術を行った自己免疫性肺胞蛋白症の1例**

岐阜大学医学部附属病院 第二内科 呼吸器内科

○佐々木 優佳, 岩井 正道, 酒井 千鶴,  
五明 岳展, 垣内 大蔵, 柳瀬 恒明, 遠渡 純輝,  
大野 康

70歳男性。自己免疫性肺胞蛋白症の確定診断後、アンブロキシール内服加療のみで約2年間増悪なく経過していた。その後に呼吸困難が出現し、肺野陰影の増悪を認めたため緊急入院とした。経験的抗菌薬としてSBT/ABPCを投与するも自覚症状や肺野陰影の改善はみられず、感染症は否定的と考えられ自己免疫性肺胞蛋白症の増悪と判断した。全身麻酔下肺胞洗浄術をまず左肺を右側臥位で施行し、2週間あけて右肺を左側臥位で施行した後、呼吸不全の改善が得られ退院となった。自己免疫性肺胞蛋白症は比較的稀な疾患であり、現時点では肺胞洗浄術が最も効果的な治療とされているが、標準的な手技は確立されていない。洗浄時の体位は、仰臥位や洗浄側を下方とした側臥位で行った報告は散見されるが、洗浄側を上方とした側臥位で行った症例は少なく、それぞれの長短および本症での周術期の経過を踏まえて報告する。

**B-20****気管支喘息重責発作との鑑別を有し、気管切開に至った声帯開大不全の1例**<sup>1</sup>三重大学医学部附属病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>三重大学 免疫学講座○岡野 智仁<sup>1</sup>, 伊藤 稔之<sup>1</sup>, 齊木 晴子<sup>1</sup>,  
藤原 拓海<sup>1</sup>, 浅山 健太郎<sup>1</sup>, 都丸 敦史<sup>1</sup>,  
高橋 佳紀<sup>1</sup>, 中原 博紀<sup>1</sup>, 藤本 源<sup>1</sup>, 小林 哲<sup>1</sup>,  
ガバザ エステバン<sup>2</sup>

【症例】30歳台、男性、現喫煙者【主訴】喘鳴【既往歴】交通事故による脊髄損傷、左大腿骨頭回転骨切り術、不眠症、アトピー性皮膚炎、気管支喘息発作でステロイド加療歴あり【現病歴】右側大腿骨頭壊死を来し当院整形外科で右人工股関節全置換術を施行。術後疼痛のため鎮痛剤使用後に胸苦感、喘鳴が出現し当科紹介。精査の結果当初気管支喘息発作としてアドレナリン筋注、気管支拡張薬吸入、リンデロン点滴など行ったが奏功せず意識レベル低下し緊急で気管内挿管とした。しかしPaCO<sub>2</sub>上昇無く挿管後胸部喘鳴は消失した。気道内圧上昇や呼吸延長も無く翌日抜管した。頸部に吸気性喘鳴あり、耳鼻科診察の結果声帯開大不全を指摘。最終的に気管切開に至った。【考察】気管支喘息重責発作と声帯病変の鑑別は重要であるが初期対応時には難しいことがあり、示唆に富む症例である。

## B-21

### 気管支バルブに続発した閉塞性肺炎により呼吸機能が改善した1例

<sup>1</sup>松阪市民病院 呼吸器センター内科, <sup>2</sup>松阪市民病院 難治性呼吸器疾患研究室

○岡田 真輝<sup>1</sup>, 藤原 研太郎<sup>1</sup>, 古橋 一樹<sup>1</sup>,  
中村 祐基<sup>1</sup>, 鈴木 勇太<sup>1</sup>, 坂口 直<sup>1</sup>,  
伊藤 健太郎<sup>1</sup>, 西井 洋一<sup>1</sup>, 畑地 治<sup>1</sup>, 田口 修<sup>2</sup>

症例は70歳男性。201X年Y月に労作時呼吸困難の増強あり近医より紹介受診。肺機能検査からCOPDと診断しCTで左下葉は透過性が亢進したheterogenousな肺気腫でありIBV(intrabronchial valves)の治療適応と判断した。Y+4月左下葉気管支に計8個のバルブを挿入した。施術後しばらく1秒量は1000ml前後で施術前と変わらなかった。Y+15月に左下葉に閉塞性肺炎を来した。肺炎治療後に1秒量は270ml程度改善し現在まで継続している。肺炎による閉塞機序が1秒量改善に寄与した可能性があり文献的考察を含め報告する。

## B-22

### 食事療法で軽快した肝硬変に伴う乳び胸水の1例

浜松医療センター 呼吸器内科

○小川 秀己, 加藤 史照, 松山 亘, 丹羽 充,  
美甘 真史, 小笠原 隆, 笠松 紀雄

症例は56歳女性。肝硬変加療中に右胸水貯留を認め当科紹介となった。胸部画像上、肺野や胸膜に異常所見は認めなかった。胸腔穿刺では白濁したリンパ球優位の滲出性胸水が得られ、胸水中中性脂肪 256 mg/dl, 胸水/血中総コレステロール比が0.47であったことから、乳び胸水の診断となった。20-30g/日の脂肪制限食とし、摂取脂質も中鎖脂肪酸中心としたところ右胸水は消失した。肝硬変治療中の胸水は肝性胸水の他、乳び胸水の鑑別を念頭に置く必要がある。示唆に富む症例と考えられるため若干の考察を加え報告する。



## C-01

### インフリキシマブ使用中にIGRA陽転化を来した播種性結核症の一例

聖隷浜松病院 呼吸器内科

○持塚 康孝, 平間 隆太郎, 竹田 健一郎,  
勝又 萌, 堤 あかり, 河野 雅人, 三木 良浩,  
橋本 大, 中村 秀範

症例は47歳, 女性。当院消化器内科にて潰瘍性大腸炎の加療のため, X年10月からインフリキシマブを開始した。開始前の胸部X線単純写真では異常陰影はなく, T-SPOTは陰性であった。投与開始後55日目より発熱があり, CTにて両肺多発結節, 左鎖骨下・縦隔リンパ節腫大を認め, また左肘部に発赤を認めた。発熱後に測定したT-SPOTが陽性であり, 左鎖骨上窩リンパ節と左肘部の皮下膿瘍穿刺にて結核菌を検出したため, 播種性結核症と診断した。抗結核療法を開始後数日で速やかに解熱した後, 14日目より免疫再構築症候群と思われる発熱, 縦隔リンパ節腫大と皮下膿瘍の増悪があったが, 抗結核療法を継続しいずれも改善を認め, 肺結節も縮小した。本症例はインフリキシマブ開始前のIGRA陰性であり, イソニアジド予防内服の適応ではなかったが, 治療中に播種性結核症を来した注意すべき症例であるため報告する。

## C-02

### 多発脳梗塞を契機に診断に至った結核性髄膜炎の一例

<sup>1</sup>国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器内科,  
<sup>2</sup>国立病院機構 三重中央医療センター 神経内科, <sup>3</sup>三重大学医学部 呼吸器内科

○坂倉 康正<sup>1</sup>, 大岩 綾香<sup>1</sup>, 渡邊 麻衣子<sup>1</sup>,  
西村 正<sup>1</sup>, 内藤 雅大<sup>1</sup>, 井端 英憲<sup>1</sup>,  
大本 恭裕<sup>1</sup>, 賀川 賢<sup>2</sup>, 岡野 智仁<sup>3</sup>, 藤本 源<sup>3</sup>,  
小林 哲<sup>3</sup>

症例は86歳男性。20XX年7月上旬より全身倦怠感と食思不振を自覚し, CTを撮影したところ両肺上葉に気管支壁肥厚と空洞を伴う浸潤影を認め, 喀痰検査でガフキー 2号, PCR-TB陽性であり肺結核と診断した。入院後第5病日に左共同偏視, 右半身脱力, 意識レベル低下を認め, MRIを撮影したところ血管支配に一致しない多発脳梗塞を認め, アルガトロバン, エダラボン投与を開始した。髄液からは結核菌は同定されなかったが結核性髄膜炎診断スコアの脳脊髄液の基準を満たし, 結核性髄膜炎と診断した。INH, RFP, EB内服とデキサメサゾン点滴で治療を継続したが, 意識レベルの改善は認めなかった。結核性髄膜炎は予後不良な疾患で, 速やかに治療が開始されなかった場合には死亡率も高い。しかし結核性髄膜炎の初期症状は非特異的症状が多く早期診断は容易ではない。今回, 多発脳梗塞を契機に結核性髄膜炎の診断に至った1例を経験したため, 若干の考察を加えて報告する。

## C-03

### IgA血管炎を合併した高齢者結核の1例

国立病院機構天竜病院 呼吸器・アレルギー科

○大嶋 智子, 伊藤 靖弘, 岩泉 江里子,  
大場 久乃, 藤田 薫, 三輪 清一, 金井 美穂,  
白井 正浩, 早川 啓史

症例は86歳男性。発熱と咳を主訴に前医を受診し, 両下肺の空洞を伴う浸潤影と, 喀痰抗酸菌塗抹検査陽性, 結核菌PCR陽性より肺結核と診断された。当院転院となり抗結核薬 (HREZ) を開始したが, 治療開始1ヶ月後より微熱, 両下肢の紫斑, 左股関節痛が出現, 皮膚生検で白血球破碎性血管炎を認め, IgA血管炎と診断した。紫斑と関節炎は自然に消失したが, 著明な高血圧, 血清Cr上昇と蛋白尿が出現し無尿となった。IgA血管炎による腎障害と考え, ステロイドパルス療法および後療法を開始したところ, 自尿が得られ尿蛋白が減少した。

IgA血管炎は様々な呼吸器感染症が先行するが肺結核症との合併は稀であり, 献的考察を加えて報告する。

## C-04

### 乳腺結核の1例

刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○加藤 早紀, 街道 達哉, 藤浦 悠希, 浅野 元世,  
中島 国也, 鈴木 嘉洋, 武田 直也, 吉田 憲生,  
加藤 聡之

症例は23歳, フィリピン人女性。201X年1月に右乳房腫瘍と右腋窩リンパ節腫大を主訴に当院乳腺外科紹介受診。乳房病変に対して穿刺吸引細胞診を施行したところ抗酸菌塗抹検査にてガフキー 2号, PCR 検査にて結核菌が証明され乳腺結核の診断に至った。同年3月抗結核薬による治療目的で当科紹介受診。胸部CTでは左S1+2に9×7mm台の結節影を認めたが, 喀痰結核菌培養は陰性だったため, 外来通院で標準治療(INH・RFP・EB・PZA)を開始。その後, 経時的に乳房病変・肺結節の縮小が得られた。

乳腺は結核菌感染に抵抗性の臓器と言われ, 乳腺結核は稀な疾患とされている。今回我々は流行地から移住した患者における乳腺結核の1例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。

C-05

中耳結核から肺結核の診断に至った一例

<sup>1</sup>津島市民病院 内科, <sup>2</sup>津島市民病院 呼吸器内科, <sup>3</sup>はしもと耳鼻咽喉科, <sup>4</sup>クリニック川越

○小林 都仁夫<sup>1</sup>, 小川 知美<sup>2</sup>, 小林 直人<sup>2</sup>, 住田 敦<sup>2</sup>, 中尾 彰宏<sup>2</sup>, 橋本 彩恵<sup>3</sup>, 齋藤 裕子<sup>4</sup>

症例は75歳女性。X年2月に左耳漏を自覚し近医耳鼻科を受診。毎日耳処置を施行されるも症状が持続し5月に当院耳鼻科初診となる。左側の耳鏡所見では鼓膜輪のみ残存し、鼓室内は白色物質で充満していた。重度混合難聴、左不全顔面神経麻痺も認めた。鼓室内白色物質の病理所見は広範な壊死所見で肉芽組織の中に多核巨細胞を認め、抗酸菌塗抹陽性であった。胸部精査目的で6月に呼吸器内科へ紹介となった。呼吸器症状なく、胸部CTでは右上葉の気管支周囲に微細粒状影、索状影を認めた。空洞病変を認めなかった。喀痰、胃液検査では抗酸菌塗抹陽性、結核PCR陽性、培養陽性であった。肺結核(rIII2)、左中耳結核と診断し、6月より2HREZ+4HRを開始した。胸部画像所見、左中耳所見、難聴は改善を認めた。中耳結核は比較的まれであり、文献的考察を加えて報告する。

C-06

早期より多剤耐性肺結核を想定し、治療が奏効した一例

<sup>1</sup>公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科, <sup>2</sup>公立陶生病院 感染症内科

○野口 陽一朗<sup>1</sup>, 武井 玲生仁<sup>1</sup>, 山野 泰彦<sup>1</sup>, 横山 俊樹<sup>1</sup>, 松田 俊明<sup>1</sup>, 片岡 健介<sup>1</sup>, 木村 智樹<sup>1</sup>, 武藤 義和<sup>2</sup>, 近藤 康博<sup>1</sup>

症例は18歳男性。免疫低下を示唆する既往はなし。X-1年2月より倦怠感を主訴に受診し、胸部CTで左上葉に粒状影を認めた。喀痰の結核分離培養は陰性であったが、Tスポット<sup>R</sup>.TBが陽性であり、同年5月よりINH, RFP, EB, PZAの4剤併用を2ヶ月、その後INH, RFPの2剤併用で治療を行った。しかし、10月に左上葉に空洞影が出現し、気管支吸引液の結核分離培養で結核菌を認めた。その後X年1月に血痰が出現し、左上葉の空洞性病変は悪化を認めた。多剤耐性肺結核の疑いとしてPZA, CS, ETH, PAS, SMの5剤併用を開始したが、薬剤熱のため中止した。その後、薬剤感受性検査でINH, RFP, RBT, EBに耐性が判明した。LVFX, SM, PZA, CS, THの5剤併用を開始したところ、経過良好であり、18か月間の治療を行い治療は終了した。文献的考察を加えて報告する。

C-07

診断、治療に難渋した頭蓋内結核病変の一例

<sup>1</sup>藤田医科大学 呼吸器内科学 I, <sup>2</sup>藤田医科大学 感染症科

○加古 寿志<sup>1</sup>, 堀口 智也<sup>1</sup>, 丹羽 義和<sup>1</sup>, 森川 紗也子<sup>1</sup>, 峯澤 智之<sup>1</sup>, 榊原 洋介<sup>1</sup>, 岡村 拓哉<sup>1</sup>, 魚津 桜子<sup>1</sup>, 後藤 康洋<sup>1</sup>, 三重野 ゆうき<sup>1</sup>, 林 正道<sup>1</sup>, 磯谷 澄都<sup>1</sup>, 近藤 征史<sup>1</sup>, 今泉 和良<sup>1</sup>, 伊藤 亮太<sup>2</sup>, 土井 洋平<sup>2</sup>

症例は58歳男性。X年5月ふらつき、複視が出現。頭部MRIで副鼻腔内から頭蓋内に突出する腫瘍性病変を指摘され、生検にて壊死を伴う肉芽腫を認めた。同時に胸部CTで右上葉に空洞影を指摘されたが、喀出痰と生検検体の培養は陰性であった。X年7月右上葉の空洞影に対して気管支鏡検査を施行したところ、アスペルギルスを検出したため、ポリコナゾール投与が開始されたが、その後も頭蓋内病変は増大し、発熱、意識障害も出現したため、X+1年1月に入院となった。発熱は抗菌薬不応性で、病変の外科的摘出も困難とされたため、抗結核治療を開始したところ、症状が改善し頭蓋内病変も縮小、最終的に頭蓋内結核病変と診断した。高度の羸瘦以外に明らかな免疫不全を呈する基礎疾患は認められずIGRAも陰性であった。肺外結核の診断は、時に困難で、本例では既存の空洞に腐生したアスペルギルスの検出も診断に難渋した一因となった。

C-08

CA125が高値を示した結核性胸腹膜炎の1例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○一條 甲子郎, 伊藤 祐太郎, 籠尾 南海男, 久保田 努, 望月 栄佑, 上原 正裕, 原田 雅教, 松浦 駿, 津久井 賢, 小清水 直樹

症例は85歳女性。X年6月下旬から腹部膨満感を自覚するようになり、7月上旬に前医を受診した。CT検査にて多量の腹水と右胸水を認めた。血性CA125は754.9と高値であり、癌性腹膜炎が疑われたがCTでは原発巣を特定できなかった。腹水穿刺液のADAは102と高値であり、QFTが陽性であったため結核性胸腹膜炎が疑われ7月中旬に当院へ紹介となった。胸腔鏡検査を施行し、胸水のADAは78.2と上昇し、胸水細胞診は陰性であった。胸膜組織診では肉芽腫性炎症所見を認め、結核性胸腹膜炎と診断し、INH, RFP, EBにて治療を開始した。後日、腹水より結核菌が培養された。治療後、胸腹水は減少し、CA125も低下した。CA125は良性疾患でも上昇することがあり、本症例は結核性胸腹膜炎の影響と考えられた。

## C-09

### EBUS-TBNAで診断された結核性リンパ節炎の1例

聖隷三方原病院 呼吸器内科

○柚木 茉里那, 加藤 慎平, 藤田 侑以子,  
綿貫 雅之, 稲葉 龍之介, 矢澤 秀介,  
明石 拓郎, 杉山 未紗, 後藤 彩乃, 天野 雄介,  
松井 隆, 横村 光司

症例は26歳, インドネシア人男性。約1ヶ月前より夜間微熱症状が出現し, 数日前より発熱が40℃に達するようになったため, 当院総合診療内科を紹介受診した。WBC 14740/ $\mu$ L, CRP 5.5g/dLと炎症反応は軽度上昇しており, 胸部CTで肺野末梢に複数の微小結節影と長径50mm大の気管分岐下リンパ節腫大を認めたため, 当科に紹介された。腫大リンパ節に対しEBUS-TBNAを施行したがリンパ組織は採取できず, 膿汁のみが採取された。その後T-SPOT陽性と判明したため, 結核性リンパ節炎の臨床診断で抗結核薬4剤治療を開始した結果, 解熱と炎症反応改善, 肺野末梢の結節影と縦隔リンパ節腫脹の消退が得られた。気管支鏡検査から4週後に器具洗浄検体の結核菌培養が陽性となり, 確定診断が得られた。縦隔リンパ節に限局する結核は稀であり, EBUS-TBNAの培養陽性率も高くなく, 悪性疾患やサルコイドーシスなどとの鑑別に苦慮する可能性があるため, 文献的考察を交えて報告する。

## C-10

### 多剤耐性肺結核が考えられ診断に難渋した1例

はるひ呼吸器病院 呼吸器内科

○小橋 保夫, 藤原 秀之, 櫻井 悠加里, 直海 晃,  
米田 有希子, 齋藤 雄二

症例は初診時, 多剤耐性肺結核患者との接触歴のある30歳男性。咳嗽を主訴に当院を受診。胸部CT上, 左上葉に小結節陰影の集簇, 両側下葉の肺炎を診断され抗菌剤加療を試行。2週間後の胸部CTでは下葉の陰影の改善を認めたが, 左上葉の陰影は不変であった。TSPOT陽性にて, 3ヶ月後のフォローを指示するも来院しなかった。3年後の今回, 咳嗽の悪化にて当院外来受診し, 左肺尖部の陰影の増大を認めた。活動性肺結核を疑い, 3連痰, 胃液培養を行うも抗酸菌塗抹検査, 結核菌PCRは何れも陰性で培養も陰性であった。患者自身に発達障害もあったことも含め気管支鏡での診断は困難と考えた。最終的に他院にて外科的肺生検を試行した。病理所見では壊死を伴う肉芽腫を認めたが, 抗酸菌塗抹検査, 培養は陰性であった。臨床状況より肺結核と診断した。本症例は多剤耐性肺結核を診断するにあたり非常に難渋した症例であり臨床的に重要と考え報告する。

## C-11

### シリコンYステントを両断して抜去した気管・気管支結核の1例

国立病院機構名古屋医療センター 呼吸器内科

○鳥居 厚志, 坂 英雄, 山田 有里紗,  
石田 あかね, 重松 文恵, 丹羽 英之,  
岡 さおり, 中畑 征史, 小暮 啓人,  
北川 智余恵, 沖 昌英

症例は64歳, 女性。気管・気管支結核による気道狭窄のために, 1991年7月に他院で金属ステントを留置, 肉芽により狭窄したため1992年4月シリコンYステントを留置した。以降ステントの上端・右脚末梢(中間幹)に肉芽を生じ, 閉塞性肺炎・無気肺を繰り返し, 当院紹介となった。全身麻酔下, 軟性・硬性気管支鏡下の観察で, 右脚は肉芽で90%狭窄していた。Yステントは金属ステントの内側に留置されており, Yステント前面を硬性気管支鏡用のハサミ鉗子で切開しつつ把持鉗子でYステントと金属ステントを剥離, 気管分岐部まで切開した。次に後面(膜様部側)を同様に切開し, 気管分岐部で合流し左右に分離し, それぞれを摘出した。その後中樞端を延長し, 右脚の角度変更をしたYステントを留置した。

## C-12

### 非結核性抗酸菌症に伴った気管支結石の1例

聖隷浜松病院 呼吸器内科

○竹田 健一郎, 平間 隆太郎, 勝又 萌,  
持塚 康孝, 堤 あかり, 河野 雅人, 三木 良浩,  
橋本 大, 中村 秀範

症例は77歳, 女性, 非喫煙者。肺結核の既往なし。検診にて胸部異常陰影を指摘され, X年5月に当科へ紹介受診となった。胸部CT上, 左肺S6に気管支内石灰化病変および末梢側の粒状・結節性病変を認めた。喀痰抗酸菌塗抹・培養陰性であり, T spot陰性, 抗MAC抗体陽性であった。気管支鏡検査を施行したところ, 左B6b入口部に黄褐色調の硬い異物を認め, 鉗子にて摘出した。病理組織では石灰化構造物を認め, 気管支結石と診断した。また, 同病変にはZiehl-Neelsen染色陽性となる桿菌の集簇を多数認め, 組織培養および気管支洗浄液から *Mycobacterium intracellulare* が検出された。本症例では, 非結核性抗酸菌症が気管支結石の成因と考えられた。非結核性抗酸菌症による気管支結石は非常に稀であり, 文献的考察を加えて報告する。



## C-13

## 非結核性抗酸菌症に難治性気胸および胸膜炎を合併した1例

浜松医科大学医学部附属病院 呼吸器内科

○森川 圭亮, 直井 兵伍, 安井 秀樹, 穂積 宏尚,  
柄山 正人, 鈴木 勇三, 古橋 一樹, 榎本 紀之,  
藤澤 朋幸, 中村 祐太郎, 乾 直輝, 須田 隆文

症例は71歳, 男性。20XX-3年, 間質性肺炎に対してステロイド治療中, 胸部CTで右肺上葉に空洞を指摘された。精査の結果, 非結核性抗酸菌症と診断された。抗菌薬治療を開始されたが副作用のため継続できず, 空洞は増悪傾向であった。20XX年5月の定期受診時に胸部X線で右気胸と胸水を指摘され, 精査加療目的で入院した。胸水の培養で*Mycobacterium intracellulare*が陽性となり, 同菌による胸水と判断され, 抗菌薬治療を開始された。気胸に対して胸腔ドレナージを開始されたが気漏は改善しなかった。次にEndobronchial Watanabe Spigotを用いた気管支充填術, 自己血での胸膜癒着術を複数回施行されたが気漏は改善しなかった。同年8月よりポリグリコール酸シートとフィブリン糊を併用した気管支充填術を複数回施行されている。非結核性抗酸菌症に気胸および胸膜炎を合併した症例の報告は稀であり, 若干の文献的考察を踏まえて報告する。

## C-14

## EWS充填術, 自己血・トロンビン注入, 胸膜癒着術の併用が奏功した肺MAC症による難治性気胸・膿胸の一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○籠尾 南海夫, 小清水 直樹, 津久井 賢,  
松浦 駿, 原田 雅教, 上原 正裕, 望月 栄佑,  
一条 甲子郎, 久保田 努, 伊藤 祐太郎

症例は59歳女性。10年前に肺MAC症に罹患し, CAM, RFP, EB, STFXなどによる多剤併用療法を受けてきた。X年6月初旬より発熱, 咽頭痛, 咳嗽が出現し, 咳嗽時に胸痛も自覚し始めた。当院外来を受診し胸部単純X線で3度の右気胸を認め, 加療目的で入院となった。胸腔ドレーン留置による持続脱気療法では改善せず, 第8, 15病日にそれぞれ右B<sup>2</sup><sub>a</sub>, B<sup>2</sup><sub>b</sub>, B<sup>4</sup><sub>a</sub>, B<sup>4</sup><sub>b</sub>にEWS充填術を施行し, 自己血, OK432+ミノサイクリンによる胸膜癒着術も併用した。さらに各EWSの末梢に気管支鏡下でチューブを用いて自己血とトロンビンを注入した。その後気胸の改善が得られ, 第63病日にドレーンを抜去した。肺MAC症による難治性気胸に対してEWS充填術, 経気管支的自己血・トロンビン注入, 胸膜癒着術の併用が有効であった症例を経験したので報告する。

## C-15

適切な感受性試験結果が治療に有用であった *Mycobacterium abscessus complex*感染症の1例

<sup>1</sup>藤田医科大学 呼吸器内科学I, <sup>2</sup>藤田医科大学 感染症科

○前田 侑里<sup>1</sup>, 丹羽 義和<sup>1</sup>, 森川 紗也子<sup>1</sup>,  
峯澤 智之<sup>1</sup>, 榎原 洋介<sup>1</sup>, 岡村 拓哉<sup>1</sup>,  
三重野 ゆうき<sup>1</sup>, 魚津 桜子<sup>1</sup>, 後藤 康洋<sup>1</sup>,  
林 正道<sup>1</sup>, 磯谷 澄都<sup>1</sup>, 近藤 征史<sup>1</sup>,  
今泉 和良<sup>1</sup>, 伊藤 亮太<sup>2</sup>

症例は68歳女性。SLEに対してPSL 5mg/day+MZR150mg/隔日内服中。半年間で3回の右下葉肺炎を繰り返した後, 再度の発熱と抗生剤治療不応性の右下葉浸潤影にて当科紹介。喀痰抗酸菌塗抹培養陽性でDDH法で*M. abscessus*と判定された。病変部から採取した膿性痰からも同菌を検出したため, 多剤併用療法 (AMK+IPM/CS+LVFX途中でAMK+IPM/CS+CAM+LZDに変更) で加療を開始したが病状は横ばいでLZD, CAMは副作用により中止となった。プロミックNTMでは, ほぼ全ての薬剤が耐性であったが, 迅速発育菌に適正な培地を用いた感受性試験を他院に依頼し, 結果を元にチゲサイクリンに変更したところ, CRP, 画像所見が改善し, その後, MINO+STFX治療に変更し外来治療に切り替えることができた。適切な薬剤感受性結果が抗菌薬選択の一助となったと考えられた。

## C-16

## クリプトコッカス胸膜炎を発症した一例

<sup>1</sup>磐田市立総合病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>浜松医科大学附属病院 内科学第2講座

○伊藤 友一朗<sup>1</sup>, 北原 佳泰<sup>1</sup>, 中川 栄実子<sup>1</sup>,  
中井 省吾<sup>1</sup>, 平松 俊哉<sup>1</sup>, 村上 有里奈<sup>1</sup>,  
深田 充輝<sup>1</sup>, 松島 紗代実<sup>1</sup>, 永福 建<sup>1</sup>,  
右藤 智啓<sup>1</sup>, 佐藤 潤<sup>1</sup>, 妹川 史朗<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>2</sup>

症例は84歳女性。背景に関節リウマチがあり, タクロリムスで加療中であった。1週間以上続く発熱を主訴に, X年5月当科初診となった。CRP 8g/dL程度の炎症反応上昇と, レントゲンにて右優位の胸水貯留と右下肺野の浸潤影を認め, 肺炎としてFOM→CVA/AMPCで加療するも改善が得られなかった。経過で胸水の増加を認め, 胸腔穿刺を施行したところ, 培養よりCryptococcus neoformansが検出された。血清, また胸水におけるクリプトコッカス抗原も陽性であり, クリプトコッカス胸膜炎と診断した。F-FLCZ→FLCZで加療を行い, 経時的な胸水の減少を確認した。

既報において, クリプトコッカス胸膜炎は免疫宿主や胸膜直下の浸潤影を有する症例にて認められることが報告されているがその頻度は稀である。当院でも本症例が初であることから貴重と思われる, 文献的考察を踏まえ報告する。

## C-17

## 肺腺癌の治療中にアスペルギルス感染に伴う腹腔内出血を来した一剖検例

聖隷浜松病院 呼吸器内科

○平間 隆太郎, 竹田 健一郎, 勝又 萌,  
持塚 康孝, 堤 あかり, 河野 雅人, 三木 良浩,  
橋本 大, 中村 秀範

症例は72歳, 男性。X-12年に肺腺癌 cStage IIIA に対し, 化学放射線療法を施行した。X-1年10月に肺腺癌再発 cStage IVA と診断され, EGFR 遺伝子変異陽性のためアファチニブの内服を開始した。X年5月に炎症反応上昇と左肺下葉の空洞を伴う浸潤影の増大を認め, 肺炎として当科へ入院となったが, 一般抗菌薬での治療反応性は乏しかった。β-Dグルカン 380pg/mL, 抗アスペルギルス抗体 128倍と上昇し, 気管支洗浄液の培養検査から *Aspergillus fumigatus* を認めたため, 慢性進行性肺アスペルギルス症としてポリコナゾールでの治療を開始した。その後, 炎症反応は改善したが, 第19病日に心肺停止状態で発見され, 同日病理解剖を行った。腹腔内に大量の血性腹水が存在し, 病理組織診で脾臓や腎臓に菌糸を伴った感染性血栓塞栓を認めたことから, 播種性アスペルギルス症による感染性脾静脈破裂が死因と考えられた。稀な症例を経験したため, 文献的考察を加え報告する。

## C-18

## 剖検にて診断した侵襲性肺アスペルギルス症の1例

刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○浅野 元世, 藤浦 悠希, 街道 達哉, 中島 国也,  
加藤 早紀, 鈴木 嘉洋, 武田 直也, 吉田 憲生,  
加藤 聡之

症例は69歳, 男性。20XX年3月, 内科外来受診時に意識消失を来し救急外来へ搬送された。胸部CTで両側肺の気腫性変化と両側気管支壁肥厚, 血液ガス検査でCO<sub>2</sub>貯留を認め, 気管支炎を契機としたCOPD急性増悪によるCO<sub>2</sub>ナルコーシスを想定し, 挿管管理下で救命センターへ入室した。採血上炎症高値, βD-グルカン 124.8 と上昇を認めたことから細菌感染症の他深部真菌感染症も疑い抗生剤, 抗真菌薬にて加療を開始した。

入院後の痰培養からの微量の糸状菌検出以外に明らかな真菌感染を示唆する所見を認めず, ICUでの集中治療を継続するも呼吸状態の悪化により第8病日に死亡した。剖検にて広範なアスペルギルスによる気道病変を認め, 侵襲性肺アスペルギルス症の診断を得た。

侵襲性肺アスペルギルス症は典型的には免疫不全状態に合併することが知られているが, 明らかな免疫不全状態にないCOPD患者での発症報告も散見され, 若干の文献的考察を加え報告する。

## C-19

## IgG4関連疾患の治療経過中に現病の再燃との鑑別を要した肺クリプトコッカス症の1例

<sup>1</sup>磐田市立総合病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>浜松医科大学 内科学第二講座

○秋山 萌<sup>1</sup>, 松島 紗代実<sup>1</sup>, 中井 省吾<sup>1</sup>,  
平松 俊哉<sup>1</sup>, 北原 佳泰<sup>1</sup>, 村上 有里奈<sup>1</sup>,  
深田 充輝<sup>1</sup>, 永福 建<sup>1</sup>, 右藤 智啓<sup>1</sup>, 佐藤 潤<sup>1</sup>,  
妹川 史朗<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>2</sup>

症例は69歳男性。発熱, 咳嗽, 血痰を主訴に受診。CTにて右肺に強い浸潤影, すりガラス状陰影と全身のリンパ節腫脹, 後腹膜の脂肪組織の濃度の軽度上昇がみられた。IgG4 3490mg/dl, 末梢血好酸球2338/mm<sup>3</sup>と高値で, 補体は低下し, 蛋白尿が認められた。BALでは肺胞出血の所見であったがTBLBでは特異的な所見は得られなかった。自己抗体, およびANCAは陰性であり, IgG4関連疾患と診断した。ステロイドの全身投与を行い, 自覚症状, 画像所見, 蛋白尿は改善した。しかしPSL10mgまで減量したところでIgG4は再度上昇し, 肺野に多発性の結節様浸潤影が出現した。同部位の生検組織にてグロコット染色陽性の円形の菌体が検出され, 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と診断した。FLCZ 200mg/日の治療で陰影は改善傾向にある。クリプトコッカス症は多彩な画像所見を呈し, 時に原疾患の再燃との鑑別を要し, 注意が必要である。

## C-20

## AIDS患者に発症した播種性ヒストプラズマ症の1例

聖隷三方原病院 呼吸器内科

○山田 耕太郎, 加藤 慎平, 藤田 侑以子,  
綿貫 雅之, 稲葉 龍之介, 矢澤 秀介,  
明石 拓郎, 杉山 未紗, 後藤 彩乃, 天野 雄介,  
長谷川 浩嗣, 松井 隆, 横村 光司

症例は53歳, ベルー人男性。20XX年3月末に来日した。4月下旬より発熱, 嘔気が持続し, 6月初旬に前医を受診。HIV抗体陽性と両側びまん性粒状影を認め, 当科を紹介受診した。CD4陽性細胞数は54/μLと低下しており, AIDSを発症していた。粟粒結核を疑ったがT-SPOT陰性であり, 喀痰, 尿, 便, 血液, 骨髄, 髄液の各種培養検査でも抗酸菌は認めなかった。気管支鏡検査ではTBLB検体より酵母様真菌が検出され, 播種性真菌症が疑われたが, 血清クリプトコッカス抗原は陰性であった。出身国からヒストプラズマ症(ヒ症)が鑑別に上がり, 尿中抗原検査を提出した結果, 約2週間後に陽性と判明し, 播種性ヒ症の確定診断を得た。約1ヶ月間のL-AMBによる導入療法の後, ITCZ内服維持療法に移行し, 抗レトロウイルス薬を開始した結果, 解熱と陰影改善が得られた。ヒ症は輸入真菌症であり, 外国人移住者の増加に伴い今後増加してくると考えられ, 注意喚起を踏まえて報告する。

## シフラが病勢を反映していると考えられた肺放線菌症の一例

JA愛知厚生連豊田厚生病院 呼吸器内科

○林 かずみ, 二村 圭祐, 指尾 豊和, 青山 昌広,  
谷川 吉政

症例は65歳男性。X年4月血痰があり近医耳鼻科を受診し、喉頭鏡の所見から気道出血を疑われ当院紹介となった。胸部CTで右中葉に周囲引きつれを伴う結節影を認め、シフラ上昇していたため、原発性肺癌を疑いTBLBを行った。しかし病理診断で悪性所見は認めず、1ヶ月後のCTでは結節影は消退した。肺の陰影とシフラの推移の経過観察を続けると左下葉に新たに結節影が出現し、シフラも漸増が続くためX+1年5月、診断目的に左下葉部分切除を行い、病理診断から肺放線菌症の診断がついた。術後もシフラは上昇を続け、左下葉の結節も再増大傾向となりX+1年9月に呼吸器内科再紹介、ABPCで治療を開始した。抗生剤導入後、肺結節は縮小しシフラも正常値で経過している。シフラは肺癌の腫瘍マーカーとして広く知られているが、肺放線菌症との関連は指摘されていない。今回我々は、肺放線菌症の病勢がシフラと関連していると考えられる症例を経験したので報告する。

# 一般演題 第2日目 抄録

〈筆頭演者が研修医の発表には下線が付いています。〉

## A-24

## ベムプロリズマブ投与中に急性間質性腎炎をきたした非小細胞肺癌の1例

<sup>1</sup>岐阜市民病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>岐阜市民病院 腎臓内科,  
<sup>3</sup>岐阜市民病院 病理診断科, <sup>4</sup>愛知医科大学 腎臓・リウマチ膠原病内科

○北村 悠<sup>1</sup>, 二村 洋平<sup>1</sup>, 堀場 あかね<sup>1</sup>,  
石黒 崇<sup>1</sup>, 吉田 勉<sup>1</sup>, 澤 祥幸<sup>1</sup>, 木村 行宏<sup>2</sup>,  
高橋 浩毅<sup>2</sup>, 渡部 直樹<sup>3</sup>, 田中 卓二<sup>3</sup>,  
田中 紘也<sup>4</sup>, 勝野 敬之<sup>4</sup>, 伊藤 恭彦<sup>4</sup>

症例は68歳男性。X-1年6月頃から左側腹部痛を自覚し、近医受診、血液検査でCEA高値を指摘され、当院に紹介となり、CTで左上葉に結節影を認めた。精査の結果、左非上葉肺癌(LCNEC cT1cN1M1b StageIVA OSS)と診断した。PD-L1陽性細胞が90%と高発現であり、X-1年8月からベムプロリズマブを開始した。9コース目の投与後、X年2月に右側腹部痛が出現、急性虫垂炎と診断し、保存的加療により症状は改善を認めたが、その後も炎症反応上昇と発熱が持続した。明らかな感染源なく、対症療法で経過観察していたところ、X年3月22日にCre上昇を認め、腎生検施行し、ベムプロリズマブによる薬剤性急性間質性腎炎と診断した。ステロイドパルス施行後、PSLmg/kgで投与開始し、腎機能障害は改善を認めた。ベムプロリズマブによる間質性腎炎の頻度は低いが、治療介入が遅れると透析導入が必要となる症例も報告されているため、早期に適切な対応が必要であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## A-25

## Durvalumab開始後に急性に薬剤性血小板減少症をきたした肺癌の1例

<sup>1</sup>名古屋第二赤十字病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>名古屋第二赤十字病院 血液内科

○川浪 匡史<sup>1</sup>, 西山 和宏<sup>1</sup>, 山川 英夫<sup>1</sup>,  
平松 佑斗<sup>1</sup>, 鈴木 博貴<sup>1</sup>, 土方 寿聡<sup>1</sup>,  
村田 直彦<sup>1</sup>, 若山 尚士<sup>1</sup>, 小笠原 智彦<sup>1</sup>,  
鈴木 雅之<sup>1</sup>, 齊藤 繁紀<sup>2</sup>

【背景】免疫チェックポイント阻害薬は非小細胞肺癌に対して効果が期待されるが、多彩な免疫関連有害事象を発現することが知られている。

【症例】46歳、男性。臨床病期3A (cT4N1M0) の右上葉非小細胞癌と診断したが、椎体浸潤、縦隔浸潤、反回神経麻痺のため根治切除不能であり、Cisplatin (CDDP) + Tegafur-Gimeracil-Oteracil Potassium (S-1) による化学放射線療法の後、Durvalumabによる地固め療法を開始した。なお、既往は椎間板ヘルニアのみであり、開始時に血小板減少は認められなかった。初回投与後11日目に胸部の帯状の疼痛を主訴に受診し、血小板減少 (0.7万/ $\mu$ l) を認めた。血小板輸血を行うも反応せず、16日目に実施した血液検査では血小板関連IgG (PA-IgG) が陽性であった。骨髓検査の結果も合わせて、Durvalumabによる薬剤性血小板減少症と診断した。

【結語】現在、特発性血小板減少性紫斑病に準じた治療を行っており、考察を加えて報告する。

## A-26

## ニボルマブ投与後に筋炎合併重症筋無力症を発症した気管支内扁平上皮癌の一例

<sup>1</sup>中部ろうさい病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>中部ろうさい病院 神経内科

○大槻 遼<sup>1</sup>, 森山 裕紀子<sup>1</sup>, 伊藤 浩<sup>1</sup>,  
松下 明弘<sup>1</sup>, 町田 和彦<sup>1</sup>, 松尾 正樹<sup>1</sup>,  
金子 雄紀<sup>2</sup>

症例は72歳男性。X-1年10月に胸部異常影で近医より紹介受診。同月気管支鏡検査施行し、右気管支内扁平上皮癌cT4N2M0 stage3B (TPS: 2.5%)と診断。気管内狭窄あり、他院にて気管内ステント留置後、逐次化学放射線療法を(CBDCA+PTX+54Gy)施行。X年10月縦隔リンパ節再発あり、再発後の治療として、ニボルマブを開始した。3コース投与終了後のX年12月、右上肢挙上困難、構音・嚥下障害、起立困難が出現、採血でもCPKの高値を認めた。ニボルマブによる筋炎合併重症筋無力症が疑われ神経内科へ転科となった。ニボルマブ投与による重症筋無力症の発症は稀であり、貴重な症例と思われたため報告する。

## A-27

## Atezolizumab投与後に髄膜炎をきたした一例

藤田医科大学 呼吸器内科学1

○井上 敬浩, 山蔦 久美子, 岡村 拓哉,  
後藤 康洋, 榊原 洋介, 渡邊 俊和, 丹羽 義和,  
森川 紗也子, 峯澤 智之, 魚津 桜子,  
三重野 ゆうき, 林 正道, 磯谷 澄都,  
近藤 征史, 今泉 和良

症例は63歳男性、右下葉肺腺癌に対し3rd line としてatezolizumabを投与。投与12日目に39度の発熱、頸部リンパ節腫大、血球減少、軽度肝機能障害を認め、薬剤性障害や感染症を疑い抗生剤を開始。各種画像検査では明らかな感染巣は認めなかった。18日目に項部硬直を伴う見当識障害が出現したため腰椎穿刺を行った。髄液中蛋白、細胞数の上昇(単核球有意)を認め、糖は低下していなかった。髄液細胞診で癌細胞の存在を認めず、atezolizumabによる免疫関連副作用(irAE)としての髄膜炎と考えられた。ベタメタゾンmg/日、グリセリン加糖液で加療開始し、翌日には解熱、見当識障害も改善した。数日のステロイド投与後、症状消失したため投与終了したが、症状の再燃は見られなかった。免疫チェックポイント阻害剤によるirAEとしての髄膜炎は比較的稀であるが、最近報告が増加しており注意すべき合併症である。



## A-28

## ペムプロリズマブ単剤療法中に発症した劇症1型糖尿病の一例

<sup>1</sup>藤田医科大学 呼吸器内科学1, <sup>2</sup>藤田医科大学 内分泌内科

○森谷 遼馬<sup>1</sup>, 榊原 洋介<sup>1</sup>, 前田 真吾<sup>1</sup>,  
後藤 祐介<sup>1</sup>, 堀口 智也<sup>1</sup>, 丹羽 義和<sup>1</sup>,  
森川 紗也子<sup>1</sup>, 峯澤 智之<sup>1</sup>, 岡村 拓哉<sup>1</sup>,  
三重野 ゆうき<sup>1</sup>, 魚津 桜子<sup>1</sup>, 後藤 康洋<sup>1</sup>,  
磯谷 澄都<sup>1</sup>, 林 正道<sup>1</sup>, 近藤 征史<sup>1</sup>,  
今泉 和良<sup>1</sup>, 戸松 瑛介<sup>2</sup>

症例は51歳男性。Stage4の肺腺癌に対してX年4月より2nd line治療としてペムプロリズマブ投与中だった。X年10月に倦怠感, 食欲不振, 口喝, 頻尿の症状が出現し外来を受診した。採血にて血糖が100mg/dl以上と著明な上昇を認め, 代謝性アシドーシス, 尿中ケトン体強陽性であることから糖尿病性ケトアシドーシスと診断し緊急入院となった。もともと糖尿病の既往はなく, 急性発症の経過と尿中Cペプチド低値・グルカゴン負荷試験が陰性であり, ペムプロリズマブによる劇症1型糖尿病と診断した。急性期治療後, インスリン補充療法を導入し退院となった。免疫チェックポイント阻害剤による劇症1型糖尿病の発症頻度は1%未満と稀な事象であるが, 発症後ただちに治療を開始しなければ致命的疾患であり, かつ, 免疫チェックポイント阻害剤は近年急速に適応拡大しており認識が必要な病態である。発症に遺伝因子の関与も想定されており, 若干の文献的考察を加え報告する。

## A-29

## Atezolizumabによる血球貪食症候群を発症した一例

<sup>1</sup>静岡市立清水病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>浜松医科大学 第二内科

○伊波 奈穂<sup>1</sup>, 柴田 洋<sup>1</sup>, 芦澤 洋喜<sup>1</sup>, 森 和貴<sup>1</sup>,  
吉富 淳<sup>1</sup>, 増田 昌文<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>2</sup>

症例は57歳女性。肺腺癌 T3N2M1a stageIVAに対し一次治療 CBDCA+PEM+BEV, 二次治療 CBDCA+nab-PTX+BEVと化学療法を施行したが病勢進行を認め, 三次治療としてAtezolizumabの投与を行った。投与day8より38℃以上の発熱を認めた。LVFX投与で経過をみたが解熱せず感染症を示唆する所見は乏しかった。day10より頸部リンパ節腫大が出現し, 数日で著明に増大し強い圧痛を伴った。day13には血球減少, 凝固異常も伴い, フェリチンの著明高値を認めたため血球貪食症候群の臨床診断に至った。同日よりステロイドパルスを開始し, 後療法としてDexの内服を開始した。ステロイド開始後は数日で血球減少, 凝固異常は改善し1週間程度で全身状態も改善傾向となった。血球貪食症候群は免疫チェックポイント阻害剤の有害事象としては稀ではあるが重篤な経過を辿ることもあり報告する。

## A-30

## デュルバルマブによるPseudoprogressionが疑われた非小細胞肺癌の1例

<sup>1</sup>松阪市民病院 呼吸器センター内科, <sup>2</sup>松阪市民病院 難治性呼吸器疾患研究室

○川口 敦之<sup>1</sup>, 藤原 研太郎<sup>1</sup>, 古橋 一樹<sup>1</sup>,  
中村 祐基<sup>1</sup>, 鈴木 勇太<sup>1</sup>, 坂口 直<sup>1</sup>,  
伊藤 健太郎<sup>1</sup>, 西井 洋一<sup>1</sup>, 畑地 治<sup>1</sup>, 田口 修<sup>2</sup>

症例は74歳男性。201X年Y月に原発性肺癌(LCNEC)に対して化学放射線療法を施行。良好な腫瘍縮小を認めY+3月よりdurvalumabを投与開始した。投与開始1ヶ月以内に胆道閉塞を伴う急に増大する膵頭部腫瘍が出現した。ステント留置に加え胆管内からの細胞診で異型細胞を認め転移膵腫瘍と診断した。同薬を継続中だが腫瘍は縮小し再び胆道の開通を得ている。免疫チェックポイント阻害剤によるpseudoprogressionの報告は散見されるが, durvalumabによる可能性があり報告を行う。

## A-31

## 急速に進行し小腸イレウスをきたした縦隔原発多形癌に対しペムプロリズマブが奏効した1例

聖隷三方原病院 呼吸器センター内科

○久米 敦紀, 天野 雄介, 稲葉 龍之介,  
藤田 侑以子, 綿貫 雅之, 明石 拓郎,  
矢澤 秀介, 杉山 未紗, 後藤 彩乃, 加藤 慎平,  
長谷川 浩嗣, 松井 隆, 横村 光司

症例は59歳男性。健診で胸部異常影を指摘され受診。縦隔肺門リンパ節腫大を認め, 胸腔鏡下リンパ節生検を施行し, 縦隔原発多形癌cTXN3M0 stageIIIB, PD-L1 60%と診断した。化学放射線治療(CDDP+S-1)を開始したが, 治療完遂後に嘔吐が出現し, CTで小腸イレウスを認めた。小腸に腫瘍性病変を認め, 外科的小腸部分切除を施行し多形癌の小腸転移と診断。術後2週間後のCTで両側副腎転移が急速に増大したため, 早期にペムプロリズマブを開始したところ, 全身状態の改善, 腫瘍の縮小を認めた。2コース施行後に薬剤性肺炎の合併のため休薬としたが, 休薬後も腫瘍縮小を維持している。

多形癌に対しての免疫療法の報告は少ない。急速に進行し小腸イレウスをきたした多形癌に対し, 小腸切除後早期にペムプロリズマブを開始し奏効が得られた貴重な症例を経験したため報告する。

## A-32

### 左胸水を合併した縦隔脂肪腫の1例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科, <sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 呼吸器外科

○街道 達哉<sup>1</sup>, 鈴木 嘉洋<sup>1</sup>, 藤浦 悠希<sup>1</sup>,  
浅野 元世<sup>1</sup>, 中島 国也<sup>1</sup>, 加藤 早紀<sup>1</sup>,  
武田 直也<sup>1</sup>, 吉田 憲生<sup>1</sup>, 加藤 聡之<sup>1</sup>,  
鈴木 あゆみ<sup>2</sup>, 雪上 晴弘<sup>2</sup>, 山田 健<sup>2</sup>

症例は38歳, 女性。201X年9月末より左前胸部痛症状を自覚し, 症状は徐々に増強。同年10月2日, 胸痛症状が悪化し救急外来を受診。胸部CT検査で少量の左胸水貯留, 前縦隔左室の左外側に30×40mm大の脂肪濃度領域の楕円形腫瘍の指摘あり, 縦隔病変からの胸膜炎を想定し入院・抗生薬治療を開始。炎症反応は経時的に改善し, 胸痛症状も軽快したため第8病日に退院。

縦隔病変については入院中に施行したMRI所見から脂肪腫, 奇形腫などが鑑別に挙がり, 改めて精査目的に外科的切除を施行。病理学的に縦隔脂肪腫の診断に至った。

脂肪腫は身体のいずれの部位にも発生しうる軟部良性腫瘍の1つであるが, 胸水・胸膜炎を合併した縦隔脂肪腫の報告は非常に稀であり, 若干の文献的考察を加えて報告する。

## A-33

### 血痰を契機に診断した肺内血腫の1例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科, <sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 呼吸器外科

○山田 悠貴<sup>1</sup>, 中島 国也<sup>1</sup>, 藤浦 悠希<sup>1</sup>,  
街道 達哉<sup>1</sup>, 浅野 元世<sup>1</sup>, 加藤 早紀<sup>1</sup>,  
鈴木 嘉洋<sup>1</sup>, 武田 直也<sup>1</sup>, 吉田 憲生<sup>1</sup>,  
加藤 聡之<sup>1</sup>, 鈴木 あゆみ<sup>2</sup>, 雪上 晴弘<sup>2</sup>,  
山田 健<sup>2</sup>

症例は45歳, 男性。201X年4月, 数日間続く血痰を主訴に近医受診し, 胸部X-pで左上肺野縦隔側に異常陰影を指摘され, 当科紹介受診された。胸部CT検査で左肺上葉縦隔側に造影効果を伴わない21×42mm大の楕円形腫瘍性病変と, 周囲肺野にすりガラス状濃度上昇域を指摘され, 同部位について精査目的に気管支鏡検査を施行。観察範囲では左B1+2a入口部に少量の血餅を認め, 同入口部より超音波ガイド下経気管支肺生検を行ったが, 組織学的に有意所見は得られなかった。悪性疾患も想定し診断的治療目的に外科的肺切除を施行し, 病理所見から肺嚢胞内への出血による肺内血腫の診断に至った。

肺内血腫の多くは胸部外傷の既往により比較的容易に診断されるが, 中には特定の誘因を欠く例がみられ, 診断困難なことが多い。今回我々は血痰を契機に診断した肺内血腫の1例を経験したため, 若干の文献的考察を加えて報告する。

## A-34

### アスペルギルス症の合併が疑われた肺血管肉腫の剖検例

<sup>1</sup>名古屋第一赤十字病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>名古屋第一赤十字病院 呼吸器外科

○都島 悠佑<sup>1</sup>, 後藤 希<sup>1</sup>, 中瀬 敦<sup>1</sup>, 稲垣 雅康<sup>1</sup>,  
田中 麻里<sup>1</sup>, 谷本 光希<sup>1</sup>, 町井 春花<sup>1</sup>,  
横山 佑衣子<sup>1</sup>, 高納 崇<sup>1</sup>, 青山 大輔<sup>1</sup>,  
横山 俊彦<sup>1</sup>, 野村 史郎<sup>1</sup>, 森 正一<sup>2</sup>

症例は69歳女性。X-8年腎動脈分岐部まで及ぶstanfordA型大動脈解離にて上行大動脈置換術を施行。X年7月胸部CTにて左肺門部に腫瘍影を認め, 当科紹介。造影CTで不均一な造影効果を示す腫瘍が左肺動脈内腔を占拠し下行大動脈の解離腔に接しており, 肺動脈本幹にも隆起性病変を認めた。PET-CTで同部位にFDGの高集積を認めた。気管支鏡検査にて左上葉支は血栓で閉塞, 洗浄液よりアスペルギルスの菌体を多数認めたため, アスペルギルスによる感染性動脈瘤として抗真菌薬投与を開始した。同時期に肺動脈肉腫の鑑別のために血栓吸引細胞診, 胸腔鏡下針生検を施行したが, 線維化を伴う肉芽組織のみであり, 真菌および悪性所見は認めなかった。約5ヶ月の抗真菌薬投与にて腫瘍は縮小していたが, X+1年1月咯血にて死亡, 病理解剖にて肺動脈肉腫の診断が得られた。肺動脈肉腫は稀な疾患であり, 若干の文献的考察を添えて報告する。

## A-35

### 呼吸不全を呈した肺カルチノイド腫瘍の1例

静岡市立静岡病院

○甲斐 翔太郎, 児嶋 駿, 渡辺 綾乃, 阿部 岳文,  
佐竹 康臣, 藤井 雅人, 佐野 武尚, 山田 孝

症例は76歳, 女性。X年6月, 呼吸困難を主訴に近医を受診。右全肺の無気肺をみとめており, 著明な呼吸不全を呈し高流量酸素投与を要したため当院へ救急搬送となった。胸部CTでは右下葉を主とし, 右主気管支内に連続する腫瘍性病変をみとめた。気管支鏡検査では右主気管支内に表面平滑な腫瘍をみとめ, 生検により肺カルチノイド腫瘍と診断した。放射線照射もしくは全身化学療法を検討したが, 経過で右上葉の含気改善がみられたため, 呼吸器外科と相談のうえ右中下葉切除術が施行された。術後の経過は良好であり, 在宅酸素療法なしで退院が可能となった。若干の文献的考察を加え, 報告する。

**A-36****巨大軟骨肉腫の1例**

<sup>1</sup>大垣市民病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>大垣市民病院 呼吸器外科

○坂野 聖弥<sup>1</sup>, 中島 治典<sup>1</sup>, 谷村 真依<sup>1</sup>,  
池山 賢樹<sup>1</sup>, 日下 昌宏<sup>1</sup>, 加賀城 美智子<sup>1</sup>,  
安部 崇<sup>1</sup>, 安藤 守秀<sup>1</sup>, 進藤 丈<sup>1</sup>, 竹中 裕史<sup>2</sup>,  
石黒 太志<sup>2</sup>, 重光 希公生<sup>2</sup>

症例は61歳男性。17年前に来日した日系ブラジル人で、シャーガス病の既往があった。散発する心窩部痛のため近医を受診し、上部消化管内視鏡検査を施行。胃壁外からの圧排所見を認め、当院消化器科に紹介。CTで胸膜由来の病変を疑われ当科に紹介となった。左横隔膜上主体に115×109mmの腫瘤影を認め、辺縁に粗大な石灰化、左第8肋骨の骨破壊、胸壁浸潤を伴っていた。PET/CTでは辺縁に带状～結節状の集積亢進領域を認めた。胸壁から超音波ガイド下に針生検を行い、軟骨形成腫瘍と考えられたが良悪性の鑑別は困難であった。診断、治療のため呼吸器外科で手術を予定。前側方開胸で胸壁腫瘍切除、左第7-9肋骨、左横隔膜合併切除を施行した。摘出腫瘍は白色調半透明で、組織学的には豊富な硝子軟骨様の基質を背景に、核の濃縮した異型軟骨細胞の密な増殖を認め軟骨肉腫(Grade2)と診断した。現在無再発経過観察中である。稀な症例と考え報告する。

**A-37****乳腺転移を認めた肺神経内分泌癌の1例**

聖隷浜松病院 呼吸器内科

○勝又 萌, 平間 隆太郎, 竹田 健一郎,  
持塚 康孝, 堤 あかり, 河野 雅人, 三木 良浩,  
橋本 大, 中村 秀範

症例は54歳女性。現喫煙者で、2型糖尿病でインスリン治療中。右乳房のしこりを自覚し、当院乳腺科を受診した。13 mm大の右乳腺腫瘤を指摘され、針生検にて乳癌が疑われた。一方、全身造影CTで左肺上葉S1+2に40 mm大の分葉状腫瘤、左肺門・縦隔リンパ節腫大、多発脳腫瘍を認めた。気管支鏡検査を施行し、左肺上葉腫瘤に対する経気管支肺生検で肺神経内分泌癌と診断した。細胞形態の類似性および免疫染色の結果から右乳腺腫瘤は肺神経内分泌癌の乳腺転移と診断した。最終的に、肺神経内分泌癌cT3N3M1c, BRA, OTH, stageIVB期の診断で、1次治療として免疫チェックポイント阻害剤と殺細胞性抗癌剤の投与を開始した。2サイクル終了後の評価では、原発巣および乳腺転移巣は縮小傾向を認めている。本症例では、乳腺転移が肺癌診断の契機となった。乳腺転移は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

**A-38****多発肺転移を来した神経内分泌分化を伴う前立腺癌の1例**

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○山下 遼真, 原田 雅教, 伊藤 祐太郎,  
籠尾 南海夫, 久保田 努, 一條 甲子郎,  
望月 栄佑, 上原 正裕, 松浦 駿, 津久井 賢,  
小清水 直樹

症例は59歳男性。両下肢痛を主訴に近医整形外科を受診した際にHb7.4g/dLの貧血を認め当院紹介となった。胸腹部造影CTで両側肺の多発結節と両側肺門リンパ節腫大、全身の骨の粗造化に加えて、前立腺右葉辺縁域の増大を認めた。腫瘍マーカーはPSA(30529ng/mL)に加えNSE(31.2ng/mL)及びProGRP(219.1pg/mL)も高値であった。肺門リンパ節も腫大していたことから小細胞肺癌多発肺転移と前立腺癌の重複癌が疑われたが、経気管支生検の結果は淡明な胞体を有する腫瘍細胞が癒合腺管を形成しながら増殖する像を認め、組織免疫染色でPSAに加えNSEとシナプトフィジンも陽性であった。以上より神経内分泌分化(NED)を伴う前立腺癌の多発肺転移及び骨転移と診断した。複合アンドロゲン遮断療法開始後は原発巣及び骨転移巣は著明に改善し、腫瘍マーカーはほぼ正常化した。NEDを伴う前立腺癌の多発肺転移の頻度は少ないが、多発肺転移の鑑別の一つとして留意することが重要である。

**A-39****気管支内転移巣からの生検組織で転座型腎細胞癌の診断に至った1例。**

静岡済生会総合病院 呼吸器内科

○中村 匠吾, 池田 政輝, 森 利枝, 田熊 翔,  
大山 吉幸, 草ヶ谷 英樹

症例は63歳男性、約1週間持続する咳嗽を主訴に当科を受診した。胸部X線で両側肺野に多発する結節影を認め、CTで左腎に最大径約65mmの辺縁不整な充実性腫瘤を認めた。その他、縦隔を含む全身のリンパ節や腹膜、胸膜、骨、両側副腎にも転移を疑う占拠性病変を認め、腎細胞癌の多発肺転移を疑った。精査目的に行った気管支鏡検査で、左上葉B3cの内腔に狭窄があり、粘膜は表面が平滑で浮腫状であった。同部位の生検組織の病理組織学的検討よりXp11.2転座型もしくは6p21転座型腎細胞癌と診断された。StageIVであり、泌尿器科にてnivolumab+ipilimumabによる治療が開始された。腎細胞癌のうち転座型腎細胞癌は比較的稀であり、さらに気管支内転移の報告も少なく、文献的考察を加えて報告する。



## A-40

### 嚢胞性病変を伴った肉腫型の限局性悪性胸膜中皮腫の一例

地方独立行政法人 三重県立総合医療センター 呼吸器内科

○増田 考祐, 伊藤 稔之, 鶴賀 龍樹, 児玉 秀治, 寺島 俊和, 藤原 篤司, 吉田 正道

症例は76歳男性。血糖コントロール不良の精査を契機に撮影された体幹部CTで左胸水貯留と上葉腫瘤影を指摘され、当院当科紹介受診となった。胸水穿刺で血性胸水の所見が得られ、精査目的に施行したone portでの胸腔鏡で左上葉に嚢胞状構造を含む白色腫瘤を認めたが、胸膜には肉眼的に明らかな病変はなかった。胸水除去後再膨張時の造影CT検査では縦隔に接して多房化した嚢胞状病変を含む腫瘤影を認め、悪性腫瘍を疑い診断と治療目的に手術加療を行った。術中所見では一部心膜と腫瘍の固着を認めたものの完全切除することができ、肉眼的には多房性嚢胞状腫瘍と一部白色調充実性腫瘍が見られた。病理所見では免疫染色や外部コンサルテーションによるFISH法検討などから限局性肉腫型中皮腫の診断に至った。限局性悪性胸膜中皮腫の中でも極めて稀な肉腫型中皮腫の1例を経験したので文献的考察を含め報告する。

## A-41

### 縦隔非セミノーマ性胚細胞腫瘍に対して化学療法+腫瘍摘出術を施行し完全寛解が得られた1例

<sup>1</sup>静岡県立総合病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>静岡県立総合病院 呼吸器外科, <sup>3</sup>静岡県立総合病院 病理診断科

○増田 寿寛<sup>1</sup>, 中安 弘征<sup>1</sup>, 田村 可菜美<sup>1</sup>, 高橋 進悟<sup>1</sup>, 田中 悠子<sup>1</sup>, 渡邊 裕文<sup>1</sup>, 岸本 祐太郎<sup>1</sup>, 大石 享平<sup>1</sup>, 三枝 美香<sup>1</sup>, 赤松 泰介<sup>1</sup>, 山本 輝人<sup>1</sup>, 森田 悟<sup>1</sup>, 朝田 和博<sup>1</sup>, 白井 敏博<sup>1</sup>, 広瀬 正秀<sup>2</sup>, 鈴木 誠<sup>3</sup>, 寺田 忠史<sup>3</sup>

症例は24歳、男性。X年11月に胸部圧迫感の精査で縦隔腫瘍を指摘され当院へ紹介受診した。AFP, hCGの上昇があり、経皮的生検で卵黄嚢腫瘍を含む混合型非セミノーマ性胚細胞腫瘍と診断した。プレオマイシン・エトポシド・シスプラチンによる化学療法を施行し腫瘍は縮小しAFPも低下したが、4コース目には腫瘍は一時増大しAFPも下げ止まったため、救済化学療法としてパクリタキセル・イフォスファミド・シスプラチンによる化学療法を3コース行った。腫瘍は縮小したがAFPは陰性化には至らず、シスプラチンによる腎障害が出現したため、化学療法の継続は困難と判断し腫瘍摘出+左上葉切除術を行った。摘出標本は、広範な壊死組織のみで活動性のある腫瘍細胞は認められなかった。術後4カ月経過し、現在再発を認めていない。

まれな腫瘍に対して化学療法後に根治的切除をし得た1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## A-42

### 石灰化を認めた胸腺腫の1例

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

○児嶋 駿, 甲斐 翔太郎, 渡辺 綾乃, 阿部 岳文, 佐竹 康臣, 藤井 雅人, 佐野 武尚, 山田 孝

症例は58歳、男性。健診で胸部異常陰影を指摘され、紹介受診となった。胸部X線上、右下肺野に心陰影とシルエットサイン陽性の腫瘤がみられた。胸部CTでは前縦隔右側に、境界明瞭・辺縁平滑で、内部に石灰化を伴う分葉状の腫瘤が認められた。胸部MRIではT1にて低信号・T2にて全体的に中等度高信号を呈していた。診断及び治療目的に、外科的切除術を行った。胸腺腫WHO type B3・正岡分類2期と診断した。術後経過は良好である。胸腺腫においては、10～41%に石灰化を認めると報告されている。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

## A-43

### 肺野に多発斑状、粒状陰影を伴った右房原発血管肉腫の一例

<sup>1</sup>岐阜大学 第二内科・呼吸器内科, <sup>2</sup>朝日大学病院 呼吸器内科

○酒井 千鶴<sup>1</sup>, 柳瀬 恒明<sup>1</sup>, 岩井 正道<sup>1</sup>, 五明 岳展<sup>1</sup>, 佐々木 優佳<sup>1</sup>, 垣内 大蔵<sup>1</sup>, 遠渡 純輝<sup>1</sup>, 金森 寛充<sup>1</sup>, 大野 康<sup>1</sup>, 大倉 宏之<sup>1</sup>, 豊吉 沙耶香<sup>1,2</sup>, 舟口 祝彦<sup>2</sup>

症例は45歳女性、201X年5月から咳嗽を認め、近医を受診、胸部CT検査にて両側多発斑状、粒状陰影を指摘された。同院にて気管支鏡検査を施行されたところ、肺胞洗浄液にヘモジデリン貪食像を認め、肺胞出血が疑われた。精査目的に当院に紹介され、造影CT検査を施行したところ心嚢水貯留、右房内に腫瘤を認めた。当院、循環器内科にて心臓カテーテル下に右房内腫瘤の生検を行ったところ、病理学的にangiosarcomaの診断となった。今回我々は画像上興味深い稀な腫瘍を経験したので報告する。

## B-23

### 気管支サーモプラスティにより画像で気管支の拡張を認めた症例

岐阜県総合医療センター 呼吸器内科

○都竹 晃文, 平野 雅, 葛西 佑太郎,  
田口 真由香, 武藤 優耶, 土田 晃将,  
馬場 康友, 加藤 智也, 村上 杏理, 増田 篤紀,  
浅野 文祐

症例は44歳, 女性。小児期から気管支喘息があり, 出産後より増悪を認めた。ブデソニド・ホルモテロール・マル酸塩とチオトロピウム吸入, モンテルカストとテオフィリンの内服を行うも, 呼吸困難感のため夜間の中途覚醒ならびに階段昇降などできない状態であった。気管支サーモプラスティ (BT) 目的に当院に紹介受診した。鼻茸・副鼻腔炎も併発していたため, はじめに副鼻腔ポリープ切除術を施行した。その後全身麻酔下でBTを施行した。施行前のCTでは気管支内腔の狭小化をみとめ, 実際の気管支鏡でも同様に気管支内腔は狭小化を認めた。そのため通電の回数は, 右下葉22回, 左下葉23回, 両上葉38回と従来の報告と比べて少なかった。BT後の合併症は認めなかった。気管支鏡ならびにCTでは狭小化していた一部の気管支は拡張を認めた。現在は気管支喘息のコントロールの増悪がみられないか経過観察中である。

## B-24

### MepolizumabからBenralizumabに変更後, 一秒量増加と症状改善を認めた難治性喘息の1例

小牧市民病院 呼吸器内科

○山下 有己, 小島 英嗣, 高田 和外, 後藤 大輝,  
野原 冠吾, 伊藤 峻, 渡邊 祥平, 全並 正人

喘息患者の中に高用量吸入ステロイド使用下でも管理不良な難治性喘息が5-10%存在し, 難治性喘息をいかに管理するかが課題である。症例は非喫煙者43歳男性, 既往に好酸球性中耳炎がある。23歳より喘息発症, 30歳代後半より喘息の管理不良となり, 高用量吸入ステロイドおよび長時間作用型 $\beta$ 2刺激薬, ロイコトリエン受容体拮抗薬, テオフィリン徐放製剤, 長時間作用型抗コリン薬, 全身ステロイド薬を使用しても連日症状があり, 月に1-2回程度予定外受診し全身ステロイド治療を行う状況であった。X-3年8月よりMepolizumabを開始した。X-1年8月にMepolizumabからBenralizumabに変更後速やかに喘息症状が消失した。また, X-1年10月に一秒量1.2Lの改善を認め, X年12月に常用全身ステロイド薬の中止が可能となり, X年6月に長時間作用型抗コリン薬が中止となった。MepolizumabからBenralizumabに変更後, 劇的に喘息管理が良好となった1例を文献的考察を加えて報告する。

## B-25

### ベンラリズマブ単回投与後にデュピルマブに変更し奏功した難治性喘息の1例

<sup>1</sup>トヨタ記念病院 統合診療科, <sup>2</sup>トヨタ記念病院 呼吸器内科, <sup>3</sup>トヨタ記念病院 内科

○金森 紗乃代<sup>1</sup>, 木村 元宏<sup>2</sup>, 高仲 舞<sup>2</sup>,  
佐藤 圭樹<sup>2</sup>, 近藤 友喜<sup>2</sup>, 松浦 彰伸<sup>2</sup>,  
野田 和司<sup>2</sup>, 杉野 安輝<sup>3</sup>

症例は52歳, 女性。気管支喘息の治療歴があり, X月に当院を受診して以降増悪を繰り返し, Step4の治療を行ってもcontrol不良であった。副鼻腔炎は認めなかった。X+3月ベンラリズマブ開始前の評価では, 血中好酸球 $488/\mu\text{L}$ , 総IgE 821 IU/mL, FeNO 206 ppbであった。投与4週後, PEF 350→320L/min, ACT 15→17点, ACQ-5 11→11点と改善乏しく, デュピルマブ(以下Dup)に変更した。Dup投与2週後に, PEF 380L/min, ACT 23点, ACQ-5 3点と著明な改善を認めた。Dup投与4週後には, 血中好酸球 $0/\mu\text{L}$ , 総IgE 250 IU/mL, FeNO 58 ppbとなった。難治性喘息に対する生物学的製剤の治療戦略は十分定まっておらず, 文献的考察を加えて報告する。

## B-26

### 気管支喘息発作加療中に特発性気腹症を発症した一例

<sup>1</sup>磐田市立総合病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>磐田市立総合病院 消化器外科, <sup>3</sup>浜松医科大学附属病院 内科学第2講座

○北原 佳泰<sup>1</sup>, 中井 省吾<sup>1</sup>, 平松 俊哉<sup>1</sup>,  
村上 有里奈<sup>1</sup>, 深田 充輝<sup>1</sup>, 松島 紗代実<sup>1</sup>,  
永福 建<sup>1</sup>, 右藤 智啓<sup>1</sup>, 佐藤 潤<sup>1</sup>, 妹川 史朗<sup>1</sup>,  
牧野 光将<sup>2</sup>, 落合 秀人<sup>2</sup>, 須田 隆文<sup>3</sup>

症例は75歳男性。長引く咳嗽を主訴に当科紹介となった。気管支喘息としてICS/LABA+LAMA, LTRAで加療中であったが, X年7月に気管支喘息発作を来し入院となった。デキサメタゾン点滴注射, SABAで症状は比較的速やかに改善が得られたが, 治療経過で撮影したレントゲンにて, 横隔膜下のfree airが確認された。腹部症状はなく, ガストログラフィン造影を施行しても明らかなleakは認められず, 消化管穿孔は否定的であった。特発性気腹症として経過観察とし, 安静にて経時的に腹腔内free airの減少がみられた。

既報では, 特発性気腹症は壁側胸膜付近の瘻孔形成から縦隔を通じて生じる場合や, 腸管気腫症を契機に認められることがあるとされているが, 実臨床において経験する頻度は稀である。ステロイド加療中に認められた特発性気腹症は当院では初めての経験であり, 貴重な症例と考え報告する。

**B-27****重症喘息に対して抗体製剤を使用した症例の呼吸機能の推移**

<sup>1</sup>松阪市民病院 呼吸器センター内科, <sup>2</sup>松阪市民病院 難治性呼吸器疾患研究室

○藤原 研太郎<sup>1</sup>, 古橋 一樹<sup>1</sup>, 中村 祐基<sup>1</sup>,  
鈴木 勇太<sup>1</sup>, 坂口 直<sup>1</sup>, 伊藤 健太郎<sup>1</sup>,  
西井 洋一<sup>1</sup>, 畑地 治<sup>1</sup>, 田口 修<sup>2</sup>

当院では2014年より2019年まで重症喘息に対してOmalizumabを10例, Mepolizumabを13例, Benralizumabを13例に使用してきた。前者はアトピー型喘息, 後2者は好酸球性喘息に効果的であるとされている。一方, 喘息の管理目標として呼吸機能の経年低下を抑制することが挙げられており, これら重症患者において患者背景とともに呼吸機能の推移を検討したので報告する。

**B-29****好酸球増多を伴うPembrolizumabによる薬疹にMepolizumabが効果的であった1例**

<sup>1</sup>松阪市民病院 呼吸器センター内科, <sup>2</sup>松阪市民病院 難治性呼吸器疾患研究室

○大森 祐樹<sup>1</sup>, 藤原 研太郎<sup>1</sup>, 古橋 一樹<sup>1</sup>,  
中村 祐基<sup>1</sup>, 鈴木 勇太<sup>1</sup>, 坂口 直<sup>1</sup>,  
伊藤 健太郎<sup>1</sup>, 西井 洋一<sup>1</sup>, 畑地 治<sup>1</sup>, 田口 修<sup>2</sup>

症例は74歳男性。201X年に肺腺癌に対して右下葉切除施行。201X+1年に右下葉断端再発, 右副腎転移あり化学放射線療法施行。右副腎転移のPD-L1発現高値でありPembrolizumab開始。2回目投与後に好酸球増多を伴う体幹部の浸潤性皮疹が生じ同剤の薬疹と推定した。同時に放射線肺臓炎発症しておりステロイド治療を開始した。喘息があるためMepolizumabも併用した。以後ステロイド減量中止後もMepolizumabにより薬疹の再燃なく18ヶ月Pembrolizumabで腫瘍制御が可能であった。文献的考察も含めて考察する。

**B-28****腎細胞癌加療中に好酸球性肺炎を発症した1例**

<sup>1</sup>静岡県立総合病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>静岡県立総合病院 病理診断科

○杉山 周一<sup>1</sup>, 中安 弘征<sup>1</sup>, 田村 可菜美<sup>1</sup>,  
増田 寿寛<sup>1</sup>, 高橋 進悟<sup>1</sup>, 田中 悠子<sup>1</sup>,  
渡邊 裕文<sup>1</sup>, 岸本 祐太郎<sup>1</sup>, 大石 亨平<sup>1</sup>,  
三枝 美香<sup>1</sup>, 赤松 泰介<sup>1</sup>, 山本 輝人<sup>1</sup>,  
森田 悟<sup>1</sup>, 朝田 和博<sup>1</sup>, 白井 敏博<sup>1</sup>, 鈴木 誠<sup>2</sup>,  
松原 修<sup>2</sup>

症例は77歳の男性。肺転移を伴う腎細胞癌に対して, 約2年前より分子標的薬パゾパニブで加療されていた。3カ月の経過で右上葉中枢側からすりガラス影を伴う浸潤影が拡大し, 当科を受診した。感染徴候は無く癌性リンパ管症が疑われたが, 薬剤性肺炎が否定できず同薬剤を休薬した。その後, 左上葉にも末梢側優位のすりガラス影を伴う浸潤影が出現し, 好酸球の上昇を認めた。腎細胞癌の進行としては全身状態が良好であり, 器質性肺炎や好酸球性肺炎を疑い, 右上葉でTBLBを施行した。肺胞領域に好酸球の浸潤を認め, 好酸球性肺炎の診断でPSL20mg/日を開始したところ陰影は速やかに消退傾向となった。薬剤中止後も陰影の悪化, 好酸球の上昇を認めたことから薬剤起因性の好酸球性肺炎の可能性は低いと判断し, パゾパニブは再開された。3カ月でPSLを終了したが, 陰影の再燃は認めていない。悪性腫瘍の治療中に好酸球性肺炎を発症した症例を経験したため報告する。

**B-30****Omalizumab投与により改善した慢性特発性蕁麻疹合併喘息の一例**

鈴鹿中央総合病院 呼吸器センター内科

○田端 勇作, 武内 祐史郎, 小久江 友里恵,  
小林 裕康

症例は16歳男性。数年前から喘鳴を伴う呼吸困難が出現し, 気管支喘息の診断の下, ICS/LABAが開始された。一時, 症状の軽減が得られたが, 数ヶ月前から, 労作に伴う呼吸苦が出現。加えて, 全身に蕁麻疹が認められるようになり, 近医皮膚科で, 抗ヒスタミン剤の投与が開始された。しかし, 改善に乏しく, プレドニゾロン20mg/日の投与が開始された。皮疹は幾分軽減したものの, 完全に消失することなく, また, 依然として呼吸困難の改善が得られないため, 当科受診に至った。当初, ACTスコアは20で, 労作時を中心にSABAの使用回数が多く, ICS/LABAに加えて, LAMAおよびテオフィリンを追加投与したが, 症状の改善は得られなかった。また, 高用量ステロイド服用にも関わらず, 蕁麻疹の軽減も認められないことから, Omalizumabの投与が開始された。結果, 蕁麻疹のみならず, 喘息症状の著しい改善が得られた。若干の文献的考察を加えて, 報告を行う予定である。



## B-31

### 関節リウマチに対するセルトリズマブベゴル投与中に発症したサルコイドーシスの1例

<sup>1</sup>浜松労災病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>浜松医科大学 第二内科

○幸田 敬悟<sup>1</sup>, 野末 剛史<sup>1</sup>, 豊嶋 幹生<sup>1</sup>,  
須田 隆文<sup>2</sup>

症例は69歳女性。関節リウマチに対して5年前よりサラズルファピリジンで治療が開始され、2年前からセルトリズマブベゴルが追加となり、病状は安定していた。1か月前からの発熱と食欲不振を主訴に当科紹介となった。胸部X線・CTで縦隔肺門リンパ節腫大および両側上葉優位のびまん性のすりガラス影と粒状影を認め、Gaシンチでも同病変に集積を認めた。BALではリンパ球分画25%, CD4/8=98%と上昇していた。TBLBで肉芽腫を認めず、外科的肺生検および肺門リンパ節生検にて類上皮細胞肉芽腫を認め、サルコイドーシスと診断した。眼科受診にてぶどう膜炎、雪玉状硝子体混濁、右膝皮下結節の生検にて類上皮細胞肉芽腫を認めた。セルトリズマブベゴル中止およびPSL20mg内服にて治療を開始し、症状の軽快を認め、治療継続中である。TNF $\alpha$ 阻害薬投与中に発症したサルコイドーシスの既報をまとめ、文献的考察を加えて報告する。

## B-32

### PET-CTを用いることでサルコイドーシスの筋病変を診断し得た一例

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

○三木 寛登, 児玉 秀治, 伊藤 稔之, 鶴賀 龍樹,  
増田 孝祐, 寺島 俊和, 藤原 篤司, 吉田 正道

症例は72歳男性。検診で胸部異常影を指摘されx年3月に当科初診。胸部CTで多発肺結節と肺門縦隔のリンパ節腫大を認めた。縦隔リンパ節にEBUS-TBNAを施行し非乾酪性肉芽腫を認めた。当初は転移性肺腫瘍も考慮しPET-CTを施行。同検査で左僧帽筋にFDG集積を認めたため筋生検を施行し非乾酪性肉芽腫が認められ、サルコイドーシスの診断に至った。他臓器に病変はなく肺、筋肉ともに無症候であるため経過観察中である。

サルコイドーシスは原因不明の非乾酪性肉芽腫を特徴とする全身疾患である。Gaシンチグラフィでの全身検査が一般的だが、PET-CTの有用性を示した報告も散見される。PET-CTで筋病変を診断し得た一例を経験したため文献的考察を踏まえ報告する。

## B-33

### 甲状腺乳頭癌を合併した甲状腺サルコイドーシスの1例

中東遠総合医療センター 呼吸器内科

○西 恵佳, 藤波 春菜, 三上 智, 飯島 淳司,  
野田 純也, 牧野 靖

症例は66歳男性。X-1年3月より当院眼科にてぶどう膜炎の治療を継続していた。X年2月、検診で甲状腺腫大を指摘され当院耳鼻咽喉科を受診。甲状腺右葉の腫瘤に対する穿刺吸引細胞診にて異型細胞を認め、X年5月8日に甲状腺全摘術を施行した。摘出された甲状腺からは乳頭癌が検出されたほか、背景の甲状腺組織に多数の類上皮細胞肉芽腫を認めた。また術前に施行した頸胸部CTにて多数の縦隔リンパ節腫脹を認めており、X年5月29日に当科紹介。気管支鏡検査を行い、生検した肺組織からも類上皮細胞肉芽腫を認めた。その他各種の特徴的検査結果より、甲状腺病変を含む全身性サルコイドーシスと診断した。甲状腺病変を認めるサルコイドーシスは非常に稀であり、また甲状腺癌の合併例も極めて稀である。サルコイドーシスにおける甲状腺病変やサルコイドーシスと悪性腫瘍との関連など示唆に富む症例と考えられるため報告する。

## B-34

### 胸腔鏡で診断に至った胸膜サルコイドーシスの一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○久保田 努, 籠尾 南海夫, 伊藤 祐太郎,  
一條 甲子朗, 望月 栄佑, 原田 雅教, 松浦 駿,  
津久井 賢, 小清水 直樹

症例は77歳、女性。X-1年3月6日に近医で施行された胸部CTで右肺門及び縦隔リンパ節腫脹を認め、同年4月に当科に紹介となり、気管分岐部リンパ節からEBUS-TBNAを行った。明らかな類上皮細胞肉芽腫は得られなかったが、サルコイドーシスが疑われた。その後、同年12月頃から右側優位に両側少量胸水貯留が見られるようになり、緩徐に右側胸水が増加したため、X年5月に右側にて胸腔鏡を施行した。褐色調の壁側胸膜に散在する扁平な白色調病変を認め、同部位からの生検より非壊死性類上皮細胞肉芽腫を認め、胸膜サルコイドーシスと診断した。胸膜サルコイドーシスは稀な疾患であり、報告する。



**B-35****診断に苦慮したサルコイドーシスの1例**

はるひ呼吸器病院 内科 呼吸器内科

○藤原 秀之

症例は48歳女性。検診にて、胸部異常陰影が指摘され当院を受診した。受診時の症状は、特記事項なし。採血は、特記事項なし。胸部CTにて、両側肺門部腫大、左上葉粒状影、両側散在性孤発小結節影が認められたため、結核、クリプトコックス、サルコイドーシスを疑い、全身麻酔下にて、EBUS-TBNA、抹消肺野の生検、BALを施行した。また、病理診断では、病理学的に確定診断に至るような特徴的所見を認めず、確定診断目的に外科的肺生検を施行した。病理所見では、線維組織に覆われた肉芽腫が多いこと、病変の首座がリンパ路であることからサルコイドーシスと確定診断した。今回は、両側散在性孤発小結節影というサルコイドーシスとしては非典型的な画像所見を示したため、臨床的に重要であると考えられるので報告する。

**B-37****当院で多中心性キャッスルマン病と診断しトシリズマブを導入した3例**

名古屋掖済会病院 呼吸器内科

○岩間 真由子, 山本 雅史, 島 浩一郎,  
浅野 俊明, 今村 妙子, 田中 太郎, 平野 達也,  
森 美緒, 伊藤 利泰

2016年から2018年にかけて当院で3例の多中心性キャッスルマン病を診断した。いずれも気管支鏡検査や各種針生検では診断が困難であり、胸腔鏡下肺生検または胸腔鏡下縦隔リンパ節生検で確定診断に至った。2例ではステロイド治療を先行したが、全例で早期にトシリズマブを導入し、トシリズマブ開始後は明らかな改善を得た。多中心性キャッスルマン病は比較的稀な疾患とされるが、今回短期間に3例を経験したため、若干の文献的考察を加えてここに報告する。

**B-36****ぶどう膜炎を契機に判明した刺青サルコイドーシスの1例**

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

○鶴賀 龍樹, 三木 寛登, 後藤 広樹, 伊藤 稔之,  
増田 考祐, 児玉 秀治, 寺島 俊和, 藤原 篤司,  
吉田 正道

症例は約40年前に上腕、背部に刺青を入れた58才男性。急性に症状が出現した両側ぶどう膜炎の診断で眼科にて局所治療が行われており、ACEが47.6U/lと高値であったためサルコイドーシスによるぶどう膜炎の疑いで当科紹介となる。胸部CT検査では肺野に粒状影を認め、縦隔、肺門リンパ節腫大を認めた。刺青部の皮膚の掻痒感、発赤といった症状があり、同部の皮膚生検にて非乾酪性肉芽腫を認めサルコイドーシスの診断となる。心臓、神経サルコイドーシスの所見は認めておらず、眼の局所治療のみ継続している。現在サルコイドーシス発症の原因は解明されていないが、何らかの抗原に対する免疫反応が原因ではないかと考えられている。刺青を契機としたサルコイドーシスは少数の症例報告がこれまでもあり、今回の症例も皮膚所見を刺青部周囲に限局して認めており、刺青を契機としたサルコイドーシス、ぶどう膜炎と考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

**B-38****右上葉切除を行い診断した単中心性Castleman病の一例**<sup>1</sup>聖隷三方原病院 呼吸器センター外科, <sup>2</sup>聖隷福祉事業団 保健事業部 地域・企業健診センター, <sup>3</sup>聖隷三方原病院 呼吸器センター内科○上沼 康範<sup>1</sup>, 棚橋 雅幸<sup>1</sup>, 鈴木 恵理子<sup>1</sup>,  
吉井 直子<sup>1</sup>, 渡邊 拓弥<sup>1</sup>, 千馬 謙亮<sup>1</sup>,  
土田 浩之<sup>1</sup>, 喚田 祥吾<sup>1</sup>, 丹羽 宏<sup>2</sup>,  
天野 雄介<sup>3</sup>, 横村 光司<sup>3</sup>

症例は36歳男性。健診で右肺門部腫瘤を指摘され紹介となった。CTでは右肺門部に37×29mm大の境界明瞭で辺縁整の腫瘤を認め、単発の肺門リンパ節腫大が疑われた。同病変は造影CTでは非常に強い造影効果を伴っていたが、PET-CTでは軽度の集積(SUVmax3.3)を認めるのみであった。特徴的な画像所見に加え、無症状で腫瘍マーカー等の有意な上昇もないことから、当初より単中心性Castleman病を鑑別の筆頭に挙げ、診断的治療目的の手術方針とした。手術は胸腔鏡補助下での腫瘍切除を計画したが、腫瘤と右上肺静脈の分枝が強く癒着しており、完全切除のために右上葉切除を行った。最終病理では単中心性Castleman病(硝子血管型)の診断であり、病理学的には右上肺静脈への腫瘍の浸潤は認めなかった。現在術後5ヵ月間無再発生存中である。

Castleman病は希少疾患とされ、単中心性のものであれば完全切除で治癒が期待できると報告されている。文献的検索を交えて報告する。

**B-39****乳び胸を契機に診断された悪性リンパ腫の一例**

刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○中島 国也, 街道 達哉, 藤浦 悠希, 浅野 元世,  
加藤 早紀, 鈴木 嘉洋, 武田 直也, 吉田 憲生,  
加藤 聡之

症例は80歳, 女性。201X-1年9月に心房細動で近医より当院循環器内科に紹介受診。両側胸水と心嚢水貯留認め心不全として利尿薬等で治療開始し胸水は減少。201X年8月には胸水は左側のみの片側性胸水まで改善。201X年10月26日に労作時呼吸困難感を自覚し予定外受診。両側胸水貯留, 腹水貯留, 心拡大等所見から心不全として当院循環器内科入院となった。難治性胸水に対して201X年10月30日に当科へ精査依頼があり, 同日胸腔穿刺施行したところ, 乳び様胸水認められた。精査目的に全身のCTおよび胸腔鏡検査施行。胸腔鏡検査では特記事項なく, CTにて腹部リンパ節腫大あり, 同部位に対して201X+1年1月に腹腔鏡下リンパ節生検施行。組織学的に悪性リンパ腫の診断に至った。

乳び胸の原因として海外の報告では外傷性より非外傷性が多く, 中でも悪性腫瘍が最も多いと報告されている。原因不明の乳び胸の鑑別に悪性疾患を挙げる必要があると考えられた。

**B-40****IgG4高値を認めた多中心性キャスルマン病の1例**

磐田市立総合病院 呼吸器内科, 浜松医科大学 内科学第二講座

○中井 省吾<sup>1</sup>, 村野 萌子<sup>1</sup>, 平松 俊哉<sup>1</sup>,  
北原 佳泰<sup>1</sup>, 村上 有里奈<sup>1</sup>, 深田 充輝<sup>1</sup>,  
松島 紗代実<sup>1</sup>, 永福 建<sup>1</sup>, 右藤 智啓<sup>1</sup>,  
佐藤 潤<sup>1</sup>, 妹川 史朗<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>2</sup>

症例は48歳, 男性。約7年前に高蛋白血症を契機に多中心性キャスルマン病 (MCD) と診断された。肺野に異常陰影を伴っていた。プレドニゾロンの治療が開始となったが, 効果に乏しく, 約1年で終了となった。その後肺野の陰影は緩徐に悪化, あわせてCRP, KL-6も上昇した。さらにIgG4も高値を示した。約6ヶ月前より咳嗽の出現とともに胸部画像所見も悪化し, MPO-ANCA陽性が判明した。BALにて好酸球増多を認めたため, 肺病変精査のため外科的肺生検を実施。組織所見は形質細胞の著明な浸潤とIgG4陽性細胞を認めたが, 血管炎の所見はなく, MCDと診断した。プレドニゾロン30mg+トシリズマブで治療を行い, 自覚症状, 胸部画像所見, 炎症所見は改善傾向を示し, IgG4も低下した。本症例はIgG4関連疾患との鑑別を要し, 診断に注意を要する症例と考え報告した。

**B-41****診断に苦慮したメトトレキサート(MTX)関連リンパ増殖性疾患の一例**

春日井市民病院 呼吸器内科

○太田 翔, 全並 正人, 笠原 千夏, 小林 大祐,  
野木森 健一, 岩木 舞, 岩田 晋

症例は67歳, 男性。7年前から関節リウマチに対してMTXを内服しており, 2年前からCOPD, 間質性肺炎にて当科通院していた。X年12月に胸部CTで両肺の多発腫瘍影を認めTBLB施行。悪性所見は認めず, リンパ球・好中球の炎症細胞浸潤のみであった。気管支内に膿性痰も認め感染症として抗菌療法を開始。肺腫瘍は一部縮小傾向を認めたが, X+1年3月に肺腫瘍増大と新たに左前胸部皮下結節を認めた。TBLB再検と皮下結節生検を行ったが, いずれも壊死を伴う炎症細胞浸潤を認めるのみであった。X+1年7月に血痰, 発熱, 食思不振が出現。新たに腹壁腫瘍, 左頸部腫瘍の出現を認め, 精査目的に入院。腹壁腫瘍生検によりMTX関連リンパ増殖性疾患の診断に至った。MTX中止のみで自覚症状, 画像所見ともに軽快傾向となり退院。現在も経過観察中である。MTX関連リンパ増殖性疾患において両肺に消長する多発腫瘍影を呈することは比較的稀であり, 文献的考察を加えて報告する。

**B-42****EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の治療中のIgG4関連疾患様の病態を呈した一例**

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○伊藤 祐太郎, 籠尾 南海夫, 久保田 努,  
一條 甲子郎, 望月 栄佑, 上原 正裕,  
原田 雅教, 松浦 駿, 津久井 賢, 小清水 直樹

症例は80歳男性。20XX年12月に他院でEGFR遺伝子 exon21 L858R変異陽性左下葉肺腺癌cT3N3M0, stage3C期と診断された。治療目的で当科紹介となり, 20XX+1年2月からオシメルチニブ80mg/日の内服を開始し, 腫瘍縮小効果を認めていた。4月のはじめから38度台の発熱があり, 抗生剤投与するも解熱せず, 経過中にCRP上昇, IgG・IgG4の上昇, 左頸部リンパ節・左腋窩リンパ節・腹部大血管周囲のリンパ節の腫大を認めた。増大傾向であった左腋窩リンパ節より生検を行い, 形質細胞の高度浸潤, IgG4/IgG陽性細胞比=50%, IgG4=30~40個/HPFの所見を認め, IgG4関連疾患と診断した。プレドニン35mg/日の内服を開始したところ, 発熱, 炎症反応, リンパ節腫脹は改善した。

EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の治療中にIgG4関連疾患様の病態を発症しており, 臨床的に稀と考えられるため報告する。

**鼻中隔生検により診断に至った気管支壁肥厚を呈するIgG4関連疾患の1例**

静岡済生会総合病院 呼吸器内科

○森 利枝, 田熊 翔, 中村 匠吾, 大山 吉幸,  
池田 政輝, 草ヶ谷 英樹

症例は62歳, 男性。発熱, 湿性咳嗽を主訴に受診した。胸部CTで気管～中枢側気管支のびまん性壁肥厚, 副鼻腔CTで上顎洞主体の副鼻腔粘膜肥厚を認めた。精査目的に施行した気管支鏡検査では気管支粘膜の著明な浮腫と多発白色結節を認めたが, 病変部位の生検からは確定診断には至らなかった。次いで実施した鼻中隔生検組織でIgG4/IgG比率の上昇と, 血清IgG4高値を認めたことからIgG4関連疾患と診断した。プレドニゾロン35mg/dayによる治療を開始し, 症状・画像所見等の臨床所見の改善を得られた。中枢側気管の壁肥厚が顕著な例は少なく, また鼻中隔生検が診断に寄与した報告は稀であるため文献的考察を加えて報告する。

## C-22

### 悪性リンパ腫治療中に生じ、非典型的なCT所見を呈したサイトメガロウイルス肺炎の1例

安城更生病院

○太田 祥子, 石井 あずさ, 前原 めぐみ,  
杉原 実, 橋本 賢彦, 奥村 暢将, 近藤 春香,  
深津 明日樹, 高橋 孝輔, 原 徹

【症例】64歳, 男性

【主訴】2ヶ月以上持続する乾性咳嗽

【既往歴】高血圧, 鼠径ヘルニア, 変形性膝関節症, 痛風

【現病歴】

低悪性度リンパ腫に対し化学療法(リツキシマブ+ベンダムスチン)を施行後, 発熱を伴わない乾性咳嗽が2ヶ月持続した。胸部CTで右上葉末梢に限局する間質肥厚・浸潤影を認め, 抗菌薬内服で加療したが, 症状や画像所見は変化せず, 当科紹介となった。悪性リンパ腫再発や原発性肺癌などを疑って気管支鏡検査を施行し, 採取した細胞塗抹検体に核内封入体を認めたことで, サイトメガロウイルス肺炎と診断した。経過中に視力障害が出現し, 眼科での精査で前房液のサイトメガロウイルスDNA陽性・血中サイトメガロウイルス抗原陽性となり, サイトメガロウイルス網膜炎の合併が発覚した。画像所見は非典型的であったが生検で診断し, 網膜炎を合併して治療を要したサイトメガロウイルス肺炎の1例であった。

## C-23

### 免疫不全の背景がない若年女性に発症したノカルジア肺炎の1例

岐阜県総合医療センター 呼吸器内科

○葛西 佑太郎, 浅野 文祐, 都竹 晃文,  
増田 篤紀, 村上 杏理, 加藤 智也, 土田 晃将,  
馬場 康友, 田口 真由香, 武藤 優耶

症例は32歳女性。数ヶ月前より出現した間欠的な微熱と湿性咳嗽, 少量の血痰で当科外来へ紹介受診し胸部CTで左肺野に多発結節性浸潤影を認めた。腫瘍マーカーや各種自己抗体は陰性, 喀痰抗酸菌培養検査も陰性であったが, 喀痰培養よりNocardiaを疑う菌体を認めたため, 気管支鏡検査を施行し, 気管支洗浄液よりNocardia beijingensisが培養された。他臓器への播種性病巣を伴わないノカルジア肺炎と診断し薬剤感受性も参考にST合剤での治療を開始した。治療開始後より臨床症状の改善ならびに画像上の多発結節性浸潤影の消退を認めた。ノカルジア肺炎は免疫不全患者の日和見感染症として広く知られているが, 免疫不全の背景を有しない症例での報告は少ない。今回, 非免疫不全者のノカルジア肺炎を経験したため報告する。

## C-24

### 経過中にST合剤に耐性化を来した肺ノカルジア症の1例

国立病院機構長良医療センター 呼吸器内科

○松本 聖司, 浅野 幸市, 大西 涼子, 鱸 稔隆,  
松野 祥彦, 安田 成雄, 加藤 達雄

【症例】75歳, 女性【主訴】発熱【現病歴】68歳頃より気管支拡張症に対してCAM内服, 72歳時より肺アスペルギルス症にポリコナゾール併用中であった。肺炎を繰り返し, S/Cで治療を繰り返していた。201X年6月発熱, 膿性痰, 右胸痛, 右肺に融合影を認め入院した。喀痰培養で, *Nocardia farcinica*を分離し, 薬剤感受性試験では, CTRX, IPMに耐性でST合剤は感受性であった。ST合剤で薬疹が出現し, 減感作を実施した。2gまで増量し2ヶ月治療したが, 薬疹悪化し中止。治療中止後3か月で再燃し, ST合剤の減感作を再開した。ST合剤1gで6か月治療し終了した。201X+2年5月再燃し, 喀痰より*N.farcinica*を分離したが, ST合剤に耐性を認めた。MINOに変更して加療中である。【考察】肺ノカルジア症は長期間の抗菌薬の使用を要するため薬剤耐性をきたす場合があり, 薬剤感受性のチェックが必要である。

## C-25

### 播種性ノカルジアの経過中に肺胞蛋白症を発症した一例

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

○阿部 岳文, 児嶋 駿, 甲斐 翔太郎, 佐竹 康臣,  
藤井 雅人, 佐野 武尚, 山田 孝

症例は74歳男性。2016年3月より当院血液内科で骨髄異形成症候群でPSL10mg/日内服加療中であった。同年8月に播種性ノカルジア(肺・皮膚・腹腔内)を発症したため当科でST合剤を開始した。ノカルジアの経過は良好であったが2017年1月頃より両肺野にびまん性のすりガラス陰影を認め緩徐に増悪傾向となった。

気管支鏡検査を実施した所, BALで乳白色の回収液でありTBLBでも肺胞腔内にPAS染色陽性の顆粒状滲出物の蓄積を認めた。背景に骨髄異形成症候群を有する事から「続発性肺胞蛋白症」と診断した。

播種性ノカルジアの経過中に発症した肺胞蛋白症の一例を経験した。当日は文献的考察も加えて報告する。



## C-26

### ステロイド加療中に発症した重篤な呼吸不全から救命し得た肺ノカルジア症の1例

順天堂大学医学部附属静岡病院

○上田 翔子, 坂本 奈穂, 松田 浩成, 宮下 洋佑, 岩神 直子, 原 宗央, 岩神 真一郎

症例は66歳, 男性。X-1年11月, 原田病に対してステロイドパルス療法が施行された後, PSL 60mg/日の後療法が行われ, 症状は改善傾向にあった。X年1月, PSL 20mg/日まで漸減した時点で呼吸困難が出現し当院へ搬送された。胸部CT上, 両側肺野に散在する浸潤影や結節が認められ, 一部空洞が認められた。ニューモシチス肺炎を含む真菌感染も考慮し, MEPM, ST合剤, L-AMBで治療を開始したが, 呼吸状態が悪化したため, 人工呼吸器管理を行った。その後, 気管支鏡による採痰, 気管支洗浄液からノカルジアが検出され, 肺ノカルジア症の診断で, ST合剤を継続した。経過中, ST合剤によるものと考えられる血球減少を認めたためMINOに変更したが, 徐々に呼吸状態, 画像所見は改善し, 人工呼吸器管理から離脱可能となった。重篤な呼吸不全から救命し得た肺ノカルジア症を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

## C-28

### 気管支喘息発作と鑑別を要した糞線虫症の1例

岐阜県立多治見病院 呼吸器内科

○渡邊 祥, 高橋 光太, 市川 元司, 今井 直幸, 佐々木 由美子, 志津 匡人, 矢口 大三, 井上 徳子, 木村 隼大

78歳男性。以前から原因不明の好酸球増多症, 高IgE血症が指摘されていた。発熱, 咳嗽, 喀痰にて近医を受診し炎症反応上昇と酸素化不良を認めたため, 当院へ救急搬送となった。全身性の湿疹と皮膚掻痒感と好酸球増多を認めた。血液培養で緑膿菌, 便検鏡で糞線虫の幼虫が検出されたためCAZとイベルメクチンで治療し臨床症状, 血液所見が改善した。糞線虫症は比較的稀な疾患であり, 文献的考察を交えて報告する。

## C-27

### N.blacklokliaによる肺ノカルジア症の1例

<sup>1</sup>伊勢赤十字病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>伊勢赤十字病院 感染症内科, <sup>3</sup>千葉大学真菌医学センター

○伊藤 有平<sup>1</sup>, 近藤 茂人<sup>1</sup>, 谷川 元昭<sup>1</sup>, 井谷 英敏<sup>1</sup>, 岩本 圭右<sup>1</sup>, 仁儀 明納<sup>1</sup>, 豊島 弘一<sup>2</sup>, 矢口 貴志<sup>3</sup>

緒言:

16S-rRNAを使用した遺伝子検査の進歩により, 従来N.transvalensisに分類されていた菌種の一部は, 2008年に, N.blacklokliaと新たに命名された。

症例:

55歳女性, 微熱, 倦怠感を主訴に受診。CTで, 両側肺に経気道分布の粒状影を認めた。左B4,5の気管支鏡洗浄検体から, ノカルジアが発育し, 16SrRNAにより, N.blacklokliaと同定。薬剤感受性試験では, AMPC/CVA, CTRX, CAM, LZDに感性, SMX/TMP, AMKに耐性であった。AMPC/CVAで7か月治療し, 改善したため, 治療中止したが, その2ヶ月後に, 再燃。CAMおよびAMPC/CVAで3か月間, 再治療し, その後AMPC/CVAを残し, 維持治療を継続している。

考察:

N.blacklokliaによるノカルジア症は, 本例が2例目である。既報では, 慢性アルコール中毒の患者に発症し, 本例は, 免疫正常者であった。免疫能正常者にも, N.blacklokliaは, ノカルジア症を発症しうる。報告が少ないが, AMK耐性, LZDに感性であることが多く, ST合剤耐性株も少なからず存在する。

## C-29

### 可逆性脳梁膨大部病変を伴ったレジオネラ肺炎の1例

名古屋第二赤十字病院 呼吸器内科

○大野 弘真, 若山 尚士, 鈴木 博貴, 早川 美帆, 川浪 匡司, 松田 浩子, 村田 直彦, 小笠原 智彦, 鈴木 雅之, 平松 佑斗

症例は68歳, 男性。発熱・咳嗽・喀痰に加え, 全身硬直・ふらつき出現し当院搬送となった。左下葉を主に浸潤影を認め尿中レジオネラ抗原陽性で, レジオネラ肺炎と診断した。中枢神経症状認め, 頭部MRI拡散強調画像にて脳梁膨大部に高信号域を認めた。抗菌薬治療行い, 肺炎軽快に伴い中枢神経症状・脳梁膨大部病変も改善した。今回, 可逆性脳梁膨大部病変を伴うレジオネラ肺炎を経験した。若干の文献的考察を加えて発表する。

## C-30

## レジオネラ肺炎13例の検討

<sup>1</sup>岡崎市民病院, <sup>2</sup>岡崎市民病院 呼吸器内科, <sup>3</sup>岡崎市民病院 腫瘍内科, <sup>4</sup>岡崎たかはらクリニック

○佐橋 篤佳<sup>1</sup>, 林 修平<sup>2</sup>, 近藤 千晶<sup>2</sup>,  
丸山 英一<sup>2</sup>, 犬飼 朗博<sup>2</sup>, 奥野 元保<sup>2</sup>,  
浅井 暁<sup>3</sup>, 高原 紀博<sup>4</sup>

【背景】レジオネラ肺炎は臨床的に急激に進行し、重症で予後が悪い肺炎の代表である。レジオネラ肺炎に対して尿中レジオネラ抗原検査は早期診断に有用であり、当院のERや各科外来からの肺炎入院症例のほぼ全例に尿中レジオネラ抗原検査が実施されている。

【方法】当院にて2018年1月から2019年8月までに岡崎市民病院で尿中レジオネラ抗原検査を提出した1709例中、尿中抗原陽性となったレジオネラ肺炎患者13例を対象に、患者背景、画像診断、治療経過を後ろ向きに検討した。

【結果】発症時年齢は平均69.5(49-88)歳、男10例女3例だった。13例中10例に初期治療でキノロン系もしくはマクロライド系抗菌薬が使用されていた。集中治療管理は3例に実施され、人工呼吸管理は2例で行われた。13例のうち死亡したのは1例のみであった。

【結語】どの症例も概ね適切な抗菌薬使用がされており、予後は比較的良好であった。

## C-31

## ステロイドが有効であったマイコプラズマ細気管支炎の一例

<sup>1</sup>公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科, <sup>2</sup>公立陶生病院 感染症内科

○萩原 毅<sup>1</sup>, 伊東 友憲<sup>1</sup>, 山野 泰彦<sup>1</sup>,  
横山 俊樹<sup>1</sup>, 松田 俊明<sup>1</sup>, 片岡 健介<sup>1</sup>,  
木村 智樹<sup>1</sup>, 近藤 康博<sup>1</sup>, 武藤 義和<sup>2</sup>

症例は18歳男性。喫煙歴なし。発熱、頭痛、筋肉痛あり、近医にてセフェム系抗菌薬を処方されたが、改善乏しく、咳嗽・喀痰を伴うようになり、6日後にX線にて肺炎と診断され、当院へ紹介。体温37.2℃、呼吸数32回/分、SpO<sub>2</sub> 95%、胸部聴診異常なし。CTにて両側の気道性に拡がる浸潤影を認めた。WBC7700/mm<sup>3</sup>、CRP 13mg/dlであった。市中肺炎として入院し、CTR点滴、AZM内服にて治療開始。第2病日にNC3L下でSpO<sub>2</sub> 86%にまで低下、マイコプラズマPA 640倍と判明していた。第7病日、炎症反応は低下したが、咳症状と低酸素が遷延し、HRCT再検すると浸潤影は改善傾向であったが、細気管支炎の陰影は増強がありFEV1/FVC 30.6%と障害を認めたため、マイコプラズマ細気管支炎と判断し、ステロイド全身投与を併用した。徐々に酸素化、画像所見の改善が得られ、第14病日に退院した。マイコプラズマ細気管支炎にステロイド併用が有用なことがある。文献的考察を含め報告する。

## C-32

## 重症肺膿瘍と敗血症を呈した非チフス性サルモネラ属菌感染症の一例

沼津市立病院 呼吸器内科

○飯岡 義教, 廣田 浩介, 吉田 康秀

症例は66歳、健常者男性。入院10日前から右背部痛、倦怠感を自覚するも消化器症状はなかった。入院前日から呼吸苦と発熱を自覚。夜間救急センター受診し、右肺の広範な浸潤影と低酸素血症を指摘され当院紹介。肺膿瘍の診断で当科入院、抗生剤治療が開始された。第2病日には腐敗臭を伴った喀痰の増加と共に、低酸素血症も急激に悪化。気管支瘻と判断し、膿瘍の持続的ドレナージも開始した。入院時の血培、喀痰培養にて非チフス性サルモネラ属菌が検出され起因菌と判断した。ドレナージ開始後、気道への排膿は減り、低酸素血症も徐々に改善した。非チフス性サルモネラ属菌は、家畜、家禽等の腸管内に広く存在する菌で細菌性食中毒の代表的な原因菌のひとつである。免疫不全があると菌血症となり重症化しやすい傾向があり、菌血症と腸管外病変の関連も指摘されている。しかしながら、健常者に発症した肺膿瘍の報告は少ないため若干の考察を加えて報告する。

## C-33

## 空洞性病変により両側気胸をきたした黄色ブドウ球菌性市中肺炎の一例

<sup>1</sup>トヨタ記念病院 統合診療科, <sup>2</sup>トヨタ記念病院 呼吸器内科, <sup>3</sup>トヨタ記念病院 内科

○内田 岬希<sup>1</sup>, 木村 元宏<sup>2</sup>, 高仲 舞<sup>2</sup>,  
佐藤 圭樹<sup>2</sup>, 近藤 友喜<sup>2</sup>, 松浦 彰伸<sup>2</sup>,  
野田 和司<sup>2</sup>, 杉野 安輝<sup>3</sup>

症例は80歳代、男性。主訴は呼吸困難感。既往歴は気管支喘息、糖尿病など。X年1月、呼吸困難感を主訴に当院を受診した。胸部レントゲンにて両側中下肺野に浸潤影を認め、胸部CTでは両側肺に多発する浸潤影を認めた。喘鳴も聴取し、市中肺炎と気管支喘息発作と診断され入院となった。経過良好であったが、第4病日に喘息発作を契機に急速に呼吸不全が進行し、胸部レントゲンで両側気胸を認めた。胸腔ドレナージ後の胸部CTでは、両側肺に多発空洞影を認めた。また、喀痰培養、血液培養から黄色ブドウ球菌が検出され黄色ブドウ球菌性市中肺炎と診断した。黄色ブドウ球菌性市中肺炎に合併する両側気胸は比較的特異的であり、文献的考察を加えて報告する。



## C-34

## サルコイドーシス精査のためのEBUS-TBNA後に縦隔膿瘍を合併し胸腔鏡下のドレナージで救命した一例

<sup>1</sup>公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科, <sup>2</sup>公立陶生病院 呼吸器外科, <sup>3</sup>公立陶生病院 感染症内科

○萩本 聡<sup>1</sup>, 山野 泰彦<sup>1</sup>, 横山 俊樹<sup>1</sup>,  
松田 俊明<sup>1</sup>, 片岡 健介<sup>1</sup>, 木村 智樹<sup>1</sup>,  
近藤 康博<sup>1</sup>, 西村 正士<sup>2</sup>, 武藤 義和<sup>3</sup>

超音波気管支鏡下リンパ節生検(EBUS-TBNA)は多くの施設で行われるようになってきた。まれな合併症として縦隔膿瘍がある。症例は75才女性。サルコイドーシスの確定診断のため縦隔リンパ節に対してEBUS-TBNAを行った。抗菌薬投与は行わなかった。検査2週間後から発熱が出現した。検査3週間後に生検部位の縦隔膿瘍と診断され、入院となり、抗菌薬治療を開始した。しかしながら入院6日目に急速な縦隔膿瘍の悪化、心嚢液貯留を来し、緊急の心嚢ドレナージおよび胸腔鏡下の縦隔膿瘍ドレナージを行った。膿瘍の検鏡ではグラム陽性球菌を認めたが、培養同定には至らなかった。以後、広域抗生剤を継続し、病態の鎮静化が得られ、後遺症を残すことなく救命することができた。TBNAの合併としての縦隔膿瘍について文献による考察をふまえて報告を行う。

## C-36

## 健診で発見された肺硝子化肉芽腫症の一例

浜松医科大学医学部附属病院 内科学第二講座

○村野 萌子, 鈴木 貴人, 安井 秀樹, 穂積 宏尚,  
柄山 正人, 鈴木 勇三, 古橋 一樹, 藤澤 朋幸,  
榎本 紀之, 中村 祐太郎, 乾 直輝, 須田 隆文

症例は55歳、男性。X年4月の健診で緩徐に増大する胸部異常陰影を指摘され、近医の呼吸器内科を受診した。胸部CTで両肺に多発結節影を認め、精査目的に当院を紹介受診となった。本人の自覚症状はなかったが、PET-CTでは多発結節影にSUV max 4.4のFDG集積を認めた。気管支鏡による精査を実施するも診断に至らず、X年7月に外科的肺生検を実施し、肺硝子化肉芽腫症の診断となった。肺硝子化肉芽腫症は本邦では希少疾患であり、非常に興味深い症例である。若干の文献的考察を交えて報告する。

## C-35

## 肺動脈病変により咯血を繰り返したRosai-Dorfman病の1例

浜松医科大学医学部附属病院 呼吸器内科

○金崎 大輝, 二橋 文哉, 安井 秀樹, 穂積 宏尚,  
鈴木 勇三, 柄山 正人, 古橋 一樹, 榎本 紀之,  
藤澤 朋幸, 中村 祐太郎, 乾 直輝, 須田 隆文

症例は39歳、女性。X-5年より血痰が出現し、X-4年3月に他院を受診した。FDG-PETで異常集積を伴う左肺門部腫瘍を認め、同年10月に気管支鏡検査、X-3年3月に開胸生検を実施したが診断に至らなかった。その後、腫瘍影は無治療で縮小したため、咯血に対して気管支動脈塞栓術(BAE)を実施し、経過観察となった。X年5月より咯血が再発し、当院を受診した。CT上、左肺動脈を閉塞する肺門部腫瘍と周囲の異常血管を認め、BAEを実施したが6月末に大量咯血し、7月11日に左肺全摘術を施行した。左肺動脈内を閉塞する黄白色腫瘍を認め、組織所見で高度の組織球集簇や炎症細胞浸潤を認めた。組織球は淡明な細胞質と腫大核を有し、免疫染色でS-100、CD68陽性、CD1a陰性であり、特徴的な病理所見からRosai-Dorfman病と診断した。稀な組織球性疾患で、頸部リンパ節腫大が多い。約40%は節外性であるとされるが、肺動脈からの発生例は極めて少ない。文献的考察を加えて報告する。

## C-37

## クライオバイオプシーで診断した成人型ランゲルハンス細胞組織球症の一例

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○田ヶ原 俊徳, 佐藤 智則, 山野 泰彦,  
横山 俊樹, 松田 俊明, 片岡 健介, 木村 智樹,  
近藤 康博

症例は56歳、女性。X-3年より徐々に労作時呼吸困難を自覚し、X-1年に職場の検診で胸部異常影を指摘されたため、前医を受診した。前医でTBLBを施行したが診断確定に至らず、当院へ紹介となった。画像所見からランゲルハンス細胞組織球症を疑い、禁煙を指示し受診から1週間後に完全禁煙を達成した。さらにその1週間後にクライオバイオプシーとBALを行い、生検標本でランゲルハンス細胞の増殖とBAL中のCD1aが16.2%と上昇していたことから、成人型ランゲルハンス細胞組織球症と診断した。その後も禁煙を継続し、症状は再燃なく経過している。クライオバイオプシーで診断に至った今回の疾患はまれであり、若干の文献的考察を交えて報告する。

## C-38

## 気管・気管支軟化症を呈したムコ多糖症2型（Hunter病）の一例

藤田医科大学 呼吸器内科学1

○池田 安紀, 丹羽 義和, 森川 紗也子,  
 峯澤 智之, 榊原 洋介, 岡村 拓哉, 後藤 康洋,  
 林 正道, 近藤 征史, 今泉 和良

(背景)Hunter病はグリコサミノグリカンの分解に必要なライソゾーム酵素であるIduronate-2-sulfataseの先天的欠損により発症するX連鎖劣性遺伝性疾患である。(症例)27歳, 男性。10歳時にHunter病と診断。他院で喘息と臨床診断され, 吸入薬が処方されていた。X年9月, 上気道炎症状に続いて呼吸困難と著明な喘鳴が出現。胸部CTで著明な気管～両側気管支の狭窄と炎症反応上昇を認めた。気管支鏡での内腔観察では, 喉頭粘膜浮腫が著明で, 気管・主気管支内腔は容易に楕円形狭窄を呈した。Hunter病に伴う気管・気管支軟化症狭窄が感染契機に悪化したものと診断し, 持続型陽圧呼吸補助装置(CPAP)を導入したところ喘鳴が消失, 臥位保持可能となった。(考察)ムコ多糖症ではグリコサミノグリカンの異常沈着により気管壁の支持力が乏しくなることが狭窄の原因と考えられている。CPAP治療は本例のように患者の協力が得られる場合には低侵襲で有効な方法である。

## C-39

## 多発スリガラス影を契機に診断した結節性硬化症の一例

岐阜県立多治見病院 呼吸器内科

○木村 隼大, 矢口 大三, 井上 徳子, 高橋 光太,  
 志津 匡人, 佐々木 由美子, 市川 元司

症例は46歳女性, 10年前から両肺野に多発するground glass opacity (GGO)を認めていたが, 画像上変化が乏しく無症候性であったため, 数年間フォローされていなかった。健康診断で再度指摘されたが咳嗽などの症状は乏しかった。気管支鏡検査でGGOが集簇する肺尖部を生検し, 異型細胞は認めず, 2型肺胞上皮細胞の活性化を認めた。結節性硬化症 (tuberous sclerosis: TSC)に伴うmultifocal micronodular pneumocyte hyperplasia (MMPH)を想起し, 詳細な身体診察と画像検査から多発腎嚢胞, シャグリンパッチ, 大脳病変等を認め, 臨床的にTSCと診断した。MMPHはリンパ脈管筋腫症と共にTSCに伴う肺病変として知られている。年単位で変化に乏しい両肺野に多発するGGOを認めた場合は, MMPHも鑑別に挙げることが重要であり, 経気管支肺生検が診断の一助になると考えられた。

## C-40

## ランゲルハンス細胞肉腫の1例

聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科

○佐藤 友香, 矢澤 秀介, 藤田 侑以子,  
 綿貫 雅之, 明石 拓郎, 杉山 未紗, 後藤 彩乃,  
 天野 雄介, 加藤 慎平, 長谷川 浩嗣, 松井 隆,  
 横村 光司

症例は71歳男性。数ヶ月前からの咳嗽を主訴に受診。胸部CTでは両側胸水とランゲルハンス細胞肉腫に分布する大小不同の境界明瞭な多発肺結節を認め, 転移性肺腫瘍が疑われた。胸水検査や上下部消化管内視鏡では有意所見は得られず, PET/CTでは肺, 骨, 肝臓, 全身のリンパ節にFDGの高集積を認めたが原発巣となりうる病変は指摘出来なかった。2cm程度に腫大していた右鎖骨上窩のリンパ節生検を行いランゲルハンス細胞肉腫と診断された。ランゲルハンス細胞肉腫は世界的にも報告例は少なく極めて稀な腫瘍である。皮膚や皮下の軟部組織が一般的な発生部位であるが, 肺やリンパ節なども報告があり, 限局性病変の場合は比較的前後良好であるが, 今回の様に進行例では非常に予後不良とされている。文献的考察を加えて報告する。

## C-41

## 気胸の手術後に健診異常影を契機に診断に至った先天性気管支閉鎖症の1例

<sup>1</sup>中濃厚生病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>中濃厚生病院 呼吸器外科

○安藤 英治<sup>1</sup>, 浅井 稔博<sup>1</sup>, 魚津 弘毅<sup>1</sup>,  
 立岩 優<sup>1</sup>, 半田 直久<sup>1</sup>, 玉木 英俊<sup>1</sup>,  
 岩田 啓之<sup>1</sup>, 安田 憲生<sup>1</sup>, 水野 吉雅<sup>2</sup>

症例は15歳, 男性。X年1月に呼吸苦を主訴に近医を受診し胸部X線で左気胸と診断され当科紹介となった。来院時, 緊張性気胸であり胸腔ドレナージを施行し入院とした。胸部CT検査で左肺尖部に複数のプラを認め, また受験を控え手術希望もあり, 呼吸器外科で胸腔鏡下プラ切除術を施行した。術後第5病日に退院となった後は再発を認めなかった。X年6月に高校入学時の胸部X線検査で左肺野異常影を指摘され呼吸器外科に再受診となった。胸部CT検査で左S6区域に過膨張所見, 左B6気管支は確認されず気管支閉鎖症の可能性が疑われた。気管支鏡検査で確認したところ左B6入口部は薄い膜様の構造物で閉鎖されていた。以上の所見より気管支閉鎖症と診断した。部活動の練習中に呼吸困難を自覚し過膨張肺が原因と考えられたことから, 待機的に左S6区域切除を施行した。気胸の手術後に健診異常影を契機に診断に至った先天性気管支閉鎖症の1例を経験したので報告する。