

# 第103回 北海道医学大会 プログラム・抄録

Program of the 103rd Hokkaido Medical Congress

## 呼吸器分科会・結核分科会

(第126回 日本呼吸器学会北海道支部学術集会)  
(第78回 日本結核・非結核性抗酸菌症学会北海道支部学会)

日 付：令和5年9月16日(土) 9:30~17:00  
会 場：札幌医科大学記念ホール (札幌市中央区南1条西18丁目)  
会 長：市立千歳市民病院 内科  
診療部長 竹藪 公洋

### 開催期間

総 会 令和5年10月7日(土)

分科会 自 令和5年9月2日(土)

至 令和5年11月25日(土)

会 頭 山下 敏彦

主 催 札幌医科大学  
北海道大学医学研究院  
旭川医科大学  
北海道医師会

# 北海道医学大会・分科会プログラム抄録の 閲覧ID・PWについて

北海道医学大会ホームページにて、各分科会のプログラム抄録が閲覧できます。

北海道医学大会ホームページ <http://www.hokkaido.med.or.jp/igaku/index.html>



## 会期中（公開～11/25）はこちら

- ◇各分科会開催前に順次公開いたします。
- ◇会期中(公開～11/25)は、参加分科会のみ閲覧可能です。
- ◇ID・PWは各分科会で異なりますので、わからない場合は各分科会事務局へお問い合わせください。

## 会期終了後（11/26～）はこちら

- ◇医学大会会期終了後（11/26～）は、アーカイブへ移行いたします。
- ◇アーカイブのID・PWは全分科会共通となります。
- ◇共通ID taikai  
共通PW 8627
- ◇過去大会のプログラム抄録も閲覧可能ですので、ご活用ください。

注) 本ID・PWは、本誌「第103回北海道医学大会プログラム」および「分科会プログラム・抄録」の配付を受けた北海道医師会会員または第103回北海道医学大会参加分科会会員にのみご案内しておりますので、取り扱いにご留意ください。

# 第103回北海道医学大会分科会開催日程

開催日	分科会名	開催場所	連絡先	分科会正式名称
9月2日(土)	神 経	札幌医科大学記念ホール (Web併用)	北海道大学大学院医学研究院 神経病態学分野神経内科学教室	第112回日本神経学会北海道地方会
9月2日(土)	生 理 系	北海道大学医学部学友会館 「フラテ」ホール	北海道大学大学院医学研究院 細胞生理学教室	第103回日本生理学会北海道地方会
9月2日(土)	臨床検査医学	札幌医科大学 講堂	札幌医科大学附属病院検査部	第57回日本臨床検査医学会北海道支部総会 第33回日本臨床化学会北海道支部例会
9月2日(土)	皮 膚 科	Web開催	札幌医科大学医学部 皮膚科学講座	第435回日本皮膚科学会北海道地方会
9月2日(土)	消 化 器 病	TKPガーデンシティPREMIUM 札幌大通 (一部オンデマンド)	旭川医科大学 外科学講座肝胆膵・ 移植外科学分野	第133回日本消化器病学会北海道支部例会
9月3日(日)	消化器内視鏡		手稲漢仁会病院消化器病センター	第127回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会
9月9日(土)	超 音 波	北海道大学学術交流会館 (Web併用)	手稲漢仁会病院消化器病センター	日本超音波医学会第53回北海道地方学術集会
9月9日(土) 9月10日(日)	外 科	ホテルライフオート札幌	札幌医科大学消化器・総合、 乳腺・内分泌外科学講座	第112回北海道外科学会
	胸 部 外 科		北海道大学大学院医学研究院 心臓血管外科学教室	第107回日本胸部外科学会北海道地方会
	小 児 外 科		北海道大学大学院医学研究院 消化器外科学教室Ⅰ	第107回日本小児外科学会北海道地方会
	血 管 外 科		華岡青洲記念病院事務部	第42回日本血管外科学会北海道地方会
9月16日(土)	乳 癌	ACU札幌	セントラルCIクリニック	第21回日本乳癌学会北海道地方会
9月16日(土)	病 理	札幌医科大学 教育研究棟	札幌医科大学医学部附属フロン ティア医学研究所分子医学部門	第56回北海道病理談話会
9月16日(土)	血 液	札幌医科大学臨床教育研究棟Ⅰ	札幌医科大学医学部 小児科学講座	第65回日本血液学会秋季北海道地方会
9月16日(土)	呼 吸 器	札幌医科大学記念ホール	札幌医科大学医学部呼吸器・ アレルギー内科学講座	第126回日本呼吸器学会北海道支部学術集会
9月16日(土)	結 核		北海道大学大学院医学研究院 呼吸器内科学教室	第78回日本結核・非結核性抗酸菌症学会北海道支部学会
9月16日(土)	泌 尿 器 科	北海道大学学術交流会館	北海道大学大学院医学研究院 腎泌尿器科学講座	第419回日本泌尿器科学会北海道地方会
9月23日(土)	産 業 衛 生	室蘭市民会館	旭川医科大学社会医学講座	2023年度日本産業衛生学会北海道地方会
9月30日(土)	眼 科	北海道大学医学部 臨床大講堂	北海道大学大学院医学研究院 眼科学教室	第170回北海道眼科集談会
9月30日(土)	リハビ テーション	札幌医科大学教育研究棟	旭川医科大学病院 リハビリテーション科	第48回日本リハビリテーション医学会北海道地方会
10月7日(土)	総 会	札幌グランドホテル (Web併用/オンデマンド)	北海道医師会事業第三課	第103回北海道医学大会総会
10月14日(土)	学 校 保 健	北海道教育大学札幌駅前サテライト	北海道教育大学養護教育	第56回北海道学校保健学会
10月14日(土)	肺 癌	北海道大学医学部学友会館 「フラテ」ホール	北海道大学病院医療・ヘルスサイ エンス研究開発機構/呼吸器内科	第49回日本肺癌学会北海道支部学術集会
10月14日(土)	呼吸器内視鏡		旭川医科大学病院第一内科 呼吸器内科	第45回日本呼吸器内視鏡学会北海道支部会
10月14日(土)	形 成 外 科	大雪クリスタルホール	旭川医科大学病院形成外科	第105回北日本形成外科学会北海道地方会
10月15日(日)	東 洋 医 学	北農健保会館 (Web併用)	はるにれ薬局屯田店	第39回日本東洋医学会北海道支部会
10月15日(日)	アレルギ	札幌医科大学記念ホール	北海道大学大学院医学研究院 呼吸器内科学教室	第4回日本アレルギー学会北海道支部地方会
10月21日(土)	輸 血	日本赤十字社北海道ブロック血液 センター研修室 (Web併用)	日本赤十字社北海道ブロック 血液センター	第67回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会
10月21日(土)	生体医工学	北海道大学工学部	北海道大学大学院工学研究院	第62回日本生体医工学会北海道支部大会
10月22日(日)	産 婦 人 科	札幌医科大学記念ホール	NTT東日本札幌病院 産婦人科	第100回北海道産科婦人科学会総会・学術講演会
10月22日(日)	内 分 泌	札幌プリンスホテル 国際館パミール	斗南病院 糖尿病・内分泌内科	第23回日本内分泌学会北海道支部学術集会
10月22日(日)	耳 鼻 咽 喉 科	北海道大学医学部学友会館 「フラテ」ホール	北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室	第228回日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会北海道地方学術講演会
10月28日(土)	農 村 医 学	網走厚生病院 網走セントラルホテル	JA北海道厚生連網走厚生病院 総務課	第73回北海道農村医学会
10月28日(土)	レーザ	ムトウビル会議室	北海道大学大学院医学研究院 消化器外科学教室Ⅱ	第42回日本レーザ医学会北海道地方会
10月28日(土)	大腸肛門病	札幌医科大学教育研究棟講義室	札幌医科大学医学部消化器・総合、 乳腺・内分泌外科学講座	第44回日本大腸肛門病学会北海道支部例会
11月11日(土)	救 急 医 学	札幌医科大学教育研究棟	北海道医師会事業第二課	第47回北海道救急医学会学術集会
11月11日(土)	腫 瘍 系	北海道大学医学部学友会館 「フラテ」ホール	旭川医科大学腎泌尿器外科学講 座	第127回北海道癌談話会例会
11月18日(土)	プライマリ・ ケア	道立道民活動センター かでの2.7	市立美唄病院	日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部第8回学術集会 第10回北海道プライマリ・ケアフォーラム
11月25日(土)	アフレス	札幌北楡病院 講堂 (Web併用)	日鋼記念病院 臨床工芸学	第43回日本アフレス学会北海道地方会
11月25日(土)	循 環 器	北海道大学学術交流会館	北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室	第129回日本循環器学会北海道地方会

※開催の詳細は各分科会事務局へお問い合わせください。

※開始終了時間はプログラムに準じる。

# 第103回北海道医学大会総会プログラム

令和5年10月7日(土) 於 札幌市 (札幌グランドホテル/グランドホール)

◆令和5年度北海道医師会賞並びに北海道知事賞贈呈式 【15:00～16:00】  
＜グランドホール東＞

◆各科トピックス ＜グランドホール西＞ 【16:00～18:00】

演 題 ・ 演 者

座 長

1. 「頭頸部進行がんに対する形態・機能の温存および

予後の向上を目指した集学的治療の研究」

北海道大学大学院医学研究院

感覚器病学分野耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室

教授 本間 明宏

札幌医科大学医学部

耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

教授 高野 賢一

2. 「姿勢と歩行の科学－転倒を誘発する要因とは－」

旭川医科大学生理学講座・神経機能分野

教授 高草木 薫

北海道大学大学院医学研究院

神経生理学教室

教授 田中 真樹

3. 「新時代を迎えた肺癌外科治療

－とくに縮小手術と拡大手術－」

札幌医科大学医学部呼吸器外科学分野

教授 渡辺 敦

旭川医科大学病院呼吸器外科

病院教授 北田 正博

4. 「全身性エリテマトーデスの治療の進歩」

医療法人桑園中央病院

病院長 向井 正也

北海道医師会

常任理事 村上 学

◆特別講演 ＜グランドホール西＞ 【18:00～19:00】

座長 第103回北海道医学大会会頭 山下 敏彦

「再生医療のNEXT Stage - Unmet needsに対する再生医療の役割 -」

社会医療法人警和会理事長／大阪警察病院 院長／  
大阪大学大学院医学系研究科 特任教授 澤 芳樹

## 1. 頭頸部進行がんに対する形態・機能の温存および予後の向上を目指した集学的治療の研究

北海道大学大学院医学研究院感覚器病学分野耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室  
教授 本間明宏

頭頸部進行がんの治療は1980-90年代に遊離皮弁による再建術が導入され、そのおかげで拡大切除が可能となり飛躍的に進歩した。切除できなかったがんを切除できるようになり予後が向上し、再建することにより機能や形態の温存・再建が可能な症例が増えたが、発声や嚥下といった機能の喪失あるいは障害、また、形態の変化は大なり小なり避けることはできない。また、機能や形態に大きな変化をきたす手術を受け入れられない患者に対してわれわれは無力で、手術以外の治療を期待できる治療が必要だと考えていた。そのようなときに大量シスプラチンの超選択的動注療法と放射線治療の同時併用療法（RADPLAT：radiationとcisplatinを組み合わせた造語）を知った。

超選択的動注療法は、腫瘍の栄養血管に選択的にカテーテルを挿入し、カテーテルから大量のシスプラチンを動注し、同時にチオ硫酸ナトリウムを静脈から注入することによってシスプラチンを中和し副作用を軽減する方法である。それによりシスプラチンを毎週投与することができ、しかも、選択的に動注するので、通常の静注よりシスプラチンが腫瘍に高濃度、かつ、大量に作用することになる。それに放射線治療

を同時併用する方法がRADPLATで、1994年に米国のRobbinsにより初めて報告された。北大では1999年に導入し、現在まで約400例治療してきた。その間、放射線治療もIMRT、陽子線治療が導入され、放射線治療の進歩の恩恵も受けながら続けることができた。

上顎洞はRADPLATの良い適応と考え最も多く行っている部位である。2020年までの上顎洞扁平上皮癌113例の5年生存率は68.5%で、手術を中心として行っている施設と遜色のない成績が得られている。RADPLATの有効性を検証するため、全国的な多施設共同試験（JCOG1212）も行っている。T4aN0M0症例では手術が標準治療で多くの症例では眼球を含めた拡大切除が行われるが、RADPLATのPrimary endpointの3年生存割合が82.8%（90% CI 73.4% - 89.2%）で、閾値65%を棄却し、手術に対する非劣性を示した（ASCO 2022）。この試験の結果によりRADPLATが手術に加え新たな上顎洞進行癌の標準治療と位置づけた。

これからはRADPLATの国内外でのさらなる普及、上顎洞以外の部位での有効性を検証し、頭頸部進行がんの予後の向上、機能・形態の温存に貢献していきたい。

## 2. 姿勢と歩行の科学 —転倒を誘発する要因とは—

旭川医科大学生理学講座・神経機能分野  
教授 高草木 薫

超高齢化を迎えた先進国では高齢者の転倒・転落事故の急増が深刻な社会問題である。ゆえに、転倒の防止、歩行機能の回復、そして、安全な歩行を実現するためのシナリオ構築が急務である。では、安全な歩行とはどのような歩

行だろうか？それは“環境変化に適応する姿勢を維持する二足歩行”である。転倒の背景には、姿勢制御機能の異常が存在することから、我々は、姿勢制御の仕組みを理解することからこの難題に取り組むことにした。



ヒトの立位姿勢と二足歩行は、脊椎動物における進化と生後発達の賜物である。出生間もないヒトは爬虫類と同様の腹這姿勢で移動するが、生後10か月には、移動様式は（四足動物と同様の）ハイハイへと変化する。そして、生後約一年を経過すると二足歩行が可能となる。この立位歩行の獲得における脊椎動物の進化とヒトの生後発達は「重力との闘い」である。これには、脳神経系と筋骨格系、そして、循環器系の適切な生後発達が必須である。

しかし、加齢に伴って日常での転倒事故は急増する。その原因には、加齢に伴う筋骨格系の衰えだけでなく、アルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease; AD）やパーキンソン病（Parkinson's disease; PD）、脳血管障害など、「自身と周囲の空間情報を認知すると共に身体の動作を操る高次脳機能の低下」が潜んでいる。加えて、加齢による筋骨格系の機能低下に伴って、腰は前方に屈曲し（前屈姿勢）、歩行の速

度は低下する。これらはPDにおいて特徴的であるが、PDに罹患していない高齢者においても観察される。また、前頭葉の損傷ではPDと類似の「すくみ足」が、そして、ADでも歩行速度の減少が観察される。

全ての行為には「これに最適な姿勢が随伴する」ことから、我々は、これを実現する脳神経機構の解明を試みてきた。本講演では、その一部を紹介する。具体的には、① 二足での立位維持と二足歩行の神経学的メカニズム、② 加齢や疾病（PDを例に）に伴う立位維持退化の仕組み、そして、③ 立位姿勢のメカニズムを解明するための工学系との共同研究、について概説する。これまでの研究成績は、脳幹と脊髄の姿勢制御系を支える「感覚系」の異常と自身の環境認知と随意運動の基盤となる「高次脳機能」の障害が「転倒を誘発する要因である」ことを示唆する。これら知見を「転倒の予防」の科学に繋げることが「喫緊の課題」である。

### 3. 新時代を迎えた肺癌外科治療—とくに縮小手術と拡大手術—

札幌医科大学医学部呼吸器外科学分野  
教授 渡 辺 敦

肺癌は、世界中で最も一般的な癌の一つであり、悪性腫瘍としての死亡原因としては1位に位置している。2018年では、12万8千人が年間罹患され、そのうち4万8千万件の手術が行われている。肺癌と診断された場合、治療の選択肢には手術、放射線療法、化学療法、免疫療法などがある。非小細胞肺癌のI、II期症例、切除可能なIII、IV期肺癌の一部には外科治療が行われている。

近年、早期（I期）肺癌に関しては縮小手術（肺区域切除、楔状切除、リンパ節郭清の省略）が行われている。特に、日本臨床腫瘍学会に行われたJCOG 0802、0804、1212などの試験は肺癌の早期（I期）症例における手術の方法に関する研究で、早期肺癌に対する標準手術である肺葉切除と縮小手術の成績を比較したものである。いずれも縮小手術の優性ないしは非劣勢を示している。米国のCALGB 0140503も同様の結果を示した。これらの結果は、肺癌治療ガイドラインや臨床の現場において、治療方針決定や患

者への適切な情報提供に活用されている。

一方、進行癌に対しても近接臓器合併切除が行われ、大動脈壁進展症例では大動脈ステント留置後の肺切除術、脊椎合併切除を伴う肺切除術なども行われている。他領域でも施行されているサルベージ手術は、通常の治療法（化学療法、放射線療法など）が効果を示さないか、再発した癌に対して行われる手術である。現在では肺癌領域にも適応されている。ただし、サルベージ手術は一般的により侵襲的で高リスクな手術であり、適切な患者選択と専門的な外科医の判断が必要となる。

また、肺癌においては従来の殺細胞型抗癌剤に加えて癌細胞内で特定の分子標的に作用し、成長や増殖を抑制する働きを持つ分子標的薬（EGFR阻害薬、ALK阻害薬、ROS1阻害薬など）、免疫回避シグナルをブロックし、免疫システムが癌細胞を攻撃可能とする免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の登場、発展に伴い、早期癌、進行癌に対する周術期管

理も新たな局面を迎えている。分子標的薬では、IMPACT, ADURA試験、ICIでは術後治療としてはKEYNOTE 091, IMPOwer010、術前治療としてはKEYNOTE 671、IMPOwer 030、

CheckMate 816などの臨床試験が行われている。これらの状況に関し、自験例を含め、文献的考察も交えて報告する。

## 4. 全身性エリテマトーデス治療の進歩

医療法人桑園中央病院（市立札幌病院顧問）  
病院長 向 井 正 也

全身性エリテマトーデス（SLE）の治療の主体は副腎皮質ステロイドホルモンであり、この大量投与により、生命予後は大幅に改善した。しかし薬剤に必ず伴うホルモンの過剰状態により、多くの副作用を患者さんにもたらし、生活の質の低下を招いていた。またステロイド単独治療ではある一定量以下にステロイド減量が困難な例が多かった。このため、ヒドロキシクロロキンや免疫抑制剤の併用が欧米では一般的であったが、本邦では保険適用が大変遅れ、実際上は使用できなかった。

免疫抑制剤に関しては1980年代の教科書にアザチオプリンやシクロフォスファミドの併用が記載されていたが、実際に本邦でこれらが保険適用になったのは公知申請によって2011年であった。それまでにミゾリビンが1995年にループス腎炎に、シクロスポリンが1996年にネフローゼ症候群に、2007年にタクロリムスがループス腎炎に保険適用となった。これらの併用によりステロイド維持量は確実に減量可能であった。

一方で重症な病態に対してはステロイドパルス療法やシクロフォスファミド間欠大量投与（IVCY）が行われていたが、パルス療法の保険適用は2014年であった。またミコフェノール酸モフェチル（MMF）は2015年に保険適用と

なった。

ヒドロキシクロロキンも2015年にやっと保険適用となり、先進国で普通に使用できている薬剤が国内でも問題なく使用可能となった。

さらに病態の解明に基づいて生物学的製剤の開発も行われてきた。その中から、B細胞刺激因子に対する抗体であるベリムマブが2018年に、インターフェロン受容体に対する抗体であるアニフロルマブが2021年に、CD20に対する抗体でB細胞性非ホジキンリンパ腫治療に定評のあるリツキシマブが2023年に公知申請で、それぞれ保険適用となった。

これらの様々な薬剤を組み合わせることで、ステロイドの減量は可能となっており、最近の目標は可能であればステロイドの完全中止となっている。また、疾患の治療目標が決められ、完全寛解基準も定められている。それによるとステロイドは中止ないしプレドニン換算で5mg/日未満とし、ヒドロキシクロロキンは基礎治療薬として残すことなどが提唱されている。

以上よりSLEの治療は、生命予後の改善だけでなく多くの患者さんにおいて生活の質の改善をもたらすことができるようになった。これにより正常の人と変わらない普通の生活を送ることが目標となっている。

# 特別講演

## 再生医療のNEXT Stage —Unmet needsに対する再生医療の役割—

社会医療法人警和会理事長／大阪警察病院院長／  
大阪大学大学院医学系研究科特任教授  
澤 芳 樹

高齢化社会を進む我が国において、健康寿命の延伸達成に向けて難病の克服は必須課題である。そのため、iPS細胞による再生医療など、新たなサイエンスの発見に基づく新しい治療開発への挑戦が始まり、これまで治らなかった人が治る医療イノベーションの時代に突入しつつある。

我々は心筋再生治療開発に20年間近く取り組み、自己筋芽細胞シートによる前臨床試験を行って心機能の回復を認め副作用は認められないことを明らかにし、2007年にFirst in manとしてLVAS補助下に1年間心臓移植待機していたDCM患者の世界初のLVAS離脱に成功した。それ以後50例におよぶ臨床研究を実施しその成果をふまえて、テルモ社が虚血性心筋症に対する企業治験を実施し、「ハートシート」という商品名で薬事承認を受け保険診療が開始された。また成人のみならず小児に対する拡張型心筋症を対象とした医師主導治験も終了し、承認審査待ちである。

一方、iPS細胞由来拍動心筋細胞を用いた心筋再生治療の開発も10年を経過しPOCの証明や規制科学研究等の成果は得られている。最終的に京都大学CiRAから出荷される臨床用iPSから拍動する治療用ヒト心筋細胞様細胞の高率

な分化誘導と大量培養および未分化iPS細胞の除去法とそのレギュラトリーサイエンスが確立しつつあり、既に大阪大学で医師主導治験が開始され、予定の8例が終了し、世界初iPS細胞由来心筋再生治療製品の市販が期待される。同時にその製品化をめざして、阪大発ベンチャーCUORiPSを設立し、最近上場した。魔の川、死の谷を越えて、これからダーウインの海に挑むところである。

また、末梢動脈疾患（PAD）の分野でも、他家由来MSCの静脈内投与によるPAD再生治療が本格的に開始される。一方、心筋再生効果を持つ医薬品として、プロスタサイクリンアゴニストであるONO1301が、血管新生や線維化抑制効果を示すことを明らかにし、現在冠動脈バイパス手術との併用による医師主導治験を進めている。

我が国においてはUnmet Needsである難病克服に向けて、再生医療のトランスレーショナルリサーチや世界に先駆けた再生医療審査制度が確立されて再生医療製品の承認が進みつつある。このように法整備などの隘路の凌駕によって、我が国発の再生医療が普遍的治療として世界に向けて発信されることが期待される。



# 呼吸器分科会・結核分科会

(第126回 日本呼吸器学会北海道支部学術集会)  
(第78回 日本結核・非結核性抗酸菌症学会北海道支部学会)

日 付：令和5年9月16日(土) 9：30～17：00  
会 場：札幌医科大学記念ホール（札幌市中央区南1条西18丁目）  
会 長：市立千歳市民病院 内科  
診療部長 竹藪 公洋

・特別教育講演

「気管支喘息治療の進歩～いままでとこれから～」

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

・シンポジウム「閉塞性肺疾患up to date」

1. 「オホーツク地域における気管支喘息診療の現状

～地域センター病院としての北海道立北見病院の役割～」

北海道立北見病院 地域医療支援室長、呼吸器内科 小笠 壽之

2. 「難治性喘息の治療～フェノタイプ・エンドタイプから考える抗体治療」

札幌医科大学 呼吸器・アレルギー内科学講座 助教 宮島 さつき

3. 「COPD－温故知新－」

北海道大学病院 呼吸・循環 未来医療創発研究部門 特任講師 清水 薫子

4. 「閉塞性肺疾患の疾患概念の考察」

北海道大学大学院医学研究院 呼吸器内科学教室 准教授 鈴木 雅

---

【一般演題】 発表時間5分 質疑応答3分

【教育講演】60分 【シンポジウム】20分 《2021年度GSK医学教育助成対象》

【発表形式】PCプレゼンテーション

Windows：USBメモリ持ち込み（PowerPointファイル）

Macintosh：PC持ち込みのみ

（ミニD-sub 15pinへの接続アダプター、電源アダプターと発表用PowerPointファイルを入れたUSBメモリをご持参ください。スリープ・省エネルギーおよびスクリーンセーバー設定を解除してください）

動画を使用される場合は、ご自身のPCをご用意下さい

【演者受付】発表の30分前には受付と試写をお済ませ下さい

---

一般演題A (9:31~9:55) 座長 本庄 統 (札幌南3条病院 呼吸器内科)

1. オシメルチニブ投与中にB型肝炎ウイルス (HBV) 再活性化を生じ致命的な経過を辿った1例  
○横田 基宥, 上村幸二郎, 橋本みどり, 西山 薫 (NTT東日本札幌病院)
2. 低酸素血症を認めたBRAF遺伝子V600E変異陽性非小細胞肺癌の高齢者に対しダブラフェニブ+トラメチニブ併用療法が奏効した1例  
○畠山 酉季, 水柿 秀紀, 山田 範幸, 朝比奈 肇, 横内 浩, 大泉 聡史 (北海道がんセンター 呼吸器内科)
3. 多彩な肺陰影を呈し二次性器質化肺炎を合併した腺粘液癌肺転移の1例  
○永山 大貴, 小玉賢太郎, 高野慧一郎, 北村智香子, 練合 一平, 竹中 遥, 宮島さつき, 高橋 守, 千葉 弘文 (札幌医科大学 呼吸器・アレルギー内科学講座)

一般演題B (9:56~10:20) 座長 横尾 慶紀 (手稲溪仁会病院 呼吸器内科)

4. びまん性肺胞出血を契機に診断に至ったリンパ脈管筋腫症の1例  
○木村 太俊<sup>1</sup>, 武井 望<sup>1</sup>, 小熊 昂<sup>1</sup>, 中村 順一<sup>1</sup>, 中久保 祥<sup>1</sup>, 木村 孔一<sup>1</sup>, 大高 和人<sup>2</sup>, 加藤 達哉<sup>2</sup>, 大川 紘弥<sup>3</sup>, 松野 吉宏<sup>3</sup>, 今野 哲<sup>1</sup> (北海道大学 大学院医学研究院 呼吸器内科学教室<sup>1</sup>, 北海道大学病院 呼吸器外科<sup>2</sup>, 北海道大学病院 病理診断科<sup>3</sup>)
5. 吸入ステロイドにより閉塞性換気障害及び画像所見の改善が得られたサルコイドーシスの1例  
○古川 貴啓, 小熊 昂, 福井 伸明, 高木統一郎, 河井 康孝 (王子総合病院 呼吸器内科)
6. A-Cubeの結果を参考に治療方針を決定した間質性肺炎の2例  
○志垣 涼太<sup>1</sup>, 八木田あかり<sup>1</sup>, 似内 貴一<sup>1</sup>, 梁田 啓<sup>1</sup>, 木田涼太郎<sup>1,2</sup>, 梅影 泰寛<sup>1</sup>, 森 千恵<sup>1,3</sup>, 吉田 遼平<sup>1,4</sup>, 南 幸範<sup>1</sup>, 佐々木高明<sup>1</sup> (旭川医科大学 呼吸器内科<sup>1</sup>, 北海道立北見病院 呼吸器内科<sup>2</sup>, 医療法人社団旭豊会 旭川三愛病院 内科<sup>3</sup>, 医療法人社団慶友会 吉田病院 呼吸器内科<sup>4</sup>)

一般演題C (10:21~10:45) 座長 氏家 秀樹 (北海道大学病院 呼吸器外科)

7. 胸腺腫摘出術後30年経過後に発症したGood症候群の1例  
○小林冬美子<sup>1,2</sup>, 庄司 哲明<sup>2</sup>, 糸川亜理香<sup>2</sup>, 寶輪 美保<sup>2</sup>, 中村 友彦<sup>2</sup>, 朝比奈 肇<sup>3</sup>, 菊池 英毅<sup>2</sup>, 榊原 純<sup>2</sup>, 今野 哲<sup>2</sup> (勤医協中央病院 呼吸器内科<sup>1</sup>, 北海道大学病院医学研究院 呼吸器内科学教室<sup>2</sup>, 北海道がんセンター 呼吸器内科<sup>3</sup>)
8. 両側肺尖に明らかなブラ形成のある気胸症例の45%で両側気胸を認めた  
○三品泰二郎 (札幌孝仁会記念病院 呼吸器外科)
9. 当科における急性膿胸の治療法  
○大塚 将平, 道免 寛充, 櫛引 敏寛, 高野 博信, 山田 秀久 (NTT東日本札幌病院 外科)

一般演題D (10:46~11:28) 座長 服部 健史 (独立行政法人 国立病院機構 北海道医療センター 呼吸器内科/感染対策室)

10. BCG膀胱内注入療法後に結核性脊椎炎を発症した1例  
○吉川 修平<sup>1</sup>, 服部 健史<sup>1</sup>, 網島 優<sup>1</sup>, 岡本 佳裕<sup>1</sup>, 伊東 学<sup>2</sup>, 藤田 崇宏<sup>3</sup>, 桑原 健<sup>4</sup>, 須甲 憲明<sup>1</sup> (独立行政法人 国立病院機構 北海道医療センター 呼吸器内科<sup>1</sup>, 独立行政法人 国立病院機構 北海道医療センター 整形外科<sup>2</sup>, 独立行政法人 国立病院機構 北海道がんセンター 感染症内科<sup>3</sup>, 独立行政法人 国立病院機構 北海道がんセンター 病理診断科<sup>4</sup>)

第78回日本結核・非結核性抗酸菌症学会北海道支部学術集会

11. ステロイド薬を併用し癒痕狭窄を回避し得た気管気管支結核・肺結核の1例

○古川 絢登<sup>1</sup>, 長野香菜美<sup>2</sup>, 武田 和也<sup>2</sup>, 長野佑太郎<sup>2</sup>, 加藤 宏治<sup>2</sup>, 山添 雅己<sup>2</sup> (札幌医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー内科学講座<sup>1</sup>, 市立函館病院 呼吸器内科<sup>2</sup>)

12. 初回治療終了から1年後にリンパ節炎で再燃したMycobacterium avium (M. avium) の1例

○畠山 拓, 横尾 慶紀, 達髭 良太, 白石 大瑛, 長尾 喬生, 山田 玄 (手稲溪仁会病院)

13. 肺Mycobacterium marseillense症の1例

○福井 独歩<sup>1</sup>, 山下 優<sup>1</sup>, 東 陸<sup>1</sup>, 棟方 奈菜<sup>1</sup>, 菊池 創<sup>1</sup>, 佐藤 未来<sup>1</sup>, 高村 圭<sup>1</sup>, 蜷川 慶太<sup>2</sup>, 鎌田 啓佑<sup>3,4</sup>, 五十嵐ゆり子<sup>4</sup>, 高木 明子<sup>4</sup>, 御手洗 聡<sup>4</sup> (JA北海道厚生連 帯広厚生病院 呼吸器内科<sup>1</sup>, JA北海道厚生連 帯広厚生病院 消化器内科<sup>2</sup>, 北海道大学 医学研究院 呼吸器内科学教室<sup>3</sup>, 公益財団法人結核予防会 結核研究所 抗酸菌部<sup>4</sup>)

14. 結核の診断に時間を要した肺外結核の2例

○小林 拓海<sup>1</sup>, 齋藤 充史<sup>2</sup>, 小玉賢太郎<sup>2</sup>, 高橋 守<sup>2</sup>, 黒沼 幸治<sup>2</sup>, 千葉 弘文<sup>2</sup> (札幌医科大学 医学部<sup>1</sup>, 札幌医科大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科学講座<sup>2</sup>)

一般演題E (11:29~11:55)

座長 水柿 秀紀 (国立病院機構 北海道がんセンター 呼吸器内科)

15. 骨髄移植後33年後に慢性移植片対宿主病 (cGVHD) による閉塞性細気管支炎 (BO) と胸膜肺実質弾性線維症 (PPFE) を併発した1例

○秋山 采慧, 村山 千咲, 相澤佐保里, 水島 亜玲, 前田由起子, 谷口菜津子, 長井 桂, 原田 敏之 (独立行政法人地域医療推進機構北海道病院 呼吸器センター呼吸器内科)

16. ニボルマブ+イピリムマブ+プラチナ製剤併用療法の治療中に重篤なサイトカイン放出症候群を発症した1例

○石郷岡大樹<sup>1</sup>, 角 俊行<sup>2</sup>, 鈴木 敬仁<sup>2</sup>, 越野 友太<sup>2</sup>, 池田 拓海<sup>2</sup>, 山田 裕一<sup>2</sup> (函館五稜郭病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>, 函館五稜郭病院 呼吸器内科<sup>2</sup>)

17. カルボプラチンによるアナフィラキシーショックに非閉塞性腸管虚血を併発した1例

○渡邊 仁<sup>1</sup>, 角 俊行<sup>2</sup>, 池田 拓海<sup>2</sup>, 鈴木 敬仁<sup>2</sup>, 越野 友太<sup>2</sup>, 山田 裕一<sup>2</sup> (函館五稜郭病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>, 函館五稜郭病院 呼吸器内科<sup>2</sup>)

日本呼吸器学会北海道支部 役員会 (12:00~12:50)

日本呼吸器学会北海道支部 総会 (12:55~12:58)

特別教育講演 (13:00~13:58)

座長 今野 哲 (北海道大学大学院医学研究院 呼吸器内科学教室)

1. 気管支喘息治療の進歩~いままでとこれから~

○放生 雅章 (国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院呼吸器内科)

シンポジウム (14:00~15:20)

座長 竹藪 公洋 (市立千歳市民病院 内科)

1. オホーツク地域における気管支喘息診療の現状~地域センター病院としての北海道立北見病院の役割~

○小笠 寿之 (北海道立北見病院)

2. 難治性喘息の治療~フェノタイプ・エンドタイプから考える抗体治療

○宮島さつき (札幌医科大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科学講座)

3. COPD-温故知新-

○清水 薫子 (北海道大学病院 呼吸・循環 未来医療創発 研究部門)

#### 4. 慢性気道疾患の疾患概念の考察

○鈴木 雅（北海道大学大学院 医学研究院 呼吸器内科学教室）

一般演題 F（15：21～15：47）

座長 鳴海 圭倫（国立病院機構旭川医療センター 呼吸器内科）

#### 18. 逆ゴットロン徴候により抗MDA5抗体陽性臨床的無筋症性皮膚筋炎に合併した急速進行性間質性肺炎と判断し早期に単純血漿交換を含む集学的治療を行い救命し得た1例

○藪下 陽輔<sup>1</sup>，武田 和也<sup>1</sup>，長野佑太郎<sup>1</sup>，長野香菜美<sup>1</sup>，加藤 宏治<sup>1</sup>，山添 雅己<sup>1</sup>，井上 貴司<sup>2</sup>，堀内 一宏<sup>2</sup>，鎌田 和郎<sup>3</sup>（市立函館病院 呼吸器内科<sup>1</sup>，市立函館病院 脳神経内科<sup>2</sup>，北海道大学病院 リウマチ・腎臓内科<sup>3</sup>）

#### 19. 水疱性類天疱瘡に対するミノサイクリン投与中に生じたAFOP（Acute Fibrinous and Organizing Pneumonia）の1例

○館山 朋見<sup>1</sup>，角 俊行<sup>2</sup>，鈴木 敬仁<sup>2</sup>，越野 友太<sup>2</sup>，池田 拓海<sup>2</sup>，山田 裕一<sup>2</sup>（函館五稜郭病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>，函館五稜郭病院 呼吸器内科<sup>2</sup>）

#### 20. 詳細な問診と沈降抗体検査が診断の一助となった加湿器肺の1例

○奈良岡妙佳，天満 紀之，中村 慧一，鳴海 圭倫，堂下 和志，藤田 結花，山崎 泰宏，藤兼 俊明，辻 忠克（独立行政法人 国立病院機構 旭川医療センター）

一般演題 G（15：48～16：14）

座長 吉田 貴之（市立千歳市民病院 内科）

#### 21. COVID-19流行期にAIDSによるニューモシスチス肺炎（PCP）の診断に至った2例

○原林 亘<sup>1</sup>，荻 喬博<sup>1</sup>，篠崎 鮎香<sup>1,2</sup>，松永 章宏<sup>1</sup>，佐藤 寿高<sup>1</sup>，伊藤健一郎<sup>1</sup>，福家 聡<sup>1</sup>，品川 尚文<sup>1</sup>，小島 哲弥<sup>1</sup>，齋藤 拓志<sup>1</sup>，磯部 宏<sup>1</sup>（KKR札幌医療センター 呼吸器センター 呼吸器内科<sup>1</sup>，北海道大学大学院 医学研究院 呼吸器内科学教室<sup>2</sup>）

#### 22. COVID-19ワクチンにより繰り返し増悪をきたした重症気管支喘息の1例

○横山 夏帆<sup>1</sup>，角 俊行<sup>2</sup>，鈴木 敬仁<sup>2</sup>，越野 友太<sup>2</sup>，池田 拓海<sup>2</sup>，山田 裕一<sup>2</sup>（函館五稜郭病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>，函館五稜郭病院 呼吸器内科<sup>2</sup>）

#### 23. 当院におけるCorynebacterium pseudodiphtheriticum呼吸器感染症の検討

○永末 一徳，森田 一豊，石田 健介，渡邊 皐嗣（名寄市立総合病院 呼吸器科）



## 1. オシメルチニブ投与中にB型肝炎ウイルス (HBV) 再活性化を生じ致命的な経過を辿った1例

○横田基有, 上村幸二郎, 橋本みどり, 西山 薫 (NTT東日本札幌病院)

症例は71歳女性。切除不能EGFR遺伝子exon 19欠失肺腺癌と診断されオシメルチニブ単剤療法で加療された。開始時からB型肝炎ウイルス (HBV) の既感染と判明していたが、治療開始直後のHBV-DNA定量は陰性であり以降HBV-DNA定量は測定されていなかった。治療開始後8ヶ月時点でCTCAE Grade1相当の肝逸脱酵素上昇を認めた。治療開始9ヶ月時点で皮膚黄染を自覚し、CTCAE Grade4相当の肝機能障害に加えCTCAE Grade3相当のビリルビン上昇を認めた。HBV再活性化と診断され、エンテカビル、テノホビル、ステロイドパルス療法を開始された。肝胆道系酵素上昇はCTCAE Grade2相当まで改善したがビリルビンのさらなる上昇やPT時間の延長が出現し、症状発症後5週目に劇症肝炎を生じ死亡した。EGFRチロシキナーゼ阻害薬投与中にHBV再活性化を生じた症例の報告は少なく、添付文書上にも記載されていないが致命的となりうる有害事象のため、報告する。

## 2. 低酸素血症を認めたBRAF遺伝子V600E変異陽性非小細胞肺癌の高齢者に対しダブラフェニブ+トラメチニブ併用療法が奏効した1例

○島山西季, 水柿秀紀, 山田範幸, 朝比奈肇, 横内 浩, 大泉聡史 (北海道がんセンター 呼吸器内科)

BRAF遺伝子 V600E 変異の頻度は非小細胞肺癌の1~3%と希少であるが、BRAF遺伝子 V600E 陽性肺癌に対して、ダブラフェニブ (BRAF阻害薬) +トラメチニブ (MEK阻害薬) 併用療法の高い治療効果が報告され、2018年3月に我が国で承認された。肺癌診療ガイドライン (2022年版) において、BRAF遺伝子 V600E変異陽性のIV期非小細胞肺癌に対し本併用療法を行うよう推奨されている。症例は70代女性。X年3月に咳嗽が出現した後、呼吸困難、食欲低下、体重減少が続いたため近医を受診した。肺癌疑いでX年4月に当科を紹介受診、CTでは左上葉肺癌とリンパ節、肺内、筋、皮膚、甲状腺への転移を疑う所見であった。縦隔リンパ節 (#4L) に対しEBUS-TBNAを施行し、非小細胞肺癌 (favor adeno) cT4N2M1c, Stage IVBと診断した。AmoyDx肺癌マルチ遺伝子PCRパネルでBRAF遺伝子 V600E変異陽性を確認した。左完全無気肺により低酸素血症を認め持続酸素投与が必要であったが、1次治療としてダブラフェニブ+トラメチニブ併用療法を開始したところ、腫瘍縮小により無気肺と低酸素血症は速やかに改善した。有害事象は悪心 (Grade2) を認めたが、支持療法によりダブラフェニブ、トラメチニブを減量することなく治療を継続している。ハイリスクな高齢者に対しても適切な支持療法を行うことで、dose intensityを保ち奏効を得た症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

## 3. 多彩な肺陰影を呈し二次性器質性肺炎を合併した腭粘液癌肺転移の1例

○永山大貴, 小玉賢太郎, 高野慧一郎, 北村智香子, 練合一平, 竹中 遥, 宮島さつき, 高橋 守, 千葉弘文 (札幌医科大学 呼吸器・アレルギー内科学講座)

【背景】腭粘液癌は腭腫瘍全体の0.6%を占め、浸潤性膵管癌の1.1%と稀な組織型で、粘液産生が著しく、腫瘍全体の50%以上に粘液結節が形成される。腭粘液癌の肺転移は、粘液の貯留により肺に多様な陰影を呈し、器質性肺炎や肺浸潤性粘液腺癌などと鑑別が必要な場合もある。粘液産生性の肺病変に対して、十分な検体量を採取できるクライオバイオプシー (Transbronchial cryobiopsy: TBLC) による生検の報告が増えている。TBLCにより腭粘液癌の肺転移と診断された症例について報告する。【症例】64歳女性。X-1年10月に発熱と倦怠感を訴え、近医で抗菌薬による治療を行なったが改善せず、当科へ紹介となった。胸部CTで、両側中下葉に優位なhalo signおよびreversed halo signを呈する斑状の陰影を認めた。X-1年11月、TBLCを施行し、病理組織学的にリンパ球の浸潤、腔内線維化巣 (Masson体) の形成、一部で粘液性胞体を有する円柱状上皮が肺胞壁を置換する所見を認めた。この所見から、一元的に器質性肺炎と診断し、PSL 30mgの治療を開始した。治療介入後、陰影は改善傾向を示したが、PSL15mgまで減量したところで再燃した。二次性器質性肺炎の可能性も考慮し、CTを施行したところ膵臓に腫瘍を認めた。消化器内科で精査し、腭粘液癌の診断となった。したがって、肺病変は腭粘液癌の肺転移と二次性器質性肺炎と考えた。【考察】本症例は画像所見と病理所見ともに器質性肺炎として矛盾しない所見であったが、一部に肺胞上皮置換性増殖 (lepidic growth pattern) や肺胞腔内の粘液貯留といった病理所見を認めた。器質性肺炎は悪性疾患に伴う二次性変化の可能性もあり、治療反応性によっては原因の有無を再検索する必要がある。本症例ではTBLCによって比較的大きな検体を得られ、最終的に腭粘液癌の診断に至る手がかりを得た。【結語】多彩な肺陰影を呈し二次性器質性肺炎を合併した腭粘液癌肺転移の1例を経験した。

## 4. びまん性肺胞出血を契機に診断に至ったリンパ脈管筋腫症の1例

○木村太俊<sup>1</sup>, 武井 望<sup>1</sup>, 小熊 昂<sup>1</sup>, 中村順一<sup>1</sup>, 中久保祥<sup>1</sup>, 木村孔一<sup>1</sup>, 大高和人<sup>2</sup>, 加藤達哉<sup>2</sup>, 大川絳弘<sup>3</sup>, 松野吉宏<sup>3</sup>, 今野 哲<sup>1</sup> (北海道大学 大学院医学研究院 呼吸器内科学教室<sup>1</sup>, 北海道大学病院 呼吸器外科<sup>2</sup>, 北海道大学病院 病理診断科<sup>3</sup>)

症例は40歳代女性。X-1年8月に労作時呼吸困難のため近医を受診し、胸部CTで両肺下葉にすりガラス陰影と多発肺嚢胞を指摘されたが、肺気腫の診断で経過観察され症状は自然に改善した。X年3月に夜間の呼吸困難のため前医を受診し、低酸素血症と胸部CTでびまん性のすりガラス陰影を指摘され入院した。肺拡散能力の上昇と気管支肺胞洗浄 (BAL) で血性の肺胞洗浄液が得られたことから肺胞出血と診断された。肺多発嚢胞と肺胞出血の原因精査目的に当科を紹介受診した。当科で再度BALおよび気管支鏡下肺生検を実施したが肺胞出血後の所見を認めたのみで原因疾患の同定には至らなかったため、外科的肺生検を呼吸器外科に依頼し、VATS左肺部分切除術が施行された。切除検体の組織診にて、肺胞腔内にヘモジデリン貪食マクロファージを認め、肺胞壁に接して免疫染色でα-SMA, HMB45, ER, PgRが陽性を示す短紡錘形の細胞集塊を認めたためリンパ脈管筋腫症 (LAM) と診断された。臨床的には同症がびまん性肺胞出血の原因となったと推定された。LAMは症状の一つに咯血があげられるが、本症例のようにびまん性肺胞出血を呈した報告は極めて稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 5. 吸入ステロイドにより閉塞性換気障害及び画像所見の改善が得られたサルコイドーシスの1例

○古川貴啓, 小熊 昂, 福井伸明, 高木統一郎, 河井康孝 (王子総合病院 呼吸器内科)

【症例】50代女性【現病歴】X年2月より左眼の視力低下を認めため、同年4月に近医眼科を受診し、ぶどう膜炎と診断された。血液検査でACEの上昇を認め、サルコイドーシスが疑われたため同年5月に当科紹介となった。胸部X線・CTで両側肺門・縦隔リンパ節腫大と両肺のリンパ行性の粒状影を認めた。縦隔リンパ節に対する経気管支鏡生検を行い、類上皮様細胞が認められたため、その他の所見と合わせてサルコイドーシス(病期II)と診断した。自覚症状がなかったため、経過観察していたが、次第に肺野陰影の増悪、肺門リンパ節の増大、可溶性IL-2受容体の上昇が認められ、X+1年7月の呼吸機能検査では閉塞性換気障害を呈していた。その後、鎖骨上リンパ節、腹腔内リンパ節も徐々に増大した。X+2年4月より湿性咳嗽、喘鳴、労作時呼吸困難が出現し、閉塞性換気障害も進行していたため、ICS/LABAの吸入を開始した。翌月には自覚症状が改善し、閉塞性換気障害の改善が見られた。吸入開始6か月後より、リンパ節の縮小傾向、可溶性IL-2受容体の低下が見られた。【考察】肺サルコイドーシスは間質性肺病変の進行に伴い肺活量が減少するため、拘束性換気障害を来す疾患に分類されているが、気道病変はより早期から認められ、高い頻度で気流制限を認めると報告されており、閉塞性肺炎患の一つともされる。本症例においても早期から進行性の閉塞性換気障害及び気道病変を伴っており、ICS/LABAの開始後に著明な改善が得られた。II期の肺サルコイドーシスは約73%が自然経過で画像所見の正常化を認めるとされる報告もあるが、本症例の経過においてはICS/LABAが奏功した可能性が考えられた。肺サルコイドーシスにはICSが著効する症例があると考えられており、副作用の観点からもICSがサルコイドーシス治療の有効な選択肢となり得ると考えられた。

## 6. A-Cubeの結果を参考に治療方針を決定した間質性肺炎の2例

○志垣涼太<sup>1</sup>, 八木田あかり<sup>1</sup>, 似内貴一<sup>1</sup>, 梁田 啓<sup>1</sup>, 木田涼太郎<sup>1,2</sup>, 梅影寮寛<sup>1</sup>, 森 千恵<sup>1,3</sup>, 吉田遼平<sup>1,4</sup>, 南 幸範<sup>1</sup>, 佐々木高明<sup>1</sup> (旭川医科大学 呼吸器内科<sup>1</sup>, 北海道立北見病院 呼吸器内科<sup>2</sup>, 医療法人社団旭豊会 旭川三愛病院 内科<sup>3</sup>, 医療法人社団慶友会 吉田病院 呼吸器内科<sup>4</sup>)

【背景】膠原病疾患特異的な各種自己抗体は、診断や病型の分類、予後の推定、治療法の決定などに有用であるが、本邦で保険収載されている自己抗体は限られている。全身性強皮症関連と皮膚筋炎・多発性筋炎関連の自己抗体を個別かつ一度に網羅的に検出できる研究検査としてA-Cubeが存在する。【症例1】70歳、女性。X-1年4月に間質性肺炎の増悪で入院した。抗SS-A抗体、抗dsDNA抗体、抗Scl-70抗体が陽性だが、いずれの膠原病の診断基準も満たさず、IPAFと考えステロイド治療を開始した。X-1年12月にA-Cubeを提出し、皮膚筋炎/多発性筋炎関連抗体(PL-12, U1-RNP<sub>70</sub>, PM-Scl100, SS-A/Ro52)が複数陽性であった。ステロイド治療に反応あったが、漸減中に労作時息切れ症状の再燃あり。A-Cubeの結果を参考にタクロリムスを導入し、症状は改善に転じた。【症例2】69歳、女性。X-5年4月に前医で間質性肺炎を指摘された。経年的な呼吸機能低下があり、X-1年11月より労作時息切れ症状の増悪があったため当科へ紹介された。X年4月に経気管支鏡下クライオバイオプシーを含めた入院精査を施行した。採血で抗核抗体1280倍(斑紋型)と上昇あるが膠原病の確定診断には至らず、A-Cubeでは抗Ku抗体および抗Ki抗体が陽性であった。膠原病内科医同席でMDDを施行し、強皮症疑いとして慎重なフォローを行い、病状進行時には強皮症に準じた治療を導入する方針とした。【結語】A-Cubeの結果が治療方針決定に有用であったIPAFの2例を経験したため報告する。有用性の検討のため、今後のさらなるデータ集積が望まれる。

## 7. 胸腺腫摘出術後30年経過後に発症したGood症候群の1例

○小林冬美子<sup>1,2</sup>, 庄司哲明<sup>2</sup>, 糸川重理香<sup>2</sup>, 實輪美保<sup>2</sup>, 中村友彦<sup>2</sup>, 朝比奈肇<sup>2</sup>, 菊池英毅<sup>2</sup>, 榊原 純<sup>2</sup>, 今野 哲<sup>2</sup> (勤医協中央病院 呼吸器内科<sup>1</sup>, 北海道大学病院医学研究院 呼吸器内科学教室<sup>2</sup>, 北海道がんセンター 呼吸器内科<sup>3</sup>)

【症例】50歳代男性。【現病歴】X-30年に胸腺腫の診断で胸腺腫摘出術を受けた。その後胸膜播種にて、X-19年にdoxorubicin + cisplatin + vincristine + cyclophosphamide (ADOC)療法を3コース投与後9年の経過中に胸腔鏡下胸腺腫摘出術を5回施行した。X-7年に当科紹介となり、免疫不全を評価し、異常はなかった。その後、骨・肝・肺転移に対して、X-7~1年に放射線治療を4回施行し、X-6年にADOC療法を4コース、X-3, 2, 1年にcarboplatin + paclitaxel療法をそれぞれ4コース投与した。X年9月よりtegafur-gimeracil-oteracil potassium療法を開始していたが、2週間前より続く発熱、咳嗽、下痢を主訴に当院を受診した。【経過】来院時の胸部造影CTで肺膿瘍や胸腺腫の再発を認め、アンピシリンナトリウムスルバクタムナトリウムを投与した。血液培養2セットからCampylobacter jejuniが陽性となり、同菌による腸炎・菌血症と診断した。IgG 109 mg/dLより胸腺腫に後天性低γグロブリン血症を合併するGood症候群と診断し、γグロブリンの補充を開始した。CD4+リンパ152 /μLと低下し、液性免疫、細胞性免疫の両者の障害が示唆された。その後、口腔内カンジダ症やサイトメガロウイルス菌血症を発症し、ミコナゾールゲル、ガンシクロビルによる治療を施行し、改善した。【考察】胸腺腫の診断後の低γグロブリン血症を発症までの期間は3ヶ月~18年と言われている。本症例は当科紹介時には低γグロブリン血症等の免疫異常はみられず、胸腺腫診断30年経過後にGood症候群を来し、日和見感染を発症した。Good症候群の発症は胸腺腫の発症時に37.9%併発し、その後42.4%が続発するため、胸腺腫の病勢がコントロールされていない期間は、絶えず発症のリスクがあると推測される。再発時に免疫不全症を発症する可能性があり、長期の経過観察が必要と考える。

## 8. 両側肺尖に明らかなブラ形成のある気胸症例の45%で両側気胸を認めた

○三品泰二郎 (札幌孝仁会記念病院 呼吸器外科)

札幌孝仁会記念病院呼吸器外科では現在1箇所皮膚切開で左右同時気胸手術を行っている。患側だけの手術でも傷は1箇所、左右同時手術でも傷は1箇所です。両側気胸の既往のある患者さんはもちろんのこと、両側肺尖に明らかなブラがある患者さんで治療を希望された場合に左右同時にブラ処置を行っている。ブラの胸壁癒着や虚脱癒着化したブラの存在は気胸既往の証拠となる。そして予防的にブラ処置を行った非気胸発症側にこれら気胸既往の痕跡を認めることがある。病歴聴取で明確に両側気胸の既往があると答える患者は少ない。今回両側肺尖に明らかなブラがある患者のうち、非気胸発症側に自覚のない無症候性気胸がどのくらいあるのか後方視的に検討した。対象) 両側肺尖に明らかなブラがある左右同時気胸手術を行った28症例のうち、病歴聴取で明確に両側気胸の既往があると答えた6症例を除いた残りの22症例。手術) 仰臥位で胸骨左縁第5~6肋間に5 cmの皮膚切開で内視鏡手術を行った。縦隔胸膜を切開して両側胸腔へアプローチした。ブラの処置は主にソフト凝固で行い、適宜補強を行った。術前ドレンがあればカメラポートとして使用した。結果) 非気胸発症側の癒着や虚脱癒着化したブラの存在など無症候性気胸の痕跡を10/22例(45%)で認めた。考察) 自験例317例で両側気胸は23%であった。実に約4人に1人の割合で治療した側とは反対の気胸をその後発症していた。今回は45%で非気胸発症側に無症候性気胸を認めた。つまり、対側気胸は顕在化(自覚)した時にすでに反復していたことになる。自験例では胸腔ドレナージや手術など侵襲的治療は気胸患者1人につき平均3.0回施行されていた。気胸に対する痛みを伴う治療回数を減らすためにも、左右同時気胸手術は有効である可能性がある。結語) 両側肺尖に明らかなブラ形成のある気胸症例の45%で非気胸発症側に無症候性気胸を認めた。



## 9. 当科における急性膿胸の治療法

○大塚将平, 道免寛充, 櫛引敏寛, 高野博信, 山田秀久 (NTT東日本札幌病院 外科)

【背景】急性膿胸に対する治療選択の考え方は施設間により異なる。【目的】当科における急性膿胸の治療法を提示する。【対象と方法】対象は2015年4月から2023年6月に手術を行った無瘻性膿胸62例。内科から相談があれば、よほどのpoor riskでないかぎり可及的迅速に全例で手術を施行することになっている。現在は単孔式胸腔鏡アプローチ (以下U-VATS) を採用し、隔壁を破壊し胸腔内を一腔化する膿胸腔搔爬を行い生食10000mlで胸腔内を洗浄し胸腔ドレーンを2本留置する。肺損傷を避けるため強固な癒着部の剥離や肺胸膜肺脈の剥離は行わない。ドレーンは原則として術後7日目に抜去するが、炎症反応や発熱の状況次第で留置を延長する。抗菌薬投与は経静脈が1週、経口が2~4週を目処に行う。【結果】発症から手術までの期間は中央値15 (3~65) 日。術前の白血球値は13800 (4300~43400) / $\mu$ L。術前に胸腔ドレーナージを施行したのは9例 (15%)。手術時間は82 (28~316) 分。術後、白血球の正常化までに要した期間はそれぞれ5 (1~35) 日、胸腔内ウロキナーゼ投与や生食による持続洗浄を行った症例は19例 (31%)、ドレーン抜去は8 (3~14) 日、退院は11 (7~41) 日。術後合併症は7例、膿胸再燃は2例に生じた。【考察】急性膿胸に対する治療は従来、第一に抗菌薬投与、第二に胸腔ドレーナージ、これらが無効であれば手術とされてきた。一方、隔壁を有する空間に対するドレーナージ効果はしばしば不良になること、U-VATSという低侵襲手術が登場したことなどから、従来とは発想を変え手術適応のハードルを下げるべきと考えてきた。手術をせずに治る症例も手術する可能性があることが当科の方針の欠点であるが、術前にそのような症例を正確に予測することは困難である。手術時期の遅延による器質化期や慢性膿胸への移行で治療不成功の確率が高まるのを避けることを最重要視している。【結語】今後も迅速な手術決断を心がける。

## 10. BCG膀胱内注入療法後に結核性脊椎炎を発症した1例

○吉川修平<sup>1</sup>, 服部健史<sup>1</sup>, 網島 優<sup>1</sup>, 岡本佳裕<sup>1</sup>, 伊東 学<sup>2</sup>, 藤田崇宏<sup>3</sup>, 桑原 健<sup>4</sup>, 須甲憲明<sup>1</sup> (独立行政法人 国立病院機構 北海道医療センター 呼吸器内科<sup>1</sup>, 独立行政法人 国立病院機構 北海道医療センター 整形外科<sup>2</sup>, 独立行政法人 国立病院機構 北海道がんセンター 感染症内科<sup>3</sup>, 独立行政法人 国立病院機構 北海道がんセンター 病理診断科<sup>4</sup>)

症例は70代女性。X-2年に膀胱粘膜癌に対してBCG注入療法の既往があり、同年から第5腰椎圧迫骨折のため近医に通院していた。X年8月に自覚症状の悪化はないが血液検査で炎症反応の上昇、腰椎CT、MRI検査で第5腰椎骨折部位と第1、2仙骨終板の溶骨性変化を認め、転移性骨腫瘍を鑑別に経皮的仙骨針生検が行われた。壊死組織が主体とした所見で悪性所見は認められず、生検検体の結核菌PCR検査が陽性であった。結核性脊椎炎が疑われ、X年10月に当院紹介となった。体幹CTでは脊椎以外に活動性結核性病変を疑う所見を認めなかった。isoniazid、rifampicin、etanercept、pyrazinamideの4剤併用療法で化学療法を開始したが、消化器症状のためpyrazinamideを中止し残り3剤で継続したところ、その後は副作用を認めず経過した。疼痛が残存したため、X年11月に後方固定術を行い、術後ADLは改善傾向で腰痛も軽快した。結核研究所に依頼していた結核菌群同定試験でBCGと判明したため、BCG由来の結核性脊椎炎と診断した。X+1年4月のMRI検査でも結核性脊椎炎の再発を疑う所見は認めていない。薬剤感受性が良好であることが判明したため、X年12月よりetanerceptを終了して2剤併用療法で化学療法を継続しており、経過良好であれば12カ月間化学療法を施行予定である。BCG注入療法には膀胱刺激症状や発熱、播種性BCG症などの合併症が報告されているが、注入後数年経過して結核性脊椎炎を発症した症例は稀である。今回BCG注入療法後に結核性脊椎炎を発症した症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

## 11. ステロイド薬を併用し癒着狭窄を回避し得た気管気管支結核・肺結核の1例

○古川絢登<sup>1</sup>, 長野香葉美<sup>2</sup>, 武田和也<sup>2</sup>, 長野佑太郎<sup>2</sup>, 加藤宏治<sup>2</sup>, 山添雅己<sup>2</sup> (札幌医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー内科学講座<sup>1</sup>, 市立函館病院 呼吸器内科<sup>2</sup>)

症例は63歳女性。来院3ヶ月前から咳嗽を自覚し、来院前日から発熱、喘鳴、呼吸困難が生じたため当院へ救急搬送された。胸部CTでは右肺S2に粒状影や結節影を認めたほか、気管・気管分岐部・右主気管支・右上葉入口部に全周性の壁肥厚を認めた。喀痰の咯出はなく、気管支鏡検査では気管・気管分岐部・右主気管支・右上葉入口部に黄色調フィブリン析出塊が全周性に付着し内腔は狭窄していた。内腔狭窄の解除のため可及的に鉗子でフィブリン析出塊を除去したところ、白苔を伴う潰瘍病変を認めた (荒井の分類Type3b)。採取した気道内分泌物の結核菌群迅速核酸増幅法検査で陽性 (後日培養も結核菌陽性) と判明したため気管気管支結核・肺結核と診断し同日入院となった。第2病日からisoniazid、rifampicin、etanercept、pyrazinamideによる治療を開始し、癒着狭窄のリスクが高いと考えられたため予防的にステロイド薬も併用した。第14病日の喀痰検査で抗酸菌塗抹陽性 (培養陽性) となったが、第35病日の喀痰検査で抗酸菌塗抹陰性 (培養陰性) となり第52病日に退院した。治療開始2ヶ月後の胸部CTで右肺S2病変および気管から右上葉入口部にかけてみられた全周性壁肥厚は改善しており、右主気管支の一部に壁肥厚を認めた。気管支鏡検査を行ったところ、右主気管支の一部に白苔を伴う潰瘍病変の残存を認めたが、気管支や気管に癒着狭窄は認めなかった。治療開始2ヶ月後からisoniazid、rifampicinによる治療に変更し、ステロイド薬は漸減の上治療開始3ヶ月後に終了した。治療開始4ヶ月後の胸部CTで右主気管支の一部に認めた壁肥厚は消失していた。気管気管支結核に対するステロイド薬併用療法について文献的考察を加えて報告する。

## 12. 初回治療終了から1年後にリンパ節炎で再燃したMycobacterium avium (M. avium) の1例

○畠山 拓, 横尾慶紀, 達鬢良太, 白石大瑛, 長尾喬生, 山田 玄 (手稲漢仁会病院)

【症例】71歳男性。【現病歴】珪肺症、COPDのため当科外来通院中であつた。X-3年10月に喀痰抗酸菌培養でM.aviumが発育しrifampicin、etanercept、clarithromycinによる3剤治療を開始した。喀痰培養における菌陰性化確認後1年が経過したX-1年2月に治療を終了した。以後、喀痰抗酸菌培養は陰性が続き、経過観察としていた。X年4月27日に発熱、体重減少を認めたため、精査・加療目的で入院となった。【臨床経過】胸部CT検査で珪肺結節周囲のすりガラス陰影を認め、結節周囲感染を疑い、ampicillin/sulbactamによる抗菌薬治療を開始した。喀痰培養検査では抗酸菌の発育は認めなかった。発熱および高炎症所見が持続したことから抗菌薬不応と判断し、不明熱としての原因検索を行った。HIV感染などの免疫不全をきたす疾患は指摘できなかった。造影CT検査にて左鎖骨上窩リンパ節腫大を認め、同部位よりリンパ節生検を施行した。リンパ節検体に対する抗酸菌塗抹検査が陽性となり、培養検査ではM.aviumの発育を認めた。M.aviumによるリンパ節炎と診断し、rifampicin、etanercept、clarithromycinにamikacin点滴静脈注射を加えた4剤治療を導入した。導入後速やかに解熱および炎症所見の改善を認め、現在は3剤治療を継続中である。【考察】Mycobacterium avium complex (MAC) によるリンパ節炎は小児での発症は比較的頻度が高いが、成人ではHIV感染症などの免疫不全者以外では非常に稀である。また珪肺症にMACは合併しやすき事が報告されているが、リンパ節炎に至った症例は報告がなく非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

### 13. 肺Mycobacterium marseillense症の1例

○福井 独歩<sup>1</sup>, 山下 優<sup>1</sup>, 東 陸<sup>1</sup>, 棟方 奈菜<sup>1</sup>, 菊池 創<sup>1</sup>, 佐藤 未来<sup>1</sup>, 高村 圭<sup>1</sup>, 蛭川 慶太<sup>2</sup>, 鎌田 啓佑<sup>3,4</sup>, 五十嵐 ゆり子<sup>4</sup>, 高木 明子<sup>4</sup>, 御手 洗聡<sup>4</sup> (JA北海道厚生連 帯広厚生病院 呼吸器内科<sup>1</sup>, JA北海道厚生連 帯広厚生病院 消化器内科<sup>2</sup>, 北海道大学 医学研究院 呼吸器内科学教室<sup>3</sup>, 公益財団法人結核予防会 結核研究所 抗酸菌部<sup>4</sup>)

【背景】Mycobacterium avium complex (MAC) は本邦における肺非結核性抗酸菌症の起原因菌のうち9割弱を占めるものであり、従来M. aviumとM. intracellulareの2菌種を包括した概念であったが、2000年代初めからMACに含まれる菌種が複数見つかり、より多様な概念とされつつある。今回、M. marseillenseという稀なMACによる肺M. marseillense症の症例を経験した。【症例】70歳代男性【主訴】喀痰【既往歴】関節リウマチ、COPD、肺炎（20年前から年1回程度）【現病歴】関節リウマチのため当院消化器内科通院中に、胸部CTで肺炎像を認め、LVFXで治療されたが改善が乏しかったため当科紹介となった。喀痰抗酸菌培養検査で計3回M. marseillenseを検出し、肺M. marseillense症の診断となった。病変は広範で、短期間で画像所見が進行し、線維空洞型であったことから治療適応と判断した。クラリスロマイシン (CAM) + リファンピシン (RFP) + エタンプトール (EB) + アミカシン (AMK) の導入を勧めたが、頻回な通院が難しくAMK併用の同意は得られず、CAM+RFP+EBで治療導入の方針とした。3剤治療開始後より自覚症状は改善し、胸部CTでは肺浸潤影などの一部所見の改善を認めた。治療開始6か月後の喀痰抗酸菌培養は陰性化を認め、以降治療継続中である。【考察】M. marseillenseは2009年に同定された稀な菌種であり、肺M. marseillense症の報告は極めて限られ、有効な治療法に関して確立されたエビデンスはない。本症例では肺M. avium症、肺M. intracellulare症の治療であるCAM+RFP+EBにより自覚症状の改善、陰影の改善、細菌学的な治療効果を認めた。

### 14. 結核の診断に時間を要した肺外結核の2例

○小林 拓海<sup>1</sup>, 齋藤 充史<sup>2</sup>, 小玉 賢太郎<sup>2</sup>, 高橋 守<sup>2</sup>, 黒沼 幸治<sup>2</sup>, 千葉 弘文<sup>2</sup> (札幌医科大学 医学部<sup>1</sup>, 札幌医科大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科学講座<sup>2</sup>)

症例1: 70代男性。糖尿病性腎症で透析中、定期検査の胸部CT検査で縦隔・腹腔リンパ節腫脹を認め、悪性リンパ腫疑いで当院に紹介となった。2度の超音波内視鏡下吸引細胞診 (EUS-FNA) 施行も細胞診で悪性所見なく、外科で腹腔リンパ節生検を施行された。病理検査でLanghans型多核巨細胞を伴う類上皮細胞肉芽腫と乾酪壊死果を認めたが、Ziehl-Neelsen染色では抗酸菌は確認されなかった。この時点で当科紹介となり、QFT陽性だったことから結核症を疑い、EUS-FNAを再試行いただき抗酸菌塗抹陽性・PCR陽性で診断確定となった。症例2: 東南アジア出身の30代女性。X年10月左大量胸水と発熱で前医受診し、膿胸の診断で入院。リンパ球優位の滲出性胸水であり、CTXで加療を開始したものの効果が乏しく、11月に胸腔鏡補助下膿胸膜切除術が施行されLVFX投与で改善したため退院となっていた。X+1年3月、縦隔リンパ節腫脹・胸膜腫瘍・腹腔内腫瘍が出現し、CTガイド下に右胸膜生検が施行された。病理検査では慢性炎症細胞浸潤と類上皮組織球からなる肉芽腫性炎を認め、抗酸菌 (Ziehl-Neelsen) 染色や真菌 (Grocott) 染色は陰性であった。この時点でさらなる精査目的で当科に紹介となった。感染症・EGPA/GPA・リウマチ性疾患・サルコイドーシスが鑑別として考えられたが、抗酸菌塗抹・培養検査が未施行であったため、喀痰抗酸菌塗抹陰性を確認後、EBUS-TBNAを施行した。検体は膿汁様の組織液で、同日結核菌PCR陽性が判明、その後抗酸菌培養検査でM. tuberculosisが検出された。結核症の診断は、塗抹・培養・PCRが基本であり、病理検査単独での診断率は高くない。また結核罹患率の低下から結核を診断・治療したことがない医師も増加しており、本症例のように診断が遅れるケースも散見される。結核の早期診断のポイントや注意点を文献的考察を踏まえて発表する。

### 15. 骨髄移植後33年後に慢性移植片対宿主病 (cGVHD) による閉塞性細気管支炎 (BO) と胸膜肺実質性線維症 (PPFE) を併発した1例

○秋山 采慧, 村山 千咲, 相澤 佐保里, 水島 亜玲, 前田 由起子, 谷口 菜津子, 長井 桂, 原田 敏之 (独立行政法人地域医療推進機構北海道病院 呼吸器センター呼吸器内科)

症例は35歳女性。飛行機利用、降機後より左背部痛を自覚。翌日、咳嗽も伴い、当科受診、胸部X線写真にて軽症の左気胸を確認も、保存的加療にて改善を得た。同日の胸部CTにて、両肺に上葉優位の線維化、小葉中心性陰影、気管支拡張症、気管支壁肥厚、結節影、空洞影、胸膜肥厚も認めた。呼吸機能検査にて、FVC 1.48L (51%)、FEV1 0.95L (37%)、FEV1/FVC 61%、DLco 12.5ml/min/mmHg (75%) と混合性換気障害を認めた。1歳8ヶ月時に急性骨髄性白血病 (FAB M1) に罹患し、2歳3ヶ月時に化学療法中の中枢神経系再発後の第二寛解期に、姉より同種骨髄移植を受けた既往歴を考慮し、慢性移植片対宿主病 (cGVHD) による閉塞性細気管支炎 (BO) と胸膜肺実質性線維症 (PPFE) と臨床診断した。現在まで、急性骨髄性白血病は再発を認めていない。BO、PPFEは骨髄移植後のcGVHDの肺合併症として既知も、移植から20年以上経過後の報告例はなく、貴重な症例と考え、文献的考察を加え報告する。

### 16. ニボルマブ+イピリムマブ+プラチナ製剤併用療法の治療中に重篤なサイトカイン放出症候群を発症した1例

○石郷 岡大樹<sup>1</sup>, 角 俊行<sup>2</sup>, 鈴木 敬仁<sup>2</sup>, 越野 友太<sup>2</sup>, 池田 拓海<sup>2</sup>, 山田 裕一<sup>2</sup> (函館五稜郭病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>, 函館五稜郭病院 呼吸器内科<sup>2</sup>)

【緒言】ニボルマブ+イピリムマブ+プラチナ製剤併用療法 (NIVO+IPI+chemo) は、PD-L1の発現によらず長期予後を改善する。一方で、免疫チェックポイント阻害薬単剤+プラチナ併用化学療法に比較し、免疫関連有害事象の出現頻度や重症度の高いことが問題視されている。我々はNIVO+IPI+chemo中に重篤なサイトカイン放出症候群 (CRS) を経験し、集中治療管理により治療しえたため報告する。【症例】72歳男性、右下葉肺腺癌に対し手術が施行された (pT2a, pN1, cM0 Stage IIB, KRAS G12D/S, PD-L1 TPS 1%未満)。術後早期に悪性胸水、右胸膜転移で再発した。術後再発に対してNIVO+IPI+chemoを開始した。Day1, day22に薬剤が投与された。Day27に胸水が増加し胸腔ドレナージを施行し、day35にユニットを用いて胸膜癒着術を施行した。day38より原因不明の発熱があり、解熱剤で対応していたが、day45にショック、意識障害を呈した。肝機能障害、腎機能障害、高サイトカイン血症を呈しており、CRSと診断した。集中治療室で人工呼吸器、血液透析、昇圧薬で管理し、ステロイドパルスおよびトシリズマブを投与した。その後病態は改善し、集中治療室入室後8日目に人工呼吸器を離脱、9日目に血液透析を終了した。【考察】CRSは血中に放出された炎症性サイトカインにより倦怠感や発熱を呈するが、重篤化すると臓器障害を呈し生命に関わる病態である。NIVO+IPI+chemoにおけるCRSにリスク因子は明らかになっていないが、抗菌薬使用歴や好中球リンパ球比高値、腫瘍量などがある。また、同治療中にCOVID-19やそのワクチンを契機にCRSを発症した報告もあり、本症例においては胸膜癒着術がサイトカイン放出のトリガーとなり得た可能性がある。【結論】原因不明の発熱は重篤なCRSの前兆であることがあるため、早期のステロイド治療を検討すべきである。



## 17. カルボプラチンによるアナフィラキシーショックに非閉塞性腸管虚血を併発した1例

○渡邊 仁<sup>1</sup>, 角 俊行<sup>2</sup>, 池田拓海<sup>2</sup>, 鈴木敬仁<sup>2</sup>, 越野友太<sup>2</sup>, 山田裕一<sup>2</sup> (函館五稜郭病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>, 函館五稜郭病院 呼吸器内科<sup>2</sup>)

【緒言】カルボプラチンは肺癌診療に広く用いられるが、時に過敏反応によりアナフィラキシーを呈することがある。非閉塞性腸管虚血 (NOMI) は、腸間膜血管に器質的閉塞が存在しないにも関わらず、腸管壊死を呈する疾患である。誘引は心不全や敗血症、ショックなど全身の低灌流状態である。我々は、カルボプラチンによるアナフィラキシーショックにNOMIを併発した症例を経験したため報告する。【症例】79歳、肺腺癌Stage IIIAに対して、低用量連日カルボプラチン+胸部放射線同時併用療法を開始した。カルボプラチン投与2日目、薬剤の投与開始後、腹痛、血圧低下、喘鳴をきたした。カルボプラチンによるアナフィラキシーと診断し、アドレナリン、グルカゴン、ステロイド投与を行い、ショック状態から回復した。アナフィラキシー発症時より腹痛があったが、アナフィラキシーの症状回復後も腹痛は持続し、腹膜刺激症状を伴った。造影CTを施行したところ、小腸に腸管虚血を示唆する腸間膜の浮腫、腸管気腫を認めた。上腸間膜動脈は開通しており、アナフィラキシーの血圧低下に伴う非閉塞性腸管虚血と診断し、壊死部分の外科的切除を行った。腸管は全層性に壊死・膿瘍を認めたが、悪性所見はなかった。全身状態の回復後、放射線治療のみを再開した。【考察】カルボプラチンアレルギーは、投与回数が増えると発症率も増加する。本例は2回目の投与であったが、薬剤の投与からの密接が時間経過よりカルボプラチンを被疑薬とした。当初アナフィラキシーによる腹痛を疑ったが、持続時間や症状の変化より、虚血性疾患を考慮した。アナフィラキシーショックによる全身の低灌流状態や交感神経作動薬の使用がNOMIの誘引と考えられた。【結論】化学療法施行中のアナフィラキシーは、総投与回数が少なくともカルボプラチンアレルギーを考慮する必要がある。また、腹痛が遷延する場合は腸管虚血を鑑別するために精査が必要である。

## 1. 気管支喘息治療の進歩～いままでとこれから～

○放生雅章 (国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院呼吸器内科)

我が国は気管支喘息による死亡者や入院患者数の減少という点で、世界に誇るべき成果を上げてきた。それには喘息予防・管理ガイドラインなどのガイドラインの普及と、中等症以上の患者で第一選択薬とされるICS/LABA配合剤の広範な使用が大きな役割を果たしてきた。しかしコントロール不良患者が未だ約30~50%、重症難治性も5~10%は存在するとされており、成人喘息治療には未だ多くの課題が残されている。すなわちトリプル製剤や生物学的製剤などによる薬物療法は大幅に進歩したにもかかわらずそれが質・量ともに十分に活かされておらず、長期管理治療の更なる改善が求められているのが現状である。そのためには健康寿命の延伸、疾患予後の改善を見据えたTOTAL CONTROLを目指す管理目標を達成させるべく、従来のStepwise approachからTreatable traits approachの概念に基づいた個別化医療の導入をまず行わなければならない。また生物学的製剤の進歩はclinical remission、臨床的寛解まで達成可能な状況となってきている。本講演においては、喘息治療を過去から未来へと俯瞰し、今後我々が目指すべき最適な治療戦略について考察していきたい。

## 1. オホーツク地域における気管支喘息診療の現状～地域センター病院としての北海道立北見病院の役割～

○小笠寿之 (北海道立北見病院)

オホーツク地域には35病院と144診療所が存在しているが、日本呼吸器学会呼吸器専門医は3名のみである。本年4月より当院が圏内で唯一呼吸器内科医師2名(9年目医師:専門医、35年目医師:指導医)が常勤する病院となった(呼吸器科病床30床)。また、隣接する北見日赤病院呼吸器内科医師の退職に伴い、圏内の患者を全て受け入れ(外来・入院患者数の増加)、日赤外来化学療法センターでの肺がん治療の継続などの新たな支援業務も始めた。肺がん診療においては、EBUS-TBNA装置を新規購入し、従来のEBUS-GS検査に加え、検査数も増え(11.3件/月)、さらに診断率も向上した。日赤呼吸器外科との症例カンファレンス、PETセンターや放射線治療科の存在、緩和ケア科との連携により診断から積極的治療そして終末期医療がここ(北見)で完結できている。また、精密呼吸機能検査(CHESTAC 55-V、MostGraph-01)や結核菌・MAC・新型コロナウイルス用のPCR装置も当院にあり、幅広い呼吸器疾患に対応できる環境にある。今回のコロナ禍においても2床の陰圧室に加え、簡易陰圧装置を設置し10床増床し患者受け入れた。この時期同じ病棟で、BF検査、抗がん剤治療、看取りとコロナ患者対応を3ヶ月行なった。北見日赤病院とは来年から電子カルテの共同利用が始まり、両病院の関係はさらに深まることが期待でき、指定管理制度を利用した新しい地域専門病院のモデルとなっている(循環器領域でも心臓カテーテル室の共同利用によりアブレーション治療や、ICD埋め込み術を行っている)。オホーツク地域は十勝圏に次ぎ北海道全体の5.5%の面積を占めているため、患者さんの通院距離が長い。「苦しい呼吸器患者さんを動かすな。こっちが動け！」の考えの下、従来から行なっている地域病院出張外来も継続している。このため、当院はオホーツク地域の呼吸器疾患センター病院としての役割を圏内外から望まれるようになった。このような北海道立北見病院で行われている気管支喘息診療の現状を報告したい。

## 2. 難治性喘息の治療～フェノタイプ・エンドタイプから考える抗体治療

○宮島さつき (札幌医科大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科学講座)

気管支喘息は吸入ステロイド(ICS)や長時間作用型 $\beta_2$ 刺激薬(LABA)などの治療薬の普及によりコントロールの改善が得られ、年間死亡数も減少傾向にある。しかし、標準的な治療を行っても良好なコントロールを得られない患者が存在し、頻回の増悪や呼吸機能の低下、労働機会等の活動喪失、全身ステロイドの使用による合併症、医療費の増大といった疾病負担が問題となっている。アドヒアランスや吸入手技に問題がなく、増悪因子や併存症の管理を十分に行っても、高用量ICSおよびLABAに加えてロイコトリエン受容体拮抗薬や長時間作用型抗コリン薬、生物学的製剤などの治療薬を要する喘息、またはこれらの治療でもコントロール不良な喘息、治療を減少させると悪化する喘息は真の難治性喘息に該当し、全喘息患者の5%程度存在するとされている。近年のクラスター解析から、喘息では2型炎症が中心となるアトピー性や好酸球性、非2型炎症である好中球性などのフェノタイプ、エンドタイプへの分類と、その分類に応じた適切な治療を提供する試みがなされている。難治性喘息の70~80%は2型炎症を有しており、Th2と2型自然リンパ球(ILC2)から産生される2型サイトカインが重要な役割を果たしている。難治性喘息の治療としてこれに対する生物学的製剤である抗IgE抗体、抗IL-5抗体、抗IL-5受容体 $\alpha$ 抗体、抗IL-4/IL-13受容体 $\alpha$ 抗体が使用され、増悪抑制、症状コントロールの改善、全身性ステロイド薬の減量、離脱などの効果をあげている。また、最近では気道上皮由来サイトカインであるTSLPを標的とした抗TSLP抗体の使用が可能となった。TSLPは気道上皮が、アレルゲン、ウイルスなどの曝露や機械的刺激により産生するサイトカインであり、喘息患者の気道で発現が亢進し、ILC2の活性化やステロイド抵抗性の獲得、複数の炎症経路の活性化に関与する。抗TSLP抗体は気道過敏性改善効果や非2型炎症タイプの難治性喘息への効果も認められている。難治性喘息について抗体治療を中心に概説する。

### 3. COPD-温故知新-

○清水薫子(北海道大学病院 呼吸・循環 未来医療創発 研究部門)

慢性閉塞性肺疾患(COPD)の診断には、短時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬吸入後の1秒率が70%未満であることが必須である。その上で、呼吸機能における重症度は、対標準1秒量によって定められる。一方で、この重症度区分における1秒率使用の妥当性は、以前より検討されてきている。最近の大規模研究では、1秒率に基づく重症度分類が、特に軽症群における、非COPD群との臨床的特徴の差を明瞭化できる可能性を示唆している。病態理解という観点でも、従来、COPDの病態の主座は、末梢気道と肺気腫と言われてきたが、中枢気道フェノタイプの提唱もなされている。また、気道と肺のサイズミスマッチであるdysanapsisは、古くから注目されてきた形態異常であるが、CT画像上のdysanapsisは、将来のCOPD発症リスク因子であることが検証されてきている。本邦においても、気腫優位群(肺気腫が多く、中枢気道病変が少ない。)と比較し、気道優位群(肺気腫量が少なく、中枢気道病変が強い。)は、喘息既往が多く、1秒量の経年低下は、緩徐であることが示された。これは、昨今のライフパンにおける様々な呼吸機能trajectoryの中でも、呼吸機能のピークが低いもの、その後の低下が緩徐である群に合致する所見と考えられ、臨床的意義をもつ、COPDの画像フェノタイプとして認識されうる。さらに、CT画像において、肺気腫はCT値 $>950$ HU未満(低吸収域)の部位(Low attenuation volume%: LAV%)と定義され、その定量値の増加が、COPDのその後の1秒量の低下、生命予後不良と関連することは、以前から示されてきた。一方、低吸収域のクラスター(塊)サイズを加味した、フラクタル解析を肺気腫評価に応用した場合、LAV%が困難である、早期肺気腫の検出やCOPD急性増悪の予測を可能とする特徴量を算出することが示された。このように、旧来からの概念や新しい概念の提唱を、多面的に検証することで、病態理解、未来の診療還元につながる試みが行われている。

### 4. 慢性気道疾患の疾患概念の考察

○鈴木 雅(北海道大学大学院 医学研究院 呼吸器内科学教室)

中高年者において、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性気管支炎を含む慢性気道疾患の正確な診断はしばしば困難となる。特に、気管支喘息とCOPDは最も頻度の高い慢性気道疾患であるが、高齢者では高い頻度で両疾患の特徴を有する患者が存在する。そのような喘息とCOPD両方の臨床的特徴を有する患者は単独の疾患を有する患者よりも重症で予後不良であることがこれまで報告されてきた。しかしながら喘息とCOPDの合併病態(喘息-COPDオーバーラップ: ACO)は正確に定義されておらず、さらに重要なことに、このような患者は喘息またはCOPDに対する臨床試験から除外されてきた。それゆえに、臨床情報・生理学的所見・画像所見から患者を特徴づけてACOのフェノタイプを同定するために、ACOが疑われる患者を含めた慢性気道疾患患者の詳細なコホート研究が強く求められている。そこで、喘息、COPD、肺気腫、慢性気管支炎と診断された慢性気道疾患の患者を広く対象とし、3年間の前向きコホート研究であるthe Prospective Integrative Cohort of Chronic Airways Disease (PIRICA) studyを計画し、実施中である。本研究では1139名より同意取得し、ベースラインデータは1101名で解析可能であった。本講演では、PIRICA studyのベースラインデータをもとに、主治医による診断名と診断基準を基にした診断名の相違などを通して、慢性気道疾患の疾患概念の考察を行いたい。

### 18. 逆ゴットロン徴候により抗MDA5抗体陽性臨床的無筋症性皮膚筋炎に合併した急速進行性間質性肺炎と判断し早期に単純血漿交換を含む集学的治療を行い救命し得た1例

○藪下陽輔<sup>1</sup>、武田和也<sup>1</sup>、長野佑太郎<sup>1</sup>、長野香菜美<sup>1</sup>、加藤宏治<sup>1</sup>、山添雅己<sup>1</sup>、井上貴司<sup>2</sup>、堀内一宏<sup>2</sup>、鎌田和郎<sup>3</sup>(市立函館病院 呼吸器内科<sup>1</sup>、市立函館病院 脳神経内科<sup>2</sup>、北海道大学病院 リウマチ・腎臓内科<sup>3</sup>)

【背景】抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎は高率に急速進行性間質性肺炎を合併し、発症後早期に生存率が低下するため早期に多剤併用免疫抑制療法を開始する必要がある。しかし、抗MDA5抗体の測定結果が判明するまで治療開始が遅れる可能性があるほか、治療抵抗例も多い。【症例】30歳代男性。3日前に発熱、労作時の呼吸困難を自覚し増悪したため入院となった。手指関節伸側・屈側にゴットロン徴候・逆ゴットロン徴候を認めたが筋症状は認めなかった。PaO<sub>2</sub> 80.7Torr(リザーブマスク10L/分)、CRP4.24mg/dL、CK306IU/L、フェリチン659ng/mL、胸部CTで両側肺に胸膜直下、気管支血管束に広がるすりガラス影、浸潤影を認めた。抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に特徴的な皮疹とされる逆ゴットロン徴候により抗MDA5抗体陽性臨床的無筋症性皮膚筋炎に合併した急速進行性間質性肺炎と判断し、入院日よりステロイドパルス、タクロリムス、サイクロフォスファミドパルスに加えて単純血漿交換(全5回)を開始した。第7病日に抗MDA5抗体5400indexと判明した。第8病日の胸部CTですりガラス影、浸潤影の消退を認め、第12病日に酸素投与不要となり、フェリチン値と抗MDA5抗体値は低下した。第22病日にフェリチン値と抗MDA5抗体値の再上昇を認め専門施設での治療のため転院した。第48病日にタクロリムスからトファシニブに変更し、フェリチン値と抗MDA5抗体値の低下を認め第71病日に退院となった。【結語】抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に特徴的な皮疹を認識しておくことは高率に合併する急速進行性間質性肺炎に対して早期に治療を開始するうえで有用であり、高フェリチン血症と低酸素血症を伴い予後不良と判断される場合は早期の単純血漿交換を含む集学的治療が有効である可能性が示唆された。

### 19. 水疱性類天疱瘡に対するミノサイクリン投与中に生じたAFOP(Acute Fibrinous and Organizing Pneumonia)の1例

○館山朋見<sup>1</sup>、角 俊行<sup>2</sup>、鈴木敬仁<sup>2</sup>、越野友太<sup>2</sup>、池田拓海<sup>2</sup>、山田裕一<sup>2</sup>(函館五稜郭病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>、函館五稜郭病院 呼吸器内科<sup>2</sup>)

【緒言】AFOPは、肺胞内のフィブリン形成を特徴とする急性肺障害の病理組織型である。一般に感染症、膠原病、薬剤が原因で発症し予後不良である。本症例は、水疱性類天疱瘡に対してミノサイクリンが長期投与されていた患者にAFOPが生じたため報告する。【症例】71歳女性、水疱性類天疱瘡に対して、2年前よりミノサイクリン内服治療が行われ、皮膚病変は寛解していた。呼吸困難のため受診したところ、胸部CTで右肺に結節影と両肺にすりガラス陰影を認めた。その10日後、発熱と呼吸困難が悪化した。胸部CTで両肺のすりガラス陰影、コンソリデーションが悪化しており、間質性肺炎の急性増悪が疑われ加療目的に入院した。集中治療室で気管挿管後、気管支肺胞洗浄を施行した。細胞分画は、好中球92%、組織球5%、リンパ球2%、好酸球1%だった。人工呼吸管理下に抗菌薬とステロイドパルス治療を開始したが肺炎の改善に乏しく、入院4日目にシクロホスファミドパルス治療を行った。その後もステロイド治療を継続したが、徐々に呼吸不全が進行し入院19日目に死亡した。死後剖検を行い、AFOPを認めた。【考察】間質性肺炎を合併した水疱性類天疱瘡の過去の3例は、皮膚病変を併発しており、CT所見は非特異的間質性肺炎であった。ミノサイクリンによる肺障害は、通常、好酸球性肺炎を特徴とし、過去にAFOPの報告はない。本例は、蛍光免疫染色による検証はしていないが、患者の皮膚病変が寛解していたことから、水疱性類天疱瘡が直接の原因とは考えにくく、ミノサイクリンの長期内服がAFOP発症に寄与している可能性が考えられた。【結論】ミノサイクリンの長期投与中に肺障害が発生することは稀であるが、AFOPが発症しうることを認識しておく必要がある。



## 20. 詳細な問診と沈降抗体検査が診断の一助となった加湿器肺の1例

○奈良岡妙佳, 天満紀之, 中村慧一, 鳴海圭倫, 堂下和志, 藤田結花, 山崎泰宏, 藤兼俊明, 辻 忠克(独立行政法人 国立病院機構 旭川医療センター)

【症例】26歳、男性。数日前から続く呼吸困難、乾性咳嗽、発熱を主訴に近医を受診し、細菌性肺炎疑いとして内服抗菌薬で加療されたが、改善が乏しいため当科を紹介受診した。胸部X線写真で両側中下肺野を主体にすりガラス影を呈し、胸部CTでもびまん性にすりガラス影と下葉主体に浸潤影を認めた。問診において自動車塗装歴があるため、塗装スプレー使用に伴う急性過敏性肺炎を疑い精査加療目的に入院した。BALF所見は、好中球比率上昇と軽度リンパ球比率上昇を認め、CD4/8比は軽度上昇を認めた。TBLB標本では特異的所見は認めなかった。抗原回避と酸素投与で症状と画像所見共に著明に改善したため、塗装スプレーの使用の中止を指示し自宅退院とした。しかし、退院2日後に症状が再燃したため再入院とした。再度詳細な問診を行ったところ、超音波加湿器の使用が判明し同様に抗原回避と酸素投与で症状と画像所見共に著明に改善した。沈降抗体検査では加湿器水で陽性を示し、加湿器肺と診断した。加湿器水の培養検査では*D.acidovorans*が検出された。【考察】加湿器肺を含めた過敏性肺炎の診断においては詳細な問診が重要である。本症例でも詳細な問診により加湿器肺の診断に至った。早期に診断することで、抗原回避としての入院のみで副腎皮質ステロイドを使用せずに治療可能であった。【結語】詳細な問診と沈降抗体検査が診断の一助となった加湿器肺の一例を経験した。

## 21. COVID-19流行期にAIDSによるニューモシスチス肺炎(PCP)の診断に至った2例

○原林 亘<sup>1</sup>, 荻 喬博<sup>1</sup>, 篠崎鮎香<sup>1,2</sup>, 松永章宏<sup>1</sup>, 佐藤寿高<sup>1</sup>, 伊藤健一郎<sup>1</sup>, 福家 聡<sup>1</sup>, 品川尚文<sup>1</sup>, 小島哲弥<sup>1</sup>, 齋藤拓志<sup>1</sup>, 磯部 宏<sup>1</sup>(KKR札幌医療センター 呼吸器センター 呼吸器内科<sup>1</sup>, 北海道大学大学院 医学研究院 呼吸器内科学教室<sup>2</sup>)

【症例1】既往歴のない39歳男性。X-1年12月末からの乾性咳嗽と全身倦怠感を主訴にX年1月4日に近医を受診、胸部X線で両側肺炎を指摘されて当科紹介、SARS-CoV-2 PCR陽性、中等症Iの診断で入院となり、remdesivirとdexamethasoneで加療された。自覚症状は改善する一方で肺炎像と軽度の低酸素血症が残存していたが、本人の希望で第18病日に退院となった。退院後に発熱と労作時呼吸困難が再燃していたが受診はせず、体動困難となった2月12日に当院へ救急搬送された。胸部CTですりガラス陰影が両側ほぼ全肺野に広がり、リザーバーマスク10 L/分の酸素投与を要するI型呼吸不全を呈していた。COVID-19の再燃を疑ったが、鑑別診断目的のβ-D-glucanが高値を認め、HIV抗原・抗体は陽性であった。AIDSによるPCPの診断でステロイドパルス療法およびsulfamethoxazole/trimethoprim (ST合剤)を開始したところ呼吸不全は改善し、第24病日にA病院血液内科へ転院となった。【症例2】既往歴のない42歳男性。X年2月からの乾性咳嗽と呼吸困難を主訴に3月17日に近医を受診、両側肺炎を指摘されて同20日に当科紹介、入院となった。軽度の低酸素血症があり、CTで両側肺すりガラス陰影を認めていたがSARS-CoV-2 PCRは陰性であった。入院時のβ-D-glucanが高値を認め、HIV抗原・抗体は陽性だった。AIDSによるPCPの診断でprednisoloneおよびST合剤を開始したところ、呼吸不全および画像所見は改善を認め、第11病日にB病院血液内科へ転院となった。【考察】COVID-19による肺炎では両側肺野末梢側に多発するすりガラス陰影が典型的とされるが、画像のみでの診断は不可能である。COVID-19流行下での両側肺すりガラス陰影であっても、ワクチン接種歴がある、重症化リスクがないなどの場合は、日和見感染症等の他疾患の可能性も念頭に置く必要がある。

## 22. COVID-19ワクチンにより繰り返し増悪をきたした重症気管支喘息の1例

○横山夏帆<sup>1</sup>, 角 俊行<sup>2</sup>, 鈴木敬仁<sup>2</sup>, 越野友太<sup>2</sup>, 池田拓海<sup>2</sup>, 山田裕一<sup>2</sup>(函館五稜郭病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>, 函館五稜郭病院 呼吸器内科<sup>2</sup>)

【緒言】COVID-19ワクチンの副反応は注射部位の局所反応、疲労、頭痛、筋肉痛、悪寒、関節痛、発熱などがある。本症例は、Pfizer-BioNTech (BNT162b2) ワクチン投与後に繰り返し喘息の増悪をきたし、ワクチン接種との関連が考えられたため報告する。【症例】50歳女性、アトピー性皮膚炎が既往にあった。重症気管支喘息に対して吸入ステロイドとデュピルマブ、経口ステロイドで治療され、症状は安定していた。最初の3回のCOVID-19ワクチン接種では、副反応は軽度の注射部位反応のみだった。4回目と5回目の接種後には、入院を要する喘息増悪をきたした。それぞれの増悪は、ステロイド点滴治療より症状は改善した。【考察】ワクチン接種のタイミングと臨床症状の発現が密接に関連していることから、増悪エピソードはワクチンが引き金となったことが示唆された。BNT162b2ワクチンは気管支喘息患者への投与は安全であるが、BNT162b2ワクチンに感作された患者が新規に気管支喘息が発症すること、既存の気管支喘息の増悪をきたすことが報告されている。【結論】このような患者では、COVID-19ワクチンの反復接種により喘息が増悪する可能性があることを臨床医は認識しておく必要がある。

## 23. 当院におけるCorynebacterium pseudodiphtheriticum呼吸器感染症の検討

○永末一徳, 森田一豊, 石田健介, 渡邊阜嗣(名寄市立総合病院 呼吸器科)

Corynebacterium属(Diphtheroids)は通常皮膚や口腔粘膜の常在菌であり、呼吸器検体から検出されてもcontaminationと判断されることが多い。Corynebacterium pseudodiphtheriticumは感染症の起因菌として近年報告が多くなってきており、起因菌なのかcontaminationなのかも含めての判断が必要になってきている。今回、同菌による呼吸器感染症患者を経験したので、過去10年の同菌による呼吸器感染症患者をまとめ、患者背景について検討を行ったので報告する。

## 第103回北海道医学大会役員

会 副 幹	頭	山下 敏彦	札幌医科大学学長
	頭	畠山 鎮次	北海道大学大学院医学研究院長
幹 事		西川 祐司	旭川医科大学学長
		佐古 和廣	北海道医師会副会長
		渡辺 敦	札幌医科大学医学部呼吸器外科学分野教授
		大西 浩文	札幌医科大学医学部公衆衛生学講座教授
		鈴木 拓	札幌医科大学医学部分子生物学講座教授
		平野 聡	北海道大学大学院医学研究院消化器外科学教室Ⅱ教授
		本間 明宏	北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室教授
		今野 哲	北海道大学大学院医学研究院呼吸器内科学教室教授
		藤山 文乃	北海道大学大学院医学研究院解剖学分野組織細胞学教室教授
		松本 成史	旭川医科大学研究推進本部教授
		沖崎 貴琢	旭川医科大学放射線医学講座教授
		牧野 雄一	旭川医科大学地域共生医育統合センター教授
		藤谷 幹浩	旭川医科大学内科学講座 病態代謝・消化器・血液腫瘍制御内科学分野教授
	高橋 聡	北海道医師会常任理事	
	村上 学	北海道医師会常任理事	
	青木 秀俊	北海道医師会常任理事	
	今 真人	札幌市医師会会長	

事 務 局

北海道医師会 事業第三課

〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目

TEL011-231-1726 FAX011-221-5070

Email : 3ka@m.dou.jp



# 第103回北海道医学大会分科会役員名簿

分科会名	会 長	幹 事	所 属
神 経	北海道医療センター臨床研究部 部長 新野 正明	北海道大学大学院医学研究院神経病態学分野神経 内科学教室 特任助教 白井 慎一	北海道大学大学院医学研究院 神経病態学分野神経内科学教室
生 理 系	北海道大学大学院医学研究院細胞生理学教室 教授 大場 雄介	北海道大学大学院医学研究院細胞生理学教室 准教授 藤岡容一朗 特任准教授 天野 麻穂	北海道大学大学院医学研究院 細胞生理学教室
臨床検査医学	札幌医科大学医学部感染制御・臨床検査医学講座 教授 高橋 聡	札幌医科大学附属病院 検査部・病理部 副部長 遠藤 明美	札幌医科大学附属病院 検査部
皮 膚 科	札幌医科大学皮膚科学講座 教授 宇原 久	札幌医科大学皮膚科学講座 助教 佐藤さゆり	札幌医科大学医学部 皮膚科学講座
消 化 器 病	旭川医科大学外科学講座肝胆膵・移植外科学分野 教授 横尾 英樹	旭川医科大学外科学講座肝胆膵・移植外科学分野 今井 浩二 庄中 達也	旭川医科大学 外科学講座 肝胆膵・移植外科学分野
消化器内視鏡	手稲溪仁会病院消化器病センター センター長 潟沼 朗生	手稲溪仁会病院消化器病センター 本谷 雅代	手稲溪仁会病院 消化器病センター
超 音 波	手稲溪仁会病院消化器病センター腹部超音波室 部長・室長 松居 剛志	手稲溪仁会病院診療技術部 主任 西脇 隆 竹内有加里	手稲溪仁会病院 消化器病センター
外 科	札幌医科大学消化器・総合・乳腺・内分泌外科学 講座 教授 竹政伊知朗	札幌医科大学消化器・総合・乳腺・内分泌外科学 講座 講師 今村 将史	札幌医科大学 消化器・総合・乳腺・内分泌外科学講座
胸 部 外 科	北海道大学大学院医学研究院心臓血管外科学教室 教授 若狭 哲	北海道大学大学院医学研究院心臓血管外科学教室 講師 新宮 康栄	北海道大学大学院医学研究院 心臓血管外科学教室
小 児 外 科	旭川医科大学外科学講座心臓大血管外科学分野 講師 石川成津矢	北海道大学病院消化器外科 I 講師 本多 昌平	北海道大学大学院医学研究院 消化器外科学教室 I
血 管 外 科	華岡青洲記念病院心臓血管外科診療 部長 久保田 卓	華岡青洲記念病院心臓血管外科 医長 関 達也	華岡青洲記念病院
乳 癌	セントラルCIクリニック 院長 玉川 光春	セントラルCIクリニック放射線部 主任 宮川紗世里	セントラルCIクリニック
病 理	札幌医科大学医学部附属フロンティア医学研究所 分子医学部門 准教授 佐久間裕司	—	札幌医科大学医学部附属フロン ティア医学研究所分子医学部門
血 液	札幌医科大学医学部小児科学講座 准教授 山本 雅樹	札幌医科大学医学部小児科学講座 助教 竹林 晃	札幌医科大学医学部 小児科学講座
呼 吸 器	市立千歳市民病院 診療部長 竹藪 公洋	—	札幌医科大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学講座
結 核	市立千歳市民病院 診療部長 竹藪 公洋	北海道大学大学院医学研究院呼吸器内科学教室 助教 中久保 祥	北海道大学大学院医学研究院 呼吸器内科学教室
泌 尿 器 科	北海道大学大学院医学研究院腎泌尿器科学講座 教授 篠原 信雄	北海道大学大学院医学研究院腎泌尿器科学講座 講師 堀田記世彦	北海道大学大学院医学研究院 腎泌尿器科学講座
産 業 衛 生	日本製鉄株式会社北日本製鉄所 部長代理(産業医) 佐藤 利夫	旭川医科大学社会医学講座 教授 西條 泰明	旭川医科大学 社会医学講座
眼 科	北海道大学大学院医学研究院眼科学教室 教授 石田 晋	北海道大学大学院医学研究院眼科学教室 講師 安藤 亮	北海道大学大学院医学研究院 眼科学教室
リハビ テー ション	旭川医科大学病院リハビリテーション科 教授 大田 哲生	新さっぽろ脳神経外科病院 名誉院長 石合 純夫	旭川医科大学病院 リハビリテーション科
学 校 保 健	北海道教育大学 教授 羽賀 将衛	北海道教育大学 教授 山田 玲子	北海道教育大学 養護教育
肺 癌	国立病院機構北海道がんセンター呼吸器内科 副院長 大泉 聡史	北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発 機構/呼吸器内科 特任助教 池澤 靖元	北海道大学病院医療・ヘルスサイ エンス研究開発機構/呼吸器内科
呼吸器内視鏡	国立病院機構北海道がんセンター呼吸器内科 副院長 大泉 聡史	旭川医科大学病院第一内科/呼吸器内科 講師 南 幸範	旭川医科大学病院 第一内科/呼吸器内科
形 成 外 科	旭川医科大学病院形成外科 教授 林 利彦	旭川医科大学病院形成外科 助教 山尾 健	旭川医科大学病院 形成外科
東 洋 医 学	朋佑会札幌病院 理事長 佐野 敬夫	新札幌ひばりが丘病院 村井 政史	はるにれ薬局屯田店
アレルギ ー	北海道医療大学病院 病院長 北市 伸義	北海道大学病院呼吸器内科 助教 木村 孔一	北海道大学大学院医学研究院 呼吸器内科学教室
輸 血	日本赤十字社北海道ブロック血液センター 所長 鳥本 悦宏	日本赤十字社北海道ブロック血液センター 検査開発課長 坂田 秀勝	日本赤十字社 北海道ブロック血液センター
生 体 医 工 学	北海道大学大学院工学研究院 教授 大橋 俊朗	北海道大学大学院工学研究院 助教 山田 悟史	北海道大 学大学院工学研究院
産 婦 人 科	にしかわウイメンズヘルスクリニック 理事長 西川 鑑	NTT東日本札幌病院産婦人科 部長 寺本 瑞絵	NTT東日本札幌病院 産婦人科
内 分 泌	斗南病院糖尿病・内分泌内科 センター長 木島 弘道	—	斗南病院 糖尿病・内分泌内科
耳 鼻 咽 喉 科	北海道大学大学院医学研究院耳鼻咽喉科・頭頸部 外科学教室 教授 本間 明宏	北海道大学大学院医学研究院耳鼻咽喉科・頭頸部 外科学教室 特任助教 福田 篤	北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室
農 村 医 学	JA北海道厚生連網走厚生病院 院長 中野 誌朗	—	JA北海道厚生連網走厚生病院 総務課
レーザ ー医学	北海道大学病院低侵襲外科診断治療学研究部門 特任教授 海老原裕磨	—	北海道大学大学院医学研究院 消化器外科学教室 II
大 腸 肛 門 病	札幌医科大学消化器・総合・乳腺・内分泌外科 教授 竹政伊知朗	札幌医科大学消化器・総合・乳腺・内分泌外科 講師 奥谷 浩一	札幌医科大学医学部 消化器・総合・乳腺・内分泌外科学講座
救 急 医 学	札幌医科大学医学部救急医学講座 教授 成松 英智	—	北海道医師会 事業第二課
腫 瘍 系	旭川医科大学腎泌尿器外科学講座 教授 柿崎 秀宏	旭川医科大学腎泌尿器外科学講座 准教授 橘田 岳也	旭川医科大学 腎泌尿器外科学講座
プライマ リ・ア ケ	JA北海道厚生連俱知安厚生病院 地域医療研修センター長 木佐 健悟	北海道家庭医療学センター本輪西ファミリ ック 院長 佐藤弘太郎	市立美唄病院
アフエ レシ ス	日鋼記念病院 外科科長 高田 譲二	日鋼記念病院臨床工学室 技士長 植村 進	日鋼記念病院 臨床工学室
循 環 器	札幌医科大学循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講 座 教授 古橋 真人	—	北海道大学大学院医学研究院 循環器内科学教室