

第135回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会
第117回日本呼吸器学会東海地方会
第20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>

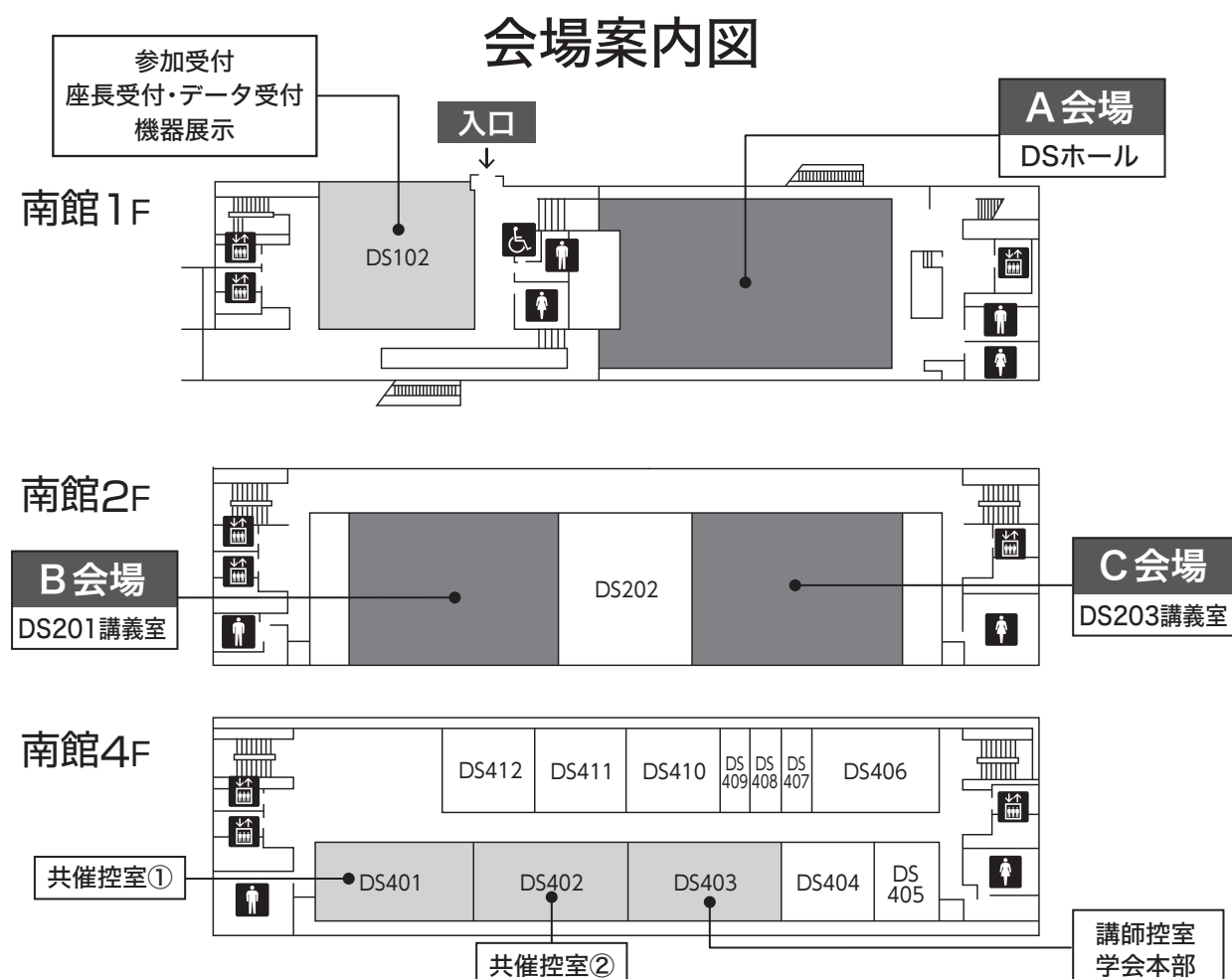
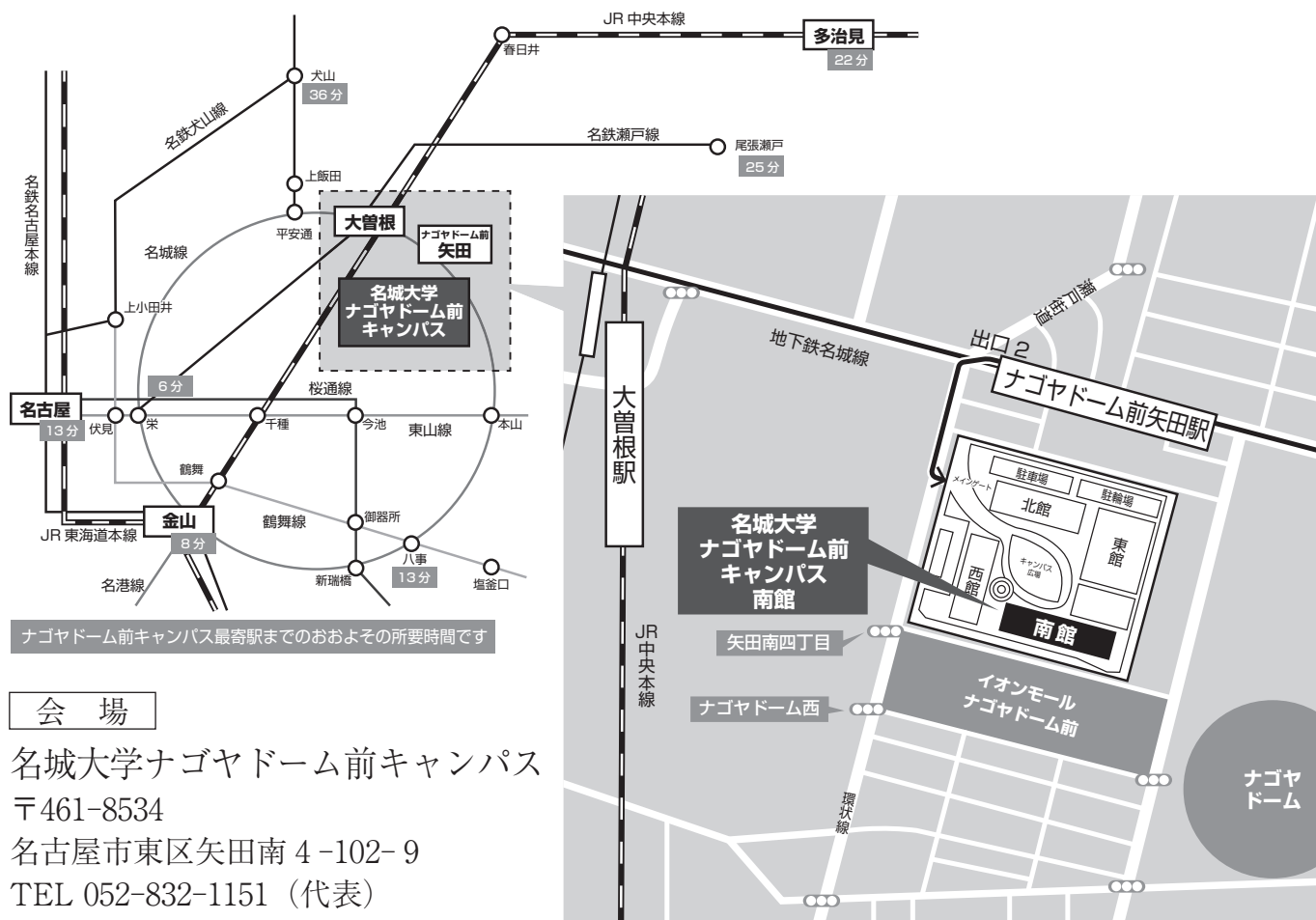
会 期 2020年5月23日(土) 午前11時50分より
 2020年5月24日(日) 午前 9 時25分より

会 場 名城大学ナゴヤドーム前キャンパス
 名古屋市東区矢田南 4-102-9
 T E L 052-832-1151 (代表)

A 会場 (南館 1 階 DSホール)
B 会場 (南館 2 階 DS201講義室)
C 会場 (南館 2 階 DS203講義室)

会 長 川部 勤

(東海国立大学機構 名古屋大学大学院 医学系研究科
総合保健学専攻 先端情報医療学領域 オミックス医療科学)



第135回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会 第117回日本呼吸器学会東海地方会 第20回日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会中部支部会 誌上開催にあたって

国立大学法人 東海国立大学機構 名古屋大学大学院 医学系研究科
総合保健学専攻 先端情報医療学領域
オミックス医療科学 生体防御情報学講座
会長 川部 勤

第135回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会・第117回日本呼吸器学会東海地方会・第20回日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会中部支部会の3学会合同の地方会を誌上開催させていただくにあたりご挨拶申し上げます。会長を務めさせていただいております名古屋大学の川部 勤です。

まず、COVID-19に罹患された方々に心よりお見舞い申し上げますとともに、最前線でこの感染症に立ち向かわれている会員の皆様に深く敬意を表します。

国立大学初の試みとして設立された東海国立大学機構の教員として、また名城大学ナゴヤドーム前キャンパスを初めて会場とし、学会開催に向けて鋭意努力をしてみいました。名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻の佐藤光夫先生、松島充代子先生、呼吸器内科の橋本直純先生、若原恵子先生はじめ会員の先生方のご支援のもと、演題募集、プログラム編成を終えました。しかし、状況は一変し、令和2年4月7日に国の緊急事態宣言が発令され、愛知県も独自に緊急事態宣言を発出しました。このようなSARS-CoV-2感染の状況等に鑑み、各学会支部長の今泉和良先生、新實彰男先生、森下宗彦先生、ならびに日本呼吸器学会次期支部長の小林 哲先生と慎重な協議を重ね、最終的に会場での開催を断念し誌上開催となりました。

学会企画の演者をお願いしました平井豊博先生、小出詠子先生、橋本直純先生、林 悠太先生、また、共催セミナーでは麻生裕紀先生、玉田 勉先生、山野泰彦先生、山田忠明先生と諸先生方のご講演を拝聴できないのが残念です。一般演題については、既にコロナ禍に伴う激務がはじまるなか、105題と多数の演題を応募いただいた先生方、さらに、ご参加予定の会員の皆様、関係者の皆様には大変ご迷惑をおかけいたしますこと、心より深くお詫び申し上げます。

地方会は遭遇した興味深い症例を会員が共有し、個人のみならず、地域全体の医療の向上に貢献する有意義な学術集会です。会員が一堂に会して議論できる地方会の再開と一日も早いCOVID-19の制圧、ならびに誌上ではありますが、今回の学会が会員の皆様に有意義なものとなりますことを祈念して、ご挨拶とさせていただきます。

2020年4月

*印刷や発送業務もコロナ禍の影響を受けております。冊子が学会会期に間に合わない場合も想定されますが、何卒ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

お知らせ

本プログラム抄録集は誌上開催に変更になったことにより、通常開催用に作成した内容から追加・編集をしたものです。よって通常開催時の内容もそのまま掲載しておりますので何卒ご了承の程、お願い申し上げます。

尚、筆頭演者のみ誌上開催による単位の救済措置が下記のとおりでございます。筆頭演者以外で出席予定者への救済措置はございません。

現段階で救済措置が決まっていないところもございますので、申請の際は恐れ入りますが各自で各学会本部にご確認をお願い申し上げます。

■日本呼吸器学会 呼吸器専門医

→筆頭演者は3単位付与となります（抄録掲載必須）。参加した場合の5単位は付与されません。

■日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士

→筆頭演者は4点の単位取得が可能です。申請時に抄録集写しの提出が必要となります。

■3学会合同呼吸療法認定士

→筆頭演者については、事前登録相当（出席および演者としての点）が認められます。

更新申請の際は、抄録の写しをご提出ください。

以下は、救済措置なし、もしくは未定です。

■日本結核・非結核性抗酸菌症学会

結核・抗酸菌症認定医/指導医、抗酸菌症エキスパート資格

■ICD制度協議会

未定

第135回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会
第117回日本呼吸器学会東海地方会
第20回日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会中部支部会
事務局

（2020年4月21日現在）

参加者へのご案内（会場での開催は中止）

新型コロナウイルス感染症の対応について

座長・演者を含めた参加者で、熱や咳などの症状がある方は参加をご遠慮ください。
また、会期中こまめな手洗いと咳エチケットをお願い申し上げます。会場内の席に余裕がある場合は、間隔をあけてご着席ください。
会期中、座長・演者の先生方で急遽参加を取りやめる場合は jrstokai@yahoo.co.jp までご連絡をお願い申し上げます。

1. 参加登録

- 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。
参加受付は南館1階DS102講義室、受付時間は1日目11:00～17:00、2日目9:00～16:00です。
- 参加費お支払後、ネームカードをお渡しますので、所属・氏名をご記入の上、会場内では常時ご着用いただきますようお願いいたします。
- 参加で取得できる単位は以下のとおりです。
 - ・日本呼吸器学会専門医 5単位、筆頭演者 3単位
 - ・日本結核・非結核性抗酸菌症学会結核・抗酸菌症認定医／指導医、抗酸菌症エキスパート資格 5単位、筆頭演者 5単位（参加領収書・ネームカードが出席証明になります）
 - ・3学会合同呼吸療法認定士 20単位
 - ・ICD制度協議会5単位、筆頭演者2単位
 - ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 7単位
- 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

- 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。
- 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。
- 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

- 一般演題は発表時間6分、討論3分、時間厳守をお願いします。
- 発表はすべてPCプレゼンテーションです。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9時より受付開始します）
- 発表者ツールは使用できません。
- 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。
- 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16:9です。

4. その他

- プログラム抄録集は当日忘れずにご持参下さい。
- 会場内は、すべて禁煙です。
- 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。
- 駐車場はありません。公共交通機関をご利用ください。
- ホームページアドレス<http://www.ccs-net.co.jp/>

日程表

5月23日（土）

	A会場 1階 DSホール	B会場 2階 DS201講義室	C会場 2階 DS203講義室
9:00			
10:00			
11:00			
	11:50～11:55 開会の辞		
12:00	12:00～ 13:00 ランチョンセミナー 1		
13:00			
	13:10～ 喘息 13:37 A-01～A-03	13:10～ 肺癌 1 13:55 B-01～B-05	13:10～ 真菌 13:55 C-01～C-05
14:00	13:37～ 好酸球性肺炎 14:04 A-04～A-06		
	14:04～ 薬剤性肺障害 14:31 A-07～A-09	13:55～ 分子標的薬 14:40 B-06～B-10	13:55～ その他の感染症 1 14:40 C-06～C-10
15:00	14:50～ 肺生理教育講演 15:20		
	15:20～ びまん性肺疾患（膠原病 16:05 肺・サルコイドーシス） A-10～A-14	15:20～ 免疫チェックポイント 16:05 （有害事象）1 B-11～B-15	15:20～ 結核・非結核性抗酸菌症 16:05 C-11～C-15
16:00	16:05～ 稀少疾患 16:41 A-15～A-18	16:05～ 免疫チェックポイント 16:50 （有害事象）2 B-16～B-20	16:05～ その他の肺疾患・COPD 16:41 C-16～C-19
17:00	17:00～ 18:00 イブニングセミナー		
18:00			
19:00			

日程表

5月24日（日）

	A会場 1階 DSホール	B会場 2階 DS201講義室	C会場 2階 DS203講義室
9:00			
10:00	9:25～ 10:01 免疫チェックポイント (治療効果) A-19～A-22	9:25～ 10:01 過敏性肺炎 B-21～B-24	9:25～ 10:10 その他の感染症 2 C-20～C-24
	10:01～ 10:37 リンパ増殖性疾患 A-23～A-26	10:01～ 10:55 間質性肺炎 B-25～B-30	10:10～ 10:55 非結核性抗酸菌症 C-25～C-29
11:00	11:00～ 12:00 特別講演		
12:00			
13:00	12:15～ 13:15 ランチョンセミナー 2	12:15～ 13:15 代議員会	
	13:20～ 13:40 総会		
14:00	13:45～ 14:15 男女共同参画講演		
15:00	14:30～ 15:30 結核教育講演		
16:00	15:30～ 16:06 その他の肺疾患 A-27～A-30	15:30～ 16:06 縦隔腫瘍 B-31～B-34	15:30～ 16:15 肺癌 2 C-30～C-34
	16:06～ 16:42 胸膜疾患 A-31～A-34	16:06～ 16:33 その他の腫瘍 B-35～B-37	
17:00	16:42～16:45 閉会の辞		
18:00			
19:00			

特別演題プログラム

特別講演

5月24日（日） 11:00～12:00 A会場

座長：名古屋大学大学院 医学系研究科 総合保健学専攻 オミックス医療科学 教授 川部 勤

『基礎研究から観えた臨床医学的問題の解決への糸口』

名古屋大学大学院 医学系研究科 呼吸器内科学講座 准教授 橋本 直純 先生

結核教育講演

5月24日（日） 14:30～15:30 A会場

座長：独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター 院長 長谷川 好規 先生

『抗酸菌診療 tips&topics』

独立行政法人 国立病院機構 東名古屋病院 呼吸器内科 / 感染対策室 診療医長 林 悠太 先生

肺生理教育講演

5月23日（土） 14:50～15:20 A会場

座長：愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科 教授 伊藤 理 先生

『オシレーション法による呼吸抵抗測定の要点～測定原理から臨床応用まで～』

京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 教授 平井 豊博 先生

男女共同参画講演

5月24日（日） 13:45～14:15 A会場

座長：名古屋大学大学院 医学系研究科 呼吸器内科 医局長 若原 恵子 先生

『法改正を踏まえた医師の働き方の現状とこれから～男女共同参画の立場から～』

愛知県医師会理事 日本医師会男女共同参画委員 こいで内科医院 小出 詠子 先生

共催プログラム

ランチョンセミナー 1

5月23日 (土) 12:00 ~ 13:00 A会場

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

座長：一宮市立市民病院 呼吸器内科 部長 麻生 裕紀 先生

基調講演『COPDを取り巻く環境』

一宮市立市民病院 呼吸器内科 部長 麻生 裕紀 先生

『トリプル治療戦略～喘息とCOPDそれぞれの側面から～』

東北大学大学院 医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野 講師 玉田 勉 先生

ランチョンセミナー 2

5月24日 (日) 12:15 ~ 13:15 A会場

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

座長：名古屋大学大学院 医学系研究科 呼吸器内科学 病院助教 阪本 考司 先生

『びまん性肺疾患 診療のポイント』

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 部長 山野 泰彦 先生

イブニングセミナー

5月23日 (土) 17:00 ~ 18:00 A会場

共催：日本イーライリリー株式会社

座長：独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター 呼吸器内科・腫瘍内科 小暮 啓人 先生

『EGFR遺伝子陽性/陰性別の2次治療戦略を考える』

京都府立医科大学大学院 医学研究科 呼吸器内科学 病院准教授 山田 忠明 先生

第135回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会
第117回日本呼吸器学会東海地方会
第20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（5月23日 土曜日）

（研修医アワード対象の演題番号には＊が付いています）

13：10-13：37 喘息

- | | | | | |
|-------|--|----------------------|-------|---|
| *A-01 | ベンラリズマブの効果が不十分であった好酸球性副鼻腔炎合併難治性喘息に対してデュピルマブが奏功した1例 | 岐阜赤十字病院 呼吸器内科 | 堀 賢一郎 | 他 |
| *A-02 | 頻回の入院を要した難治性喘息にメポリズマブが奏効した一例 | 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 | 太田 翔 | 他 |
| A-03 | 肺MAC症治療中に合併したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例 | 国立病院機構東名古屋病院 呼吸器内科 | 八木 光昭 | 他 |

13：37-14：04 好酸球性肺炎

- | | | | | |
|-------|--------------------------------|-------------------------|-------|---|
| *A-04 | 代表的な総合感冒薬であるPL顆粒による急性好酸球性肺炎の一例 | はるひ呼吸器病院 呼吸器内科 | 藤原 秀之 | 他 |
| *A-05 | 非燃焼・加熱式タバコの関与が示唆された好酸球性肺炎の一例 | 名古屋市立大学病院 呼吸器・免疫アレルギー内科 | 和田千咲子 | 他 |
| *A-06 | 加熱式タバコにより好酸球性肺炎を発症した一例 | 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 | 板東 知宏 | 他 |

14：04-14：31 薬剤性肺障害

- | | | | | |
|-------|---------------------------------|------------------------|-------|---|
| *A-07 | ジアフェニルスルホンが原因と考えられた薬剤性好酸球性肺炎の一例 | 磐田市立総合病院 呼吸器内科 | 平松 俊哉 | 他 |
| *A-08 | 長期投与のメサラジンによる薬剤性肺障害の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-09 | 抗甲状腺薬によるANCA関連間質性肺炎と考えられた1例 | 三重大学医学部附属病院 呼吸器内科 | 岡野 智仁 | 他 |

15：20-16：05 びまん性肺疾患（膠原病肺・サルコイドーシス）

- | | | | | |
|-------|---|------------------------|-------|---|
| A-10 | 多剤併用療法が有効であった抗MDA5抗体陽性の間質性肺炎合併無筋症性皮膚筋炎の1例 | 国立病院機構三重中央医療センター 呼吸器内科 | 西村 正 | 他 |
| *A-11 | 抗EJ抗体陽性の間質性肺疾患の一例 | 浜松労災病院 呼吸器内科 | 岸本 叡 | 他 |
| A-12 | 治療抵抗性の肺病変を合併した成人発症Still病の一例 | 国立病院機構天竜病院 呼吸器・アレルギー科 | 大嶋 智子 | 他 |

- *A-13 急性発症したサルコイドーシスの1例
静岡市立静岡病院 呼吸器内科 森田芽生子 他
- A-14 原発性空洞形成を認めた肺サルコイドーシスの一例
浜松医科大学医学部附属病院 呼吸器内科 鈴木 貴人 他

16:05-16:41 稀少疾患

- *A-15 外科的生検で診断し得た単中心性キャスルマン病の1例
藤田医科大学 呼吸器内科学 I 廣地真理子 他
- A-16 浸潤影を呈した多発血管炎性肉芽腫症(GPA)の1例
静岡市立静岡病院 呼吸器内科 児嶋 駿 他
- *A-17 喀血を繰り返す妊婦の気管支動脈蔓状血管腫にBAEが奏功した1例
静岡市立静岡病院 呼吸器内科 尾針 甲祐 他
- *A-18 クライオ生検により診断したリンパ脈管筋腫症の1例
浜松医科大学 第二内科 角田 智 他

B 会場 第1日目 (5月23日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には*が付いています)

13:10-13:55 肺癌 1

*B-01	CTガイド下生検後に穿刺経路部播種を来した肺扁平上皮癌の一例 順天堂大学医学部附属静岡病院 呼吸器内科	五藤 千奈 他
*B-02	上大静脈ステントおよび気道ステント留置が有効であった肺腺癌の一例 JA 愛知厚生連 海南病院 呼吸器内科	杉山 智美 他
*B-03	甲状腺転移をきたした浸潤性肺腺癌の一例 藤枝市立総合病院 呼吸器内科	伊藤祐太郎 他
*B-04	Lambert-Eaton症候群による呼吸不全を呈した肺腺癌の一例 名古屋第一赤十字病院 呼吸器内科	後藤 希 他
*B-05	閉塞性肺炎を契機に診断した肺粘表皮癌の一例 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科	野口陽一朗 他

13:55-14:40 分子標的薬

*B-06	ステロイド併用下にOsimertinib再投与が可能であった薬剤性好酸球性肺炎の一例 トヨタ記念病院 統合診療科	内田 岬希 他
*B-07	EGFR exon20挿入変異陽性の原発性肺腺癌に対してosimertinibが有効であった1例。 静岡済生会総合病院 呼吸器内科	中村 匠吾 他
B-08	悪性胸水を伴うEGFR遺伝子変異陽性肺癌に対しEGFR-TKI・抗VEGF抗体併用療法が奏功した2例 藤田医科大学 呼吸器内科学 I	伊奈 拓摩 他
B-09	当院の肺癌患者におけるオンコマイン Dx Target Test マルチ CDxシステムの現状 松阪市民病院 呼吸器センター	西井 洋一 他
B-10	オシメルチニブ投与中に肺障害をきたし、エルロチニブに薬剤変更し、治療行った肺腺癌の一例 松阪市民病院 呼吸器内科	鈴木 勇太

15:20-16:05 免疫チェックポイント (有害事象) 1

*B-11	Pembrolizumab投与中に類天疱瘡を発症した肺腺癌の一例 三重県立総合医療センター 呼吸器内科	伊藤 稔之 他
*B-12	Pembrolizumab投与後に発症した多発十二指腸潰瘍の1例 静岡県立総合病院 呼吸器内科	渥美爽太郎 他
B-13	当院における抗PD-1抗体投与後にACTH単独欠損症を発症した肺癌症例の検討 大同病院 呼吸器内科	平田 雄也 他
B-14	Pembrolizumab投与によるACTH単独欠損症を来した肺扁平上皮癌の1例 藤枝市立総合病院 呼吸器内科	一條甲子郎 他
B-15	Pembrolizumabによる薬剤性髄膜炎と診断した1例 一宮市立市民病院 呼吸器内科	山田 千晶 他

16:05-16:50 免疫チェックポイント（有害事象）2

- | | |
|-------|---|
| *B-16 | ペムブロリズマブ治療中にフォークト-小柳-原田病を発症した非小細胞肺癌の1例
安城更生病院 教育研修・臨床研究支援センター 尾崎 遥 他 |
| *B-17 | Atezolizumab投与により間質性腎炎を発症した1例
名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 石井あずさ 他 |
| *B-18 | 非小細胞肺癌に対してAtezolizumab投与後に血小板減少を来した2症例
小牧市民病院 呼吸器内科 多湖 真弓 他 |
| B-19 | 非小細胞肺癌に対してNivolumabを使用後に気管支喘息を発症した一例
藤田医科大学 医学部 呼吸器内科学 II 講座 加藤 研一 他 |
| *B-20 | インフルエンザワクチン投与直後に肺障害を発症したペムブロリズマブ療法中の肺癌の1例
社会医療法人宏潤会 大同病院 呼吸器内科 天草 勇輝 他 |

C 会場 第1日目 (5月23日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には*が付いています)

13:10-13:55 真菌

*C-01	アレルギー性気管支肺アスペルギルスと鑑別を要した気管支アスペルギルス症の1例 磐田市立総合病院 呼吸器内科	中川栄実子 他
*C-02	関節リウマチ患者に発症した侵襲性肺アスペルギルス症の一例 紀南病院 内科	増田 考祐 他
*C-03	巨大空洞を呈した肺アスペルギルス症の一例 JA 愛知厚生連 江南厚生病院 呼吸器内科	西村 直人 他
*C-04	器質化肺炎様の画像所見を呈した肺クリプトコッカス症の一例 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科	副島 和晃 他
C-05	鏽型様物質からアスペルギルスが培養されたびまん性肺疾患の一例 松阪市民病院 呼吸器センター内科	藤原研太郎 他

13:55-14:40 その他の感染症 1

C-06	非典型的な画像所見を呈するAIDS関連ニューモシスチス肺炎の1例 名古屋第二赤十字病院 呼吸器内科	鈴木 博貴 他
*C-07	悪性黒色腫に対する免疫チェックポイント阻害薬長期治療中に発症したニューモシスチス肺炎の1例 名古屋市立大学病院 呼吸器・アレルギー内科	大貫 友博 他
*C-08	糖尿病教育入院中に発症したニューモシスチス肺炎の1例 JA 愛知厚生連 江南厚生病院 呼吸器内科	井浪 榛香 他
*C-09	カナキヌマブ投与中に発症した肺炎球菌性肺炎 藤田医科大学 呼吸器内科学 I	外山 陽子 他
C-10	播種性ノカルジア症の1例 名古屋掖済会病院 呼吸器内科	岩間真由子 他

15:20-16:05 結核・非結核性抗酸菌症

*C-11	肺MAC症における予後予測因子としての血小板平均容積 (MPV) の有用性 豊川市民病院 呼吸器内科	鈴木 達朗 他
C-12	当院における抗MAC抗体価の測定の臨床的意義に関する報告—第1報 岐阜大学医学部 呼吸病態学	浅野 雅広 他
*C-13	晩期初期悪化をきたした結核性胸膜炎の1例 国立病院機構名古屋医療センター 呼吸器内科	龍見 東樹 他
C-14	審査腹腔鏡で診断された結核性胸腹膜炎の一例 静岡県立総合病院 呼吸器内科	大石 享平 他
*C-15	画像所見が先行し、発熱から診断までに6 ヶ月を要した脾結核の1例 JCHO 中京病院 呼吸器内科	柴田 智文 他

16:05-16:41 その他の肺疾患・COPD

- *C-16 アダリムマブ投与中に気道病変が発見されたクローン病の1例
磐田市立総合病院 呼吸器内科 中井 省吾 他
- C-17 潰瘍性大腸炎患者に発症した肺病変
名古屋市立東部医療センター 呼吸器内科 前田 浩義 他
- *C-18 インフルエンザによる慢性閉塞性肺疾患の増悪にたこつぼ症候群を合併した1例
聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科 稲葉龍之介 他
- C-19 行政と協働し実施した松阪市におけるCOPDの認知度調査アンケートについて
松阪市民病院 呼吸器センター 中村 祐基 他

A 会場 第2日目 (5月24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)

9:25-10:01 免疫チェックポイント (治療効果)

-
- | | |
|-------|---|
| *A-19 | ペムブロリズマブの治療中にhyperprogressionをきたしたと考えられた肺腺癌の1例
名古屋市立東部医療センター 呼吸器内科 西山 和宏 他 |
| A-20 | 多発脳転移を有する肺大細胞神経内分泌癌に対してアテゾリズマブ併用化学療法が奏効した1例
浜松医科大学医学部附属病院 呼吸器内科 直井 兵伍 他 |
| *A-21 | 原発不明の未分化癌に対してPembrolizumabが著効した一例
一宮市立市民病院 呼吸器内科 浅岡 るう 他 |
| A-22 | 二次治療オプジーボ投与後集学的治療で病勢制御している右上葉進行大細胞神経内分泌癌の1例
愛知県がんセンター 呼吸器内科 堀尾 芳嗣 他 |

10:01-10:37 リンパ増殖性疾患

-
- | | |
|-------|--|
| *A-23 | 肺結核治療開始後のparadoxical reactionとの鑑別を要した悪性リンパ腫の一例
安城更生病院 教育研修・臨床研究支援センター 江崎香穂里 他 |
| A-24 | びまん性大細胞型リンパ腫に伴って生じた両側乳び胸の一例
磐田市立総合病院 呼吸器内科 北原 佳泰 他 |
| *A-25 | 胸水貯留で発見された原発性マクログロブリン血症の一例
藤田医科大学 呼吸器内科学 I 藤井 真理 他 |
| *A-26 | 単発肺結節影で見つかったHodgikinリンパ腫の1例
中東遠総合医療センター 呼吸器内科 太田 智陽 他 |

15:30-16:06 その他の肺疾患

-
- | | |
|-------|--|
| *A-27 | 前胸壁の放射線性皮膚障害を起因とした咯血の1例
刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 近藤 正樹 他 |
| *A-28 | 重度の呼吸不全を呈した肺動静脈瘻の一例
名古屋第一赤十字病院 呼吸器内科 中瀬 敦 他 |
| *A-29 | ARDS発症後の精査で上腸間膜動脈血栓症, 腸管壊死の診断に至り, 緊急手術を行った一例
一宮市立市民病院 呼吸器内科 竹本 賢人 他 |
| A-30 | 超硬合金肺が疑われ, 微量元素分析を行い, 珪肺と診断した一例
名古屋大学大学院 医学系研究科 呼吸器内科学 井上 正英 他 |

16:06-16:42 胸膜疾患

- | | | |
|-------|---|---------|
| *A-31 | 乳癌治療中の胸水貯留に対して放射線性胸膜炎が疑われた一例
聖隷浜松病院 呼吸器内科 | 大竹 健人 他 |
| A-32 | 胸腔内穿破により胸水貯留をきたした仮性肺嚢胞の一例
刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 | 加藤 早紀 他 |
| *A-33 | 続発性自然気胸を契機に診断を得た混合型小細胞肺癌の1例
トヨタ記念病院 統合診療科 | 武内 優子 他 |
| *A-34 | 胸腔鏡下で大腸粘液腺癌の巨大胸膜転移を観察しえた一例
藤枝市立総合病院 呼吸器内科 | 籠尾南海夫 他 |

B 会場 第2日目 (5月24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)

9:25-10:01 過敏性肺炎

- | | |
|-------|---|
| *B-21 | <i>Sphingomonas paucimobilis</i> の関与が疑われた加湿器による過敏性肺炎の一例
国立病院機構三重中央医療センター 呼吸器内科 岩中 宗一 他 |
| *B-22 | 3回目の入院で診断確定した加湿器肺の1例
藤枝市立総合病院 呼吸器内科 芹澤沙耶香 他 |
| *B-23 | レース鳩飼育歴を有する鳥関連急性過敏性肺炎の一例
藤枝市立総合病院 呼吸器内科 高塚 生吹 他 |
| *B-24 | みかん農家に発症した過敏性肺炎の1例
聖隷三方原病院 呼吸器科 金崎 大輝 他 |

10:01-10:55 間質性肺炎

- | | |
|-------|--|
| *B-25 | 経気管支肺生検においてacute fibrinous organizing pneumonia (AFOP)を呈した一例
聖隷浜松病院 藤田侑以子 他 |
| B-26 | PROMISE試験-多施設前向き観察研究-について
名古屋大学医学部附属病院 メディカル IT センター 古川 大記 他 |
| B-27 | 造血幹細胞移植後の上葉優位型肺線維症に急性増悪を合併した一例
名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 村上 靖 他 |
| B-28 | 抗Ku抗体陽性のDesquamative interstitial pneumoniaの1例
名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 寺町 涼 他 |
| B-29 | 線維性間質性肺疾患の急性増悪 -タイプ間比較に関する二次コホート検証研究-
名古屋大学大学院医学系研究科 病態内科学講座 呼吸器内科学 鈴木 淳 他 |
| B-30 | 慢性骨髄単球性白血病に間質性肺炎を合併した1例
公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 佐藤 智則 他 |

15:30-16:06 縦隔腫瘍

- | | |
|-------|--|
| *B-31 | バセドウ病の治療により縮小が得られた胸腺腫瘍の一例
磐田市立総合病院 呼吸器内科 川島 大喜 他 |
| *B-32 | 鏡視下手術により完全切除が得られ、診断に至った縦隔原発脂肪肉腫の一例
三重県立総合医療センター 呼吸器内科 三木 寛登 他 |
| *B-33 | 化学療法が著効し完全切除が可能となった縦隔原発セミノーマの一例
静岡県立総合病院 呼吸器内科 高橋 進悟 他 |
| *B-34 | 肺と胸腺にMALTリンパ腫が発生したシェーグレン症候群の1例
三重県立総合医療センター 呼吸器内科 後藤 広樹 他 |

16:06-16:33 その他の腫瘍

- | | | |
|-------|---|---------|
| B-35 | Extrapleural sign陽性の腫瘍影が診断契機となった多発性骨髄腫の1例
浜松労災病院 呼吸器内科 | 幸田 敬悟 他 |
| *B-36 | Chronic expanding hematomaに合併したangiosarcomaの一例
藤田医科大学 呼吸器内科学 I | 木村祐太郎 他 |
| *B-37 | 肺血栓塞栓症の急速な進行を呈した原発不明がんの剖検例
浜松医療センター 呼吸器内科 | 小川 秀己 他 |

C 会場 第2日目 (5月24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)

9:25-10:10 その他の感染症 2

- | | | |
|-------|--|------------------------------|
| *C-20 | インフルエンザによる器質化肺炎様所見に対し、ステロイド加療を行い、嚢胞性変化と線維化をきたした一例 | 藤枝市立総合病院 呼吸器内科 森川 圭亮 他 |
| C-21 | 外科的胸腔鏡下膿胸膜切除術を要した <i>Streptococcus intermedius</i> 膿胸の高齢者例 | 愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科 深見 正弥 他 |
| C-22 | <i>Staphylococcus argenteus</i> による市中肺炎の1例 | JA 愛知厚生連豊田厚生病院 呼吸器内科 二村 圭祐 他 |
| C-23 | 新型コロナウイルスによる重症肺炎, ARDSの1例 | 名古屋掖済会病院 呼吸器内科 平野 達也 他 |
| *C-24 | 慢性下気道感染症における血清および細菌検査についての検討 | 鈴鹿中央総合病院 呼吸器センター内科 小久江友里恵 他 |

10:10-10:55 非結核性抗酸菌症

- | | | |
|-------|---|---------------------------------|
| C-25 | <i>Mycobacterium avium</i> complexによる化膿性脊椎炎/椎間板炎の一例 | 静岡県立総合病院 呼吸器内科 田村可葉美 他 |
| *C-26 | 骨転移との鑑別に苦慮した抗IFN- γ 抗体陽性 <i>Mycobacterium scrofulaceum</i> の1例 | 磐田市立総合病院 呼吸器内科 村野 萌子 他 |
| *C-27 | 当院において呼吸器検体培養にて <i>Mycobacterium fortuitum</i> を検出した4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 |
| *C-28 | リネゾリドにより改善が得られた難治性 <i>Mycobacterium abscessus</i> の1例 | 藤枝市立総合病院 呼吸器内科 柴崎 晃司 他 |
| *C-29 | 浸潤性粘液腺癌と鑑別を要し、経過中に膿胸を合併した肺 <i>M.massiliense</i> 症の一例 | JCHO 中京病院 呼吸器内科 武内 萌 他 |

15:30-16:15 肺癌 2

- | | | |
|-------|---|------------------------------|
| *C-30 | 絨毛癌様変化を伴う低分化肺扁平上皮癌の一例 | 聖隷浜松病院 呼吸器内科 平間隆太郎 他 |
| C-31 | 原発巣および肺内転移巣ともに著明な空洞を形成した肺扁平上皮癌の1剖検例 | 津島市民病院 呼吸器内科 小林 直人 他 |
| C-32 | EGFR変異陽性非小細胞肺癌に対するドセタキセル/ラムシルマブ併用療法の検証 | 松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科 伊藤健太郎 他 |
| C-33 | 胸部造影MRIが生検部位の選択に有用であった塵肺合併肺腺癌の1例 | 藤田医科大学病院 呼吸器内科学 I 前田 侑里 他 |
| C-34 | 高齢者に対するドセタキセル+ラムシルマブ併用療法の有効性および安全性についての後方視的検討 | 松阪市民病院 呼吸器内科 坂口 直 他 |

特別演題 抄録
共催 抄録

基礎研究から観えた臨床医学的問題の解決への糸口

名古屋大学大学院 医学系研究科 呼吸器内科学講座 准教授

橋本 直純

第135回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会, 第117回日本呼吸器学会東海地方会, 第20回日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会中部支部会の会長である川部勤先生から大学院博士課程在籍中に実験の指導をいただいた。基礎研究を行う心構えとして「ひとが見えないものではなく見えないもの, 今あるものではなくその次に起こるもの, 全て形の無いものを求めよ」というお言葉をいただいたことがある。私は大学院博士課程修了後, 全く病態がわかっていなかった間質性肺炎の病態解明に関する基礎研究とその基礎研究から得た知見をもとに呼吸器内科学における臨床的課題を克服しようと心に決めて米国ミシガン大学に留学をした。その信念を変えずに基礎研究を行ってきたおかげで, 肺線維症における肺線維芽細胞の多様な細胞起源を同定することができた。また, 直近では, 「抗線維化能を有する線維芽細胞の同定」を国際共同研究から得た。特発性肺線維症の病態解明に少し近づけている手ごたえを感じる。また, 呼吸器外科学講座をはじめ他職種の協力を得て間質性肺炎を含む慢性呼吸器疾患が肺癌治療にもたらす課題も明らかにすることができた。基礎研究から臨床医学的問題の解決へとつながる例として示したい。

間質性肺炎研究の枠を超えて, 約20年余経った今でもこの言葉を心にとどめ私の研究・教育・診療ポリシーとしている。また, 呼吸器学領域は病態の異なる7つの研究課題領域があり, 患者さんは様々な呼吸器疾患の併存に苦しんでいる。私は, それぞれの研究領域の成果を結集していくことが, 呼吸器学領域の疾患で苦しむ患者さんに対して最善な策を講じることにつながると信じてやまない。若手呼吸器医師にはぜひひとと違った切り口で興味ある呼吸器学領域の研究を行う時間をもってもらいたい。

今我々は未曾有の恐怖と困難にさらされている。コロナウイルスという見えない病原体に脅かされている現状は「形の無いものを求めよ」と心に刻んだ私にとってさまざまな診療上の課題を克服する使命を感じる。呼吸器内科領域の診療に携わるすべての皆さん, さらにはすべての医療従事者と力を合わせて, この困難を克服していくために貢献したい。さらに, コロナパンデミック後に起こる「様々なニュースタANDARD」に適応してさらに呼吸器内科学の発展に貢献したい。

抗酸菌診療 tips&topics

独立行政法人 国立病院機構 東名古屋病院 呼吸器内科/感染対策室 診療医長

林 悠太

【緒言】日本結核病学会が日本結核・非結核性抗酸菌症学会と名称変更してから最初の東海地方学会での結核教育講演であり、専門病院で抗酸菌診療に携わる者として日常診療におけるtipsと最近のtopicsを提供する予定であった。tipsは実例を交えないと伝えることができないため、topicsに絞り話題提供する。

【結核topics】①入国前結核スクリーニング。外国人結核患者は年々増加傾向で、2018年の統計で日本在留中に診断された結核患者数の多い6か国（フィリピン、ベトナム、中国、インドネシア、ネパール、ミャンマー）の国籍を持ち、中長期在留者として日本に入国・在留しようとする者を対象として、本年（令和2年）7月1日以降に準備の整った国から順次「入国前結核スクリーニング」を実施予定である。②COVID-19。BCGワクチン接種によるCOVID-19に対する抵抗性を評価する研究がすすめられている（2020年4月時点）。結核以外のさまざまな病原体に対しても抵抗性を一時的に強化する自然免疫記憶を理論的背景としており興味深いが、現時点では科学的根拠に乏しく、乳幼児の結核予防、膀胱がん患者への治療薬として重要であること、生ワクチンであり重篤な副反応を生じる危険があること、結核の既感染者に投与すると起こりうるコッホ現象などの問題もあり学会としては推奨していない。

【非結核性抗酸菌症topics】③アミカシン、アジスロマイシン。保険審査上認められるようになり、治療選択肢が増えた。④週3回間欠治療。海外では空洞を伴わない結節・気管支拡張型の肺MAC症の標準治療は週3回の間欠治療であるが、日本では一般的ではない。現在国内で間欠的治療と連日治療のランダム化比較試験が進行中である。⑤吸入用アミカシンリポソーム製剤（Amikacin Liposome Inhalation Suspension: ALIS）。ガイドラインに従って標準治療が6か月以上行われても排菌が持続する難治性肺MAC症を対象に、本邦を含む国際試験として行われたALISを追加投与するランダム化比較試験でALISの有効性が示され、FDAの認可もあり本邦でも認可が期待される。⑥迅速発育菌薬剤感受性パネル。*Mycobacteroides abscessus*などの迅速発育菌に対してCLSIに準拠した薬剤感受性試験パネルが保険でも使えるようになった。その感受性パターンにより*M. abscessus*の亜種推定ができ、知見が集まれば治療方針決定にも有用なツールと考える。

基調講演：COPDを取り巻く環境

一宮市立市民病院 呼吸器内科 部長

麻生 裕紀

本邦におけるCOPD患者数は一般人を対象としたNICE studyにより約530万人と推定されている。しかしながら、実際に治療している患者は約26万人とされ多数の患者が未受診・未診断のままである。死亡原因としては年々増加し、WHOの試算では本年には第3位まで上昇することが推測されている。COPDの初期症状は咳・痰・息切れなどありふれた症状であることから重症化するまで見逃されやすいことが死亡を増加させる要因となり、厚生労働省より提唱された「健康日本21」ではCOPDが主要疾患として位置づけられ対策が求められている。またCOPDは認知度が低く25-30%を推移しており、愛知県においても40%に満たない状況であり近年ではさらに低下傾向を示している。COPDの薬物治療の中心であるLAMA・LABA・LAMA/LABAやICSを加えたtriple therapyにより増悪や呼吸機能低下の抑制効果も示され、呼吸リハビリテーション・栄養療法などの非薬物療法の有用性から少しでも早い段階で病気に気づき適切な治療を開始することで状態の悪化を防ぐことができるが、認知度の低さと呼吸機能が低下しても重症化するまでは強い強度の運動や肺感染症へ罹患しない限りは目立たないことがCOPDの診断が遅れる理由として挙げられる。現状ではスパイロメータを用いた呼吸機能検査がCOPDを診断するうえで必要であるが、主にCOPD診療を担っているかかりつけ医の間にスパイロメータがそれほど普及していないことも診断を遅らせる一因となっている。このようなCOPD診療において、早期診断と適切な治療に結び付けるためにかかりつけ医と専門医が情報共有し円滑に連携できるシステムの構築が必要であり、愛知県全体で県の行政・県内の4大学・医師会・病院協会・薬剤師会を中心に愛知県COPD医療連携パスを作成し運用している。COPD連携手帳を介したCOPD早期発見と安定期followの役割を担うかかりつけ医とCOPD診断と治療指針の決定の役割を担う専門施設の連携により医療機関の機能分化・均一化した医療の提供・COPDの早期発見・認知度の向上を目標としている。現在は40を超える施設に専門施設の役割を担っていただいております、パス登録患者数も200例以上となり、今後も愛知県全体でのCOPD医療連携パスの普及に努めていきたいと考えています。

トリプル治療戦略～喘息とCOPDそれぞれの側面から～

東北大学大学院 医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野 講師

玉田 勉

近年COPDの予後について、呼吸機能、増悪、呼吸困難感、身体非活動性、併存症などいくつかの強く影響する因子が存在することが知られてきた。呼吸機能を最大限に改善することである程度の増悪抑制効果や呼吸困難感の改善効果が期待されるため、COPDでは呼吸機能改善効果を指標とした治療を行うことがシンプルである。トラフ一秒量で評価した場合に、LABAあるいはLAMA単剤では約100ml、LAMA/LABA配合剤では約150-200mlの有意な改善が得られている。

喘息病態合併のないCOPDではICSの有効性は乏しいためLAMA/LABA配合剤による治療が推奨される。喘息病態合併のあるCOPDではICS追加によって大きな一秒量改善効果が期待されるため、早期からICSを含む治療が推奨される。喫煙歴があり、かつ、固定制気流閉塞のある喘息症例は概ね喘息-COPDオーバーラップ(ACO)と同義であり、経年低下が著しく増悪が頻回であるなど予後が悪い(1,2)。ACOにおいてICS/LABAにLAMAを追加すると有意な呼吸機能改善効果が得られる(3,4)。LABA+LAMA+ICSのトリプル配合剤であるテリルジーの効果をICS/LABAと比較したFULFIL試験においては、約170mlもの有意なトラフ一秒量の改善効果が示された(5)。COPDに対する代表的な大規模臨床試験であるIMPACT試験においては、同じデバイス、同じ薬剤で異なる組み合わせで、トリプルと他の2剤の比較が行われ、テリルジーが最大の気管支拡張効果を示し、かつ、中等度または重度の増悪頻度も最も少なかった(6)。両試験ともに呼吸困難感も有意に改善し、安全性にも問題はなかった。私なりに複数の臨床試験結果を俯瞰して考察し、①ACO症例では早期にトリプル治療が推奨される、②ACOを明確に鑑別できないCOPD集団ではLAMA/LABAにICSを上乗せして呼吸機能が50-100ml増加する場合にはICSのメリットありとしてトリプル治療継続が望ましい、の2つの方針が妥当ではないかと考えている。なお、高齢で重症のCOPDでは高用量のICSを長期使用すると肺炎が増えることが知られており、非ACOのCOPDに用いるICSは低～中等量が望ましく、それでも気道感染を繰り返すあるいは抗酸菌感染症を合併する症例にはICSを削除することも念頭に置く必要がある。

(引用文献)

1. Kumbhare S, et al. *Ann Am Thorac Soc*. 13:803-10, 2016.
2. Baarnes CB, et al. *Int J COPD*. 10;12:571-579, 2017.
3. Magnussen H, et al. *Respir Med*. 102:50-6, 2008.
4. Ishiura Y, et al. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 57:384-392, 2019.
5. Lipson DA et al. *Am J Respir Crit Care Med*. 196:438-446, 2017.
6. Lipson DA et al. *N Engl J Med*. 378:1671-1680, 2018.

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

ベンラリズムブの効果が不十分であった好酸球性副鼻腔炎合併難治性喘息に対してデュピルマブが奏功した1例

岐阜赤十字病院 呼吸器内科

○堀 賢一郎, 天野 裕樹, 澤田 昌浩

症例は75歳, 男性。9年前に当院で気管支喘息と診断され, 好酸球性副鼻腔炎と共に他院で加療されていた。X-1年9月に喘息コントロールが不良であるため当科紹介となった。労作時呼吸苦, 鼻閉を訴え, 末梢血好酸球数, FeNO, 総IgE が高値であった。ICS/LABA, LTRAで治療したが, 喘息コントロールが不十分であったため, X年3月から9月までベンラリズムブを5回投与した。末梢血好酸球数は0になったが, 喘息コントロール, 鼻閉の改善は十分でなく患者の満足度は高くなかった。X年11月よりベンラリズムブを中止し, デュピルマブの投与を開始したところ, 呼吸機能, FeNO, 総IgE, 鼻閉の改善を認め, ベンラリズムブ投与時より患者の満足度が上昇した。ベンラリズムブの効果が不十分であった好酸球性副鼻腔炎合併難治性喘息に対してデュピルマブが奏功した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。

A-02

頻回の入院を要した難治性喘息にメボリズムブが奏効した1例

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

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

症例は74歳女性。50年来の気管支喘息で当院に通院しており, 吸入ステロイド薬/長時間作用性 β 2刺激薬配合剤とロイコトリエン受容体拮抗薬で治療中。X-4年より年に2, 3回の入院を要する喘息増悪を起こすようになった。X年3月から8月にかけては, 明確な誘因のない喘息増悪で4回入院を要するなど病状は悪化傾向であった。末梢血好酸球数及び血清IgE値高値であり, 増悪抑制目的にX年9月よりメボリズムブ100mgの皮下注射を開始した。メボリズムブ導入後2年間はアレルギーとの濃厚な接触による増悪を1度起こした以外には増悪を認めず病状は安定している。難治性喘息に対するメボリズムブ治療に関して文献的考察も加えて報告する。

A-03

肺MAC症治療中に合併したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例

国立病院機構東名古屋病院 呼吸器内科

○八木 光昭, 中川 拓, 林 悠太, 山田 憲隆, 垂水 修, 佐野 将宏, 小川 賢二

症例は79歳女性。気管支喘息既往はなく, 近医で肺MAC症治療中。2か月前から咳の悪化をみとめた。気管支喘息を疑われ, β 2刺激薬貼付剤とロイコトリエン拮抗薬で治療を行ったが改善せず。1週間前に咳がさらに悪化。胸部CTにて左下葉に浸潤影を認め, 抗生剤治療を行うも改善乏しく当院紹介受診。末梢血好酸球数4268/ μ L, 血清総IgE値1636 U/ml, アスペルギルス特異的IgE陽性, 胸部CTにて左下葉にHigh attenuation mucusを認めた。アレルギー性気管支肺アスペルギルス症の診断にてプレドニゾロン開始後, 気管支鏡目的に入院。左B9に粘液栓子認め, 細胞診にてY字状に発育する真菌を認めた。後日アスペルギルス沈降抗体陽性, 培養にて*Asp.fumigatus*が検出された。イトラコナゾール追加し, その後ステロイドを漸減した。ステロイド開始後より咳は改善し, 画像も改善を認め, 約3か月でステロイド, イトラコナゾールは終了とした。文献的考察を加えて報告する。

A-04

代表的な総合感冒薬であるPL顆粒による急性好酸球性肺炎の一例

はるひ呼吸器病院 呼吸器内科

○藤原 秀之, 小橋 保夫, 桜井 悠佳里, 直海 晃, 米田 有希子, 齊藤 雄二

症例は22歳女性。近医にて, 咳嗽のためPL顆粒を含む投薬をうけたものの, 高熱, 咳嗽の悪化が認められた。マイコプラズマ肺炎疑いとしてLVFX AZMが追加処方された後も改善せず, 当院に紹介受診。胸部X線上面側すりガラス状陰影, 胸部CT上面側斑状影を認めた。抗生物質に不応であり, 感染症以外の病態の可能性を考え, 気管支鏡検査を施行した。BALFでは, 好酸球の増加, 経気管支肺生検で炎症細胞浸潤と好酸球の浸潤を認め, 急性好酸球性肺炎と診断した。ステロイドパルスを行い, ステロイドを漸減し, 臨床症状・画像所見・生化学検査も軽快した。臨床経過より, 薬剤性の関与を疑い, リンパ球刺激試験でPL顆粒とAZMを提出し, PL顆粒が陽性であった。以上より, PL顆粒による急性好酸球性肺炎と診断した。代表的な総合感冒薬であるPL顆粒による急性好酸球性肺炎の一例を経験したため, 報告する。

A-05

非燃焼・加熱式タバコの関与が示唆された好酸球性肺炎の一例

名古屋市立大学病院 呼吸器・免疫アレルギー内科

○和田 千咲子, 田尻 智子, 大久保 仁嗣,
大貫 友博, 井上 芳次, 西山 裕乃, 武田 典久,
福光 研介, 金光 禎寛, 福田 悟史, 上村 剛大,
前野 健, 伊藤 稔, 新実 彰男

【症例】47歳女性。受診8ヶ月前に前医で喘息と診断され、吸入ステロイド薬/長時間作用性 β 2刺激薬配合剤で症状は改善した。27年間の喫煙歴を有し、4ヶ月前に燃焼式タバコを非燃焼・加熱式タバコに切替え、乾性咳嗽が出現した。抗喘息薬を強化したが咳嗽は改善せず、微熱も伴い、2週前に胸部写真で両側肺野のびまん性すりガラス影および浸潤影を認め、精査加療目的で当院を紹介受診した。末梢血・気管支肺胞洗浄液中の好酸球増多を認め、好酸球性肺炎と診断し、禁煙および経口ステロイド薬で速やかに改善した。

【結論】近年普及する非燃焼・加熱式タバコについては、健康被害のリスクが明らかでない。非燃焼・加熱式タバコによる好酸球性肺炎の既報は少なく、文献的考察を含めて報告する。

A-07

ジアフェニルスルホンが原因と考えられた薬剤性好酸球性肺炎の一例

¹磐田市立総合病院 呼吸器内科, ²浜松医科大学内科第二講座

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

症例は44歳、女性。既往に小児喘息あり。両下腿の紅斑が出現し、皮膚科でIgA血管炎が疑われ、ジアフェニルスルホンが開始された。約4週間後に発熱、咳嗽が出現したため当科を受診した。胸部CTでは両側胸膜側主体のすりガラス状陰影を認め、WBC 10100 / μ L, Eos 1323 / μ L, CRP 8.28 mg/dLと炎症所見、好酸球数の増加を認めた。経気管支肺生検 (TBLB) にて肺胞腔内、肺胞間質への好酸球浸潤を認め、好酸球性肺炎と診断した。入院後、ジアフェニルスルホンの中止のみで経過をみたところ、自覚症状、炎症所見、胸部画像所見はすみやかに改善し、末梢血Eosも低下したことからジアフェニルスルホンによる薬剤性好酸球性肺炎と診断した。本剤による好酸球性肺炎は報告が散見されることから、治療薬として投与する場合、呼吸器症状の出現の有無を注意深く観察する必要がある。

A-06

加熱式タバコにより好酸球性肺炎を発症した一例

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○板東 知宏, 伊東 友憲, 山野 泰彦, 松田 俊明,
横山 俊樹, 片岡 健介, 木村 智樹, 近藤 康博

症例は38歳男性。X-2年頃から咳嗽が持続した。倦怠感も伴いX年3月に前医受診し肺炎像指摘されるも抗菌薬不応の経過で、X年5月に紹介となった。好酸球 17.7 %と高値を認め、胸部CTでは両側上葉優位に小葉中心性のすりガラス陰影、広義間質肥厚を認めた。気管支肺胞洗浄では好酸球 21%と上昇を認め、経気管支鏡下クライオ生検では胞隔への好酸球浸潤を認め好酸球性肺炎の診断を得た。X-2年前から加熱式タバコを使用しており中止指導したところ、咳症状は残存するも血液検査・画像所見の改善を認めた。X年10月喫煙再開後に自覚症状・画像の悪化を認めたためPSL 30mg/日で開始したところ所見の改善を得た。禁煙を徹底させるとともに、PSLは減量しX+1年2月に中止可能となった。加熱式タバコが原因の好酸球性肺炎で、病理学的にも診断を得た貴重な症例であり文献的考察を加え報告する。

A-08

長期投与のメサラジンによる薬剤性肺障害の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, 藤浦 悠希, 加藤 早紀, 鈴木 嘉洋,
武田 直也, 吉田 憲生

症例は60歳、女性。X-30年3月に潰瘍性大腸炎と診断され、サラゾスルファピリジンが処方された。その後は症状に合わせて増減継続していたが、X-6年にメサラジンの内服に変更され以降内服を継続していた。X年8月に発熱、湿性咳嗽があり当院を受診。胸部XPで両肺浸潤影、CTで両肺に多発するConsolidationを認めた。抗菌薬治療に対して陰影の改善乏しく、9月12日に気管支鏡検査を行い、組織学的には確定診断には至らなかったが、器質化肺炎を疑いステロイド治療を開始した。その後速やかに陰影の改善を得て、徐々にステロイドを漸減終了するも、3度の寛解増悪を繰り返した。メサラジンによる薬剤性肺障害を疑い、DLST検査を提出すると陽性であり、メサラジンによる薬剤性肺障害と判断した。メサラジンを中止したところ陰影の悪化はなくステロイドを漸減できている。長期間メサラジンを服用後に発症した薬剤性肺障害の報告は少なく若干の文献的考察を加え報告する。

A-09

抗甲状腺薬によるANCA関連間質性肺炎と考えられた1例

¹三重大学医学部附属病院 呼吸器内科, ²三重大学 免疫学講座

○岡野 智仁¹, 鶴賀 龍樹¹, 齊木 晴子¹,
藤原 拓海¹, 浅山 健太郎¹, 高橋 佳紀¹,
都丸 敦史¹, 中原 博紀¹, 藤本 源¹, 小林 哲¹,
ガバザ エステバン²

【症例】60歳代, 女性, 非喫煙者【主訴】咳嗽【既往歴】なし【アレルギー】メルカゾールで肝障害【現病歴】甲状腺機能亢進症に対して約2年前からPropylthiouracil (PTU) 処方あり。2か月ほど前から咳嗽を自覚し近医受診され両側肺下葉優位のすりガラス影, 蜂巣肺, 牽引性気管支拡張を認め当院呼吸器内科へ紹介。精査の結果MPO-ANCA: 5.8 IU/ml, PR3-ANCA: 12.0 IU/mlと上昇を認めた。PTUによる薬剤性ANCA関連間質性肺炎を疑いPTU中止, ヨウ化カリウムに切り替えPSL, CyA導入したが画像所見の改善に乏しく在宅酸素療法も検討中である。【結語】抗甲状腺薬によるANCA陽転化が知られており, 本例のように間質性肺炎で発症することがある。

A-10

多剤併用療法が有効であった抗MDA5抗体陽性の間質性肺炎合併無筋症性皮膚筋炎の1例

¹国立病院機構三重中央医療センター 呼吸器内科, ²三重大学医学部附属病院 呼吸器内科

○西村 正¹, 岩中 宗一¹, 大岩 綾香¹,
坂倉 康正¹, 内藤 雅大¹, 井端 英憲¹,
大本 恭裕¹, 藤本 源², 小林 哲²

【症例】56歳女性。【現病歴】2017年11月上旬より咳嗽, 微熱で近医を受診し, 胸部画像で両側肺野にすりガラス影を認め, 精査目的に当院へ紹介となった。身体所見では両肘・膝に角化性の紅斑, 手指にGottron徴候, 手掌にmechanic's handを認めた。筋症状はなく, CPKは正常であった。抗MDA5抗体は150 index値と陽性であり, 臨床的無筋症性皮膚筋炎 (CADM) と診断した。診断後はステロイドパルス療法, 終了後はプレドニゾロン+タクロリムス+シクロホスファミド間歇静注の併用療法を施行し, 臨床症状, 画像所見, 血中フェリチン値は改善を認めた。外来にてシクロホスファミド間歇静注を5コース施行し, 抗MDA5抗体は陰性化した。【考察】間質性肺炎合併CADMは予後不良であるが, 早期にステロイドパルス療法と免疫抑制剤の併用療法を行うことが予後改善に大きく影響する。本例は画像所見, 皮膚科医師との連携により早期にCADMを診断し早期介入できた1例であった。

A-11

抗EJ抗体陽性の間質性肺疾患の一例

¹浜松労災病院 呼吸器内科, ²浜松医科大学 内科学第二講座

○岸本 亘¹, 幸田 敬悟¹, 野末 剛史¹,
豊嶋 幹生¹, 須田 隆文²

【症例】69歳男性。【現病歴】2018年より検診にて胸部X線が行われていたが, 特に指摘は無かった。2019年6月に胸部X線で両側下肺野網状影を指摘され7月に当科紹介, 胸部CTではnon-UIPパターンの所見を認め, 抗ARS抗体陽性で, 抗EJ抗体陽性と判明するも皮膚所見は認めなかった。外科的肺生検ではUIPパターンの所見を認め, 以上の結果からIPFと診断しビルフェニドンにて治療を開始した。【考察】抗EJ抗体陽性患者は皮膚筋炎症状を呈することが多く, 病理所見ではNSIPパターンが多い。臨床経過や病理所見を含め文献を交え報告する。

A-12

治療抵抗性の肺病変を合併した成人発症Still病の一例

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85才男性。肺気腫があり前医で在宅酸素療法が検討されていた。X年9月, 発熱と呼吸困難を主訴に当院受診した。咽頭痛, 咳, 低酸素血症, 眼周囲および四肢の皮疹, 肝機能障害を認め, 画像上縦隔と腋窩リンパ節腫大, 脾腫を認めた。入院後, 抗生剤点滴が不応で高熱が持続し, 皮疹の増悪, 多発関節痛の出現, 著明な高フェリチン血症を認め, 成人発症Still病と診断した。PSL 60mgが無効でありステロイドパルスを施行したが, 両側肺底部のすりガラス影, 浸潤影, 気管支血管周囲の濃度上昇が増悪し, 長期間の大量酸素投与を要した。ステロイドパルスの反復, シクロスポリン追加, トシリズマブ導入により病状が軽快しステロイド減量可能となったが, 肺病変は網状影, 線維化が残存した。

成人発症Still病では様々な肺病変が合併するとされており, 文献的考察を加え報告する。

A-13

急性発症したサルコイドーシスの1例

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

○森田 芽生子, 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57歳女性。X年12月上旬より咳嗽, X+1年1月2日より発熱を認めた。その後も症状が遷延するため, 9日に当科を受診した。胸部CTでは, 肺門縦隔リンパ節腫大及び両肺末梢優位にすりガラス影を認めた。気管支鏡検査を施行し, 急性の間質性肺炎としてプレドニゾン40mgを開始した。BALではCD4/8:2.2, リンパ球が35%と増加していた。TBLBでは多核巨細胞を含む小型の類上皮細胞肉芽腫が検出された。過敏性肺臓炎や抗酸菌感染症を疑う所見は認めず, サルコイドーシスの急性発症と考えられた。プレドニゾンを漸減し, 症状の再燃無く経過している。若干の文献的考察を加えて報告する。

A-14

原発性空洞形成を認めた肺サルコイドーシスの一例

浜松医科大学医学部附属病院 呼吸器内科

○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26歳, 男性。X年7月に空洞影, 粒状影, 多発結節影を指摘され, 近医を受診した。気管支鏡を含めた精査では診断に至らず, 経過観察されていた。転居のため, X年11月に当院を紹介受診した。胸部CTでは右上葉の空洞のみ増大していたため, 再び気管支鏡検査が行われた。空洞周囲および右下葉の生検検体の両方から非乾酪性類上皮細胞肉芽腫が認められた。細菌感染や真菌感染は明らかでなく, 他の所見と併せてサルコイドーシスの診断となった。サルコイドーシスによる原発性空洞形成に関する文献的考察を交えて報告する。

A-15

外科的生検で診断し得た単中心性キャスルマン病の1例

¹藤田医科大学 呼吸器内科学 I, ²藤田医科大学 呼吸器外科学

○廣地 真理子¹, 後藤 祐介¹, 榊原 洋介¹,
岡村 拓哉¹, 近藤 征史¹, 今泉 和良¹,
河合 宏², 松田 安史², 須田 隆², 星川 康²

症例は40歳女性。胆石発作で救急外来を受診した際に, 撮影したCTで縦隔腫瘍を指摘された。腫瘍は最大径79mmで, 気管分岐下から右肺門, 後縦隔に存在した。超音波気管支鏡下針生検およびCT下生検を行ったが, 異型のないリンパ球増殖のみでフローサイトメトリー(FCM)解析でもmonoclonalityは見られず診断には至らなかった。確定診断目的で行った胸腔鏡下腫瘍生検では, 小型リンパ濾胞の形成と胚中心の硝子化血管を同心円状に取り巻くマントル層(onionskinパターン)を認め, PETで他部位の集積がみられないことから単中心性硝子血管型キャスルマン病(CD)と診断した。切除は不能であり現在血液内科で経過観察中である。CDは希少疾患であるうえ, 症状を伴うことが少ないので発見が難しく, 基本的病態がリンパ節過形成であるので微少検体やFCM解析での診断が困難で縦隔腫瘍の鑑別診断では注意すべきである。

A-16

浸潤影を呈した多発血管炎性肉芽腫症(GPA)の1例

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

○児嶋 駿, 森田 芽生子, 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69歳, 男性。1週間前より発熱・関節痛が認められ, 近医で抗生剤投与を受けた。症状改善せず, 血痰・息切れが出現し当院を受診された。血液検査で炎症反応の上昇を認め, 胸部CTでは右上葉に限局性の浸潤影, 両肺に多発結節影が認められた。肺炎・敗血症性肺塞栓症を疑いSBT/ABPCを開始するも改善なく, 精査目的に気管支鏡検査を行った。右上葉より活動性の出血が認められたが, 呼吸状態悪化のため気管支肺胞洗浄は施行不能だった。その後PR3-ANCA 90.1IU/mLが判明し, GPAを疑ってステロイドパルス・シクロホスファミドパルスを開始した。肺野病変は改善したが腎障害が進行し, 腎生検を行い半月体形成性糸球体腎炎の所見が得られ, GPAの確定診断となった。既報によると浸潤影は肺胞出血, 器質性肺炎, 肺梗塞を示唆するとされているが, 本症例では気管支鏡所見と併せて肺胞出血と考えられた。文献的考察を加え, 報告する。

A-17

咯血を繰り返す妊婦の気管支動脈蔓状血管腫にBAEが奏功した1例

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

○尾針 甲祐, 森田 芽生子, 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25歳女性。妊娠30週の妊婦で妊娠経過は順調であった。X年1月、突然の咳嗽とともに50mL程度の咯血を認め、呼吸困難となり当院救急外来を受診。マスクで5L/minの酸素投与を要し、胸部CTでは右中下葉に浸潤影を認め、同日入院となった。造影CTでは右下葉に向かう2本の拡張・蛇行した気管支動脈を認め、蔓状血管腫と診断した。止血剤の点滴で加療を開始したが、連日50mL程度の咯血があり、その都度高濃度酸素投与が必要であったため保存的治療は困難と判断した。外科的な気管支動脈結紮術も考慮されたが、母体及び胎児のリスクを総合的に判断しBAEを施行した。2本の気管支動脈にコイル塞栓を施行し、血流の完全閉塞を確認した。翌日以降は血痰を少量認める程度で、呼吸状態および胸部陰影も改善した。退院後も再咯血なく経過している。貴重な症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-18

クライオ生検により診断したリンパ脈管筋腫症の1例

¹浜松医科大学 第二内科, ²浜松医科大学 病理診断科

○角田 智¹, 二橋 文哉¹, 鈴木 勇三¹, 策 愛子¹,
穂積 宏尚¹, 柄山 正人¹, 古橋 一樹¹,
榎本 紀之¹, 藤澤 朋幸¹, 中村 祐太郎¹,
乾 直輝¹, 須田 隆文¹, 津久井 宏恵², 馬場 聡²

症例は30歳代、非喫煙者の女性。1年半前からmMRC1の労作時呼吸困難を自覚していた。検診で異常影を指摘され、当院紹介となった。胸部HRCTで両側の多発肺嚢胞を認め、肺機能検査では%FEV1 62.0%, %DLCO 39.4%と高度の閉塞性換気障害が見られた。安静時の低酸素血症はないが、6分間歩行試験の最低SpO2は81%まで低下していた。嚢胞性肺疾患の鑑別のためクライオ生検を実施した。Fogartyカテーテルで出血リスクをコントロールし、気胸など検査に伴う合併症は認めなかった。病理組織像では、平滑筋類似の紡錘形細胞が嚢胞の周囲に巣状に増生している所見を認め、免疫染色でα-SMA, HMB-45, エストロゲン受容体, プロゲステロン受容体が陽性であった。結節性硬化症の合併はなく、孤発性のリンパ脈管筋腫症(LAM)と診断し、シロリムス内服による治療を開始した。LAMに対するクライオ生検の有用性、安全性に対する知見は乏しく、貴重な症例と考えらえたので報告する。

B-01

CTガイド下生検後に穿刺経路部播種を来した肺扁平上皮癌の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 呼吸器内科

○五藤 千奈, 松田 浩成, 増田 孝一, 上田 翔子, 宮下 洋佑, 岩神 直子, 原 宗央, 岩神 真一郎

症例は70歳男性。X年4月頃より咳嗽が持続するため、近医で胸部単純レントゲン写真を撮影したところ右肺尖部に空洞を有する腫瘤を指摘され、前医を紹介受診となった。気管支鏡検査では診断に至らず、同年6月にCTガイド下肺生検が行われ、他の検査結果と合わせ、肺扁平上皮癌 cT3N0M0stageIIBの診断となった。手術目的に当院を紹介となり、同年7月に右肺上葉切除+胸壁合併切除+リンパ節郭清が行われた。同年8月頃より右胸壁に圧痛を伴う腫瘤を触知するようになり、同部位より生検を行ったところ、扁平上皮癌であった。腫瘤性病変の部位とCTガイド下生検による穿刺経路が一致したことから、穿刺経路部の播種と診断した。同年10月より同部位に緩和照射を行った後、原発巣のTPSが30-40%であったことからX+1年1月より一次治療としてPembrolizumabを開始した。CTガイド下生検の穿刺経路部播種は注意を要する合併症であり、文献学的考察を加え報告する。

B-02

上大静脈ステントおよび気道ステント留置が有効であった肺腺癌の一例

¹JA愛知厚生連 海南病院 呼吸器内科, ²JA愛知厚生連 海南病院 放射線診療科○杉山 智美¹, 中尾 心人¹, 荒川 総介¹, 酒井 祐輔¹, 藤田 浩平¹, 佐藤 英文¹, 村松 秀樹¹, 亀井 誠二², 金原 佑樹², 山本 貴浩², 堀川 よしみ²

症例は71歳女性。労作時の息切れと臥位での咳嗽、顔面浮腫を主訴にX年9月当院を紹介受診した。胸部CTで右上葉肺癌の縦隔リンパ節転移による上大静脈症候群(SVCS)と気管狭窄が疑われ、気管支鏡下生検を行い入院した。SVCSに対し放射線照射を開始し、肺腺癌の診断後にCBDCA+PTXを併用した。漏出性の右胸水貯留を認め週1回の胸水排水を要した。治療開始1ヶ月後にSVCSと気管狭窄の改善を認めず、他院で気道ステント(Dumon Y-Stent)を留置した。その後DTXおよびPembrolizumabを投与したが、X+1年1月にSVCは完全閉塞となり顔面浮腫は残存し胸水排水も頻回に要した。大腿静脈アクセスではガイドワイヤーの通過は困難であったが、内頸静脈アクセスで通過に成功、大腿静脈からスネアカターテルを用いてワイヤーを捕捉しステントを留置した。翌日には顔面浮腫と右胸水の改善を認め、患者のQOL向上につながった。貴重な症例であり、文献的考察を加え報告する。

B-03

甲状腺転移をきたした浸潤性肺腺癌の一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

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

症例は62歳女性。20XX年9月ごろから咳嗽と喘鳴が出現し、近医で喘息と診断されブデソニド・ホルモテロールフマル酸の吸入を行うも症状は持続していた。咳嗽に加え黄色痰が出現し、20XX年11月に近医から肺炎の疑いで当院救急外来紹介受診となり、胸腹部CTで甲状腺腫大、頸部リンパ節腫大、両肺の広範囲の浸潤影、縦隔リンパ節腫大を認め、甲状腺悪性腫瘍、リンパ腫、肺癌、重複癌などが疑われ精査目的で入院した。頸部リンパ節に対して超音波内視鏡下穿刺吸引、右下葉でTBLB、甲状腺右葉の腫瘤性病変に対して超音波ガイド下生検を行った。後日、甲状腺の組織診は肺腺癌の甲状腺転移と判明し、浸潤性肺腺癌cTxN3M1b stage4Bの診断となった。20XX年12月から1次治療としてシスプラチン、ペメトレキセド、ペムプロリズマブを4コース投与し、部分奏功で経過している。肺腺癌の甲状腺転移は臨床的に稀であり、治療経過と併せて報告する。

B-04

Lambert-Eaton症候群による呼吸不全を呈した肺腺癌の一例

¹名古屋第一赤十字病院 呼吸器内科, ²名古屋第一赤十字病院 神経内科○後藤 希¹, 都島 悠佑¹, 中瀬 敦¹, 稲垣 雅康¹, 田中 麻里¹, 町井 春花¹, 横山 佑衣子¹, 高納 崇¹, 青山 大輔¹, 横山 俊彦¹, 野村 史郎¹, 高阪 勇輔², 渡邊 はづき²

症例は78歳女性。意識障害を主訴に救急搬送され2型呼吸不全のため挿管・人工呼吸器管理を開始した。高炭酸ガス血症改善後に意識障害は改善したが、自発呼吸は弱く下肢近位筋優位の四肢脱力、腱反射低下を認めた。神経内科にコンサルトし免疫介在性の末梢神経障害が疑われ免疫グロブリン静注(IVIG)療法を施行した。IVIG療法開始後より神経所見は徐々に改善し、第14病日に呼吸管理から離脱した。高頻度反復刺激試験でwaxingを認めLambert-Eaton症候群が疑われ、悪性腫瘍精査のため施行したCT検査で右下葉に結節影を認めた。気管支鏡検査施行し肺腺癌cT1cN0M0 StageIA3の診断で右下葉切除術を施行し、術後は自立歩行が可能なまでに筋力の回復を認め現在まで再燃なく経過している。後日抗P/Q型VGCC抗体陽性が判明した。Lambert-Eaton症候群は傍腫瘍症候群の1つであり、悪性腫瘍合併例の多数は肺小細胞癌である。肺腺癌の合併は稀であり文献的考察を加えて報告する。

B-05

閉塞性肺炎を契機に診断した肺粘表皮癌の一例

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○野口 陽一朗¹, 萩本 聡, 伊東 友憲, 山野 泰彦,
松田 俊明, 横山 俊樹, 片岡 健介, 木村 智樹,
近藤 康博

症例は50歳男性。3日前からの湿性咳嗽に呼吸困難も伴い当院受診した。炎症反応高値、左胸部CTにて左底幹に隆起性病変及び左下葉に浸潤影を認めた。閉塞性肺炎の診断で入院抗菌薬加療を開始した。翌日施行した気管支鏡検査では、左底幹入口部に突出する隆起性病変を認め経気管支生検施行したが悪性所見は得られなかった。抗菌薬継続の上第8病日にEBUS-TBNA施行したところ粘表皮癌の診断を得た。遠隔転移は認めず、抗菌薬治療後待機的に左下葉切除及びリンパ節郭清術を実施し、粘表皮癌p-T1cN0M0 stage 1A3の診断を得た。術後も再発なく経過観察中である。本症例は肺粘表皮癌という希な疾患の一例であり、若干の文献的考察も加え報告する。

B-07

EGFR exon20挿入変異陽性の原発性肺腺癌に対してosimertinibが有効であった1例。

¹静岡済生会総合病院 呼吸器内科, ²静岡赤十字病院 呼吸器内科○中村 匠吾¹, 草ヶ谷 英樹¹, 森 利枝¹,
田熊 翔^{1,2}, 大山 吉幸¹, 池田 政輝¹

症例は64歳、女性。検診で胸部異常陰影を指摘され当科を紹介受診した。胸部CTでは、右上葉に最大径約60mmの辺縁不整な腫瘤影と両側肺野に多発する小結節影を認め、右胸水貯留も伴っていた。精査の結果、右上葉原発性肺腺癌 (cT3N3M1c stageIVB), EGFR exon20挿入変異陽性と診断した。治療方針について患者本人の希望も踏まえ十分に検討した上で、初回治療としてosimertinibを選択した。治療開始2ヶ月時点で原発巣と転移巣の縮小ならびに胸水の減少が認められ、PR相当の治療効果が得られている。EGFR exon20挿入変異陽性例に対する第1, 2世代EGFR-TKIの投与は推奨されていないが、第3世代EGFR-TKIであるosimertinibの有効性については定まっていない。文献的考察を加え報告する。

B-06

ステロイド併用下にOsimertinib再投与が可能であった薬剤性好酸球性肺炎の一例

¹トヨタ記念病院 統合診療科, ²トヨタ記念病院 呼吸器内科, ³トヨタ記念病院 内科○内田 岬希¹, 木村 元宏², 高仲 舞³,
佐藤 圭樹², 近藤 友喜², 野田 和司²,
杉野 安輝³

【症例】61歳、女性【主訴】発熱【既往歴】EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌cT1cN3M1c, cStage4B(1st line Osimertinib 80mgを9ヶ月間投与しPR)【現病歴】発熱・呼吸困難感を主訴に当院呼吸器内科受診。血液検査で好酸球3417/ μ L, 胸部CTで非区域性両側浸潤影を認め、薬剤性肺障害が疑われOsimertinib中止の上、入院となった。【経過】気管支肺泡洗浄を施行し好酸球分画33%と上昇を認め、薬剤性好酸球性肺炎と診断した。プレドニゾロン(PSL)0.5mg/kg/dayを開始し、速やかに臨床的な改善が得られ退院となった。第17病日よりOsimertinib 80mgを再開しPSL併用下に6ヶ月継続している。【考察】Osimertinibによる薬剤性好酸球性肺炎の報告は1例のみで再投与の記載はなかった。薬剤性肺障害後のOsimertinib再投与は7例報告されており、6例でステロイドが併用され、いずれも薬剤性肺障害の再発は認めていない。本症例は希少性が高いと考えられたため報告する。

B-08

悪性胸水を伴うEGFR遺伝子変異陽性肺癌に対しEGFR-TKI・抗VEGF抗体併用療法が奏功した2例

¹藤田医科大学 呼吸器内科学I, ²藤田医科大学 岡崎医療センター○伊奈 拓摩¹, 渡邊 俊和¹, 榊原 洋介¹,
岡村 拓哉¹, 三重野 ゆうき¹, 魚津 桜子¹,
後藤 康洋¹, 磯谷 澄都¹, 近藤 征史¹,
今泉 和良¹, 後藤 祐介², 森川 紗也子²,
林 正道²

Erlotinib (ERL)とbevacizumab (BEV)の併用はERL単剤に比較しEGFR遺伝子変異肺癌の無増悪生存期間を延長し、BEVは悪性胸水制御効果の報告がある。EGFR-TKIの使用早期に胸水貯留で悪化した症例にERL+BEVを用いた症例を報告する。症例1は63歳女性、肺腺癌EGFR L858R変異。右上葉切除術後1年で脳転移PDとなり、ERLが開始されたが5ヶ月後にCEA上昇と癌性胸水が出現。胸水以外の悪化がなくBEVを併用したところ胸水減少、CEA低下。ERL開始後24ヶ月現在、無増悪生存中。症例2は47歳男性、肺腺癌 cT1bN0M1a(PL), EGFR19del変異。胸膜癒着後、osimertinibを開始したが1ヶ月で胸水再貯留。ERL+BEVに変更すると胸水は減少し治療開始後10ヶ月現在無増悪生存中。胸水合併EGFR変異陽性肺腺癌に対してEGFR-TKIと抗VEGF抗体併用療法は治療オプションの1つとなり得る。

B-09

当院の肺癌患者におけるオンコマイン Dx Target Test マルチ CDxシステムの現状

松阪市民病院 呼吸器センター

○西井 洋一, 川口 瑛久, 中村 祐基, 鈴木 勇太,
坂口 直, 伊藤 健太郎, 藤原 研太郎,
樽川 智人, 田口 修, 畑地 治

NGS検査が昨年より承認され当院ではオンコマイン Dx Target Test マルチ CDxシステムを導入している。同検査は多くの検体量が必要であると言われているが、報告が少なく不明な点も多い。2019年8月より11月の間で気管支鏡57例、胸腔鏡4例、EBUS-TBNA3例の64症例につき検体提出の成功率につきレトロスペクティブに検討した。胸水貯留症例は胸腔鏡を行い肺野のアプローチが困難と考えられた症例はEBUS-TBNAを行った。気管支鏡は57例、6例直視下生検、51例はEBUS-GSで5片生検後、病巣に可能な限りよせて1.9mm通常鉗子で5片追加生検を基本とした。全体では成功率は50/64=78.1%、気管支鏡は78.9%、胸腔鏡は75.0%、EBUS-TBNAは66.7%であった。直視下生検では83.3%、1例組織量不足、1.5mm鉗子のみの症例であった。肺野結節影は26mm(中央値)、末梢病変が39例(76.5%)で全例VBN、X線透視下に行い78.4%の成功率であった。

B-10

オシメルチニブ投与中に肺障害をきたし、エルロチニブに薬剤変更し、治療行った肺腺癌の一例

松阪市民病院 呼吸器内科

○鈴木 勇太

症例は86歳女性。精査の結果、肺腺癌cT3N1M0 stageIIIA【Ex19deletion Ex21:L858R(-)BRAF(-)ALK(-)ROS1(-)PD-L1(22C3)90%以上】であった。PSは比較的良好であったが、高齢であり、手術及び放射線化学療法は耐容能ないものと判断し、EGFR-TKIでの加療となり、201x/xにオシメルチニブ導入となったが、201x/x+2に咳嗽を主訴に予定外受診され、CTCAE ver5.0 Grade2の息切れとGrade2の肺臓炎を認め、精査の結果、オシメルチニブによる薬剤性肺障害と診断し、同日よりステロイドパルス療法開始となった。その後、肺臓炎は改善し、オシメルチニブ中止後1.5ヶ月後よりエルロチニブを減量(100mg)し開始した。現在目立った有害事象はなく、良好な効果を認め継続投与中である。当院におけるその他の自験例の検証を含め、文献的考察を踏まえ報告する。

B-11

Pembrolizumab投与中に類天疱瘡を発症した肺腺癌の一例

¹三重県立総合医療センター 呼吸器内科, ²三重大学医学部附属病院 呼吸器内科, ³紀南病院 呼吸器内科

○伊藤 稔之¹, 三木 寛登¹, 後藤 広樹¹,
鶴賀 龍樹², 増田 考祐³, 児玉 秀治¹,
寺島 俊和¹, 藤原 篤司¹, 吉田 正道¹

症例は71歳男性。糖尿病等にて近医定期通院中であったが、検診にて胸部異常陰影を指摘され当科紹介受診、精査の結果肺腺癌cT3N1M1a stageIVA(PLU)と診断した。ドライバー遺伝子陰性、PD-L1 TPS65%発現よりPembrolizumabを開始した。7コース終了時点で腫瘍縮小効果を認めたが、類天疱瘡を発症した。ステロイド治療により類天疱瘡は軽快した。休薬を挟んだ後に細胞障害性抗癌剤による治療を考えたが、Pembrolizumab再投与を患者が強く希望したため、ステロイド併用下に再投与を行った。しかしながら、再投与1コース目で前回よりも重篤な類天疱瘡の出現を認めPembrolizumabによる治療は中止した。

ICIにより類天疱瘡を発症した症例では再投与を控えたほうが望ましく、若干の文献的考察を加え報告する。

B-12

Pembrolizumab投与後に発症した多発十二指腸潰瘍の1例

¹静岡県立総合病院 呼吸器内科, ²静岡県立総合病院 消化器内科, ³静岡県立総合病院 病理診断科

○渥美 爽太郎¹, 中安 弘征¹, 田村 可葉美¹,
増田 寿寛¹, 高橋 進悟¹, 田中 悠子¹,
渡邊 裕文¹, 岸本 祐太郎¹, 大石 享平¹,
三枝 実香¹, 赤松 泰介¹, 山本 輝人¹,
森田 悟¹, 朝田 和博¹, 白井 敏博¹,
遠藤 伸也², 村松 彩³, 鈴木 誠³

症例は70歳男性。X-1年11月に左上葉肺腺癌 stageIIIC PD-L1 TPS 10%と診断し、CDDP/PEM/Pembrolizumabを開始した。1コース目のday11から食思不振と心窩部痛が出現した。Hb 6.0mg/dlの貧血、腹部造影CT検査で十二指腸球部から水平脚までの浮腫性壁肥厚、さらに上部内視鏡検査で球部から下行脚まで多発潰瘍を確認した。浮腫状に肥厚した粘膜の生検を行ったところ中等度の炎症細胞の浸潤を認めた。皮疹の出現はなかったが、凝固XIII因子の低下と内視鏡所見よりIgA血管炎を疑いプレドニゾン 60mgを開始した。治療開始後、腹痛や潰瘍は速やかに改善した。1コース目の効果は良好であったため、潰瘍改善後にCDDP/PEMを再開しているが、原発巣の縮小を維持している。同時にプレドニゾンを漸減しているが潰瘍の再燃なく経過している。本症例ではpembrolizumabによりIgA血管炎様の病態が引き起こされた可能性が示唆された。

B-13

当院における抗PD-1抗体投与後にACTH単独欠損症を発症した肺癌症例の検討

大同病院 呼吸器内科

○平田 雄也, 沓名 健雄, 天草 勇輝, 榊原 一平, 岡田 暁人, 石原 明典, 西尾 昌之, 吉川 公章

【目的】

抗PD-1抗体を投与した際の副作用で副腎皮質機能低下症が知られている。発症頻度は約0.8%という報告もある。当院における肺癌に対して抗PD-1抗体を投与し副腎皮質機能低下症を発症した症例の臨床的特徴を検討した。

【対象と方法】

2016年2月から2019年1月までの間に当院で抗PD-1抗体を投与した肺癌患者94例（ニボルマブ37人、ペムブロリズマブ57人）のうち、副腎皮質機能低下症を発症した4例の臨床的特徴を比較した。

【結果】

4例ともACTH単独欠損症による2次性の副腎皮質機能低下症だった。発症率は約4.3%（ニボルマブ5.4%、ペムブロリズマブ3.5%）。4例とも自覚症状で食欲不振があり、血液検査異常で低Na血症がみられた。

【結論】

肺癌に対して抗PD-1抗体を使用する頻度が増えてきており、副作用のACTH単独欠損症を経験する機会も増えてくると思われる。ACTH単独欠損症は非特異的な症状で発症することが多く、常に念頭において臨床に取り組むべきである。

B-14

Pembrolizumab投与によるACTH単独欠損症を来した肺扁平上皮癌の1例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○一條 甲子郎, 森川 圭亮, 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60歳、男性。X年6月、右頸部リンパ節腫脹を認めた。リンパ節生検にて、扁平上皮癌と診断した。精査の結果、縦隔型肺扁平上皮癌(cT2aN3M1c stage4B(LYM,HEP,BRA))と診断した。X年7月よりCBDCA + nab-PTX+Pembrolizumabを開始した。2コース後のCTで原発巣は縮小し、RECIST上PRであった。4コース投与後に全身倦怠感があり、当科外来を受診した。血清コルチゾール値、血清ACTH値の低下があり、ACTH迅速負荷試験にて反応性の低下を認め、続発性副腎機能低下症と診断した。他の下垂体ホルモン値の低下はなかった。画像所見から、副腎転移や下垂体腫瘍はなく、薬剤性と考えられた。他薬剤では報告がなく、PembrolizumabによるACTH単独欠損症と診断した。ヒドロコルチゾンを補充し全身倦怠感の改善を認めた。4コース後の評価はSDであり、ヒドロコルチゾンを補充しつつ、Pembrolizumabでの維持療法を継続している。

B-15

Pembrolizumabによる薬剤性髄膜炎と診断した1例

一宮市立市民病院 呼吸器内科

○山田 千晶, 清水 隆宏, 麻生 裕紀, 福島 曜, 安藤 啓, 後藤 洋輔, 寺島 常郎

症例は72歳女性。201X-2年10月肺扁平上皮癌と診断(cT1cN1M1b/stage4A) 化学療法後の2次治療として、201X-1年4月よりPembrolizumabを開始した。201X-1年7月甲状腺機能異常出現、ir-AE疑いで甲状腺ホルモン補充開始、201X年1月までに計13コース投与した。201X年2月体調不良訴え受診、38度の高熱とfocus不明の炎症反応高度上昇認め入院対応とした。入院後、経時的に急激に意識状態悪化。全身強直性痙攣発作認め呼吸状態も不安定となり、挿管、人工呼吸器管理に移行した。中枢神経系炎症示唆する髄液所見認めたが頭部MRI異常なし、諸検査から感染性・癌性髄膜炎疑う所見乏しく、Pembrolizumabによる薬剤性髄膜炎と診断、ステロイドパルス治療を開始。治療後、意識レベル改善認めステロイド効果と判断、救命することができた。Pembrolizumabによる薬剤性髄膜炎の報告例は少ないが、免疫療法施行患者の原因不明髄膜炎の鑑別としてir-AEも重要であると考えられた。

B-16

ペムブロリズマブ治療中にフォークト-小柳-原田病を発症した非小細胞肺癌の1例

¹安城更生病院 教育研修・臨床研究支援センター、²安城更生病院 呼吸器内科、³安城更生病院 眼科

○尾崎 遥¹, 高橋 孝輔², 青山 大洋³, 太田 祥子², 橋本 賢彦², 奥村 暢将², 近藤 春香², 深津 明日樹², 原 徹²

59歳、男性。咳嗽と右胸背部痛を主訴に受診し、右肺門部の腫瘍を認め、非小細胞肺癌(腺癌)cT4N3M1cと診断した。EGFR, ALK, ROS1はいずれも陰性で、PD-L1 TPS $\geq$ 75%であった。カルボプラチン、ペメトレキセド、ペムブロリズマブによる一次治療を開始し腫瘍は著明に縮小した。3サイクル終了後に霧視が出現し、4サイクル目投与後から霧視の増悪と変視が出現した。右視力低下と漿液性網膜剥離、蛍光眼底造影で同部の蛍光漏出を認めた。耳鳴、聴力低下はなかったが、髄液細胞数の増加が確認され、不全型フォークト-小柳-原田病と診断した。ステロイドパルス療法とその後のステロイド投与により、視力の回復と網膜剥離所見の消失が得られた。免疫チェックポイント阻害薬のirAEには本症のような眼病変もありうる。免疫療法中に眼症状が出現した場合には、irAEの可能性も視野に入れた対応が必要と考えられた。

B-17

Atezolizumab投与により間質性腎炎を発症した1例

¹名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科, ²名古屋大学医学部附属病院 腎臓内科

○石井 あずさ¹, 田中 一大¹, 松井 利憲¹,
田中 章仁², 若原 恵子¹, 橋本 直純¹

症例は66歳, 男性。腎障害の既往はない。肺扁平上皮癌の術後再発に対しNivolumabを含む化学療法が5次治療まで行われた。6次治療としてAtezolizumabを開始した。初回投与15日目にAtezolizumabによる劇症1型糖尿病を発症し, Atezolizumabを中止した。肺癌治療効果は最良効果SDで, 一部縮小を認めた。Atezolizumab再開の検討をしていた経過で初回投与35日目に血清クレアチニン値(Cr)が前回採血の1.09mg/dLから1.87mg/dLまで上昇し, さらに20日後には2.11mg/dLまで悪化を認めた。原因精査で腎生検を施行し, 光学顕微鏡で急性尿細管間質性腎炎(AIN)を認めた。臨床経過と合わせてAtezolizumabによる間質性腎炎の診断となった。薬剤の中止のみで腎機能は改善傾向であり, 経過観察となっている。Atezolizumab使用中にAINによる急性腎障害をきたした1例を経験した。腎生検組織を検討することができた症例であり, 稀有な症例と考え報告する。

B-18

非小細胞肺癌に対してAtezolizumab投与後に血小板減少を来した2症例

小牧市民病院 呼吸器内科

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

【症例1】81歳, 男性, 肺腺癌。3次治療としてAtezolizumab単剤の投与を開始。投与前の血小板は19.4万/ μ l, 2コース目投与22日後の採血で4.5万/ μ lと急激な血小板の減少を認め, 3コース目の投与を中止。その後さらに血小板減少を認めた為, 免疫性血小板減少症と診断。PSL30mgにて治療を開始, その後は血小板の回復を認めた。

【症例2】80歳, 男性, 肺扁平上皮癌。2次治療としてAtezolizumab単剤の投与を開始。投与前の血小板は21.0万/ μ l, 初回投与22日後の採血にて0.6万/ μ lと急激な血小板減少を認めた為, 免疫性血小板減少症と診断。PSL30mgにて治療を開始, その後は血小板の回復を認めた。

Atezolizumabの市販後調査における免疫性血小板減少症の報告は2140例中2例と稀な有害事象である為, 若干の文献的考察を加え報告する。

B-19

非小細胞肺癌に対してNivolumabを使用後に気管支喘息を発症した一例

藤田医科大学 医学部 呼吸器内科学II講座

○加藤 研一, 加藤 圭介, 大野 齊毅, 鬼頭 雄亮,
加藤 理恵子, 坪井 亜里紗, 横井 達佳,
堀口 紘輝, 吉田 隆純, 瀧田 好一郎,
廣瀬 正裕, 近藤 りえ子, 堀口 高彦

症例は76歳女性。201X年に4期肺腺癌(cT4N0M1aPUL)と診断し化学療法を行った。CBDCA+PEM+Bev4コースを実施したが骨髄抑制が出現したため1次治療は終了した。2次治療はERLを実施し, 2か月程度で体調不良にて化学療法を終了した。化学療法中止後の1年後にAtezolizumabが使用可能となり, 患者と相談し導入を行った。Atezolizumab13コースを行いPDの判断で終了した。4次治療としてDTXを3コース行うもPDの判断で治療終了し, 5次治療でNivolumabを開始した。1コース投与後に末梢血好酸球増多を認めたが, 呼吸症状は変わらなかった。5コース後に体力低下あり, 終了とした。2か月後に咳嗽, 喘鳴, FeNO204 ppbと高値を認め, 気管支喘息発作と診断した。ステロイド点滴, ICS/LABA吸入を行うも, 喘息症状の改善を得られなかった。Benralizumabを投与したところ速やかに好酸球増多と呼吸症状は改善した。Nivolumabを使用後に気管支喘息を発症した一例を報告する。

B-20

インフルエンザワクチン投与直後に肺障害を発症したペムプロリズマブ療法中の肺癌の1例

社会医療法人宏潤会 大同病院 呼吸器内科

○天草 勇輝, 沓名 健雄, 榊原 一平, 平田 雄也,
石原 明典, 西尾 昌之, 吉川 公章

【症例】55歳, 女性。【現病歴】X-1年4月に右下葉肺腺癌cT4N3M1c[LYM] stageIVBと診断。EGFR遺伝子変異陰性, PD-L1 TPS 95%以上であり, CBDCA+PEM+BV療法6コース, PEM+BV維持療法を6コース施行したがPDとなり, X年1月よりペムプロリズマブ療法を開始, CRを得ておりX年10月末に14コース目を投与した。その10日後にインフルエンザワクチンを接種し, 数時間後より労作時呼吸困難を自覚, 翌週発熱し当院を受診。胸部単純CTで多発する間質性陰影を認め, ステロイドパルス療法を施行し胸部陰影と呼吸状態は改善した。【考察】ペムプロリズマブを含む免疫療法において, インフルエンザワクチン接種による免疫関連有害事象(irAE)増加について考察した論文は少なく, irAE増加を示唆する報告も認められる。今後接種の是非についてさらなる研究が必要と考えられた。

C-01

アレルギー性気管支肺アスペルギルスと鑑別を要した気管支アスペルギルス症の1例

¹磐田市立総合病院 呼吸器内科, ²浜松医科大学 内科学第二講座

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

症例は71歳, 男性。生来健康。健康診断で右下肺野結節影を指摘, 胸部CT検査で右中葉に気管支内腔を充填する粘液栓を疑う構造物を認め, 当科に紹介となった。画像上はアレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)などが疑われたが, 血液検査では血中好酸球数, 血清IgE値, 真菌に対するIgE-RAST, アスペルギルス抗原などはいずれも正常値であった。気管支鏡検査では右B4気管支内腔に粘液栓を認め, 気管支鏡検体の培養では*A.fumigatus*が検出された。TBLBの組織所見ではアスペルギルスを疑う糸状菌と好中球浸潤を認め, 粘膜生検でも好酸球浸潤は認めず好中球浸潤を認めた。以上よりABPAの診断基準は満たさず, 気管支アスペルギルス症と診断した。抗真菌剤内服による治療を開始し陰影の改善を認めた。胸部CT上粘液栓を疑う所見を認めた場合には気管支肺アスペルギルス症の可能性も念頭に置く必要があると考えられた。

C-02

関節リウマチ患者に発症した侵襲性肺アスペルギルス症の一例

¹紀南病院 内科, ²三重県立総合医療センター 呼吸器内科, ³三重大学医学部附属病院 呼吸器内科

○増田 考祐¹, 三木 寛登², 後藤 広樹²,
伊藤 稔之², 鶴賀 龍樹³, 児玉 秀治²,
寺島 俊和², 藤原 篤司², 吉田 正道²

関節リウマチで免疫抑制剤内服中の60歳男性。発熱と呼吸困難を主訴に前医を受診し, 胸部Xpで肺炎を指摘され, 精査加療目的に当科紹介受診。来院時の胸部CTでは小葉中心性の粒状影と気道区域性の浸潤影を認め, 気管支肺炎として入院での抗菌薬加療を開始。治療開始後も呼吸状態の改善はなく, 入院6日目の胸部画像再評価で多発性の空洞性病変を認め, 急性壊死性肺炎を疑い広域抗菌薬と抗真菌薬を追加。後日結果報告された追加検査では, β -D-グルカン高値, アスペルギルス抗原陽性, 喀痰から*A.fumigatus*の発育を認めた。確定診断目的に施行した経気管支生検では真菌の証明には至らずも, 気管支洗浄液からは同様に*A.fumigatus*の発育を認めたことから侵襲性肺アスペルギルス症と診断。以後, 抗真菌薬継続で呼吸状態の安定を確認し, 入院38日目に軽快退院となった。早期に疑い治療できた侵襲性肺アスペルギルス症の一例を経験したので文献的考察を含め報告する。

C-03

巨大空洞を呈した肺アスペルギルス症の一例

JA愛知厚生連 江南厚生病院 呼吸器内科

○西村 直人, 宮沢 亜矢子, 井浪 榛香,
南谷 有香, 伊藤 克樹, 林 信行, 日比野 佳孝,
山田 祥之

症例は68歳女性。20XX-3年に左下葉肺癌に対して, 左下葉切除を施行された。20XX年7月に咳嗽が出現したため, 近医を受診し, STFXにて加療が開始されたが, 咳嗽が持続するため, 当科を受診された。受診時の胸部単純X線写真にて, 左上肺野に巨大な空洞性病変, 及び, 内部に菌球を認め, 精査加療目的に入院となった。喀痰培養にて, *Aspergillus nigar*を検出, 血清アスペルギルス沈降抗体が陽性となり, 肺アスペルギルス症と診断した。VRCZにて加療を開始したが, 空洞性病変内部の液体貯留が増悪したため, MCFGを追加併用したところ, 速やかに陰影の改善を認めたため, 第23病日に退院となった。肺アスペルギルス症は, 治療に難渋する症例が少なくないが, 本症例は抗真菌薬の併用により治療効果が得られた貴重な一例である。若干の文献的考察を加えて報告する。

C-04

器質化肺炎様の画像所見を呈した肺クリプトコッカス症の一例

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

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

症例は43歳男性。X-1年11月に横行結腸癌術後の定期評価のCTにて左下葉に不整形結節を認めた。X年2月に施行したfollow-upの胸部CTにて左下葉の陰影は増強し, 浸潤影を呈したため当科紹介となった。また, 当科受診2週間前より咳嗽を認めるようになった。胸部陰影より器質化肺炎を考慮し, 背景疾患の精査のため各種採血施行したところ, クリプトコッカス・ネオフォルマン抗原が256倍と陽性であった。確定診断目的に左B8よりクライオ肺生検を施行したところ, 肺泡領域には多核巨細胞を伴う肉芽腫及びグロコット染色陽性のクリプトコッカスの菌体を多数認めた。肺クリプトコッカス症と診断し, フルコナゾールによる内服治療を開始した。器質化肺炎様のCT所見を呈したクリプトコッカス症に関して文献的考察も加え報告する。

C-05

鋳型様物質からアスペルギルスが培養されたびまん性肺炎患の一例

松阪市民病院 呼吸器センター内科

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

症例は78歳女性。微熱と呼吸困難が遷延悪化し、抗生剤に不応の両側びまん性の散在するすりガラス陰影に対する精査加療目的で当院紹介された。CTでは肺内層に優位の小葉で区画されるすりガラス陰影であった。右B5bよりBALを施行し回収率は60%、淡黄色透明の回収液でCD4/CD8=2.1であった。F3・F4分画に白色棒状の鋳型物質が多数浮遊していた。経過と画像から特発性器質性肺炎と診断しステロイド治療を行い症状、画像とも速やかに改善した。鋳型物質の培養で*Aspergillus niger*が同定されたが、すりガラス陰影改善後CTでは明らかな気管支拡張はなくアスペルギルス特異的IgEの上昇も見られなかった。現在ステロイドを減量し経過観察中である。肺アスペルギルスはアレルギーから侵襲性感染まで種々の病態を取り得るが本例もこれに類するものと考えられた。若干の文献的考察を含め報告する。

C-07

悪性黒色腫に対する免疫チェックポイント阻害薬長期治療中に発症したニューモシスチス肺炎の1例

¹名古屋市立大学病院 呼吸器・アレルギー内科, ²名古屋市立大学病院 皮膚科

○大貫 友博¹, 上村 剛大¹, 井上 芳次¹,
西山 裕乃¹, 武田 典久¹, 福光 研介¹,
福田 悟史¹, 田尻 智子¹, 大久保 仁嗣¹,
前野 健¹, 伊藤 穰¹, 新実 彰男¹, 加藤 裕史²

症例は67歳男性。X年に左踵悪性黒色腫の手術後、X+1年に腹部リンパ節転移で再発し、pembrolizumab, ipilimumab, nivolumabの単剤および併用治療を約32か月継続していた。X+3年に発熱、食思不振が出現し、当院へ入院となった。胸部単純CT検査で両肺のびまん性すりガラス状病変を認めた。血液検査でβ-Dグルカンの上昇を認め、気管支肺胞洗浄液のPCR検査でPneumocystis jiroveciiが陽性であり、ニューモシスチス肺炎(PCP)と診断、スルファメソキサゾール/トリメトプリムで治療を行い軽快した。免疫チェックポイント阻害薬投与中の肺炎の鑑別として、第一には薬剤性肺炎が重要であるが、PCPも念頭に置く必要があると考えられた。

C-06

非典型的な画像所見を呈するAIDS関連ニューモシスチス肺炎の1例

名古屋第二赤十字病院 呼吸器内科

○鈴木 博貴, 若山 尚士, 山川 英夫, 平松 佑斗,
柴田 寛史, 早川 美帆, 松田 浩子, 村田 直彦,
小笠原 智彦, 鈴木 雅之

症例は32歳女性、201X年7月に吸気時の呼吸困難を自覚。非定型肺炎として治療された。その後自覚症状や画像所見が改善経過となり、通院は一旦終了。しかし、同年9月末からの労作時呼吸困難を主訴に10月に再度当院を受診。来院時呼吸不全を認め、胸部CTにて中葉、両側下葉にすりガラス影の混在した浸潤影を認め入院となった。若年で基礎疾患のない患者が短期間に肺炎を繰り返すことから、AIDS関連の可能性も考慮し精査。結果、β-Dグルカン高値(484.3pg/mL)、BALF中ニューモシスチスDNA-PCRが陽性と分かり、後にHIV抗体陽性が判明。AIDS関連のニューモシスチス肺炎(PCP)としてプレドニゾロン80mg/日およびST合剤9錠/日の治療を開始し、自覚症状、陰影の改善を得た。

非典型的な画像所見を呈するAIDS関連PCPの1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

C-08

糖尿病教育入院中に発症したニューモシスチス肺炎の1例

JA愛知厚生連 江南厚生病院 呼吸器内科

○井浪 榛香, 伊藤 克樹, 西村 直人, 南谷 有香,
宮沢 亜矢子, 林 信行, 日比野 佳孝, 山田 祥之

症例は68歳女性。20XX-8年から2型糖尿病にて近医通院中だった。20XX年に入り運動量低下にて血糖コントロール悪化し、当院内分泌内科紹介、教育入院となった。入院当日から強化インスリン療法を開始するも高血糖が改善せず、インスリンを漸増した。第5病日に38℃台の発熱、炎症反応の上昇を認め、胸部CTでは両側びまん性のすりガラス影を認めたため抗生剤を開始した。しかし第11病日に急速な低酸素血症を来とし、当院呼吸器内科へコンサルト、ICUにて全身管理となった。血液検査ではβ-Dグルカン、KL6の異常高値を認め、気管支肺胞洗浄にてP. jirovecii PCR陽性が判明しPCPと診断、ステロイド、ST合剤を開始し徐々に全身状態は改善した。ACTH・コルチゾールの日内変動やデキサメタゾン抑制試験からはクッシング症候群は否定的であった。PCPはAIDSや薬物が原因の免疫抑制患者に発症する疾患であるが糖尿病患者に発症する報告は少ない。文献的報告を加えて報告する。

C-09

カナキヌマブ投与中に発症した肺炎球菌性肺炎

¹藤田医科大学 呼吸器内科学 I, ²藤田医科大学 岡崎医療センター

○外山 陽子¹, 堀口 智也¹, 加古 寿志¹,
榊原 洋介¹, 岡村 拓哉¹, 近藤 征史¹,
今泉 和良¹, 後藤 祐介², 森川 紗也子²,
林 正道²

症例は34歳女性。クリオピリン関連周期熱症候群(CAPS)のため10か月前よりカナキヌマブ(抗ヒトIL-1 β モノクローナル抗体)で治療中であった。インフルエンザA型罹患後に持続する発熱を主訴に当院を受診し、尿中肺炎球菌抗原陽性の肺炎で入院した。胸部CTでは右上下葉に気管支透亮像を伴う浸潤影と両肺野に区域性に散在するすりガラス影を認めた。CT画像や血液検査では著明な炎症所見を認めたが、発熱以外の症状は軽微であった。抗菌薬治療で症状や画像所見は軽快し第13病日に退院した。CAPSはNLRP3遺伝子異常によりIL-1 β の過剰産生をきたす遺伝性自己炎症症候群であり、カナキヌマブが有効とされている。本症例ではカナキヌマブによるIL-1 β の活性低下が肺炎発症と自覚症状の軽減に関連した可能性が考慮された。抗IL-6受容体抗体の使用では感染症状が軽減されやすい事が知られており、抗IL-1 β 抗体のカナキヌマブでも同様の所見が見られる可能性がある。

C-10

播種性ノカルジア症の1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

症例は77歳男性。Interstitial Pneumonia With Autoimmune Featuresに対してプレドニゾロン・免疫抑制剤内服中に発熱と倦怠感を主訴に救急外来受診となった。左舌区に濃厚な浸潤影を認めたため細菌性肺炎としてTAZ/PIPCを開始した。一旦は改善傾向となったが治療経過中に再発熱と炎症反応再上昇を来し、再精査の結果縦隔リンパ節腫瘍及び肝腫瘍を認めた。肝腫瘍ドレナージ液よりノカルジアが検出され、播種性ノカルジア症の診断に至った。IPM/CS+AMKによる点滴加療を十分期間行い病勢が良好にコントロールされていることを確認した上でST合剤+MINOによる維持療法へ移行した。現在も外来で維持療法を継続中である。播種性ノカルジア症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。

C-11

肺MAC症における予後予測因子としての血小板平均容積(MPV)の有用性

豊川市民病院 呼吸器内科

○鈴木 達朗, 二宮 茂光, 太田 千晴, 武田 淳,
富田 洋樹, 横井 美彩, 荻須 智之

【目的】肺MAC症と血小板の関連についての知見は乏しい一方で、肺結核との関連についての報告が続く。本研究は血小板指数の一種である平均血小板容積MPVが、肺MAC症の予後予測因子として有用であるか検証した。【対象】2013年5月～2018年4月に培養陽性が確認された、結節・気管支拡張型の肺MAC症患者143名。【方法】ROC解析に基づき、MPV ≤ 7.2 を閾値として患者群を二分した。単変量解析として、全生存率(OS)についてLogrank検定を行った。多変量解析として、MPVと既知の予後予測因子を用いてCox比例ハザードモデルを構築し、Backward-elimination法で独立変数を探索した。【結果】単変量解析の結果、高MPV群はOSが長かった(ハザード比0.21 P=0.005)。多変量解析の結果、喫煙歴、低リンパ球血症と共にOSについて独立変数であった。【結論】MPV値は肺MAC症の予後予測因子として有用であると考えられた。肺MAC症と血小板の関係について更なる研究が望まれる。

C-12

当院における抗MAC抗体価の測定の臨床的意義に関する報告—第1報

¹岐阜大学医学部 呼吸病態学, ²岐阜大学医学部附属病院 第二内科, ³岐阜大学医学部附属病院 放射線科

○浅野 雅広¹, 大野 康^{1,2}, 岩井 正道²,
酒井 千鶴², 五明 岳展², 佐々木 優佳²,
垣内 大蔵², 柳瀬 恒明², 遠渡 純輝²,
金子 陽³, 大倉 宏之^{1,2}

【目的】：当院の抗MAC抗体測定の臨床的意義を明らかにする。【対象と方法】：岐阜大学医学部附属病院にて2016年3月1日～2018年2月28日に抗MAC抗体検査を行ったうち陽性例は実数145症例で無作為に101例を抽出。除外基準症例を除く90症例を対象とした。低抗体価群(0.7～2.7U/mL)、中抗体価群(2.8～9.9U/mL)、高抗体価群(≥ 10 U/mL)の3群に分類した。主要評価項目をCT画像診断、細菌学的診断、確定診断とした。集計と統計学的検定を行った。【結果】：単独で抗MAC抗体が陽性であった場合は確定診断率は28.9%であったが、抗MAC抗体陽性で、かつ喀痰のPCR検査が陽性であった場合、確定診断率が84.4%であり最も高い値を示した。詳細に関しては、当日供覧する予定である。【結論】：抗MAC抗体検査と他の検査を組み合わせることの臨床的意義が示唆された。

C-13

晩期初期悪化をきたした結核性胸膜炎の1例

¹国立病院機構名古屋医療センター 呼吸器内科, ²国立病院機構東名古屋病院 呼吸器内科

○龍見 東樹¹, 重松 文恵¹, 鳥居 厚志¹,
山田 有里紗¹, 石田 あかね¹, 丹羽 英之¹,
中畑 征史¹, 小暮 啓人¹, 北川 智余恵¹,
沖 昌英¹, 坂 英雄¹, 石井 友里加², 林 悠太²

【症例】20歳台, 女性。2017年8月上旬より38度台の発熱・咳嗽が出現し, 他院で右胸水貯留を指摘され8月20日に当院を初診した。右胸腔穿刺では白濁無臭, 単核球優位の滲出性胸水 (TP 5.3 g/dL, LD 983 IU/L) を認め ADA 104.4 U/L と高値であった。T-SPOT も陽性で結核性胸膜炎と診断し8月30日よりHREZ治療を開始した。肝障害があり一時休業したが 2018年6月20日に治療を終了した。2019年7月より吸気時の胸部違和感が出現し10月の胸部CTで右胸水貯留を認めた。経過観察するも胸膜主体の腫瘤様陰影が増大した。結核再燃を疑う症状は無く結核の標準治療終了16か月後であり晩期初期悪化としての膿瘍化と判断した。【考察】肺結核の治療後, 結核菌は減少または陰性化しているのに反し陰影の増大や新陰影・胸水の出現などが生じる現象を初期悪化といい発現時期は治療開始後3か月以内が多い。今回結核治療終了後1年以上経過してからの晩期初期悪化の症例を経験した。

C-14

審査腹腔鏡で診断された結核性胸腹膜炎の一例

静岡県立総合病院 呼吸器内科

○大石 享平, 中安 弘征, 田村 可菜美,
増田 寿寛, 高橋 進悟, 田中 悠子, 渡邊 裕文,
岸本 祐太郎, 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】78歳, 女性【主訴】食思不振【経過】20XX年9月頃から食思不振が出現し, 近医で上部消化管内視鏡検査を施行したが, 慢性胃炎の所見のみであった。10月に精査のため当院へ紹介された。PET-CTでは, 胸腹水があり, 胸膜, 腹膜, 縦隔リンパ節にFDGの集積がみられ, 原発不明癌や悪性リンパ腫が鑑別にあがった。CA-125 651 U/ml, sIL-2R 3851.5 U/ml と高値であった。胸水, 腹水穿刺ではADA上昇がみられたが, PCR陰性, 細胞診は悪性所見なく, 確定診断がつかなかった。IGRA陽性であったため, 3連痰を施行したが塗抹は陰性であった。確定診断のため11月20日に腹腔鏡検査を行い, 腹膜結節のTb-PCR陽性が判明し, 結核性胸腹膜炎と診断した。11月25日よりHREで治療を開始し, 治療経過良好のため12月25日に退院した。

【結語】結核性腹膜炎はまれな疾患であるが, 原因不明の腹水や腹膜結節がみられた場合は腹腔鏡検査も検討すべきである。

C-15

画像所見が先行し, 発熱から診断までに6ヶ月を要した脾結核の1例

JCHO中京病院 呼吸器内科

○柴田 智文, 浅野 周一, 龍華 祥雄, 宮松 晶子,
木村 令, 加藤 さや佳, 折中 雅美, 小林 正宏,
角田 陽平

症例:84歳女性, 脳梗塞の既往有り, 介護施設入所中。20XX年2月より原因不明の発熱あり嘱託医により関節リウマチなど疑われプレドニゾロン (10mg/day) 投与が開始された。一旦は解熱するも, 同年7月頃より発熱が再燃し, 脾臓に腫瘤性病変を認めたため, 当院紹介受診となる。振り返り確認すると20XX-1年10月の時点で病変を認めていたが増大あり, MRIでは脾病変は膿瘍, 脾結核が疑われた。CTでは両肺上部に器質化影を認めたが, 2年前の撮影時から不変, TSPOTは判定保留であった。喀痰, 骨髓穿刺, 尿, 胃液等検査提出したところ胃液にて抗酸菌塗抹陰性, 結核菌PCR陽性と判明, 肺結核 (bIII1), 脾結核と診断した。HREによる3剤併用療法を開始し, 解熱と脾臓腫瘤影の縮小を得た。

脾結核は稀な病態であるが診断が難しく, 本症例でも診断までに時間を要した。貴重な症例と考えられ, ここに報告する。

C-16

アダリムマブ投与中に気道病変が発見されたクローン病の1例

¹磐田市立総合病院 呼吸器内科, ²浜松医科大学 内科学第二講座

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

68歳女性, current-smoker。X-10年にクローン病と診断された。X-7年に気腫合併間質性肺炎が指摘された。クローン病はX-6年よりメサラジンにアダリムマブを追加して寛解が保たれていた。X-1年11月より右背部痛があり近医で施行された胸部CTにて右上葉に腫瘤影を指摘され, X年1月に当科紹介となった。肺癌の精査目的に行った気管支鏡検査で, 舌根や披裂の浮腫状隆起とともに, 気管から両側気管支にかけて多発するポリープ様病変が認められた。気道粘膜病変の組織ではリンパ球, 形質細胞の著明な浸潤がみられたが, 肉芽腫や血管炎, 悪性細胞の浸潤等はみられず, クローン病の気道病変と考えられた。クローン病には肺病変を合併する症例が存在するが, 気管・気管支病変を有する報告は稀である。今回, 肺癌の精査で偶発的にクローン病の気管・気管支病変が発見された。貴重な症例と考え, 文献的考察を加えて報告する。

C-17

潰瘍性大腸炎患者に発症した肺病変

名古屋市立東部医療センター 呼吸器内科

○前田 浩義, 松波 舞衣子, 西山 和宏,
北村 有希, 栗山 満美子, 荒木 勇一朗,
小林 玄弥

【症例】45歳男性

【主訴】呼吸困難

【現病歴】44歳時潰瘍性大腸炎と診断された。ステロイドで寛解後、メサラジン内服が継続され、潰瘍性大腸炎の症状は落ち着いていた。半年後、呼吸困難を自覚したため、近医受診し、胸部X線写真にて両側肺門周囲の浸潤影を認め、酸素飽和度93%と低下しており、当院紹介となった。

【検査所見】LDH、CRPの経度上昇、白血球数上昇を認めた。好中球、好酸球比率上昇はなかった。

【画像所見】CTにて両側内層中心に、気管支周囲のすりガラス影、浸潤影を認めた。

潰瘍性大腸炎による病変、薬剤による肺障害が考えられ、まず薬剤中止を依頼したが、減量するにとどまった。経気管支生検を行い、気管支肺泡領域ともに、泡沫細胞、リンパ球、形質細胞による高度の炎症所見と肺泡領域の器質化が認められた。潰瘍性大腸炎による気管支、肺病変と判断して、メサラジンは継続しつつ、ステロイド治療を開始して陰影は改善してきている。

C-18

インフルエンザによる慢性閉塞性肺疾患の増悪にたこつば症候群を合併した1例

聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科

○稲葉 龍之介, 金崎 大輝, 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75歳男性。X-3年からCOPDのためLAMA/LABAを吸入していた。X年1月11日から夜間の呼吸困難を自覚し、次第に喘鳴を伴う労作時呼吸困難も認めたため近医を受診した。迅速検査でインフルエンザA型陽性であり、COPD増悪の診断で1月16日当院当科入院となった。胸痛は無かったが、入院時の心電図検査で広範なST上昇、陰性T波、異常Q波を認めた。血液検査でトロポニンI高値を認めたがCKは正常範囲内であった。インフルエンザ、COPD増悪によるたこつば症候群(TTS)を疑い循環器内科にコンサルトした。経胸壁心臓超音波検査では心尖部の壁運動異常に加え中間前壁の運動低下も認めたが、心臓カテーテル検査で冠動脈に有意狭窄は無くTTSと診断された。抗インフルエンザ薬、SABA吸入、ステロイド治療によりCOPD増悪、TTS共に改善した。呼吸器疾患にTTSを合併した例はまとまった報告が少ないため、当科で経験した4例と若干の文献的考察を加えて報告する。

C-19

行政と協働し実施した松阪市におけるCOPDの認知度調査アンケートについて

松阪市民病院 呼吸器センター

○中村 祐基, 畑地 治, 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 治

GOLD日本委員会によると、2016年度の国民のCOPDの認知度は25%程度であり、健康日本21では2022年度までにこれを80%まで引き上げることを目標としている。しかしながら、現時点で正確な日本国全体でのCOPDの認知度の調査は個人情報保護の観点から困難であった。松阪市市民病院呼吸器センターでは松阪市の全面的協力を得て、2016年度に市内人口約16万人中の、人口構成比、地域、性別などを調整化し抽出した3000人に対してCOPDの認知度に対するアンケート調査を行ったところ、おおよそ40%台の認知度であった。その後、当科ではCOPD認知度をさらに向上させるべく、地域での市民公開講座、ラジオ番組での啓蒙活動等普及活動を実施してきた。今回、2020年度において再度COPDの認知度に対するアンケート調査を再度実施したため、その結果について若干の文献的考察を加え、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-19

ペムブロリズマブの治療中にhyperprogressionをきたしたと考えられた肺腺癌の1例

名古屋市立東部医療センター 呼吸器内科

○西山 和宏, 荒木 勇一朗, 松波 舞衣子,
北村 有希, 栗山 満美子, 小林 玄弥, 前田 浩義

症例は76歳男性。201X年5月に右上肢が動きにくいことから近医に救急搬送となった。精査の結果、頭部MRIにて転移性脳腫瘍を疑う所見を認めたため、全身精査を行ったところ、CTにて左肺上葉に45mm×45mmの腫瘍性病変を認めた。精査の結果、肺腺癌(cT3N1M1c Stage4)、転移性脳腫瘍の診断となり、化学療法導入目的で当院に入院となった。入院時より免疫化学併用療法として、カルボプラチン(AUC 5)、ペメトレキセド(500mg/m²)、ペムブロリズマブ(200mg/body)で治療を開始した。入院第8病日に腹痛を認め、腹部CTを施行したところ、入院1ヶ月前に施行したCTでは認められなかった腫瘍性病変が肝臓に多数出現していた。腫瘍性病変が急激に悪化したことから、免疫チェックポイント阻害薬によるhyperprogressionが考えられた。ペムブロリズマブの治療中にhyperprogressionをきたしたと考えられた肺腺癌の1例を経験したことから、若干の文献的考察を加えて発表する。

A-21

原発不明の未分化癌に対してPembrolizumabが著効した一例

一宮市立市民病院 呼吸器内科

○浅岡 るう, 麻生 裕紀, 福島 曜, 安藤 啓,
清水 隆宏, 後藤 洋輔, 寺島 常郎, 山田 千晶

症例は79歳の男性 非喫煙者。201X年9月より歯痛にて受診し顎骨骨髓炎として抗生剤加療されていた。201X+1年4月に腰痛を主訴として当院受診。骨盤MRIにて転移性骨腫瘍が疑われ、全身のスクリーニング検査の結果、全身の多発骨腫瘍が認められた。右第4肋骨腫瘍に対してCTガイド下骨生検を施行し未分化癌と診断したが原発臓器は特定できなかった。他の検査にて原発臓器は特定されず、病変の主座である右第4肋骨腫瘍であることから臨牀的に肺癌と診断し、組織のPD-L1発現率は95%(22C3抗体)であったことから201X+1年7月よりpembrolizumabを投与開始した。6週以降より著明な腫瘍縮小効果が得られ、画像上完全寛解が得られ、抄録投稿時においても維持できている。原発不明癌における免疫チェックポイント阻害剤の有用性は未だに定かでなく、当日は文献的考察も含めて発表する。

A-20

多発脳転移を有する肺大細胞神経内分泌癌に対してアテゾリズマブ併用化学療法が奏効した1例

浜松医科大学医学部附属病院 呼吸器内科

○直井 兵伍, 秋山 訓通, 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44歳の男性。X-1年7月にALK陽性肺大細胞性神経内分泌癌cT2bN3M1c stage IVBと診断された。1次治療としてアレクチニブ、12月より2次治療でカルボプラチン+エトポシド併用療法、X年6月より3次治療でロルラチニブの治療が行われた。8月に発語低下、歩行障害が出現し、頭部MRIで脳転移の悪化が認められた。4次治療としてドセタキセル+ラムシルマブ併用療法が開始されたが、2コース投与で脳転移のさらなる増大が認められ、意識レベル低下、嚥下機能低下、両上下肢の不麻痺など神経症状が悪化した。10月より5次治療としてカルボプラチン+エトポシド+アテゾリズマブ併用療法が開始されたところ、多発脳転移は縮小し、神経症状も改善傾向となった。4コース施行後、現在はアテゾリズマブ維持療法に移行している。

多発脳転移を有する肺大細胞神経内分泌癌にアテゾリズマブ併用化学療法が奏功したという報告は稀であり、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

A-22

二次治療オブジーボ投与後集学的治療で病勢制御している右上葉進行大細胞神経内分泌癌の1例

¹愛知県がんセンター 呼吸器内科, ²愛知県がんセンター 呼吸器外科, ³愛知県がんセンター 泌尿器科, ⁴愛知県がんセンター 遺伝子病理診断部, ⁵兵庫医科大学 放射線科

○堀尾 芳嗣¹, 黒田 浩章², 坂倉 範昭²,
小倉 友二³, 細田 和貴⁴, 山門 亨一郎⁵,
古田 裕美¹, 大矢 由子¹, 山口 哲平¹,
渡辺 尚宏¹, 清水 淳市¹, 樋田 豊明¹

症例は61歳、男性。X年9月右上葉小細胞肺癌疑い、肝転移、左副腎転移で当科紹介。肝生検にて大細胞神経内分泌癌T3N0M1b(第7版)、PS0の診断。9月よりCDDP+CPT-11を3サイクル実施。12月CTにて左副腎転移増大と左腎転移出現にてオブジーボ投与開始。X+1年2月単発脳転移にガンマナイフ。同年12月左副腎転移+傍大動脈リンパ節摘出。X+2年3月CTにて右上葉原発巣増大で4月化学放射線治療。X+3年3月PETにて右上葉原発巣再燃疑いにて4月右上葉切除+ND1a施行。オブジーボ継続するも腫瘍マーカー上昇、7月胸腔鏡下縦隔リンパ節郭清。術後AMR3サイクル後、縦隔リンパ節転移疑われ11月に胸腔鏡下郭清実施。さらに12月に左腎転移に対して凍結療法実施。オブジーボ投与前に4212.8であったProGRPは現在49.0と正常範囲内であり、多様な局所治療にて画像上病勢制御されている。貴重な症例と考え、報告する。

A-23

肺結核治療開始後のparadoxical reactionとの鑑別を要した悪性リンパ腫の一例

¹安城更生病院 教育研修・臨床研究支援センター, ²安城更生病院 呼吸器内科

○江崎 香穂里¹, 奥村 暢将², 太田 祥子²,
橋本 賢彦², 近藤 春香², 深津 明日樹²,
高橋 孝輔², 原 徹²

【症例】46歳女性【主訴】めまい

【現病歴】X-1年11月, SLEに対して免疫抑制治療中に活動性肺結核を発症し, 多剤併用療法を開始した。X年5月よりめまいやふらつきを自覚し, MRIで左小脳腫瘍を認めた。胸腹部CTでは左臀部に膿瘍が出現し, 肺野病変の増悪を疑う所見も認めた。paradoxical reactionが鑑別として挙げられたが, 有症状であったため開頭腫瘍摘出術を行ったところ, 病理組織検査にてびまん性大細胞型悪性リンパ腫であることが判明した。結核菌は脳腫瘍, 臀部膿瘍からも発育せず, X年9月に結核治療を終了した。

【考察】肺結核の治療開始後に, 一時的に画像・臨床所見が増悪または新規の病変が認められることをparadoxical reactionといい, 治療の失敗や耐性の獲得以外に鑑別を上げるべき病態である。本症例のようにparadoxical reactionとしては時期が非典型的な場合には, 他の疾患の合併の可能性をふまえ病変部位の生検を考慮するべきである。

A-24

びまん性大細胞型リンパ腫に伴って生じた両側乳び胸の一例

¹磐田市立総合病院 呼吸器内科, ²磐田市立総合病院 血液内科, ³浜松医科大学附属病院 内科学第2講座

○北原 佳泰¹, 中川 栄実子¹, 村野 萌子¹,
中井 省吾¹, 平松 俊哉¹, 村上 有里奈¹,
深田 充輝¹, 松島 紗代実¹, 永福 建¹,
右藤 智啓¹, 佐藤 潤¹, 妹川 史朗¹,
深津 有佑², 須田 隆文³

症例は53歳女性。一ヶ月前より下腹部膨満感を自覚し近医婦人科を受診した。エコー・MRIにて腹腔内腫瘍・右鼠径部リンパ節腫大を認め, 生検よりびまん性大細胞型リンパ腫の診断となった。短期間での急速な進行を認め当院血液内科入院, VP療法を開始した。経過で呼吸困難や腹部膨満感の増悪を自覚したためフロセミド・トロバプタンで利尿を図った。改善乏しく, VP療法終了時に施行したCTにて腫瘍縮小はあるも, 両側胸水・腹水の出現を認め当科コンサルトとなった。胸腔穿刺の結果, 両側とも乳び胸水を認めた。悪性腫瘍に伴う乳び胸と判断し, 単回穿刺にとどめR-THP-COP療法へ移行したが, その後再貯留なく両側胸水は減少が得られた。

悪性腫瘍に伴い乳び胸を呈する報告が散見されるが, 本邦では稀でありその機序に関してはいまだ不明な点が多い。本症例では手術・外傷のエピソードはなく, リンパ腫に関連する乳び胸が考えられ, 文献的考察を踏まえ報告する。

A-25

胸水貯留で発見された原発性マクログロブリン血症の一例

藤田医科大学 呼吸器内科学 I

○藤井 真理, 池田 安紀, 峯澤 智之, 岡村 拓哉,
榊原 洋介, 後藤 康洋, 近藤 征史, 今泉 和良

症例は78歳, 男性。息切れを主訴に近医受診し, 左胸水貯留を指摘され当院へ紹介。胸水は黄色の浸出液で2回の胸水細胞診は共にリンパ球優位で異型細胞なしの判定であった。血清IgM は1214mg/dLと増加しており, 血清蛋白分画でMピークを呈した。血清電気泳動ではIgM- κ 型M蛋白で尿中BJP蛋白も陽性であった。胸腔鏡では胸膜表面は線維化肥厚しており, 内視鏡的異常所見を指摘し難かったが, ランダムに行った胸膜生検ではB細胞優位の小型リンパ球の高度浸潤を伴うCD138陽性形質細胞の集簇性増生を認めた。PET-CTでは全身のリンパ節や骨にFDG集積を認め, 骨髄スメアでは形質細胞へ分化傾向を示すリンパ球(CD5-/10-/19+/20+/23-/25+)の骨髄浸潤を認めた。以上から原発性マクログロブリン血症とそれに伴う胸膜病変と診断した。原発性マクログロブリン血症の胸膜病変は比較的稀であり報告する。

A-26

単発肺結節影で見つかったHodgkinリンパ腫の1例

中東遠総合医療センター 呼吸器内科

○太田 智陽, 柴田 立雨, 長崎 公彦, 三上 智,
飯島 淳司, 野田 純也, 牧野 靖

症例は72歳男性。X-10年より巣状分節性糸球体硬化症による慢性腎不全で近医にて維持血液透析中。X年8月, 上記医院での定期CTで右肺尖部胸膜直下に結節影を指摘され, 10月に精査目的に当科紹介となった。末梢病変であり, 気管支は到達しておらず, 経気管支的肺生検での診断は困難と判断した。今後の方針について検討し, 同年11月, 診断的治療目的に右上葉切除+リンパ節郭清+肋間筋部分切除を施行した。病理結果ではPAX5陽性, CD20陰性のHodgkin-Reed Sternberg細胞を認めた。このことからHodgkinリンパ腫と診断され, 血液内科を受診し現在経過観察中である。単発肺結節影で発症するリンパ増殖性疾患は稀であり文献的考察を踏まえ報告する。

A-27

前胸壁の放射線性皮膚障害を起因とした咯血の1例

刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○近藤 正樹, 藤浦 悠希, 街道 達哉, 加藤 早紀,
鈴木 嘉洋, 武田 直也, 吉田 憲生

症例は86歳 女性, 既往歴に201X-42年左乳癌手術, 201X-3年より左前胸部の放射線性皮膚潰瘍, 骨髄炎があり, 当院形成外科へ通院中だった。201X年1月, 咯血・呼吸困難感を主訴に救急外来を受診。診察上では酸素化不良を認め, 胸部CT画像上で左上葉気管支拡張像の周囲のconsolidation, 中葉舌区, 両側下葉のスリガラス像, 気管, 左右主気管支内に喀痰貯留を認めた。

呼吸管理目的に入院管理を開始, 酸素投与, 止血剤・抗菌薬点滴で治療を開始し, 第6病日には酸素化・画像所見改善し, 第8病日に退院された。

咯血症状は気管支拡張部分の前側に慢性的な皮膚潰瘍・骨髄炎があったことから, 同部位の炎症が胸腔まで通じ, 咯血症状に至ったと考えられた。前胸壁病変からの咯血症例は非常に稀であり文献的考察を加えて報告する。

A-28

重度の呼吸不全を呈した肺動静脈瘻の一例

¹名古屋第一赤十字病院 呼吸器内科, ²名古屋第一赤十字病院 呼吸器外科

○中瀬 敦¹, 都島 悠佑¹, 後藤 希¹, 稲垣 雅康¹,
田中 麻里¹, 谷本 光希¹, 町井 春花¹,
横山 佑衣子¹, 高納 崇¹, 青山 大輔¹,
横山 俊彦¹, 野村 史郎¹, 後藤 まどか²,
市川 靖久², 川角 佑太², 福本 紘一², 森 正一²

症例は73歳, 男性。2年前に当院で肺動静脈瘻と遺伝性出血性毛細血管拡張症を疑われたが放置していた。3週間前より湿性咳嗽を認め, 呼吸困難が増悪したため救急搬送された。胸部レントゲンで右下肺野に浸潤影および腫瘍影, 両側全肺野に粒状影を認めた。また胸部CTでは右下葉に35mm大の血管に連続した腫瘍影とその末梢に浸潤影, 両側全肺野に気道散布性の粒状影を認め, 肺炎と肺動静脈瘻が疑われた。著明な低酸素血症を呈していたため気管内挿管・人工呼吸管理を開始した。造影CTで肺動静脈瘻を認め, かつ肺動静脈瘻のシャント率がQs/Qt 25.4%と低酸素血症に対する影響が強く, 肺炎の改善後も人工呼吸管理からの離脱ができなかった。気管切開後, 肺動静脈瘻に対し右下葉切除を行った。術後から酸素化能は著明に改善し, 人工呼吸器から離脱し転院した。肺炎を契機に重度の呼吸不全を呈した肺動静脈瘻の一例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。

A-29

ARDS発症後の精査で上腸間膜動脈血栓症, 腸管壊死の診断に至り, 緊急手術を行った一例

¹一宮市立市民病院 呼吸器内科, ²一宮市立市民病院 外科

○竹本 賢人¹, 後藤 洋輔¹, 麻生 裕紀¹,
福島 曜¹, 安藤 啓¹, 清水 隆宏¹, 寺島 常郎¹,
山田 千晶¹, 田中 健士郎²

症例は81歳女性。11月24日より腹痛, 下痢, 嘔吐が出現し, 急性腸炎と診断され, 対症薬を処方された。11月末には下痢, 嘔吐は改善したが, 腹痛は残存, 12月4日に腹痛悪化のため当院救急外来を受診し, 急性腸炎の疑いで加療目的に消化器内科に入院した。入院数時間後に呼吸状態が悪化し, CTで両側びまん性すりガラス影を認め, 精査にてARDS, たこつぼ心筋症と診断した。ICU入室後に挿管人工呼吸管理を開始した。心窩部痛は継続しており, 循環不全も認めたため, 精査目的に造影CTを撮影し, 上腸間膜動脈血栓症, 腸管壊死と診断し, 外科で緊急開腹血栓除去術, 小腸部分切除術を施行された。術後は呼吸状態の改善を認め, 12月9日に抜管した。上腸間膜動脈狭窄で経皮的血管形成術を施行するなど入院を継続している。若干の文献的考察を加えて報告する。

A-30

超硬合金肺が疑われ, 微量元素分析を行い, 珪肺と診断した一例

名古屋大学大学院 医学系研究科 呼吸器内科学

○井上 正英, 阪本 考司, 鈴木 淳, 中原 義夫,
橋本 直純

35歳男性。咳症状, 胸部異常陰影の為当院紹介となった。胸部CTは両肺下葉背側に胸膜直下主体の網状影・すりガラス影を認め, 軽度の牽引性気管支拡張が見られた。上肺野では粒状影がランダムに分布していた。%VCはわずかに低下, KL-6, SP-Dの上昇を認めるも, 抗核抗体は陰性であった。気管支鏡検査で有意な所見なく, 外科的肺生検を行い, 細気管支周囲の線維化と異物反応を伴った大食細胞の浸潤を認め, 吸入刺激による反応が疑われた。超硬合金を用いた工具による研磨作業に従事した事が分かり, 超硬合金肺の鑑別の為肺生検組織の微量元素分析を行い, タングステンやコバルトは検出されなかったが多量の珪素含有を認めた。以上から珪肺と診断した。診断後, 作業環境の改善を行い薬物治療なく肺機能の改善を認めている。今回我々は, 職歴から超硬合金肺が疑われ, 微量元素分析を行った結果, 珪肺の診断に至った症例を経験したので文献的考察を交えて報告する。

A-31

乳癌治療中の胸水貯留に対して放射線性胸膜炎が疑われた一例

¹聖隷浜松病院 呼吸器内科, ²聖隷浜松病院 呼吸器外科

○大竹 健人¹, 平間 隆太郎¹, 竹田 健一郎¹,
勝又 萌¹, 持塚 康孝¹, 堤 あかり¹,
河野 雅人¹, 三木 良浩¹, 橋本 大¹,
中村 秀範¹, 藤川 遼², 中村 徹²

症例は39歳女性。X-1年に右乳癌に対し乳房部分切除術、術後放射線療法を行い、内分泌療法を継続中であった。X年7月に検診にて右胸水貯留を指摘され当科を紹介受診された。胸部CTで肺内病変や胸膜播種を疑う所見はなく、腫瘍マーカーの上昇も認めなかった。癌性胸膜炎や感染性胸膜炎を疑い右胸水穿刺をおこなったが、細胞診・培養ともに陰性で確定診断に至らなかったため、同年9月に胸腔鏡下胸膜生検を施行した。胸腔内の観察では壁側胸膜に照射範囲に一致した境界明瞭な炎症性変化を認め、生検では線維性に肥厚した胸膜組織が得られ、免疫染色で癌の転移や中皮腫を示唆する所見はなく、培養も陰性であった。以上の所見より、乳癌術後の放射線療法が原因となった放射線性胸膜炎と考えられた。放射線性胸膜炎は放射線療法後の有害事象の1つとして注意深く診断評価する必要がある、胸腔鏡の所見を含めて報告する。

A-32

胸腔内穿破により胸水貯留をきたした仮性腭嚢胞の一例

刈谷豊田総合病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

○加藤 早紀, 藤浦 悠希, 街道 達哉, 鈴木 嘉洋,
武田 直也, 吉田 憲生

症例は47歳男性。201X年11月、両側下腿浮腫と呼吸困難感を自覚し当院受診。胸部レントゲンにて両側胸水と右気胸を認め入院となった。右胸腔ドレナージと利尿剤投与を行ったが左胸水は減少しなかったため、左胸水に対しても胸水穿刺を施行した。左胸水の色調は黒色で胸水中アミラーゼ値は高値を呈し、MRCPCTにて両側胸腔に連続する嚢胞性病変がみられ、仮性腭嚢胞の胸腔内穿破と診断した。絶食、メシル酸ガベキサートの静脈注射と内視鏡的経鼻腭管ドレナージを行ったところ、嚢胞は縮小し胸水の再貯留はなく入院第58病日に退院となった。

今回我々は胸腔内穿破により胸水貯留をきたした仮性腭嚢胞に対して内視鏡的経鼻腭管ドレナージとメシル酸ガベキサートが有効であった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。

A-33

続発性自然気胸を契機に診断を得た混合型小細胞肺癌の1例

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

○武内 優子¹, 杉野 安輝², 高仲 舞²,
木村 元宏³, 野田 和司³, 近藤 友喜³,
佐藤 圭樹³

症例は75歳男性。呼吸困難感を主訴に前医受診し、左第3度自然気胸を指摘され、入院加療目的に当院呼吸器内科紹介となった。入院後、胸腔ドレナージを施行するも肺瘻が遷延した。CT検査にて間質性肺炎を背景に左肺尖部に15mm大の結節影を認めた。また、血液検査にてNSE高値を認め、小細胞肺癌が疑われた。左肺嚢胞切除術および左上葉部分切除術を行い、病理組織診断にて腺癌と扁平上皮癌が混在する、混合型小細胞肺癌pT2aN1M0 StageIIBと診断した。その後、術後化学療法としてCBDCA+ETPを施行したが、再発を認め全経過1年7ヶ月にて死亡した。

自然気胸に合併する肺癌の頻度は0.7-4.4%とされており、組織型では扁平上皮癌、腺癌、大細胞癌、小細胞癌の順に多く、一般的には予後不良とされている。本邦での自然気胸を初発症状とした肺癌の報告では小細胞癌は少なく、比較的稀な症例であると考えられたため報告する。

A-34

胸腔鏡下で大腸粘液腺癌の巨大胸膜転移を観察しえた一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○籠尾 南海夫, 伊藤 祐太郎, 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77歳男性。3週間前から続く咳嗽、左背部違和感、食欲低下にて当院を受診した。全身造影CTで左肺下葉腫瘍と胸腔内腫瘍、大量の胸水貯留、左肺門・縦隔・鎖骨上窩リンパ節腫脹、右肺多発結節影、肝臓多発腫瘍影、上行結腸腫瘍影、腹膜播種像を認め、原発性肺癌もしくは大腸癌の多発転移が疑われた。左側胸水をドレナージした後、胸腔鏡検査にて横隔膜から胸壁にかけて表面平滑で黄白色球状の巨大腫瘍を認めた。鉗子による組織生検では壊死物とフィブリン、炎症細胞浸潤を認めたが明らかな悪性所見はみられなかった。次いで左鎖骨上窩リンパ節生検を施行し、病理組織で粘液腺癌を認め、免疫染色でTTF-1陰性、Napsin A陰性であり、肺以外の原発巣からの転移が疑われた。下部消化管内視鏡検査を行い進行2型上行結腸癌の確定診断に至った。大腸腺癌の胸膜転移巣を胸腔鏡で観察できた例は少なく、ここに報告する。

B-21

***Sphingomonas paucimobilis*の関与が疑われた加湿器による過敏性肺炎の1例**

¹国立病院機構三重中央医療センター 呼吸器内科, ²三重大学医学部付属病院 呼吸器内科

○岩中 宗一¹, 大岩 綾香¹, 坂倉 康正¹,
西村 正¹, 内藤 雅大¹, 井端 英憲¹,
大本 恭裕¹, 藤本 源², 小林 哲²

【症例】74歳女性【経過】X年1月から加湿器の使用を開始し, X年4月に呼吸困難が出現したため近医を受診し, 胸部CT異常を指摘されたため当日当院へ紹介された。HRCTで両側肺野に小葉中心性の粒状影, すりガラス影, 網状影を認めた。関節リウマチに対してアザルフィジン投与中であり, 過敏性肺炎, 膠原病関連又は薬剤性間質性肺炎を鑑別に挙げ検査治療目的で入院となった。気管支肺泡洗浄液でリンパ球が27.1%と上昇し, CD4/8比は1.9であった。呼吸状態改善後に入院下で環境誘発試験を行い, 呼吸困難・咳嗽の再燃と血液検査でWBC・CRPの上昇, PaO₂の低下を認めた。以上から加湿器による過敏性肺炎と臨床診断した。同日に提出した加湿器貯留液からの培養検査で*Sphingomonas paucimobilis*が検出され, 病態への関与が疑われた。*Sphingomonas paucimobilis*の関与が疑われる過敏性肺炎の報告はあり, 詳細な問診と環境誘発試験によって診断に至った症例であり報告する。

B-22

3回目の入院で診断確定した加湿器肺の1例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○芹澤 沙耶香, 松浦 駿, 森川 圭亮,
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, 津久井 賢, 小清水 直樹

症例は68歳男性。X年2月, 肺炎の診断で前医にて入院加療されたが, 退院後, 3月中旬より咳嗽が出現し, 発熱, 酸素化不良も伴ったため当科紹介受診。肺炎再燃として当科入院し, 抗生剤加療を行った。改善し退院となったが, 退院日の夜より38℃台の発熱, 呼吸苦が出現し, 退院2日後に当科再受診。酸素化不良, 胸部X線にて右下肺野浸潤影の増悪を認め, 当科再入院となった。抗生剤治療を開始したが, 入院後は症状, 炎症所見ともに改善傾向となった。入院による症状軽快, 自宅での症状増悪という経過から過敏性肺炎を鑑別に挙げた。自宅環境の聴取より加湿器肺を疑い, 誘発試験として1時間の加湿器吸入を行ったところ, 同日に発熱, 咳嗽, CRP上昇を認めた。臨床症状, 検査所見に加え, 誘発試験陽性より加湿器肺と診断確定した。その後自然経過で症状, 炎症所見は改善し, 加湿器使用を中止後は再発を認めていない。

B-23

レース鳩飼育歴を有する鳥関連急性過敏性肺炎の1例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○高塚 生吹, 松浦 駿, 森川 圭亮, 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, 津久井 賢,
小清水 直樹

症例は65歳, 男性。X-10年から鳩を100羽飼育している。X年11月上旬から労作時呼吸困難感を自覚し, 近医の胸部CTで両肺野末梢側優位にすりガラス影を指摘され, 当科を紹介受診し, 低酸素血症を認めたため入院加療とした。

第2病日に施行した気管支鏡検査では, BALでリンパ球優位の細胞増多を認め, TBLBで好中球浸潤を伴う胞隔炎と幼弱な線維芽細胞巣を認める器質性肺炎の像であった。入院後環境隔離のみで臨床所見, 検査所見ともに改善を認めたため, 第15病日に環境調査および誘発試験を行った。帰院後一時的に臨床所見の増悪を認めたが, 数日後には誘発試験前の状態まで改善した。本症例では抗*Trichosporon asahii*抗体陽性で, 環境調査で採取した落下真菌による真菌培養でも*Trichosporon asahii*が検出されたため, 吸入抗原と考えられた。鳩を知人に処分していただき, 第25病日に退院とした。退院後2ヶ月は症状, 画像所見ともに改善を認めている。

B-24

みかん農家に発症した過敏性肺炎の1例

聖隷三方原病院 呼吸器科

○金崎 大輝, 長谷川 浩嗣, 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, 松井 隆,
横村 光司

症例は58歳, 男性。X年1月中旬よりみかん選果後の夜間に発熱, 咳嗽, 呼吸困難が出現した。同年2月近医を受診し, 胸部X線で両肺にすりガラス陰影並びに浸潤影を認めたため, 精査加療目的に当科に紹介となった。入院時, バイタルサインは労作時のSpO₂低下を除いて安定していたが, 聴診でfine cracklesを聴取し, 血液検査ではCRP, KL-6, SP-D, LDH高値を認めた。画像検査ではCTで両肺にびまん性に汎小葉性陰影を認め, 肺機能検査では肺活量の低下とDLCOの低下を認めた。気管支鏡検査では, TBLBで非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を伴う炎症細胞浸潤を認め, BALではリンパ球分画 77%と増加を認めた。2週間の環境隔離で改善傾向を認めたが, 浸潤影は改善せずステロイド療法を予定している。経過からみかん農家に発症した過敏性肺炎と診断した症例を報告する。

B-25

経気管支肺生検においてacute fibrinous organizing pneumonia (AFOP)を呈した一例

聖隷浜松病院

○藤田 侑以子, 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

71歳, 男性。約1週間持続する発熱, 全身倦怠感を主訴に受診された。低酸素血症および炎症反応高値を呈し, 胸部画像上は右下葉主体に多発する浸潤陰影を認めた。抗菌薬点滴治療を開始したが, 増悪した。器質化肺炎などを疑い, 第8病日に気管支鏡検査を施行した。気管支肺胞洗浄では明らかな細胞分画異常は認めず。経気管支肺生検では気腔内にフィブリンの析出が顕著であり, 一部は小塊状(fibrin ball)を呈していた。明らかな硝子膜, 好酸球浸潤, 血管炎所見などは認めず, acute fibrinous and organizing pneumonia (AFOP) が最も疑われた。同日からステロイドパルス療法, 後療法としてプレドニゾロン40mg/dayを開始した。症状は速やかに改善し, 肺陰影は徐々に消退傾向となった。膠原病など明らかな背景疾患は指摘されなかった。AFOPは特発性間質性肺炎の稀な組織型に分類され, 本邦における報告例は少ない。貴重な症例であり, 文献的考察を加えて報告する。

B-26

PROMISE試験-多施設前向き観察研究-について

¹名古屋大学医学部附属病院 メディカルITセンター,
²名古屋大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学, ³理化学研究所 画像情報処理研究チーム, ⁴公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科, ⁵名古屋医療センター

○古川 大記^{1,2,3}, 大山 慎太郎^{1,3}, 白鳥 義宗¹,
橋本 直純², 横田 秀夫³, 近藤 康博⁴,
長谷川 好規⁵

間質性肺炎は一般の呼吸器科医には診断が困難なことが多い上に予後不良な群が含まれる一方, 精度の高い診断を行える専門医が少ないため, オンラインによる多分野合議(MDD)診断システムと, 人工知能(AI)による精度の高い診断補助システムの開発, 及び開発に必要な大規模なデータベースが望まれてきた。

そこで今年度より, 間質性肺炎の国内多施設前向きレジストリ研究(PROMISE試験)を行う。

本研究では, 参加登録施設がオンライン上で患者登録を行うと, 日本呼吸器学会の間質性肺炎研究委員会に認定された間質性肺炎専門医がMDD診断を行う。さらに集積したデータを用いて, 我々が開発済みの高精度な診断・予後予測AIを更にブラッシュアップし, 研究終了後には一般に提供を検討している。本研究は日本呼吸器学会と共同して実施する。

本学術集会では, 実施するPROMISE試験と, 東海地区の間質性肺炎診療の近未来について概説する。

B-27

造血幹細胞移植後の上葉優位型肺線維症に急性増悪を合併した一例

¹名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科, ²名古屋医療センター, ³津島市民病院 病理診断科, ⁴名古屋大学医学部附属病院 病理部

○村上 靖¹, 阪本 考司¹, 奥村 結希⁴,
橋本 直純¹, 佐藤 光夫¹, 横井 豊治³,
長谷川 好規^{1,2}

20XX-10年に再生不良性貧血に対して臍帯血移植(移植前処置:フルダラビン+シクロホスファミド+全身放射線療法)を施行, 以降血液学的寛解を維持していた。20XX-6年に上葉優位型肺線維症と診断され, 外科的肺生検は施行せず経過観察となった。20XX年に呼吸困難を主訴に受診, 呼吸不全および両側肺に新規出現したGGOをみとめ緊急入院となった。抗菌薬投与を行うも改善せず, 急性増悪と診断した。ステロイドパルス療法を導入し一旦は軽快したが, 減量に伴い再燃を繰り返した。シクロホスファミドパルス療法, タクロリムスの併用も状態改善には寄与しなかった。第138病日に死亡退院となり, 病理解剖を施行, 特徴的な病理所見が確認された。

B-28

抗Ku抗体陽性のDesquamative interstitial pneumoniaの1例

名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科

○寺町 涼, 阪本 考司, 中原 義夫, 松井 利憲,
佐藤 和秀, 田中 一大, 岡地 祥太郎,
長谷 哲成, 進藤 有一郎, 森瀬 昌宏,
若原 恵子, 橋本 直純

症例は51歳, 女性。37~41歳まで, 5本/日の喫煙歴あり。X-1年12月の健康診断にて間質性肺炎を指摘され, X年1月に当院紹介受診。KL-6 1237U/mL, ANA 1280倍(Speckled, Nucleolar), 抗SS-A 12.1, MPO-ANCA 216.0U/mL, FVC 81.6% predicted, DL_{CO} 55.2% predicted, CTではUIP patternを示した。X年3月に皮膚科医により爪上皮点状出血が指摘された。膠原病の診断には至らないと判断されたが, 抗Ku抗体陽性が判明した。X年5月に外科的肺生検が施行され, Desquamative interstitial pneumoniaと診断した。X年7月よりステロイド, シクロスポリン併用療法を導入し, 肺陰影の改善を得ている。抗Ku抗体は本邦では多発性筋炎・強皮症のオーバーラップ症候群に多いとされ, 間質性肺炎合併の報告はあるが病理学的評価がなされた報告は極めて少ない。文献的考察を含め報告する。

B-29

線維性間質性肺疾患の急性増悪 -タイプ間比較に関する二次コホート検証研究-

名古屋大学大学院医学系研究科 病態内科学講座 呼吸器内科学

○鈴木 淳, 阪本 考司, 中原 義夫, 井上 正英,
寺町 涼, 橋本 直純

【目的】近年、特発性肺線維症 (idiopathic pulmonary fibrosis: IPF) 以外の予後不良な線維性間質性肺疾患 (fibrotic interstitial lung diseases: FILD) に注目が集まっている。昨年我々はIPFとFILDの急性増悪が同等に予後不良であることを報告した (Suzuki A, et al. Respiriology 2019)。今回、更なるエビデンス構築のため、二次コホート検証研究を行った。

【対象と方法】名古屋大学において2009年1月～2019年12月に急性増悪と診断されたIPF, FILDの症例について後ろ向き解析を行い、予後の比較を行った。

【結果】対象期間内にIPF急性増悪は38例, FILD急性増悪は64例 (膠原病関連26例, 慢性過敏性肺臓炎1例, 分類不能型ILD 37例) 認められた。90日死亡率に関して、IPF急性増悪とFILD急性増悪は同等に予後不良であった (45% vs 38%, log-rank $p=0.412$)。

【結論】IPF・FILDの急性増悪は二次コホートにおいても同等に予後不良であった。

B-30

慢性骨髄球性白血病に間質性肺炎を合併した1例

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

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

症例は68歳、男性。X-1年に前医にて慢性骨髄球性白血病(CMML)の診断、その際に間質性肺炎像を初めて指摘された。経過観察となったが、X年9月より徐々に労作時呼吸困難の進行と肺陰影の悪化を認め当科紹介となった。X年11月にクライオ肺生検、気管支肺胞洗浄、X年12月に外科的肺生検(SLB)を施行した。間質性肺炎はその間も進行していたため、SLB直後よりステロイドパルス療法を開始した。また、入院中に再度骨髄穿刺を施行したところ、CMMLの病勢の進行を認めたが、本人希望にて治療介入は行わず経過をみている。CMMLに間質性肺炎増悪を伴った症例はまれであり、若干の考察を踏まえて報告する。

B-31

パセドウ病の治療により縮小が得られた胸腺腫瘍の一例

¹磐田市立総合病院 呼吸器内科, ²磐田市立総合病院 糖尿病・内分泌内科, ³浜松医科大学 内科学第二講座

○川島 太喜¹, 中井 省吾¹, 松島 紗代実¹,
村野 萌子¹, 平松 俊哉¹, 北原 佳泰¹,
村上 有里奈¹, 深田 充輝¹, 永福 建¹,
右藤 智啓¹, 佐藤 潤¹, 妹川 史朗¹,
飯野 和美², 須田 隆文³

症例は49歳女性。1年前に胃癌に対し腹腔鏡下幽門側胃切除術が施行された。経過観察の胸腹部造影CTにて術前に認めない新規の造影効果に乏しい長径21mmの前縦隔腫瘍が指摘され当科に紹介となった。血液検査ではAFP・HCG・抗AChR抗体は陰性であり、MRIでは胸腺腫、もしくは過形成が疑われた。また初診3か月前から頻脈、甲状腺腫大が認められ、fT3・fT4の高値、TSH測定感度以下、TSHレセプター抗体弱陽性、また甲状腺テクネシウムシンチグラフィで著明な集積がありパセドウ病の診断に至った。パセドウ病に胸腺過形成が合併することが報告されており、まずパセドウ病の加療を開始したところ、3か月でパセドウ病の改善に伴い胸腺腫瘍の縮小が得られたことから胸腺過形成にて矛盾ないと診断した。パセドウ病の治療にて外科的手術を回避できた胸腺過形成の症例を経験したため文献的考察を加え報告する。

B-32

鏡視下手術により完全切除が得られ、診断に至った縦隔原発脂肪肉腫の一例

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

○三木 寛登, 後藤 広樹, 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72歳の男性。肺炎を契機に前医を受診し、縦隔腫瘍を指摘され精査加療目的に当科紹介となる。

胸部CTで前縦隔に約9cm大の造影効果を有さない境界明瞭で均質な腫瘍を認めた。胸腔外に転移巣を認めなかったことから診断的治療目的に胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術を施行し、完全切除が得られた。病理診断は粘液型脂肪肉腫(Liposarcoma, myxoid type)であった。術後補助療法は施行せず、現在も経過観察中である。

縦隔原発の脂肪肉腫は全縦隔腫瘍の約1%未満と非常に稀である。本症例は完全切除により予後の改善が期待されるが、局所再発傾向が強い腫瘍であり、長期にわたり経過観察していく必要がある。今回自験例に文献的考察を加え報告する。

B-33

化学療法が著効し完全切除が可能となった縦隔原発セミノーマの一例

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

○高橋 進悟¹, 中安 弘征¹, 増田 寿寛^{1,3},
田村 可菜美¹, 田中 悠子¹, 渡邊 裕文¹,
岸本 祐太郎¹, 大石 享平¹, 三枝 美香¹,
赤松 泰介¹, 山本 輝人¹, 森田 悟¹,
朝田 和博¹, 白井 敏博¹, 宮部 真悟²,
太田 伸一郎², 村松 彩³, 鈴木 誠³

症例は38歳, 男性。検診の胸部レントゲンで左肺門部に腫瘤影を指摘され当科紹介となった。胸部CTで前縦隔に内部に隔壁様構造を持つ10×4cmの腫瘤を認め, 腫瘍マーカーはAFPは正常範囲内でhCG-βは0.8ng/mlと上昇が見られた。CTガイド下生検を施行し縦隔原発セミノーマと診断した。PET-CTではリンパ節・遠隔転移はなくIGCCの予後分類で中等度予後群であった。BEP4コース施行した時点で5×2cmまで縮小したが, 残存腫瘍が3cm以上であったため手術の方針となった。胸骨正中切開, 縦隔腫瘍摘出術, 横隔神経合併切除を施行した。切除された腫瘍は組織学的に硝子状繊維化と軽度リンパ球浸潤のみで, 腫瘍の残存は見られなかった。縦隔原発セミノーマの化学療法後の治療方針については, 残存腫瘍が3cm以上あった場合にはviable cellの検出率の高さから手術が推奨されており, 若干の文献的考察を踏まえて報告する。

B-34

肺と胸腺にMALTリンパ腫が発生したシェーグレン症候群の1例

¹三重県立総合医療センター 呼吸器内科, ²三重大学医学部附属病院 呼吸器内科, ³紀南病院 内科

○後藤 広樹¹, 児玉 秀治¹, 三木 寛登¹,
伊藤 稔之¹, 鶴賀 龍樹¹, 増田 考祐³,
寺島 俊和¹, 藤原 篤司¹, 吉田 正道¹

症例は44歳女性。シェーグレン症候群のため他院で経過観察中。定期検査の胸部CTで52mm大の前縦隔腫瘍を指摘され, 当院呼吸器外科での縦隔腫瘍摘出術により胸腺腫の診断された。その後, 術後の追跡目的に同年4月8日に当科紹介となった。定期的な胸部CT評価で緩徐にすりガラス影が出現し増強していった。シェーグレン症候群に合併したLIPおよびMALTリンパ腫の可能性を考え, 8月20日に気管支肺胞洗浄12月6日には胸腔鏡下右中葉部分切除を施行した。肺病変はMALTリンパ腫と診断し, 胸腺に関しても再評価の結果MALTリンパ腫と判明した。他院に紹介し現在は無治療経過観察中である。

シェーグレン症候群はMALTリンパ腫を合併することがある。胸腺発生は比較的稀で, 今回は肺にも病変を認めていたため, 文献的考察を加えて報告する。

B-35

Extrapleural sign陽性の腫瘤影が診断契機となった多発性骨髄腫の1例

¹浜松労災病院 呼吸器内科, ²浜松医科大学 第二内科

○幸田 敬悟¹, 野末 剛史¹, 豊嶋 幹生¹,
須田 隆文²

症例は75歳女性。1週間前からの乾性咳嗽, 右季肋部痛を主訴に当科を受診した。胸部X線でextrapleural sign陽性の腫瘤影を左上肺野に認めた。胸部CTで左第2肋骨の骨破壊像並びに腫瘤の周囲への進展を認めた。骨髄腫や転移性を含む骨腫瘍が疑われた。軽度の貧血, 血清IgGの上昇, 蛋白分画でM蛋白様バンド, 血液, 尿中β2MGの上昇を認めた。腎機能障害や高Ca血症は認めなかった。FDG-PETで病的骨折によるものと思われる肋骨, 椎体に点状線状の集積が散在していた。腸骨より骨髄穿刺を行い, CD38, CD138陽性細胞を多数認めた。多発性骨髄腫と考えられ, 近隣総合病院血液内科へ紹介となった。多発性骨髄腫は初発症状が多彩であり, 呼吸器領域としては呼吸困難, 気道感染, 自験例のような胸部痛が受診動機となりうる。特徴的なX線画像所見並びに症状により早期発見に至った1例と考えられ, 報告する。

B-36

Chronic expanding hematomaに合併したangiosarcomaの一例

¹藤田医科大学 呼吸器内科学I, ²藤田医科大学 岡崎医療センター

○木村 祐太郎¹, 相馬 智英¹, 榊原 洋介¹,
岡村 拓哉¹, 近藤 征史¹, 今泉 和良¹,
森川 紗也子²

Chronic expanding hematoma (CEH) は数ヶ月から数年の経過で増大する血腫で胸郭内に発生するものは慢性膿胸の特殊型と考えられており, 結核後遺症に関連することが多く悪性腫瘍の合併も報告されている。症例は74歳男性, 結核に対する胸郭形成術後。他医で経時的に増大する右上肺野腫瘍をCEHとして経過観察中であった。1ヶ月前より出現した咯血を主訴に当院へ入院し入院時CTでhematoma壁から胸壁方向に骨破壊を伴い増殖する軟部腫瘍を認め, 経時的に増大した。経皮的針生検では診断がつかず, 外科的生検を施行した結果, 核小体の目立つ不整形腫大核を有する異型細胞が増殖しており, 充実性増殖を示す部分と小型の血管腔様構造を呈する像が混在していた。腫瘍細胞はCD34, Factor-VIII関連抗原, CK7陽性で血管肉腫と診断した。CEHに合併したangiosarcomaは少数の報告があるのみだが慢性炎症性疾患に伴う悪性腫瘍として注意すべきである。

肺血栓塞栓症の急速な進行を呈した原発不明がんの剖検例

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, 主訴は労作時呼吸困難, 咳嗽, 発熱。前医でGRNX内服していたが, 改善なくX日 (day1) に当科紹介となる。単純CTでは両側下葉に散在する胸膜直下の浸潤影を認めた。当院でも広域抗菌薬投与するが, 画像所見は増悪したため気管支鏡検査を施行し, mPSLパルス療法, 後療法を継続したところ胸部陰影は一時改善傾向を示した。day27に左下肢の発赤・腫脹を認め, 造影CTを撮像したところ, 肺動脈内と下大静脈～左大腿静脈の造影欠損像を認めたため, 抗凝固療法を開始した。day35の造影CTで左坐骨近傍に新規腫瘤を認めた。その後呼吸不全を認め, day50の造影CTで肺野陰影は増悪し, 肝臓に多発結節が出現した。骨盤部造影MRIで骨盤内腫瘍の静脈内進展と, 腹腔内播種と思われる所見を認め, 呼吸不全もさらに悪化した。緩和治療に並行して精査を進めるもday69に死亡し, 剖検に至った。原発不明がんによる肺血栓塞栓症として若干の考察を加えて報告する。

C-20

インフルエンザによる器質性肺炎様所見に対し、ステロイド加療を行い、嚢胞性変化と線維化をきたした一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○森川 圭亮, 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50歳, 男性。X月17日に咳嗽, 発熱あり前医受診し, CTで肺炎像を認め, 迅速検査でインフルエンザウイルスA型抗原が陽性であり, 入院の上, ペラミビル, セフトリアキソン, ミノサイクリンによる治療を開始された。その後, 一旦は解熱傾向であったが, 24日頃から, 乾性咳嗽が増悪し, CTで間質性陰影の増悪を認め, 28日に当院に転院搬送された。同日よりレボフロキサシン点滴を開始され, 29日よりインフルエンザ罹患後の器質性肺炎を疑いステロイドパルス療法を3日間施行され, 後療法としてプレドニゾロンの内服を開始された。入院後は呼吸状態および画像所見は改善傾向であったが, X+1月17日のフォローのCTでは, 両肺下葉に新規に嚢胞性及び線維性変化を認め, 低酸素血症は遷延化した。インフルエンザ罹患後に, 器質性肺炎様の経過をとる症例の報告は散見されるが, その後嚢胞性変化や線維性変化をおこすことは稀であるため報告する。

C-21

外科的胸腔鏡下膿胸膜切除術を要した*Streptococcus intermedius*膿胸の高齢者例

¹愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科, ²愛知医科大学 呼吸器外科

○深見 正弥¹, 沼波 宏樹², 田口 瑠美子²,
加藤 康孝¹, 米澤 利幸¹, 松原 彩子¹,
加藤 俊夫¹, 田中 博之¹, 梶川 茂久¹,
久保 昭仁¹, 山口 悦郎¹, 伊藤 理¹

症例は80歳代男性。大動脈弁人工弁置換術後のため当院心臓外科でワルファリンコントロール中であった。発熱, 喀痰の症状が続いたため受診し, 胸部CTで左肺のコンソリデーションと多包化した隔壁を伴った左胸水を認めたため, 肺炎および膿胸の診断で呼吸器・アレルギー内科に緊急入院となった。左胸腔穿刺を試行したが, 粘稠で排液は困難。入院翌日CT下胸腔穿刺を施行したが, わずかな膿汁が採取されたのみでドレーナージュチューブ留置は困難であった。抗菌薬による治療では不十分であったため, 入院第8日呼吸器外科による外科的胸腔鏡下膿胸膜切除術を施行した。穿刺液と切除組織培養から*Streptococcus intermedius*が検出され, 術後SBT/ABPCを継続し治癒に至った。膿胸においては, 多房性胸水を呈しドレーナージュ効果が期待できない場合外科治療の適応となる。本例は心臓合併症を有する高齢者であったが, 外科手術が奏功し自立歩行を獲得して退院となった。

C-22

*Staphylococcus argenteus*による市中肺炎の1例

JA愛知厚生連豊田厚生病院 呼吸器内科

○二村 圭祐, 林 かずみ, 指尾 豊和, 青山 昌広,
谷川 吉政

症例は60才, 男性。自己免疫性脾炎を有しステロイド5mgを常用している。1週間前に近医にてA型インフルエンザの診断で抗インフルエンザ薬が投与された。その後も解熱が得られず, 胸部X線で肺炎像を認め当院紹介となった。来院時体温38.4℃, SpO2:94%(室内気)であった。身体診察では右上肺野に軽度の水泡音を聴取した。他の臓器異常を示唆する所見は認めなかった。胸部CTにて両側肺に空洞を伴った浸潤影があり, 採血では高CRP血症, PCT弱陽性を認め, インフルエンザ感染後の2次性肺炎と診断し抗生剤治療を開始した。入院第2病日に血液培養と痰培養より*Staphylococcus argenteus*が検出され起因菌と判断した。抗生剤治療が奏功し第13病日に自宅退院となった。*Staphylococcus argenteus*は近年*Staphylococcus aureus*より分離同定され主に皮膚軟部組織感染症の起因菌となる。しかしながら, これまで肺炎の起因菌としての報告はなく, 今後の症例の集積が求められる。

C-23

新型コロナウイルスによる重症肺炎, ARDSの1例

名古屋掖済会病院 呼吸器内科

○平野 達也, 伊藤 利泰, 岩間 真由子, 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】65歳男性【既往】2型糖尿病, 脂質異常症, 高血圧症【現病歴】X-16日, 日本発直行便にてハワイへ出発。X-12日より頭痛, X-10日より倦怠感を自覚。X-7日, 帰国し発熱が確認され近医受診。インフルエンザは陰性。GRNXによる治療で改善せず。X日, 呼吸困難を主訴に当院へ救急搬送。【経過】搬送時重度の呼吸不全を呈し, 胸部Xpで広範な両肺すりガラス影を認めた。海外渡航歴より新型コロナウイルス感染症疑似症として保健所にPCR検査を要請。陰圧個室へ隔離し, 感染防御をして気管挿管, 気管支鏡下気管支肺胞洗浄を施行。検査結果より細菌性肺炎, ARDSの合併を疑い, 抗菌薬, ステロイド治療を開始。X+1日, 保健所よりPCR陽性の報告があり陰圧個室管理, 治療を継続。X+12日, 指定病院へ搬送した。【考察】新型コロナウイルス感染症の合併症としてARDSは注意すべきである。新型コロナウイルス感染症に対する治療経験を若干の文献的考察を加え報告させて頂く。

C-24

慢性下気道感染症における血清および細菌検査についての検討

鈴鹿中央総合病院 呼吸器センター内科

○小久江 友里恵, 小林 裕康

慢性下気道感染症治療において、起炎菌の同定は抗菌剤を選択する上で重要である。良質の痰が得られない場合には、気管支鏡下に採痰や気管支洗浄を行い、サンプリングを行うとともに、血清学的に検索を行い、病態理解に努めることになる。しかしながら、血清検査と気道からサンプリングされ検出された病原微生物との間に乖離がみられることが、しばしば経験される。そこで今回、肺非結核性抗酸菌症を含む慢性下気道感染症患者において施行された血清および細菌検査のデータを基に、画像所見との対比を行い、その関連性について臨床的検討を行った。若干の文献的考察を踏まえ、報告する。

C-26

骨転移との鑑別に苦慮した抗IFN- γ 抗体陽性 *Mycobacterium scrofulaceum* の1例¹磐田市立総合病院 呼吸器内科, ²浜松医科大学附属病院 内科学第二講座○村野 萌子¹, 右藤 智啓¹, 中井 省吾¹,
平松 俊哉¹, 北原 佳泰¹, 村上 有里奈¹,
深田 充輝¹, 松島 紗代実¹, 永福 建¹,
佐藤 潤¹, 妹川 史朗¹, 須田 隆文²

症例は70歳女性。X-1年11月より右肩と右股関節の痛みが出現し前医を受診した。CTで右肩甲骨、右臼蓋、左恥骨、仙骨に骨溶解像と病的骨折を認め悪性腫瘍の骨転移が疑われた。仙骨からの骨生検では悪性細胞は見られず、抗酸菌塗抹が陽性となり抗酸菌感染症が疑われ、X年2月に当院に紹介となった。胸部CTで右中葉に結節影を認め、同部位からの気管支洗浄液と生検した骨から *Mycobacterium scrofulaceum* が培養され、播種性非結核性抗酸菌症と診断した。また血清抗IFN- γ 抗体が陽性であった。イソニアジド、リファンピシン、クラリスロマイシン、エサンブトールで治療を開始し肺病変は縮小し、骨病変は一部で改善を認めた。免疫不全の基礎疾患がなく抗IFN- γ 抗体陽性の播種性非結核性抗酸菌症の一例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

C-25

Mycobacterium avium complexによる化膿性脊椎炎/椎間板炎の一例

静岡県立総合病院 呼吸器内科

○田村 可菜美, 中安 弘征, 増田 寿寛,
高橋 進悟, 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

症例は糖尿病治療中の85歳女性。元々腰椎すべり症による慢性腰痛があり近医通院中であった。X-1年12月、右背部痛が悪化し同医を受診し、MRIにて第7-8化膿性脊椎炎/椎間板炎の所見を認めたため当院整形外科に紹介となった。第7-8椎間板の穿刺液で抗酸菌塗抹にてガフキー2号、MAC-PCR・培養陽性が判明したため、MACによる化膿性脊椎炎/椎間板炎の診断となりX年1月、当科へ紹介となった。肺野には病変は認めず、何らかの血流感染が原因と考えられたが血液培養、尿の抗酸菌塗抹は陰性であった。診断時には第7-8椎体の骨破壊像に加え脊柱管への浸潤も認め、下肢麻痺も出現していたため外科的治療が提案されたが、本人・家族の同意が得られず、RFP+EB+CAMを開始した。MACの血流感染は免疫不全状態に合併することが多いとされるが、本例のようにHIV陰性で明らかな免疫不全状態にない患者でも発症する可能性がある。若干の文献的考察を加え報告する。

C-27

当院において呼吸器検体培養にて *Mycobacterium fortuitum* を検出した4例の臨床的検討¹国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器内科,
²国立病院機構 三重中央医療センター 呼吸器外科,
³三重大学附属病院 呼吸器内科○大岩 綾香¹, 岩中 宗一¹, 坂倉 康正¹,
西村 正¹, 内藤 雅大¹, 井端 英憲¹,
大本 恭裕¹, 渡邊 文亮², 安達 勝利²,
藤本 源³, 小林 哲³

緒言: *Mycobacterium fortuitum* (M.fortuitum) は稀な菌種であり、当院においてM.fortuitumを検出した4症例の臨床的特徴を報告する。

対象: 2012年4月から2018年10月の間に、M.fortuitumを検出した4例を後方視的に評価した。

結果: 年齢は44歳から84歳、全例男性であり、非喫煙者1例・喫煙者3例。併存疾患・既往歴は、活動性肺結核2例、皮膚筋炎合併間質性肺炎に対しステロイド使用中1例、肺アスペルギルス症術後1例。全例喀痰培養検査よりM.fortuitumを同定した。結核病学会肺非結核性抗酸菌症診断基準を満たした症例は1例であったが、他1例においても臨床的にM.fortuitum肺感染症と考え治療を導入した。治療介入した2例中、1例は肺炎で死亡、1例は評価困難であった。

結語: M.fortuitumはcontaminationやcolonoizationの場合も多く、診断基準を満たす症例は多くない。今後治療導入の目安など、症例の蓄積が望まれる。

C-28

リネゾリドにより改善が得られた難治性*Mycobacterium abscessus*の1例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

○柴崎 晃司, 原田 雅教, 森川 圭亮,
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 正祐, 松浦 駿,
津久井 賢, 小清水 直樹

症例は66歳男性, CNPAの加療中のX-2年にM. abscessus(MA)が検出され, 以後CAM+FRPM+STFXによる維持療法が導入された。その後, 増悪時にはCAM+IPM/CS+AMKを1ヶ月間投与することで改善が得られていた。X年8月, 呼吸困難と胸部陰影の悪化のため同年9月に入院となりCAM+IPM/CS+AMKが導入された。炎症反応は一時改善したが, その後再増悪となったことから30病日に気管支鏡検査を施行した。気道および空洞内には乳白色混濁の分泌物を認め, 複数箇所からの組織および気管支洗浄液からの培養でMRSAとMAが検出された。MAはCAM耐性であったため, BTSガイドライン2017年版を参考にリネゾリド600mg/日を追加したところ, 炎症反応は低下し臨床症状と多発浸潤影も改善が得られたため78病日に退院となった。肺抗酸菌症の中でMAは希少で迅速発育菌の1つである。有効な治療薬は限局的でその予後は極めて不良である。CAM耐性MAに対しリネゾリドは有用な治療法となりうる。

C-29

浸潤性粘液腺癌と鑑別を要し, 経過中に膿胸を合併した肺*M. massiliense*症の1例

JCHO中京病院 呼吸器内科

○武内 萌, 浅野 周一, 龍華 祥雄, 宮松 晶子,
木村 令, 加藤 さや佳, 折中 雅美,
福島 祐貴子, 小林 正宏, 角田 陽平, 柴田 智文

症例は67歳女性, コントロール不良の糖尿病に対して近医通院中に3ヶ月続く咳嗽あり, 精査したところSpO₂低値と右肺中葉・両肺下葉の広範囲に周囲にスリガラス影を伴う均一な浸潤影を認めたため当院紹介。血液検査でCEA・SLX高値あり, 浸潤影は造影CTでCTアンギオグラムサイン, PET-CTで強い不均一なFDG集積を認めた。浸潤性粘液腺癌を疑い, 気管支鏡検査を施行したところ, 病理で肉芽腫性炎症像を認め, 培養で*M. massiliense*を検出し, 肺*M. massiliense*症と診断。糖尿病のコントロール強化とIPM/CS, AMK, CAMで治療開始。その後, 同菌による右膿胸を合併し, 胸腔ドレナージ・胸腔内洗浄を要したが徐々に改善。治療開始2ヶ月半後に外来治療に移行, 5ヶ月後に培養陰性化となった。以降も治療継続し, 2年以上経過したが悪化を認めていない。浸潤性粘液腺癌と鑑別を要し, 経過中に膿胸を合併した肺*M. massiliense*症を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

C-30

絨毛様変化を伴う低分化肺扁平上皮癌の1例

¹聖隷浜松病院 呼吸器内科, ²聖隷浜松病院 呼吸器外科, ³聖隷浜松病院 病理診断科

○平間 隆太郎¹, 竹田 健一郎¹, 勝又 萌¹,
持塚 康孝¹, 堤 あかり¹, 河野 雅人¹,
三木 良浩¹, 橋本 大¹, 中村 秀範¹, 藤川 遼²,
中村 徹³, 大月 寛郎³

症例は33歳, 女性。胸部CTで, 右肺上葉胸膜下の小結節と右胸膜腫瘍を指摘され, X年7月に当科紹介となった。腫瘍性病変を疑ったが, 肺結節に対する気管支鏡での診断は不可能と判断して, X年8月に胸腔鏡下右胸膜生検を施行した。胸膜病変の肉眼所見で新生血管の増生を伴い, 播種が強く疑われたために, 原発巣と考えられる右肺上葉の結節に対しても部分切除術を追加した。組織診では, 肺病変・胸膜ともに多核の大型細胞を伴う腫瘍細胞の充実性増生が見られ, 免疫染色ではcytokeratin+, CK5/6-, p40+, p63+, TTF1-, hCG+, SALL4+であり, 絨毛様変化を伴う低分化扁平上皮癌cT1aN3M1a stageIVAと診断した。卵巣・子宮に悪性腫瘍を疑う所見はなく, 肺原発と考えられた。遺伝子変異陰性, PD-L1 22C3 TPS 95%であったため, Pembrolizumab単剤での治療を開始し, 現在まで5サイクルを施行したが副作用や再発なく経過している。非常に稀な腫瘍であるため報告する。

C-31

原発巣および肺内転移巣ともに著明な空洞を形成した肺扁平上皮癌の1剖検例

¹津島市民病院 呼吸器内科, ²同 病理診断科

○小林 直人¹, 中尾 彰宏¹, 小川 知美¹,
住田 敦¹, 横井 豊治²

症例は82歳, 男性。X-1年10月, 胸部X線異常にて初診。胸部CTでは, 右肺下葉S6に62mmの空洞を伴う腫瘍影と, 右中葉・下葉に多発性に中小の空洞形成病変を認めた。喀痰細胞診にて扁平上皮癌細胞を検出し, 右下葉肺扁平上皮癌および多発肺内転移と診断。年齢, 基礎疾患等により, 化学療法は行わず経過観察。X年4月上旬には, 右下葉の原発巣は巨大な空洞を形成しながら約110mmに増大。その他の多発肺内転移巣も同様に空洞を形成しながら増大。4月下旬, 感染を合併し呼吸不全となり入院。5月初旬, 永眠された。病理解剖では, 右肺下葉の巨大な空洞を形成する腫瘍は, 組織学的に高分化の扁平上皮癌で, 空洞の内面にはことごとく癌細胞が進展。多発する肺内転移巣においても, 関与する気管支の内腔や空洞の内面には癌細胞が進展。空洞形成の機序としては, 腫瘍が気管支もしくは細気管支の内腔を狭窄し, チェックバルブ機構により吸気が貯留したものと考えられた。

C-32

EGFR変異陽性非小細胞肺癌に対するドセタキセル/ラムシルマブ併用療法の検証

¹松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科, ²聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科

○伊藤 健太郎¹, 古屋 直樹², 古橋 一樹¹,
中村 祐基¹, 鈴木 勇太¹, 坂口 直¹,
藤原 研太郎¹, 西井 洋一¹, 田口 修¹, 畑地 治¹

【背景】非小細胞肺癌の二次治療以降でドセタキセルとラムシルマブ（DOC/RAM）の併用療法が標準治療として確立している。EGFR陽性肺癌における治療効果についてのデータは限られている。【方法】松阪市民病院, 聖マリアンナ医科大学病院, 横浜市西部病院の3病院にて, 2016年1月から2018年12月の期間にDOC/RAMの併用療法を受けた患者を対象として症例を収集した。EGFR遺伝子変異陽性（変異型）の症例とEGFR遺伝子変異陰性（野生型）の症例にて, DOC/RAMの併用療法の奏効率, 無増悪生存期間, 生存期間を後ろ向きに評価した。【結果】112例の症例が登録され, 変異型が24例, 野生型が88例であった。EGFR陽性例において奏効率は41.7% [95%CI, 20.4-62.9], 無増悪生存期間は5.7 か月 [95%CI, 3.5-7.2]であり, 野生型より優位に延長していた (p=0.01)。【結論】DOC/RAMはEGFR変異型にて野生型より有効である可能性が示唆される。

C-34

高齢者に対するドセタキセル+ラムシルマブ併用療法の有効性および安全性についての後方視的検討

¹松阪市民病院 呼吸器内科, ²聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科

○坂口 直¹, 古橋 一樹¹, 中村 祐基¹,
鈴木 勇太¹, 伊藤 健太郎¹, 藤原 研太郎¹,
西井 洋一¹, 田口 修¹, 畑地 治¹, 古屋 直樹²

【背景】進行非小細胞肺癌(NSCLC)に対するドセタキセル(DTX)+ラムシルマブ(RAM)併用療法の高齢者に対する有効性および安全性のデータは乏しい。

【方法】聖マリアンナ医科大学病院, 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院および松阪市民病院にて, 2016年6月から2019年2月までに, 進行NSCLCに対してDTX+RAM療法を施行した114例 (≥75歳の高齢者23名)を対象に, 高齢者および非高齢者群の有効性, 安全性につき後方視的に比較検討した。

【結果】Median PFSは高齢者群3.4ヶ月vs非高齢者群4.0ヶ月, 奏効率は30.4%vs35.1%で高齢者群でも良好な結果であった。高齢者群ではPEG-G-CSFによる一次予防がほぼ全例 (96%)で施行されていた。いずれかの薬剤減量は高齢者群34.7%, 非高齢者群19.7%に要した。有害事象による中止はそれぞれ17.3%, 15.3%であった。【結論】PEG-G-CSFの使用や適切な減量により, 高齢者においてもDTX+RAM療法は有効で, 認容性もよい可能性がある。

C-33

胸部造影MRIが生検部位の選択に有用であった塵肺合併肺腺癌の1例

¹藤田医科大学病院 呼吸器内科学I, ²藤田医科大学病院 放射線科

○前田 侑里¹, 丹羽 義和¹, 榊原 洋介¹,
岡村 拓哉¹, 魚津 桜子¹, 三重野 ゆうき¹,
後藤 康弘¹, 磯谷 澄都¹, 近藤 征史¹,
今泉 和良¹, 大野 良治²

症例は75歳男性, 以前より塵肺を指摘されていた。健診で両側上葉病変の増大を指摘。前医で左上葉腫瘍より2度の経気管支生検を施行されたが確定診断がつかず当院に紹介。PET/CTで両上葉病変と縦隔リンパ節に著明なFDG集積を認め, 左上葉腫瘍と縦隔リンパ節の生検を再施行するも異型細胞疑いであった。胸部MRIでは左上葉腫瘍 (径77mm) はSTIR画像にて大部分が低信号であり, 辺縁部のみ高信号であった。その辺縁部は拡散強調画像 (DWI) にても高信号であった。一方, 右上葉結節 (径26mm) はSTIRおよびDWIにて高信号を呈していた。造影灌流MRIにて左上葉腫瘍辺縁部と右上葉結節は体循環相にて著明な造影効果を示し, 共に塵肺に肺癌が合併したと評価し, 右B2からの生検を行い腺癌と診断した。塵肺病変に合併する肺癌発生部位の特定はPET/CTでは時に困難であり, 生検部位選択に胸部MRIが有用であると示唆された。