

**第127回日本結核・非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会
第97回日本呼吸器学会近畿地方会 合同学会
プログラム・抄録集**

日 時：2021年7月10日(土) 午前9時より
会 場：Web開催

会 長 永井 崇之

大阪はびきの医療センター 感染症内科 主任部長

〒583-8588 大阪府羽曳野市はびきの3-7-1 TEL 072-957-2121(代表)

ご案内（Web開催について）

■ご注意

- 一部の役割のある先生を除き、参加者、発表者はリモートでのご参加となります。万が一、配信会場へお越しいただきましても、受付、視聴機材はございませんのでご理解の程よろしくお願い致します。
- 参加単位の取得対象は、事前申込(有料参加者の参加費を含め)をいただいた方のみです。また、視聴用URLの発行も事前登録者のみに発行いたします。ご理解の程よろしくお願い申し上げます。
- 事前登録者のみに視聴用URLをメールにて送付いたします。
- Zoomを視聴デバイスにインストールされていない場合は、視聴デバイスへダウンロードください。

■参加(事前登録制)

地方会ホームページに参加登録フォームを設置します。

■登録期間

6月15日(火)～6月30日(水)まで

■参加費

会員/非会員/研修医/メディカルスタッフ：3,000円

※システム利用手数料220円が別途かかります。

名誉・功労会員/医学生：無料

(参加申し込みについては登録フォームでのご登録はできませんので、地方会事務局あてにメールにてご連絡をお願いします。)

■参加の先生へ(一般視聴者)

- 入室時の表示名は「氏名漢字フルネーム」でお願いいたします。
- リモートでご入室いただくため、通信回線は有線LAN回線での入室を推奨しております。
- ハウリング防止のため、ヘッドセットマイクのご使用を推奨します。(イヤホンでも可)。
- 事前にマイクとスピーカーのテストを行っておいてください。
- 質問はウェビナーのQ&A「挙手」機能を利用させていただきます。採択は座長に一任いただきます。(挙手が採択された場合、音声での質問が可能です。オペレーターからの解除依頼を承認ください)

■座長の先生へ

- マスク着用の上、30分前には配信会場へお越しください。急な発熱、咳などの症状がある場合は事前にお伝えしている緊急連絡先までご連絡いただき、参加はご遠慮ください。
- タイムインジケータの用意はございません。各セッションに多少余裕を持たせておりますが、時間管理や進行にはご配慮いただきますようお願いいたします。
- 視聴者からの質問はウェビナーのQ&A「挙手」機能を利用します。挙手情報をご覧いただき、採択は座長にご一任いたします。採択する場合はオペレーターへ口頭で採択した方をお伝えください。

■演者の先生へ

- 音声入り発表データは事前(6月29日まで)に事務局(127tub.97resp@adfukuda.jp)へ送付ください。サイズが大きいため、ギガファイル便やファイアストレージなどの外部ストレージを利用し送付ください。
- スライド枚数制限は設けませんが、一般演題は発表時間6分。討論2分です。時間厳守でお願いします。COI(利益相反)状態にかかわらず、発表スライドの1枚目にCOI状態を開示してください。データはPowerPointでスライドサイズ16：9にて作成ください。
- 30分前には必ず発表会場のZoomウェビナーにご入室ください。
- リモートでご入室いただくため、通信回線は有線LAN回線での入室を推奨しております。
- ハウリング防止のため、ヘッドセットマイクのご使用を推奨します。(イヤホンでも可)。
- 事前にマイクとスピーカーのテストを行っておいてください。
- 発表は事前に提出された発表動画データを配信し、その後2分間、演者と座長、参加者にてZoom上で質疑応答を行う形式とします。
- Zoom入室時の表示名について、「演題番号__氏名漢字フルネーム」で必ずご入室ください。
※(例：15__近畿太郎)演題番号と氏名の間の「__」はアンダーバーです。

学会進行予定表 (一般演題：発表6分、討論2分)

	配信会場1 (会議室A)	配信会場2 (会議室B)	配信会場3 (会議室C)
8:55			
9:00	開会の辞		
	教育講演1 (9:00~9:40) 座長：尾形 誠 演者：中神 啓徳	稀少疾患 (9:00~9:48) 座長：岡田 あすか (1~6)	医学生・研修医アワード (9:00~10:04) 座長：土谷 美知子 (20~27)
10:00	教育講演2 (9:45~10:25) 座長：小林 和幸 演者：塩田 達雄	検査治療手技 (9:53~10:25) 座長：田宮 基裕 (7~10)	腫瘍性肺疾患1 (10:09~10:57) 座長：白山 敬之 (28~33)
	教育講演3 (10:30~11:10) 座長：福井 基成 演者：伊藤 功朗	アレルギー性肺疾患1 (10:30~11:10) 座長：佐々木 信 (11~15)	腫瘍性肺疾患2 (11:02~11:50) 座長：糸谷 涼 (34~39)
11:00	教育講演4 (11:15~11:55) 座長：柏 庸三 演者：緒方 嘉隆	アレルギー性肺疾患2 (11:15~11:47) 座長：羽白 高 (16~19)	
12:00	ランチョンセミナー1 (12:00~12:50) 『COPD 患者のフレイルに対する 人參養栄湯の臨床応用と考察』 座長：南方 良章 演者：相良 博典 共催：クラシエ薬品株式会社	ランチョンセミナー2 (12:00~12:50) 講演1 『IL-4/IL-13をターゲットにした重症喘息治療』 座長：小牟田 清 演者：松野 治 講演2 『One airway one diseaseとしての好酸球性副鼻腔炎』 座長：吉村 千恵 演者：川島佳代子 共催：サノフィ株式会社	ランチョンセミナー3 (12:00~12:50) 講演1 『組織型と患者背景を考慮したDriver遺伝子陰性のNSCLC治療』 座長：鈴木 秀和 演者：田宮 朗裕 講演2 『非小細胞肺癌に対する免疫応答：臓器特異性をどう考えるか?』 座長：鈴木 秀和 演者：西川 博嘉 共催：中外製薬株式会社
13:00	教育講演5 (13:00~13:40) 座長：高鳥毛 敏雄 演者：笠原 敬		腫瘍性肺疾患3 (13:00~13:48) 座長：本津 茂人 (40~45)
14:00	教育講演6 (13:45~14:25) 座長：橋本 章司 演者：大場 雄一郎	教育講演8 (13:45~14:25) 座長：松本 智成 演者：田村 嘉孝	腫瘍性肺疾患4 (13:53~14:33) 座長：小澤 雄一 (46~50)
		アフタヌーンセミナー (14:30~15:20) 『温故知新：残しておきたい ネシツムマブ併用療法という選択肢』 座長：森 雅秀 演者：田宮 朗裕 共催：日本化薬株式会社	その他肺疾患 (14:38~15:26) 座長：小栗 晋 (51~56)
15:00	教育講演7 (15:25~16:05) 座長：木田 博 演者：富岡 洋海	教育講演9 (15:25~16:05) 座長：露口 一成 演者：太田 三徳	
16:00	受賞者発表・閉会の辞		

配信会場4 (会議室D)	配信会場5 (会議室1)	
		8:55
		9:00
胸膜・縦隔疾患1 (9:00~9:32) 座長：岡本 紀雄 (57~60)	結核 (9:00~9:56) 座長：玉置 伸二 (85~91)	
胸膜・縦隔疾患2 (9:37~10:09) 座長：仲川 宏昭 (61~64)		10:00
胸膜・縦隔疾患3 (10:14~10:46) 座長：細井 慶太 (65~68)	非結核性抗酸菌症 (10:01~10:57) 座長：多田 公英 (92~98)	
間質性肺疾患1 (10:51~11:23) 座長：丸毛 聡 (69~72)	呼吸器感染症1 (11:02~11:50) 座長：黄 文禧 (99~104)	11:00
		12:00
ランチョンセミナー4 (12:00~12:50) 『抗線維化薬時代のILD診療』 座長：松岡 洋人 演者：西山 理 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	ランチョンセミナー5 (12:00~12:50) 『非結核性抗酸菌症の診断と治療』 座長：平井 豊博 演者：露口 一成 共催：インスメッド合同会社	
		13:00
間質性肺疾患2 (13:00~13:32) 座長：平田 陽彦 (73~76)	呼吸器感染症2 (13:00~13:48) 座長：鉄本 訓史 (105~110)	
間質性肺疾患3 (13:37~14:09) 座長：渡邊 創 (77~80)	呼吸器感染症3 (13:53~14:33) 座長：少路 誠一 (111~115)	14:00
間質性肺疾患4 (14:14~14:46) 座長：和田 広 (81~84)	呼吸器感染症4 (14:38~15:26) 座長：玉置 岳史 (116~121)	15:00
		16:00

教育講演

【配信会場1 9:00～16:05】

【配信会場2 13:45～16:05】

1. アカデミアでの新型コロナワクチン開発

座長：尾形 誠(関西医科大学 呼吸器感染症・アレルギー科)

演者：中神 啓徳(大阪大学大学院医学系研究科 健康発達医学寄附講座)

時間：9:00～9:40

2. COVID19の免疫応答とサイトカインストーム

座長：小林 和幸(神戸大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部)

演者：塩田 達雄(大阪大学微生物病研究所)

時間：9:45～10:25

3. COVID19の肺炎診療における位置づけ～多施設共同研究より～

座長：福井 基成(北野病院 呼吸器内科)

演者：伊藤 功朗(京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

時間：10:30～11:10

4. COVID-19 肺炎の集中治療

座長：柏 庸三(大阪はびきの医療センター 集中治療科)

演者：緒方 嘉隆(八尾徳洲会総合病院 集中治療部)

時間：11:15～11:55

5. COVID19の管理と地域連携

座長：高鳥毛敏雄(関西大学 社会安全学部・社会安全研究科)

演者：笠原 敬(奈良県立医科大学 感染症センター)

時間：13:00～13:40

6. 人工呼吸器関連肺炎の診断と予防と抗菌薬適正使用

座長：橋本 章司(大阪はびきの医療センター 臨床研究センター)

演者：大場雄一郎(大阪急性期・総合医療センター 総合内科/感染制御室)

時間：13:45～14:25

7. 過敏性肺炎のトピックス

座長：木田 博(大阪刀根山医療センター 呼吸器内科)

演者：富岡 洋海(神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科)

時間：15:25～16:05

8. 結核治療の実際と最近の話題

座長：松本 智成(大阪府結核予防会 大阪複十字病院 内科)

演者：田村 嘉孝(大阪はびきの医療センター 臨床検査科)

時間：13:45～14:25

9. 呼吸器感染症の外科治療

座長：露口 一成(国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター 感染症研究部)

演者：太田 三徳(大阪労災病院 呼吸器外科)

時間：15:25～16:05

ランチョンセミナー

【12:00～12:50】

1. COPD患者のフレイルに対する人参養栄湯の臨床応用と考察

座長：南方 良章（独立行政法人 国立病院機構 和歌山病院 院長）
演者：相良 博典（昭和大学 医学部 内科学講座 呼吸器・アレルギー内科学部門）
共催：クラシエ薬品株式会社
会場：配信会場1

2. 講演1…IL-4/IL-13をターゲットにした重症喘息治療

座長：小牟田 清（大阪府結核予防会 大阪複十字病院 総長）
演者：松野 治（大阪はびきの医療センター アレルギー内科 副部長）

講演2…One airway one diseaseとしての好酸球性副鼻腔炎

座長：吉村 千恵（大阪赤十字病院 呼吸器内科 副部長）
演者：川島佳代子（大阪はびきの医療センター 診療局長/耳鼻咽喉科 主任部長）
共催：サノフィ株式会社
会場：配信会場2

3. 講演1…組織型と患者背景を考慮したDriver遺伝子陰性のNSCLC治療

座長：鈴木 秀和（地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター/
肺腫瘍内科主任部長 兼 外来化学療法科主任部長）
演者：田宮 朗裕（独立行政法人 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科）

講演2…非小細胞肺癌に対する免疫応答：臓器特異性をどう考えるか？

座長：鈴木 秀和（地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター/
肺腫瘍内科主任部長 兼 外来化学療法科主任部長）
演者：西川 博嘉（名古屋大学大学院医学系研究科 微生物・免疫学講座分子細胞免疫学 教授
国立がん研究センター研究所 腫瘍免疫研究分野/
先端医療開発センター免疫トランスレショナルリサーチ分野 分野長）

共催：中外製薬株式会社
会場：配信会場3

4. 抗線維化薬時代のILD診療

座長：松岡 洋人（地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター 呼吸器内科 主任部長）
演者：西山 理（近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科 講師）
共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
会場：配信会場4

5. 非結核性抗酸菌症の診断と治療

座長：平井 豊博（京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 教授）
演者：露口 一成（国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター 感染症研究部）
共催：インスメッド合同会社
会場：配信会場5

アフタヌーンセミナー

【配信会場2 14:30～15:20】

座 長：森 雅秀（大阪刀根山医療センター 呼吸器腫瘍内科）

1. 温故知新：残しておきたいネシツムマブ併用療法という選択肢

演 者：田宮 朗裕（独立行政法人 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科）

共 催：日本化薬株式会社

配信会場 1

開会の辞 (8:55～9:00)

会長 永井 崇之

教育講演 1 (9:00～9:40)

座長 尾形 誠
(関西医科大学 呼吸器感染症・アレルギー科)

『アカデミアでの新型コロナワクチン開発』

中神 啓徳
(大阪大学大学院医学系研究科 健康発達医学寄附講座)

教育講演 2 (9:45～10:25)

座長 小林 和幸
(神戸大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部)

『COVID19の免疫応答とサイトカインストーム』

塩田 達雄
(大阪大学微生物病研究所)

教育講演 3 (10:30～11:10)

座長 福井 基成
(北野病院 呼吸器内科)

『COVID19の肺炎診療における位置づけ～多施設共同研究より～』

伊藤 功朗
(京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

教育講演 4 (11:15～11:55)

座長 柏 庸三
(大阪はびきの医療センター 集中治療科)

『COVID-19 肺炎の集中治療』

緒方 嘉隆
(八尾徳洲会総合病院 集中治療部)

ランチョンセミナー 1 (12:00～12:50)

座長 南方 良章
(独立行政法人国立病院機構 和歌山病院)

『COPD患者のフレイルに対する人参養栄湯の臨床応用と考察』

相良 博典
(昭和大学 医学部 内科学講座 呼吸器・アレルギー内科学部門)

共催：クラシエ薬品株式会社

教育講演5 (13:00～13:40)

座長 高鳥毛敏雄
(関西大学 社会安全学部・社会安全研究科)

『COVID19の管理と地域連携』

笠原 敬
(奈良県立医科大学 感染症センター)

教育講演6 (13:45～14:25)

座長 橋本 章司
(大阪はびきの医療センター 臨床研究センター)

『人工呼吸器関連肺炎の診断と予防と抗菌薬適正使用』

大場雄一郎
(大阪急性期・総合医療センター 総合内科／感染制御室)

教育講演7 (15:25～16:05)

座長 木田 博
(大阪刀根山医療センター 呼吸器内科)

『過敏性肺炎のトピックス』

富岡 洋海
(神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科)

受賞者発表・閉会の辞 (16:10～16:15)

会長 永井 崇之

配信会場 2

稀少疾患 (9:00~9:48)

座長 岡田あすか
(済生会吹田病院 呼吸器内科)

1. PET-CT検査により早期診断に至った再発性多発軟骨炎の1例
市立吹田市民病院 呼吸器・リウマチ内科
○宮本 哲志, 依藤 秀樹, 片田 圭宣, 鉄本 訓史
2. 気管軟骨表層の外科生検により診断に至った再発性多発軟骨炎の一例
大阪はびきの医療センター 呼吸器内科
○山田 知樹, 柳瀬 隆文, 酒井 俊輔, 森泉 和則, 馬越 泰生, 森下 裕,
松岡 洋人
3. 健診発見の肺底動脈大動脈起始症の一例
京都第二赤十字病院 呼吸器内科
○狩野友花里, 佐藤いずみ, 片岡 伸貴, 齊ノ内 玲, 國松 勇介, 谷村 真依,
中野 貴之, 谷村 恵子, 竹田 隆之
4. 乳び胸を繰り返し発症した, リンパ管腫症の一例
大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学
○新津 敬之, 平田 陽彦, 足立 雄一, 榎本 貴俊, 網屋 沙織, 野田 成美,
原 伶奈, 菅 泰彦, 福島 清春, 白山 敬之, 三宅浩太郎, 武田 吉人,
熊ノ郷 淳
5. 骨髄異形成症候群に合併した続発性肺胞蛋白症の1例
市立池田病院 呼吸器内科
○住谷 仁, 三橋 靖大, 清水 裕平, 田幡江利子, 橋本 重樹
6. EGFRエクソン20の挿入遺伝子変異陽性非小細胞肺癌の治療中に皮膚筋炎を発症した一例
神戸市立西神戸医療センター
○益田 隆広, 多田 公英, 櫻井 稔泰, 上領 博, 纈纈 力也, 木田 陽子,
三輪菜々子, 松岡 佑, 徳重 康介

検査治療手技 (9:53~10:25)

座長 田宮 基裕
(大阪国際がんセンター 呼吸器内科)

7. 気管支鏡検査後に咯血が持続し人工呼吸管理を要した凝固因子異常を伴った肺腺癌の一例
大津赤十字病院
○佐藤 将嗣, 濱田健太郎, 嶋 一樹, 八木 由生, 伏屋 芳紀, 西岡 慶善,
内山 達樹, 宇賀 久敏, 酒井 直樹

8. 腫瘍性中枢気道狭窄を伴う有癭性膿胸にガイドシース併用のpush & slide法によるEWS充填が有用であった1例
姫路医療センター 呼吸器内科
○平岡 亮太, 水守 康之, 世利 佳滉, 井野 隆之, 竹野内政紀, 平田 展也,
久米佐知枝, 平野 克也, 小南 亮太, 大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩,
鏡 亮吾, 勝田 倫子, 三宅 剛平, 塚本 宏壮, 横井 陽子, 佐々木 信,
河村 哲治, 中原 保治
9. 気管支鏡によって除去可能であった義歯による気管異物の1例
彦根市立病院
○斉藤漸太郎, 月野 光博, 岡本 菜摘, 渡邊 勇夫, 林 栄一
10. 局所麻酔下胸腔鏡下クライオ生検にて診断しえた悪性胸膜中皮腫の3例
和泉市立総合医療センター 呼吸器内科
○小林 真晃, 上野健太郎, 上田 隆博, 上西 力, 中辻 優子, 石井真梨子,
田中 秀典, 松下 晴彦

アレルギー性肺疾患 1 (10:30~11:10)

座長 佐々木 信
(姫路医療センター 呼吸器内科)

11. 広範な粘液栓による窒息症状で発症したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例
JCHO京都鞍馬口医療センター 内科
○久野はるか, 齊ノ内 玲, 嶋本 貴之, 竹村 佳純
12. デュピルマブ投与中に発症した好酸球性肺炎の1例
高槻赤十字病院
○深田 寛子, 村山 恒峻, 野溝 岳, 長谷川浩一, 中村 保清, 北 英夫
13. 当院で行った難治性気管支喘息に対する分子標的治療の報告
公益財団法人淀川勤労者厚生協会付属相川診療所
○松田 敏宣
14. *Scedosporium apiospermum*によるアレルギー性肺真菌症の1例
1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 病理診断センター
○田中 悠也¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 門田 和也¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾,
難波 晃平¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 榊屋 大輝¹⁾,
鈴木雄二郎¹⁾, 伊藤利江子²⁾
15. 維持療法に吸入ステロイド剤が有効であったアレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)の一例
独立行政法人国立病院機構神戸医療センター 呼吸器内科
○梁川 禎孝, 高田 尚哉, 杉山 陽介, 土屋 貴昭

アレルギー性肺疾患2 (11:15～11:47)

座長 羽白 高
(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

16. Schizophyllum communeによるアレルギー性気管支肺真菌症の1例

天理よろづ相談所病院

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

17. Dupilumab投与中にEosinophilic granulomatosis with polyangiitis (EGPA)を発症した一例

京都第一赤十字病院

○田中 駿也, 辻 泰佑, 菅 佳史, 合田 志穂, 藤井 博之, 松山 碧沙,
大村亜矢香, 塩津 伸介, 弓場 達也, 内匠千恵子, 平岡 範也

18. アスベスト曝露歴のある患者に発症した多発血管炎性肉芽腫症の1例

1) 神鋼記念病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科

○難波 晃平¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 田中 悠也¹⁾,
門田 和也¹⁾, 伊藤 公一²⁾, 笠井 由隆²⁾, 榊屋 大輝²⁾, 大塚浩二郎¹⁾,
鈴木雄二郎¹⁾

19. 免疫学的検査で原因抗原との反応が認められたヨウムによる過敏性肺炎の一例

1) 甲南医療センター 呼吸器内科, 2) 近畿大学農学部 応用生命化学科,

3) 神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科

○榎本 隆則¹⁾, 関谷 怜奈¹⁾, 高島 晨伍¹⁾, 松本 葵¹⁾, 杉本 裕史¹⁾,
寺下 智美¹⁾, 矢野えりか²⁾, 森山 達哉²⁾, 吉岡 潤哉³⁾, 永野 達也³⁾,
西村 善博³⁾, 中田 恭介¹⁾

ランチョンセミナー2 (12:00～12:50)

講演1…『IL-4/IL-13をターゲットにした重症喘息治療』

座長 小牟田 清

(大阪府結核予防会 大阪複十字病院)

松野 治

(大阪はびきの医療センター アレルギー内科)

講演2…『One airway one diseaseとしての好酸球性副鼻腔炎』

座長 吉村 千恵

(大阪赤十字病院 呼吸器内科)

川島佳代子

(大阪はびきの医療センター 耳鼻咽喉科)

共催：サノフィ株式会社

教育講演8 (13:45～14:25)

座長 松本 智成
(大阪府結核予防会 大阪複十字病院 内科)

『結核治療の実際と最近の話題』

田村 嘉孝
(大阪はびきの医療センター 臨床検査科)

アフタヌーンセミナー (14:30～15:20)

座長 森 雅秀
(大阪刀根山医療センター 呼吸器腫瘍内科)

『温故知新：残しておきたいネシツムマブ併用療法という選択肢』

田宮 朗裕
(独立行政法人 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科)

共催：日本化薬株式会社

教育講演9 (15:25～16:05)

座長 露口 一成
(国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター 感染症研究部)

『呼吸器感染症の外科治療』

太田 三徳
(大阪労災病院 呼吸器外科)

配信会場 3

医学生・研修医アワード (9:00 ~ 10:04)

座長 土谷美知子
(洛和会音羽病院 呼吸器内科)

20. 呼吸困難感を主訴に紹介されたIgG4関連疾患の1例
社会医療法人聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院
○内藤 信裕, 中島 康博, 長野 昭近, 永田 恵子, 塩田雄太郎
21. 両乳房の紫斑から始まった血管炎の1例
1) 若弘会 若草第一病院 臨床研修室, 2) 同 呼吸器内科,
3) 近畿大学奈良病院 皮膚科
○西川 侑甫¹⁾, 大野 匡裕¹⁾, 林 晃大¹⁾, 高橋 隼也¹⁾, 姜 成勲²⁾,
足立 規子²⁾, 吉岡 希³⁾
22. 肺アスペルギルス症を合併した肺腺癌に対し免疫チェックポイント阻害薬と細胞障害性
抗癌剤を併用した一例
大阪府済生会野江病院
○田中 寿弥, 山本 直輝, 藤木 貴宏, 野田 彰大, 松本 健, 相原 顕作,
山岡 新八, 三嶋 理晃
23. 敗血症性肺塞栓症の治療経過中に内因性眼内炎を発症したKlebsiella pneumoniaeによ
る播種性感染症の1例
大阪府済生会野江病院
○福井 優人, 松本 健, 野田 彰大, 藤木 貴宏, 田中 彩加, 山本 直輝,
相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃
24. 気胸を合併したCOVID-19の3例
高槻赤十字病院 呼吸器内科
○山本 悠生, 鳳山 絢乃, 村山 恒峻, 野溝 岳, 長谷川浩一, 深田 寛子,
中村 保清, 北 英夫
25. 複数の免疫関連有害事象をみとめるも免疫チェックポイント阻害薬の再投与を行った肺
扁平上皮癌の1例
関西医科大学総合医療センター 呼吸器膠原病内科
○森岡 咲耶, 玉置 岳史, 澤井 裕介, 清水 俊樹, 石浦 嘉久, 野村 昌作
26. 3度の根治術の後に4度目の肺腺癌を発症した一例
大阪府済生会野江病院
○塩山 美咲, 相原 顕作, 藤木 貴宏, 野田 彰大, 山本 直輝, 松本 健,
山岡 新八, 三嶋 理晃

27. 非典型的な画像所見を呈した肺粘表皮癌の1例

大阪府済生会野江病院

○貴志 亮太, 松本 健, 藤木 貴宏, 野田 彰大, 山本 直輝, 相原 顕作,
山岡 新八, 三嶋 理晃

腫瘍性肺疾患 1 (10:09 ~ 10:57)

座長 白山 敬之

(大阪大学医学部附属病院 呼吸器内科)

28. タグリッソ治療後の耐性化機序についてNGS解析を行った非小細胞肺癌症例の検討

1) 兵庫県立西宮病院 内科, 2) 市立伊丹病院 呼吸器内科

○浦東 明久^{1,2)}, 原 聡志²⁾, 新井 将弘²⁾, 高 祥泰²⁾, 山内桂二郎²⁾,
満屋 奨²⁾, 永田 憲司²⁾, 原 彩子²⁾, 木下 善詞²⁾, 細井 慶太²⁾

29. 多発肺転移を呈したhemangiopericytomaの一例

1) 地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 呼吸器内科,

2) 同 病理診断科

○高原 夕¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾, 平位 一廣¹⁾, 藤岡 美結¹⁾,
石田 貢一¹⁾, 山本 賢¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 多木 誠人¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾,
西馬 照明¹⁾, 市川 千宙²⁾, 今井 幸弘²⁾

30. 非小細胞肺癌の経過中に発症した抗アクアポリン4抗体陽性視神経脊髄炎の一例

1) 市立奈良病院 呼吸器内科, 2) 同 脳神経内科, 3) 同 病理診断科

○児山 紀子¹⁾, 西前 弘憲¹⁾, 森川 昇¹⁾, 清水 久央²⁾, 高野 将人³⁾,
島田 啓司³⁾

31. 右胸水を合併した節外性NK/T細胞リンパ腫の一例

1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科

○黒野 博義¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 藤岡 美結¹⁾, 高原 夕¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾,
池内 美貴¹⁾, 平位 一廣¹⁾, 石田 貢一¹⁾, 山本 賢¹⁾, 藤井 真央¹⁾,
多木 誠人¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 市川 千宙²⁾, 今井 幸弘²⁾

32. 右下葉肺腺癌の治療中に急性睪炎により死亡しTS-1による薬剤性睪炎が疑われた1例

神戸市立医療センター中央市民病院

○遠藤 慧, 平林 亮介, 白川 千種, 嶋田 有里, 島 佑介, 横田 真,
佐藤 悠城, 永田 一真, 中川 淳, 立川 良, 富井 啓介

33. ALK融合遺伝子陽性肺腺癌が大細胞神経内分泌癌への形質転換をきたした一例

ベルランド総合病院

○服部 剛士, 江口 陽介, 高野 愛, 曾根 莉彩, 佐渡 康介, 杉本 亮,
引石 惇仁, 泉 源浩

腫瘍性肺疾患2 (11:02 ~ 11:50)

座長 糸谷 涼
(京都大学医学部附属病院 呼吸器内科)

34. 肺多形癌に対して複合免疫療法を行った1例
京都第二赤十字病院 呼吸器内科
○金光祐果理, 谷村 恵子, 片岡 伸貴, 齊ノ内 玲, 國松 勇介, 佐藤いずみ,
谷村 真依, 中野 貴之, 竹田 隆之
35. メトトレキサート関連と考えられた肺悪性リンパ腫の1例
大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
○羽藤 沙恵, 岡田あすか, 飯塚 正徳, 太田 和輝, 乾 佑輔, 古山 達大,
上田 将秀, 茨木 敬博, 美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人
36. 経気管支肺生検にて確定診断に至った両肺野濃度上昇を伴う血管内大細胞性B細胞リンパ腫 (IVLBCL) の一例
国立病院機構京都医療センター
○斉藤漸太郎, 中谷 光一, 藤田 浩平, 伊藤 高範, 金井 修, 岡村 美里,
三尾 直土, 奥野 芳章, 後藤 雅史, 森吉 弘毅
37. 末期腎不全を併存した高齢肺腺癌患者にオシメルチニブを投与した1例
市立奈良病院 呼吸器内科
○森川 昇, 西前 弘憲, 兎山 紀子
38. 出血性貧血から十二指腸転移が発覚した肺多形癌の一症例
1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科, 2) 吉野病院 内科
○松田 昌之¹⁾, 甲斐 吉郎¹⁾, 堀本 和秀²⁾, 岩井 一哲²⁾, 村上 伸介²⁾,
福岡 篤彦²⁾
39. オシメルチニブが奏功した大腸癌肺転移の1例
日本生命病院
○柳澤 篤, 甲原 雄平, 木島 涼, 田中 雅樹, 二宮 隆介, 立花 功

ランチョンセミナー3 (12:00 ~ 12:50)

座長 鈴木 秀和
(地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター/肺腫瘍内科 兼 外来化学療法科)

講演1…『組織型と患者背景を考慮したDriver 遺伝子陰性のNSCLC治療』
田宮 朗裕
(独立行政法人 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科)

講演2…『非小細胞肺癌に対する免疫応答:臓器特異性をどう考えるか?』
西川 博嘉
(名古屋大学大学院医学系研究科 微生物・免疫学講座分子細胞免疫学
国立がん研究センター研究所 腫瘍免疫研究分野/
先端医療開発センター免疫トランスレーショナルリサーチ分野)

共催: 中外製薬株式会社

40. Epstein-Barr Virus (EBV) 関連リンパ増殖性疾患による肺病変に対しRituximabが奏効した1例
1) 滋賀医科大学 呼吸器内科, 2) 同 血液内科
○中西 司¹⁾, 黒田 凌¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 山口 将史¹⁾, 雑賀 渉²⁾, 藤城 綾²⁾, 木藤 克之²⁾, 中野 恭幸¹⁾
41. 繰り返す気胸から扁平上皮肺癌と診断しベムプロリズマブが奏功した一例
1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
○松村 和紀¹⁾, 武田 淳志¹⁾, 丸口 直人¹⁾, 山本 亮¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 上山 雅晋¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 羽白 高¹⁾, 本庄 原²⁾, 小橋陽一郎²⁾
42. 免疫チェックポイント阻害薬中止後に発症した傍腫瘍性辺縁系脳炎の一例
済生会吹田病院 呼吸器内科
○古山 達大, 長 澄人, 竹中 英昭, 岡田あすか, 美藤 文貴, 茨木 敬博, 上田 将秀, 乾 佑輔, 小山 勝正, 綿部 裕馬
43. ALK 阻害剤投与中に重度の肝障害をきたし死亡に至った1剖検例
大阪府済生会野江病院
○畑 恭平, 山本 直輝, 藤木 貴宏, 野田 彰大, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃
44. 肺胞性パターンの画像所見を呈した乳癌肺転移の1例
1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 病理診断センター, 3) 同 乳腺外科
○藤本 佑樹¹⁾, 井上 明香¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 山本 浩生¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 芳賀ななせ¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 枡屋 大輝¹⁾, 田代 敬²⁾, 大段 仁奈³⁾, 矢田 善弘³⁾, 山神 和彦³⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾
45. 高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) を認めた非小細胞肺癌の一例
1) 兵庫県立西宮病院 内科, 2) 市立伊丹病院 呼吸器内科
○小川 誉仁^{1,2)}, 原 聡志²⁾, 新井 将弘²⁾, 高 祥泰²⁾, 山内桂二郎²⁾, 満屋 奨²⁾, 永田 憲司²⁾, 原 彩子²⁾, 木下 善詞²⁾, 細井 慶太²⁾

46. 肺底部胸膜直下に多発結節影を呈し、胸膜播種を疑い診断を行ったEML4-ALK肺癌の1例
1) 社会医療法人聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院, 2) 姫路医療センター
○永田 恵子¹⁾, 中島 康博¹⁾, 長野 昭近¹⁾, 塩田雄太郎¹⁾, 井口 貴文²⁾

47. 既治療進行非小細胞肺癌症例を対象とした Atezolizumab 単剤治療における血中炎症性マーカーの意義
1) 京都第二赤十字病院 呼吸器内科, 2) 京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科,
3) 宇治徳洲会病院 呼吸器内科, 4) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科,
5) 市立大津市民病院 呼吸器内科, 6) 市立福知山市民病院 腫瘍内科
○片岡 伸貴¹⁾, 片山 勇輝²⁾, 山田 忠明²⁾, 千原 佑介³⁾, 塩津 伸介⁴⁾,
平沼 修⁵⁾, 原田 大司⁶⁾, 内野 順治²⁾, 竹田 隆之¹⁾, 高山 浩一²⁾
48. 肺癌の病勢悪化に伴い抗 TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎を発症した EGFR uncommon mutation 肺腺癌の 1 症例
大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科
○小牟田清英, 田中 智, 朝川 遼, 谷崎 智史, 金井 友宏, 内田 純二,
上野 清伸
49. リウマチ様症状の腫瘍随伴症候群 (Carcinomatous polyarthritis) が Durvalumab 投与で再燃した肺腺癌の一例
1) 堺市立総合医療センター 診療局, 2) 同 呼吸器内科, 3) 北野病院 呼吸器内科
○船内 敦司^{1,3)}, 中野 仁夫²⁾, 久瀬 雄介²⁾, 高岩 卓也²⁾, 榎田 元²⁾,
西田 幸司²⁾, 草間 加与²⁾, 西尾 智尋²⁾, 郷間 巖²⁾
50. 第4癌まで治療を行った多発すりガラス状結節を伴う異時性肺腺癌の一例
石切生喜病院 呼吸器センター 呼吸器内科
○大島 友里, 青原 大介, 櫻井 佑輔, 平位 佳歩, 谷 恵利子, 吉本 直樹,
南 謙一

その他肺疾患 (14:38 ~ 15:26)

座長 小栗 晋
(南京都病院 呼吸器内科)

51. 濾胞性リンパ腫の治療後に口腔扁平苔癬を伴って閉塞性細気管支炎を発症した一例
神戸市立医療センター 中央市民病院
○白川 千種, 立川 良, 貴志 亮介, 田代 準基, 世利 佳滉, 島 佑介,
嶋田 有里, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真, 中川 淳, 富井 啓介
52. 咳嗽・血痰で発症し増大と縮小を呈した Bronchocentric Granulomatosis の一例
公益財団法人 天理よろづ相談所病院
○中村 哲史, 橋本 成修, 武田 淳志, 丸口 直人, 山本 亮, 松村 和紀,
上山 維晋, 加持 雄介, 安田 武洋, 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫
53. 咯血を主訴に診断された特発性樹枝状肺骨化症の一例
1) 明和病院 総合診療部, 2) 同 呼吸器内科, 3) 同 呼吸器外科
○坂井 良行¹⁾, 大塚 晶子²⁾, 奥田 昌也³⁾
54. 急性呼吸不全を来した成人スチル病の 1 例
済生会京都府病院 呼吸器内科
○古谷 渉, 張田 幸

55. 特発性間質性肺炎に合併した肺動脈仮性動脈瘤からの咯血に対して頻回のIVRが奏効した1例

1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学, 2) 同 胸部腫瘍学,

3) 兵庫医科大学病院 放射線科

○清田穰太郎¹⁾, 三上 浩司¹⁾, 中辻 有祐¹⁾, 森下 実咲¹⁾, 徳田麻祐子¹⁾,
多田 陽郎¹⁾, 柘木 芳樹¹⁾, 堀尾 大介¹⁾, 二木麻衣子¹⁾, 柴田 英輔¹⁾,
大搦泰一郎^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)}, 横井 崇^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)},
木島 貴志^{1,2)}, 小笠原 篤³⁾, 山門享一郎³⁾

56. Gastric tube 併用下でのII型呼吸不全でのNasal mask NIPPV 施行例 (Rapportと換気について)

1) 橋本市民病院 呼吸器内科, 2) 同 総合内科,

3) 和歌山県立医科大学 卒後臨床研修センター, 4) 橋本市民病院 臨床研修センター,

5) 同 循環器内科, 6) 同 皮膚科, 7) 同 歯科・口腔外科, 8) 同 救急科,

9) 同 外科

○藤田 悦生¹⁾, 平山 陽士²⁾, 山田 晃佑³⁾, 清水 雄平⁴⁾, 青木 達也²⁾,
堀谷 亮介²⁾, 千田 修平²⁾, 野田 幸治²⁾, 橋本 忠幸²⁾, 松山 依子²⁾,
岡部 友香²⁾, 星屋 博信⁵⁾, 服部 舞子⁶⁾, 田中 章夫⁷⁾, 小川 敦裕⁸⁾,
坂田 好史⁹⁾, 河原 正明¹⁾, 山本 勝廣⁵⁾, 嶋田 浩介⁹⁾, 駿田 直俊¹⁾

配信会場 4

胸膜・縦隔疾患 1 (9:00 ~ 9:32)

座長 岡本 紀雄
(堺市立総合医療センター 腫瘍内科)

57. 胸部症状を伴わず、胸腔洗浄液の食物残渣を契機に診断に至った特発性食道破裂の一例
製鉄記念広畑病院 呼吸器内科
○木村 洋平, 吉村 将
58. 高齢男性に発症した縦隔原発絨毛癌の1例
奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター
○村上 早穂, 伊藤 武文, 花岡 健司, 宮高 泰匡, 光石 大貴, 山崎安寿弥
59. 診断に難渋した骨髓異形成症候群の髓外造血に伴う多量片側胸水の1例
1) 京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科, 2) 同 化学療法部
○松井 遥平¹⁾, 澤田 凌¹⁾, 大倉 直子¹⁾, 森本 吉恵²⁾, 岩破 将博¹⁾,
金子 美子¹⁾, 山田 忠明¹⁾, 内野 順治¹⁾, 高山 浩一¹⁾
60. 結核性リンパ節炎の治療中に化膿性リンパ節炎及び心外膜炎を来した1例
1) 大阪はびきの医療センター 感染症内科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 集中治療科
○新井 剛¹⁾, 福山 馨²⁾, 小菅 淳²⁾, 杉浦 裕典²⁾, 北原 直人²⁾,
門田 嘉久²⁾, 酒井 俊輔³⁾, 柏 庸三³⁾, 北島 平太¹⁾, 韓 由紀¹⁾,
橋本 章司¹⁾, 田村 嘉孝¹⁾, 永井 崇之¹⁾

胸膜・縦隔疾患 2 (9:37 ~ 10:09)

座長 仲川 宏昭
(滋賀医科大学 呼吸器内科)

61. 当院で経験したepipericardial fat necrosisの2例
京都市立病院
○吉岡 秀敏, 國松 勇介, 高田 直秀, 西川 圭美, 太田 登博, 五十嵐修太,
小林 祐介, 後藤 健一, 中村 敬哉, 江村 正仁
62. IV期原発性肺癌に合併した乳び胸に対しリンパ管造影が有効と考えられた一例
1) 国立病院機構 大阪南医療センター 呼吸器腫瘍内科, 2) 同 呼吸器内科
○芦田 美緒¹⁾, 中島 早希¹⁾, 宇都宮琢秀^{1,2)}, 渡邊 暁^{1,2)}, 吉野谷清和^{1,2)},
本多 英弘^{1,2)}, 山本 傑²⁾, 工藤 慶太¹⁾
63. 演題取り下げ
64. 職業性石綿曝露者に認められた胸膜・肺病変との鑑別が困難であったperifissural noduleの1例
済生会中和病院 内科
○片岡 良介, 櫻井 正樹, 新井 正伸, 青野 英幸, 北田 裕陸, 徳山 猛

65. 原因不明の胸水精査で、2度の胸腔鏡を行い、急激な変化を示した胸膜血管肉腫の一例
1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科
○平位 一廣¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 高原 夕¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾, 藤岡 美結¹⁾,
池内 美貴¹⁾, 山本 賢¹⁾, 石田 貢一¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 多木 誠人¹⁾,
徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 今井 幸弘²⁾
66. 透析患者に発症した胸膜アミロイドーシスの1例
大阪府済生会吹田病院
○飯塚 正徳, 上田 将秀, 綿部 裕馬, 乾 佑輔, 古山 達大, 茨木 敬博,
美藤 文貴, 岡田あすか, 竹中 英昭, 長 澄人
67. 多発筋肉内転移を認めた悪性胸膜中皮腫の1例
兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学
○藤田 佳之, 大搦泰一郎, 三上 浩司, 柴田 英輔, 二木麻衣子, 堀尾 大介,
祢木 芳樹, 多田 陽郎, 徳田麻佑子, 清田譲太郎, 森下 実咲, 中辻 有佑,
南 俊行, 高橋 良, 横井 崇, 栗林 康造, 木島 貴志
68. 気胸の家族歴, 肺の嚢胞分布, 腎嚢胞から発見されたBirt-Hogg-Dube症候群の1例
1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科,
2) 兵庫県立がんセンター 腫瘍内科, 3) 神戸市立医療センター中央市民病院 皮膚科
○橋本 梨花¹⁾, 森田 充紀²⁾, 小倉香奈子³⁾, 富岡 洋海¹⁾

69. 肝CT値と血中濃度によりステロイドの漸減を行ったアミオダロン肺障害の1例
京都第二赤十字病院 呼吸器内科
○高塚 沙紀, 谷村 真依, 片岡 伸貴, 齊ノ内 玲, 國松 勇介, 佐藤いずみ,
中野 貴之, 谷村 恵子, 竹田 隆之
70. 抗ARS抗体陽性, 抗MDA5抗体陽性であったCADMの一例
1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科,
2) 近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科
○花田宗一郎¹⁾, 山崎 亮¹⁾, 山縣 俊之¹⁾, 澤口博千代¹⁾, 村木 正人¹⁾,
東田 有智²⁾
71. 急性呼吸不全を契機に全身性強皮症による間質性肺炎の診断に至った1例
1) 市立岸和田市民病院 呼吸器内科, 2) 同 膠原病内科, 3) 同 循環器内科
○小川 翔士¹⁾, 平山 寛¹⁾, 安田 有斗¹⁾, 上榎 潔¹⁾, 岩嶋 大介¹⁾,
岸本 和也²⁾, 岩室あゆみ³⁾, 高橋 憲一¹⁾

72. ステロイドにより改善したシェーグレン症候群合併の間質性肺炎の一例
 1) 市立岸和田市民病院 呼吸器内科, 2) 同 膠原病内科, 3) 同 形成外科,
 4) 同 眼科, 5) 同 放射線科, 6) 同 病理診断科
 ○今西 慶自¹⁾, 平山 寛¹⁾, 安田 有斗¹⁾, 上榎 潔¹⁾, 岩嶋 大介¹⁾,
 岸本 和也²⁾, 西村 京子³⁾, 山田奈央子⁴⁾, 藤澤 一郎⁵⁾, 伊達 恵美⁶⁾,
 飯塚 徳重⁶⁾, 高橋 憲一¹⁾

ランチョンセミナー4 (12:00～12:50) 座長 松岡 洋人
 (地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 呼吸器内科)

『抗線維化薬時代のILD診療』

西山 理
 (近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科)

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

間質性肺疾患2 (13:00～13:32) 座長 平田 陽彦
 (大阪大学医学部附属病院 呼吸器内科)

73. じん肺症に併発した自己免疫性肺胞蛋白症症例の検討
 1) 関西医科大学附属病院 呼吸器感染症アレルギー内科, 2) 同 内科学第一講座,
 3) 新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸器・感染症内科
 ○矢村 明久¹⁾, 尾形 誠^{1,2)}, 福田 直樹^{1,2)}, 宮下 修行^{1,2)}, 野村 昌作²⁾,
 森山 寛史³⁾, 中田 光³⁾

74. アパルタミドによる重症薬剤性肺炎の2例
 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 泌尿器科
 ○神戸 寛史¹⁾, 立川 良¹⁾, 十三 且也¹⁾, 増野 禄紀¹⁾, 遠藤 慧¹⁾,
 井手 裕之¹⁾, 白川 千種¹⁾, 島 佑介¹⁾, 松梨 敦史¹⁾, 大崎 恵¹⁾,
 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 萩本 裕樹²⁾,
 村田 詩織²⁾, 川喜田睦司²⁾, 富井 啓介¹⁾

75. 強直性脊椎炎に対してアダリムマブ使用中に多発結節影を認めサルコイドーシスが示唆された一例
 奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー・血液内科
 ○濱田恵理子, 山本 佳史, 佐藤 一郎, 岩佐 佑美, 有山 豊, 新田 祐子,
 藤岡 伸啓, 坂口 和宏, 長 敬翁, 大田 正秀, 太田 浩世, 田崎 正人,
 藤田 幸男, 本津 茂人, 山内 基雄, 吉川 雅則, 室 繁郎

76. 免疫チェックポイント阻害薬の投与によりIPAFが顕在化した肺腺癌の一例
 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科
 ○嶋田 有里, 立川 良, 井手 裕之, 遠藤 慧, 増野 禄紀, 十三 且也,
 島 佑介, 白川 千種, 大崎 恵, 松梨 敦史, 平林 亮介, 佐藤 悠城,
 永田 一真, 中川 淳, 富井 啓介

77. 詳細な病歴聴取と生検組織の鉍物分析で診断に至ったベビーパウダーによるタルク肺の1例
1) NHO近畿中央呼吸器センター 内科, 2) 同 臨床研究センター,
3) 同 放射線科, 4) 同 病理診断科, 5) 産業医科大学 医学部 呼吸器内科学
○片山加奈子¹⁾, 新井 徹²⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 滝本 宣之¹⁾, 橋 和延²⁾,
審良 正則³⁾, 笠井 孝彦⁴⁾, 西田 千夏⁵⁾, 森本 泰夫⁵⁾, 井上 義一²⁾
78. PF-ILDの経過中に発症したSLEの1例
1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科, 2) 同 リウマチ膠原病内科
○岩林 正明¹⁾, 田村 誠朗²⁾, 壺井 和幸²⁾, 富岡 洋海¹⁾
79. BCG膀胱内注入療法による薬剤性間質性肺炎と考えられた症例
近畿大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科
○大森 隆, 佐野安希子, 吉川 和也, 白波瀬 賢, 御勢 久也, 西川 裕作,
西山 理, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 原口 龍太, 東田 有智
80. アベマシクリブによる薬剤性肺障害の一例
天理よろづ相談所病院
○長谷川健太, 武田 淳志, 丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史, 松村 和紀,
上山 維晋, 加持 雄介, 安田 武洋, 橋本 成修, 羽白 高, 田中 栄作,
田口 善夫

81. MPO-ANCA陽性の間質性肺炎の病勢評価にGaシンチグラフィが有用であった一例
大阪赤十字病院
○藤原 直樹, 森田 恭平, 伊藤 雅弘, 高橋 祥太, 水谷 萌, 青柳 貴之,
石川 遼一, 植松 慎也, 高岩 卓也, 中川 和彦, 黄 文禧, 吉村 千恵,
西坂 泰夫
82. 広範なすりガラス影を呈しVATS肺生検で組織学的に診断したサルコイドーシスの1例
1) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 天理よろづ相談所病院 病理診断部
○竹野内政紀¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 平野 克也¹⁾,
小南 亮太¹⁾, 大西 康貴¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 中原 保治¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 小橋陽一郎²⁾
83. 約10年間無症状のまま経過した肺病変先行型の関節リウマチ関連間質性肺疾患の1例
市立池田病院 呼吸器内科
○三橋 靖大, 住谷 仁, 清水 裕平, 田幡江利子, 橋本 重樹

84. ニンテダニブ，シクロスポリン，ステロイドによる治療を行った尋常性乾癬合併特発性肺線維症の一例

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

○新井 徹¹⁾，竹内奈緒子²⁾，滝本 宜之²⁾，片山加奈子²⁾，香川 智子²⁾，
井上 義一¹⁾

配信会場 5

結核 (9:00 ~ 9:56)

座長 玉置 伸二
(国立病院機構 奈良医療センター 内科)

85. 結核治療開始15か月後に発生し多彩な所見を呈したparadoxical reactionの1例
1) 大阪市立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学, 2) 同 呼吸器内科学
○桑原 学^{1,2)}, 岡本 敦子²⁾, 井本 和紀^{1,2)}, 柴多 渉¹⁾, 山田 康一¹⁾,
渡辺 徹也²⁾, 川口 知哉²⁾, 掛屋 弘¹⁾
86. 早期診断, 治療に至った尿路結核の一例
関西電力病院 呼吸器内科
○古川雄一郎, 稲田 祐也, 水谷 亮, 田村佳菜子, 篠木 聖徳, 伊東 友好
87. 粟粒結核治療中に難治性気胸をきたした一例
大阪はびきの医療センター 感染症内科
○北島 平太, 新井 剛, 小菅 淳, 北原 直人, 韓 由紀, 橋本 章司,
田村 嘉孝, 永井 崇之
88. 排尿障害を契機に発見された前立腺結核の1例
神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科
○徳重 康介, 益田 隆広, 濱崎 直子, 三輪菜々子, 木田 陽子, 纈纈 力也,
上領 博, 櫻井 稔泰, 多田 公英
89. 発症早期から粟粒結核を疑い検査を行ったが診断に難渋した高齢者結核の一例
1) 大阪医科薬科大学 内科学講座 (I)
2) 大阪医科薬科大学病院 呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科,
3) 同 がん総合医療センター, 同 臨床研究センター
4) 市立伊丹病院 呼吸器内科, 5) 甲聖会記念病院 内科
○金岡 聖恵^{1,2)}, 池田宗一郎^{1,2)}, 満屋 奨⁴⁾, 吉田 修平⁵⁾, 辻 博行^{1,2)},
松永 仁綜^{1,2)}, 鶴岡健二郎^{1,2)}, 中村 敬彦^{1,2)}, 田村 洋輔^{1,2)}, 今西 将史^{1,2)},
今川 彰久¹⁾, 藤阪 保仁^{2,3)}
90. 心サルコイドーシスに対するステロイド投与中に発症したTSPOT陰性/尿培養陽性の
粟粒結核の一例
1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 循環器内科
○宮崎梨香子¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 藤岡 美結¹⁾, 高原 夕¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾,
平位 一廣¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 石田 貢一¹⁾, 山本 賢¹⁾, 藤井 真央¹⁾,
多木 誠人¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 中西 祐介²⁾, 下浦 広之²⁾,
角谷 誠²⁾
91. 演題取り下げ

92. 若年者の *M. abscessus* subsp. *massiliense* 症に対して集学的治療を行った一例
1) 市立大津市民病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 病理診断科
○武井 翔太¹⁾, 永谷 浩平¹⁾, 平井 聡一¹⁾, 田中 理美¹⁾, 土橋 亮太²⁾,
柳田 正志²⁾, 戸田 省吾²⁾, 濱田 新七³⁾, 平沼 修¹⁾
93. *Mycobacterium shinjukuense* 肺感染の2例
国立病院機構大阪刀根山医療センター 呼吸器内科
○久下 朋輝, 川崎 貴裕, 松木 隆典, 辻野 和之, 三木 真理, 三木 啓資,
木田 博
94. 無筋症性皮膚筋炎合併間質性肺炎に合併した肺 *Mycobacterium shimoidei* 症の1例
天理よろづ相談所病院
○山本 亮, 武田 淳志, 丸口 直人, 中村 哲史, 松村 和紀, 上山 維晋,
加持 雄介, 安田 武洋, 橋本 成修, 田中 栄作, 田口 善夫, 羽白 高
95. 悪性胸水を疑われた *Mycobacterium mageritense* による胸膜炎の一例
1) 国立病院機構大阪刀根山医療センター 呼吸器内科,
2) 大阪大学医学部 呼吸器・免疫内科
○久下 朋輝¹⁾, 福島 清春²⁾, 川崎 貴裕¹⁾, 松木 隆典¹⁾, 辻野 和之¹⁾,
三木 真理¹⁾, 三木 啓資¹⁾, 木田 博¹⁾
96. 肺抗酸菌症由来臨床検体のメタゲノムによるフローラ解析
1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター,
2) 国立感染症研究所 病原体ゲノム解析研究センター,
3) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 内科
○吉田志緒美¹⁾, 関塚 剛史²⁾, 黒田 誠²⁾, 露口 一成¹⁾, 井上 義一¹⁾,
鈴木 克洋³⁾
97. アミカシン吸入が著効したMAC症の一例
1) 社会医療法人美杉会男山病院 呼吸器科, 2) 同 薬剤部, 3) 同 看護部,
4) 同 整形外科
○福田 正順¹⁾, 春名 茜¹⁾, 原 敬²⁾, 吉田 由美²⁾, 村上 友香³⁾,
住吉 康子³⁾, 荒木 雅人⁴⁾
98. 気管支鏡検査後に急激に増悪した *Mycobacterium avium* 感染症の一例
市立吹田市民病院 呼吸器・リウマチ科
○田邊 英高, 稲田 怜子, 鉄本 訓史, 鬼追 芳行, 宮本 哲志, 樋口 貴俊,
角田 尚子, 津田 学, 依藤 秀樹, 樋上 雄一, 宮崎 昌樹, 片田 圭宣

99. 関節リウマチ治療中に播種性クリプトコッカス症を発症した一例
大阪府結核予防会大阪病院 内科
○東口 将佳, 前倉 俊也, 西岡 紘治, 木村 裕美, 奥田みゆき, 松本 智成
100. 診断に苦慮したニューモシスチス肺炎の1例
済生会野江病院 呼吸器内科
○藤木 貴宏, 野田 彰大, 山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八,
三嶋 理晃
101. 悪性リンパ腫治療中に発症し症状が遷延したCOVID-19肺炎の一例
NHO姫路医療センター
○三宅 剛平, 塚本 宏壮, 水守 康之, 佐々木 信, 河村 哲治, 小南 亮太,
大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩, 鏡 亮吾, 勝田 倫子, 平野 克也,
久米佐知枝, 平岡 亮太, 平田 展也, 竹之内政紀, 井野 隆之, 世利 佳滉
102. 重症COVID-19後の呼吸不全に対しステロイドパルス療法を施行した1例
市立福知山市民病院
○山本 千恵, 二村 俊, 澤田 凌, 杉本 匠
103. 検診にて発見された無症候性COVID-19肺炎の2症例
1) 京都大学医学部附属病院 先制医療・生活習慣病研究センター,
2) 同 呼吸器内科
○今井誠一郎^{1,2)}, 松島 晶¹⁾, 八上 全弘¹⁾, 日野田卓也¹⁾, 磯田 裕義¹⁾,
鈴木 和代¹⁾, 糸谷 涼²⁾, 谷澤 公伸²⁾, 伊藤 功朗²⁾, 井上真由美¹⁾
104. 気管支鏡検査にて観察し得た定型カルチノイドに合併した肺黒色真菌症の1例
北播磨総合医療センター
○伊藤 彩希, 高月 清宣, 山崎 瞬, 寺下 智美, 金城 和美, 河野 祐子,
松本 正孝

『非結核性抗酸菌症の診断と治療』

露口 一成

(国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター 感染症研究部)

共催：インスメッド合同会社

105. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) を契機に間質性肺炎急性増悪をきたした1例
大阪府済生会中津病院 呼吸器内科
○佐藤 竜一, 福島 有星, 東 正徳, 太田 和輝, 日下部悠介, 春田 由貴,
宮崎 慶宗, 中村まなび, 佐渡 紀克, 齋藤 隆一, 上田 哲也, 長谷川吉則
106. *Edwardsiella tarda* による膿胸の1例
近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科
○御勢 久也, 佐野安希子, 國田 裕貴, 吉川 和也, 白波瀬 賢, 綿谷奈々瀬,
西川 裕作, 大森 隆, 西山 理, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 原口 龍太,
東田 有智
107. 急性左下肢動脈閉塞症にて左下肢切断を余儀なくされた重症COVID-19の1例
大阪府済生会中津病院 呼吸器内科 同ICT
○北川 怜奈, 福島 有星, 日下部悠介, 太田 和輝, 佐藤 竜一, 春田 由貴,
宮崎 慶宗, 中村まなび, 佐渡 紀克, 齋藤 隆一, 東 正徳, 上田 哲也,
安井 良則, 長谷川吉則
108. クライオ肺生検で診断した成人T細胞白血病リンパ腫の1例
1) 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 血液内科, 3) 同 病理診断科
○平田 展也¹⁾, 世利 佳澁¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾,
久米佐知枝¹⁾, 平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 日下 輝俊²⁾, 河合 潤³⁾
109. 非挿管重症COVID-19患者に対するawake proningの有用性について
1) 洛和会音羽病院 呼吸器内科, 2) 洛和会京都呼吸器センター
○田中 友樹¹⁾, 榎本 昌光¹⁾, 畑 妙¹⁾, 坂口 才¹⁾, 田宮 暢代¹⁾,
土谷美知子¹⁾, 長坂 行雄²⁾
110. 気管支内腔に白苔形成を認めたマイコプラズマ肺炎の1例
1) 大阪府立十三市民病院, 2) ベルランド総合病院
○河本 健吾¹⁾, 引石 惇仁²⁾, 宇治 正人¹⁾, 白石 訓¹⁾

111. Liposomal amphotericin Bの効果不良で voriconazoleが奏効した播種性クリプトコックス症の一例
 1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科,
 2) 同 感染制御部
 ○宮井 優¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 春谷 勇平¹⁾, 田中 将規¹⁾, 村上恵理子¹⁾,
 佐藤 孝一¹⁾, 杉本 武哉¹⁾, 柴木 亮太¹⁾, 寺岡 俊輔¹⁾, 藤本 大智¹⁾,
 徳留なほみ¹⁾, 小澤 雄一¹⁾, 赤松 弘朗¹⁾, 洪 泰浩¹⁾, 中西 正典¹⁾,
 上田 弘樹¹⁾, 小泉 祐介²⁾, 山本 信之¹⁾
112. COVID-19感染後に脳症を発症しステロイド治療に応答も血漿交換が有効であった1例
 公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院
 ○為定 裕貴, 井上 大生, 上田 明宏, 岡 佑和, 中川 朋一, 瀧内 曜子,
 宇山 倫弘, 林 優介, 伊元 孝光, 濱川 瑤子, 北島 尚昌, 丸毛 聡,
 福井 基成
113. COVID-19肺炎治療後に肺結核を発症した一例
 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 内科
 ○飛田 哲志, 岡森 仁臣, 稲垣 雄士, 片山加奈子, 倉原 優, 小林 岳彦,
 養毛祥次郎, 香川 智子, 滝本 宜之, 菅原 玲子, 露口 一成, 井上 義一
114. *Rothia mucilaginosa*による結節性病変から喀血をきたした一例
 1) 大阪市立大学医学部附属病院 呼吸器内科,
 2) 大阪市立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学
 ○石山 福道¹⁾, 久保 寛明¹⁾, 丸山 直美¹⁾, 岡本 敦子¹⁾, 中井 俊之¹⁾,
 佐藤佳奈子¹⁾, 山田 康一²⁾, 渡辺 徹也¹⁾, 浅井 一久¹⁾, 川口 知哉¹⁾
115. CTにて空洞を伴う気道散布陰影を認め結核との鑑別を要した肺クリプトコッカス症の一例
 1) 京都府立医科大学 呼吸器内科, 2) 松下記念病院 呼吸器内科,
 3) 市立福知山市民病院 呼吸器内科
 ○新田 直大¹⁾, 澤田 凌³⁾, 松井 遥平¹⁾, 大倉 直子²⁾, 森本 吉恵¹⁾,
 岩破 将博¹⁾, 徳田 深作¹⁾, 金子 美子¹⁾, 山田 忠明¹⁾, 高山 浩一¹⁾

116. 臨床検体を用いた新型コロナウイルス遺伝子検査における臨床的有用性の検討：
 LAMP法とPCR法との比較
 大阪はびきの医療センター 感染症内科
 ○北島 平太, 田村 嘉孝, 吉多 仁子, 木下 人美, 勝田 寛基, 松井 謹,
 松下 茜, 新井 剛, 韓 由紀, 橋本 章司, 永井 崇之

117. 当科で対応したCOVID-19入院症例の検討
神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科
○李 正道, 藤井 宏, 岩林 正明, 橋本 梨花, 和田 学政, 網本 久敬,
吉積 悠子, 古田健二郎, 金子 正博, 富岡 洋海
118. 外科的治療を要した *Pasteurella multocida* による膿胸の一例
1) 明石医療センター 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科
○増田 佳純¹⁾, 畠山由記久¹⁾, 藤本 昌大¹⁾, 塚本 玲¹⁾, 高宮 麗¹⁾,
池田 美穂¹⁾, 岡村佳代子¹⁾, 田内 俊輔²⁾, 大西 尚¹⁾
119. 重症COVID-19加療中に壊死性胆嚢炎および後腹膜出血により緊急手術となった一例
1) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科, 2) 同 ICT
○長崎 美華¹⁾, 福島 有星¹⁾, 佐藤 竜一¹⁾, 日下部悠介¹⁾, 太田 和輝¹⁾,
春田 由貴¹⁾, 宮崎 慶宗¹⁾, 中村まなび¹⁾, 佐渡 紀克¹⁾, 斎藤 隆一¹⁾,
東 正徳¹⁾, 上田 哲也¹⁾, 安井 良則²⁾, 長谷川吉則¹⁾
120. 演題取り下げ
121. 重症COVID-19の再増悪に関する後方視的検討
1) 大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学,
2) 大阪大学医学部附属病院 集中治療部
○足立 雄一¹⁾, 榎本 貴俊¹⁾, 網屋 沙織¹⁾, 新津 敬之¹⁾, 野田 成美¹⁾,
原 伶奈¹⁾, 菅 泰彦¹⁾, 福島 清春¹⁾, 白山 敬之¹⁾, 三宅浩太郎¹⁾,
平田 陽彦¹⁾, 内山 昭則²⁾, 武田 吉人¹⁾, 熊ノ郷 淳¹⁾

MEMO

抄 録

教育講演
ランチオンセミナー
アフタヌーンセミナー

教育講演 1

アカデミアでの新型コロナワクチン開発

中神 啓徳

大阪大学大学院医学系研究科 健康発達医学寄附講座

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界での感染拡大に対しワクチン開発が急速に進められ、開発から1年を待たずに緊急承認されるワクチンが登場した。新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）のゲノム配列が迅速解明され、またこれまでのコロナウイルス新興感染症に対する先行研究からワクチン抗原としてウイルス表面にあるスパイク糖蛋白が抗原標的となると分かった。その後、直ちに遺伝子治療技術を用いたウイルスベクターあるいは核酸医薬技術（RNA ワクチン・DNA ワクチン）を用いた開発が迅速に開始され実用化まで進んだことが大きな特徴である。

今回のCOVID-19に対する遺伝子治療技術を用いたワクチン開発において、先行研究での感染症の臨床試験における免疫応答解析など、基盤技術の準備が出来ていたことが大きいと考えられる。ワクチン設計・製剤開発・薬効試験を迅速にスタートさせ、非臨床試験から初期臨床試験までを一気に完了させ、実証試験である第3相試験で感染予防効果を検証するステージに早期に進む驚異的なスピード開発がなされた。2020年7月に発表されたFDAのCOVID-19ワクチンのガイドラインにおいては、ワクチンの期待される有効性は最低でも50%とされていたが、先行するRNA ワクチンはそれを大きく上回る90%以上の有効性が得られたことは大きな驚きであった。長期的な有効性および安全性の評価はこれからであるが、新興感染症に対する迅速ワクチン開発の一つのモデルになると考えられる。

我々も同様のコンセプトで迅速DNA ワクチンの構築に着手し、新型コロナウイルス感染症に対するDNA ワクチン開発の安全性・有効性評価を迅速に行うために、企業と連携しながら、製剤開発、薬効試験、非臨床試験を並行して進め、迅速に臨床試験を開始するための準備を行った。CMCに関しては、DNA ワクチンの製剤開発を迅速に行い医薬品としての供給体制を産学連携体制で構築し、スパイク糖蛋白を標的としたDNA ワクチンを作成した。並行して、DNA ワクチン製剤をラット等に投与して抗体価の上昇を確認し、投与ルートに関しては筋肉内投与および新規デバイスを用いた皮内投与を並行して進めた。また、COVID-19感染患者血清を用いた解析も並行して進め、抗体価やウイルス中和活性の測定を行いながら、臨床試験に向けた準備を進めた。本セッションでは我々のアカデミアの立場からの取り組みを紹介したい。

教育講演2

COVID19の免疫応答とサイトカインストーム

塩田 達雄

大阪大学微生物病研究所

コロナウイルスは、ウイルス粒子をネガティブ染色により電子顕微鏡で観察したところ、ウイルス粒子表面のスパイクの形状が特徴的な王冠、コロナのように見えたことから命名された。例年、冬季に流行する風邪症候群の中の15-30%をコロナウイルスが占めると言われているが、一般にコロナウイルスは初代培養細胞を使わなければ分離が難しく、研究が進んで来なかった。2002年に発生した重症急性呼吸器症候群 (severe acute respiratory syndrome; SARS) や2012年に発生した中東呼吸器症候群 (Middle East respiratory syndrome; MERS) が、それぞれ全く新しいコロナウイルスによって引き起こされることが明らかになった後も、幸いにして日本国内ではSARSやMERSが発生しなかったこともあり、コロナウイルス研究は一部のウイルス学者の間で継続されるに留まっていた。

コロナウイルス科のウイルスは、アルファ、ベータ、ガンマ、デルタの4つのコロナウイルス属に分類される。SARSウイルス、MERSウイルスともアルファコロナウイルスに属する。コロナウイルス粒子は直径100-160nmの円形の脂質二重膜を持つ。粒子の表面はS (spike) タンパク質が覆い、膜にはM (membrane) タンパク質とE (envelope) タンパク質が存在する。内部の遺伝情報は1本鎖の(+)鎖RNAで、RNAウイルスとしては最長の30kbで、N (nucleocapsid) タンパク質と共にヌクレオカプシドを構成する。

2019年暮れ、中国・武漢において伝搬する肺炎のアウトブレイクが発生した。この原因ウイルスとして同定されたのが、コウモリに由来するSARS様コロナウイルスBat CoV RaTG13のゲノムと塩基の96%が同一な新しいコロナウイルスであった。当初は2019-nCoVと呼ばれた新型コロナウイルスは、現在ではSARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2)、疾患名はCOVID-19 (Coronavirus disease 2019) に統一されている。COVID-19の重症化においては、ウイルス感染に応答した炎症性サイトカインの急速かつ過剰な発現 (サイトカインストーム) がその成因と考えられている。

本講演では、COVID19におけるSARS-CoV-2に対する免疫応答とサイトカインストームとの関連について、我々の研究結果を紹介する。

教育講演3

COVID-19の肺炎診療における位置づけ ～多施設共同研究より～

伊藤 功朗

京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）で頻度が高く問題になる表現型は肺炎である。新型コロナウイルスが市中肺炎，医療・介護関連肺炎，院内肺炎のいずれにおいても重要な原因微生物となったことで，COVID-19の世界的流行は呼吸器疾患を扱う我々の診療に大きなインパクトを与えている。従来より市中肺炎で最も頻度の高い細菌性肺炎は肺炎球菌肺炎とされ，対極にある非定型肺炎ではマイコプラズマ肺炎の頻度が高かった。このたび，ウイルス肺炎であるCOVID-19肺炎が，非定型肺炎の主役に割り込んできたのである。

COVID-19が発生して以来，その臨床像について多数の描写的報告がなされ，我々自身も症例経験を積むにつれ，臨床像を何となく理解出来てきたように思える。しかしながら，多種類の起炎微生物による肺炎の中での位置づけを考えた時に，COVID-19肺炎を他の肺炎と比較したデータは乏しい。もしPCRという便利な診断ツールがなければ，あるいはすぐにPCRの結果が返ってこなければ，またPCR検査の不確実性を考慮した時に，COVID-19肺炎を他と鑑別できるであろうか？それは，感染性のある肺結核を，肺非結核性抗酸菌症と見分けるのがしばしば難しいことに通じるといえる。これまでのウイルス肺炎の代表であるインフルエンザウイルス肺炎とどう違うのか。非定型肺炎の代表であるマイコプラズマ肺炎とどう違うのか。病状が急速に進行する重症例はレジオネラ肺炎とどう違うのか。そもそも，細菌性肺炎とどこが違うのか。本講演では，新しい時代の肺炎診療のために，我々が行う多施設共同研究のデータをもとに，どのような類似点・相違点があり，どのように鑑別できるかを考察したい。

共同研究者：石田 直，伊藤明広，遠藤和夫，平林正孝，江村正仁，山本舜悟，小嶋 徹，塚尾仁一，富井啓介，中川淳，大塚浩二郎，赤井雅也，大井昌寛，杉田孝和，福井基成，井上大生，長谷川吉則，高橋憲一，安井浩明，藤田浩平，北 英夫，加持雄介，土谷美知子，富岡洋海，山田 孝，寺田 悟，中治仁志，西村尚志，大井一成，濱尾信叔，白田全弘，西岡憲亮，林 康之，山添正敏，白石祐介，大木元達也，細谷和貴，味水 瞳，島 寛，田辺直也，平井豊博（施設名・敬称略，順不同。）

教育講演 4

COVID-19 肺炎の集中治療

緒方 嘉隆

八尾徳洲会総合病院 集中治療部

2020年1月から始まった全世界的なCOVID-19の流行は、否応なしに日本での流行にもつながった。感染者数の増加に伴って重症患者は増加し、同時に人工呼吸患者も増加の一途を辿った。当院では2020年4月から、大阪府の重症COVID-19肺炎治療医療機関として、治療にあたってきた。2020年4月～2021年6月に人工呼吸管理を行った症例は77例、うちV-V ECMO管理を行ったのは11例であった。人工呼吸器離脱成功65例（84.4%）、失敗12例（15.6%）、最終転帰は、生存59例（76.6%）、死亡18例（23.4%）、自宅退院35例（45.5%）であった。自宅退院例は1名を除いて全員酸素フリーであった。また転院症例の9割以上は酸素フリーであった。ECMO症例は11例中10例が離脱成功し、10例中8例が人工呼吸器離脱成功、生存している。COVID-19肺炎に対する薬物治療としてはレムデシビル・ステロイド・トシリズマブ・オルミエントなどが挙げられるが本発表では触れない。（他項参照されたい）主に人工呼吸管理（ECMO管理含む）について述べたい。COVID-19肺炎に対する人工呼吸管理の基本conceptとしては、肺保護換気（経肺圧管理含む）、適切なPEEP（atelectraumaを防ぐ）、腹臥位療法などが挙げられる。肺保護換気は、一回換気量制限（6-8mL/kg PBW）が基本となるが、加えて、過大な経肺圧、asynchronyを回避することなどが重要である。すなわちP-SILI（Patient Self-Inflicted Lung Injury）、過度の自発呼吸努力を抑制することにつきる。そのためには筋弛緩薬の投与も鍵となる。適切なPEEPに関しては経肺圧管理とも関連する。また重症ARDSに準じて腹臥位療法も重要である。上記治療を行い酸素化・換気不全が進行する症例に関してはV-V ECMO 導入も検討される。V-V ECMOはあくまでも傷害肺が治癒するまでの時間稼ぎであり、肺傷害の可逆性の判断が重要である。導入中の人工呼吸器設定はrest lung settingを徹底する。以上まとめると、過度の自発呼吸努力を抑制し、人工呼吸器による肺損傷を回避することが重要であるといえる。

教育講演5

COVID19の管理と地域連携

笠原 敬

奈良県立医科大学 感染症センター

2021年6月、大波となったCOVID-19の第4波がようやくおさまりつつある。しかしいわゆる「デルタ株」への置き換えにより、7月中旬には第5波が到来するのではないかという見立てもある。またワクチン接種の推進やオリンピック、緊急事態宣言など、世間はめまぐるしく動いている。

第4波では急激な患者数の増加に大阪を含む一部の都道府県では病床確保が間に合わず、自宅や施設で亡くなる患者が発生した。COVID-19は患者のおよそ5%が重症化し、15%が中等症になる。患者が1000人いれば、重症病床が50床、酸素吸入などを行う病床が150床必要になることは「分かっている」ことである。奈良県では感染者が一時1000人を超えていた。計算上は重症患者が50人発生することになるが、県内で準備していた重症患者用病床数は32床であった。患者によっては必ずしも人工呼吸器管理やICU管理を希望するわけではないので、重症患者用病床は本当に限界に近い運用になっていた。経済も教育も回さないといけな行政担当者にとっては目を背けたくなることかもしれないが、「感染者数の目標上限値」が存在する疾患である。そこを共通認識すべきである。

「地域連携」は以前から感染症領域において重要な課題であった。しかしCOVID-19によってその現実と課題が明確になった。特に福祉施設でクラスターが発生した際に、保健所と都道府県がクラスター対策にあたる一方で、福祉施設の実施主体は市町村であるという複雑な構造はコロナ禍以前には意識すらしなかったことである。しかしコロナ禍も2年目に入り、市町村の意識も変わってきたように感じている。これからは保健所、都道府県、そして市町村との関わりを一層深め、さらに少し気が早い「来年度以降」の事業も念頭に置いて計画を立てなければならない。

ZOOMなどのテレビ会議やテレワークがコロナ禍によって一気に進んだといわれる。コロナ禍による中長期的な問題はこれからじわじわと出てくるものもあると思われるが、少なくとも感染症の地域連携においてはピンチをチャンスに変えなければならないタイミングであるし、世間もそれを期待しているだろう。行動した人・組織と行動しなかった人・組織の差は大きく開く。関係者がそれぞれ自分事と捉え、能動的に関わり、連携していくことを期待してこれからも取り組んでいきたい。

教育講演6

人工呼吸器関連肺炎の診断と予防と抗菌薬適正使用

大場雄一郎

大阪急性期・総合医療センター 総合内科／感染制御室

人工呼吸器関連肺炎 (ventilator-associated pneumonia : VAP) は気管内挿管下の人工呼吸開始48時間以降に発生する肺炎で、集中治療領域の主要なデバイス関連院内感染症かつ医原性呼吸器合併症である。VAPは集中治療領域で発生する院内感染症の上位カテゴリーであり、集中治療対象となる原疾患と相まって重症化しやすく、死亡率増加および在院日数延長が問題となる。その一方でVAPは確立された適切な感染対策を遵守することで予防が可能であり、発生しても重症化する前の早期に診断し適切に治療を開始することで予後不良となることを避けられると考えられる。そのため、人工呼吸器管理に関わる医師はVAP予防の感染対策と適正な早期の診断治療の手順を理解し実践することが求められている。また、VAPの診療において重症化リスクと耐性菌リスクが高いため、VAPの初期治療では広域抗菌薬を選択して使用する場合が多いが、その分広域抗菌薬の多用と過剰適応に結び付きやすいシチュエーションでもある。その結果としてVAPの抗菌薬治療と感染対策の領域では抗菌薬耐性 (Antimicrobial Resistance : AMR) の問題を助長しやすいという課題も内在するため、VAPの抗菌薬治療選択は昨今重要性が高まっている抗菌薬適正使用支援 (Antimicrobial Stewardship : AS) のターゲットとすべき診療領域でもある。

今日的なCOVID-19国内流行が持続する状況にあって、その診療の場面を鑑みると、重症化したCOVID-19患者に対して人工呼吸器管理を行なう機会がこれまで以上に増えていると考えられる。実際に重症COVID-19の集中治療の経過中にVAPを併発し状態が悪化することは少なからず見られる。そのような重大な場面で重症COVID-19患者の転帰が予後不良となることを避けるよう努力するためにも、COVID-19診療に主に関わる集中治療医や呼吸器内科医がVAP予防の感染対策、VAPの適正な診断手順、VAPの適正かつ早期の抗菌薬治療について正しく理解し、積極的に広めて実践していくことがより一層重要となっていると考えられる。

本講演では急性期の基幹病院で院内感染対策と感染症診療を司る内科医／感染症専門医の立場からみたVAPの予防と診断、VAP治療での抗菌薬適正使用の考え方と手法について、実践的な経験とエビデンスを紹介しながら解説する。

教育講演 7

過敏性肺炎のトピックス

富岡 洋海

神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科

過敏性肺炎（HP）は、びまん性肺疾患の中でも重要な疾患のひとつであり、特に慢性（線維性）HPは、特発性肺線維症（IPF）との鑑別も難しく、またその予後も不良である。びまん性肺疾患診断の gold standard である MDD (multidisciplinary discussion) 診断によっても、HP の診断一致率は不良であり (Lancet Respir Med 2016;4:557-65)、国際的に標準化された診断基準が必要とされてきた。2020年、初めての国際診断基準が ATS/JRS/ALAT 診断ガイドラインとして発表された (Am J Respir Crit Care Med 2020; 202:e36-e69)。このガイドラインでは、これまで時間軸で分類してきた急性 / (亜急性) / 慢性 HP に代えて、病態・予後を反映した非線維性 / 線維性 HP という分類を提案している。その診断基準は、3つの主要項目 1) 抗原暴露 (病歴, HP に関連した抗原に対する血清 IgG 検査, 吸入暴露試験), 2) 胸部画像パターン, 3) BAL のリンパ球増多 / 病理組織学的所見, から構成されている。特に、曝露抗原が特定され、HRCT で典型的な HP パターンを呈し、BAL でリンパ球増多を示す場合には、組織学的検索がなくとも、高い診断確信度で HP の診断ができる点がポイントである。さらに、現時点では正式な publish ではないが、ACCP から CHEST Guideline and Expert Panel Report も発表された。こちらでも、先の3つの主要項目から構成された診断基準を提示しているが、抗原暴露に関して、原因抗原の確からしさを3つの段階 (identified, indeterminate, unidentified) に分類し、より深い曝露評価を推奨している。一方、HP の治療に関しても、慢性 (線維性) HP が IPF 同様に予後不良であり、ステロイド治療の限界 (J Clin Med 2019;8:14) とともに、MMF やアザチオプリン (Chest. 2017;151:619-25)、レフルノミド (BMC Pulm Med 2020;20:199)、リツキシマブ (Respir Med 2020;172:106146) などによる治療の試みが報告されている。そして、INBUILD 試験 (N Engl J Med 2019;381:1718-27) による抗線維化薬の導入は、膠原病関連間質性肺疾患とともに、抗炎症治療と抗線維化治療の位置付けに大きなインパクトを与えている。このように、びまん性肺疾患の診療において、HP への注目が高まる中、わが国の気候風土を考慮した、より有用性の高い本邦での診療指針の作成が進行中であり、その発表が待たれている。

教育講演8

結核治療の実際と最近の話題

田村 嘉孝

大阪はびきの医療センター 臨床検査科

結核は、現在でも世界規模で対策すべき感染症である。わが国でも、全国的な発生状況としては低まん延化してきているが、特に高齢者や都市部における呼吸器診療の現場では、しばしば遭遇する。呼吸器診療および感染症診療に携わる医師が、その実臨床において押さえておくべき結核症の治療上のポイントについて概説したい。

結核治療は、治療レジメが確立している。世界的にはCDC/ISDAやWHOが、そしてわが国では、本学会が中心となり「結核医療の基準」として、治療ガイドラインが策定されている。Isoniazid (INH), Rifampicin (RFP), Pyrazinamide (PZA), Ethambutol (EB) の4剤を初期2ヵ月使用し、以後INH/RFPの2剤を4ヵ月使用するものが標準レジメである。

実際の結核治療においては、いかに標準治療を遵守して治療を継続するかが肝要である。実際の薬剤選択時の考え方、副作用出現時の対応策、そしてDOTSと称する服薬支援を軸とした患者支援策など、標準治療を実施する際におさえておくべき事項について、当センターでの結核診療の現状からご紹介したい。

また、近年の結核診療のトピックスとしては、結核感染診断法 (IGRA) の普及とより積極的な潜在性結核感染症 (LTBI) の治療、および新規抗結核薬による多剤耐性結核診療を取り上げたい。特に潜在性結核感染症対策は、IGRAが普及したことで診断が容易になっており、またRFPを用いたレジメを選択することで、より一層に実施されていくことが予想される。LTBI治療の実際についても解説する。Delamanid (DLM), Bedaquiline (BDQ) といった新規抗結核薬に加え、Linezolid (LZD), Clofazimine (CLZ) なども併用できるようになった、多剤耐性結核治療の話題にも触れる。

教育講演9

呼吸器感染症の外科治療

太田 三徳

大阪労災病院 呼吸器外科

近年、肺結核に対する早期診断と保健指導、DOTS戦略、衛生状態の改善、抗菌薬の進歩などにより、本邦における肺結核は減少傾向にあるものの、2018年の登録者数は37000余人、新規登録者数は15600人、結核罹患率は12.3（10万対）と中まん延国の状況が続いている。

都道府県別新規登録患者数は東京都が1970人、大阪府が1805人と大都市圏に多く、特に、患者の65才以上は67%、80才以上は41%であり高齢者の肺結核が多く見られる。

また、外国出生患者の若年者（20～29才）は新規結核患者の70%を占め、なお増加傾向にあるとのことである。

既感染者に加えてこれらの新規感染者に対しては抗菌薬が第1選択ではあるが、耐性菌症例、気道病変、空洞+菌球例、膿胸例の治療では外科的対応が必要な場合も少なくない。また非結核性抗酸菌症（NTM）では進行例に対して外科的処置が必要になることも多い。

今回これらの疾患の内、特に治療に難渋する症例を取り上げて治療経験を述べる。

- 肺結核では多剤耐性結核の外科治療についての手術例について、術式と成績を示す。
- 結核性気道病変は多彩であり、特に左主気管支の病変が多く見られる。気管狭窄や気管支での多発狭窄例ではバルーン拡張術とステントを併用した拡張術、あるいは気道形成術式、などについて治療経験を示す。
- NTM症例では巨大な空洞形成例の手術適応と、特にNTM空洞が胸腔に穿破した場合の膿気胸例に対して穿孔部への脂肪充填が有効であった治療経験を示す。
- アスペルギルス菌球症例では、低肺機能の場合の肺葉切除に代わる空洞切開の術式と経過について述べる。
- 結核性慢性膿胸については、高度石灰化の右全膿胸例の治療経過を示す。
- そのほか、希な疾患や、膿胸腔の浄化方法の試行例についても述べる予定である。

本邦では、今後もしばらくは高齢結核患者あるいは、若年の外国出生患者に対して、内科治療に加えて外科治療が求められる場合もあると推測されるが、そのような症例に対してここに示す経験が役立てば幸いである

ランチョンセミナー 1

COPD患者のフレイルに対する人參養栄湯の臨床応用と考察

相良 博典

昭和大学 医学部 内科学講座 呼吸器・アレルギー内科学部門

慢性閉塞性肺疾患（COPD）は主に喫煙を長年にわたって吸入することにより生じる肺の慢性的な疾患であり，進行性の気流閉塞を示す．臨床的には徐々に生じる労作時の呼吸困難や慢性の咳や痰を特徴とし，栄養障害や筋肉量の低下を伴うことも多く，罹患率並びに死亡率が高いことから国内外において更なる臨床的検討が望まれる疾患の一つである．

近年，フレイルの概念が提唱されたが，フレイルと COPD は高齢者に多く，両者の加齢に伴う機能低下の推移が似ていることから，共通のメカニズムが示唆されている．南イタリアでの12年間の調査では COPD 患者はフレイル進行に応じた生存率の低下を示し，フレイルが COPD の予後予測因子と報告されている．人參養栄湯は体力低下や疲労倦怠などのフレイル症状に使用される漢方薬で，COPD に対する臨床報告もあがっている．そこで当施設では，外来通院中で既存の確立された治療を受けているにも関わらず，フレイルあるいはプレフレイル状態である COPD 患者を対象に人參養栄湯の効果を検証した．主要評価項目はフレイル状態を反映する基本チェックリスト，副次評価項目には食欲，QOL，心理症状としたランダム化比較試験である．本研究を基に，フレイル状態である COPD 患者に対する人參養栄湯の多面的な効果について報告する．

ランチョンセミナー2

講演1…IL-4/IL-13をターゲットにした重症喘息治療

松野 治

大阪はびきの医療センター アレルギー内科

喘息に対する吸入ステロイド薬と長時間作用性気管支拡張薬等の併用療法が普及するようになり、多くの喘息患者のコントロールが改善してきている。しかし、これらの標準療法ではコントロール出来ない重症喘息患者が、全喘息患者の5-10%程度占めるとされている。適切な治療を行えば、軽症から中等症の喘息患者のほとんどがコントロールされる現在、重症喘息に対する治療は重要な問題である。重症喘息は持続する症状と頻回の発作にて特徴づけられるが、その病態は免疫反応のタイプに基づいてType2炎症とnon-Type2炎症に分けられる。前者は、Th2細胞、ILC2と、これらが産生するIL-4, IL-5, IL-13などにより活性化される好酸球や肥満細胞が主体となる炎症反応である。Type2炎症は気道炎症の主体であり、喘息増悪リスクの増加や呼吸機能の低下などの一因とされているほか、アトピー性皮膚炎やアレルギー性鼻炎、鼻茸といった他の疾患にも関与している。以前より喘息とアレルギー性鼻炎との関係は、one airway one diseaseとして知られており、近年は重症喘息と好酸球性副鼻腔炎との関係も注目されている。

以前より重症喘息の治療として経口ステロイドの併用にてコントロールが試みられていて、その長期投与による副作用が問題となっており、近年頻回の短期投与にも問題があることが知られている。長期的なステロイド内服や頻回の頓用使用も出来るだけ避けるべきだと考えられる。そのためには生物学的製剤の使用が考慮されるが、Dupilumab（抗IL-4 α レセプター抗体）が喘息に適応となり治療の選択肢が増えてきている。現在non-Type2喘息に対する治療はまだ課題が残るが、Type2炎症に対する治療の進歩は目を見張るものがあり、今回IL-4/IL-13を中心に喘息の病態を概説し、Type2炎症に対するDupilumab（デュピクセント[®]）の効果を解説する。

ランチョンセミナー2

講演2…One airway one diseaseとしての好酸球性副鼻腔炎

川島佳代子

大阪はびきの医療センター/耳鼻咽喉科

慢性副鼻腔炎の治療は、マクロライド系抗菌薬の少量長期療法と鼻副鼻腔内視鏡手術の進歩により、飛躍的に改善した。しかし、従来の治療を行っても再発を繰り返す難治性の病態が指摘されており、好酸球性副鼻腔炎と呼ばれている。好酸球性副鼻腔炎は、血中好酸球増多を認め、嗅覚障害を伴うことが多く、鼻茸組織中には多数の好酸球浸潤を認める。好酸球性副鼻腔炎の診断基準は2013年に全国大規模疫学調査（JESREC study）により作成された。病側、鼻茸、篩骨洞陰影優位、血中好酸球（%）の項目によりスコア化され、スコアが11点以上であれば、好酸球性副鼻腔炎と診断し、鼻茸の病理組織検査で鼻茸中の好酸球数が顕微鏡下に1視野（400倍）あたり70個以上あった場合に確定診断となる。経口ステロイド薬は著効するが、減量あるいは中止すると再発することが多く、コントロールが困難な症例が多い。

欧米において慢性副鼻腔炎は、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎（chronic rhinosinusitis with nasal polyp: CRSwNP）と、鼻茸を伴わない慢性副鼻腔炎（chronic rhinosinusitis without nasal polyp: CRSsNP）に分類される。鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎の大多数がType2炎症であり、日本の好酸球性副鼻腔炎に該当すると考えられる。Type2炎症は「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎」においてバリア機能の破綻、炎症細胞の浸潤、組織のリモデリングなどを引き起こす。Th2サイトカインであるIL-4とIL-13はこれらの臨床経過において、鼻茸形成に関わるなど中心的な役割を担っている。

上気道と下気道の間には、解剖学的、生理学的、機能的に数多くの関連性があり、アレルギー性鼻炎と気管支喘息のように上気道と下気道の病変を合併している患者も多く、one airway を one disease として治療を行う概念が浸透しつつある。最近では喘息の悪化因子としても副鼻腔炎が注目されている。副鼻腔炎からみても喘息合併例は再発、難治例として注意が必要である。

このような状況の中、2020年3月に鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、難治性喘息にも適用があるヒト型抗ヒトIL-4/13受容体モノクローナル抗体のデュピルマブが保険適用となった。デュピルマブの使用にあたっては、「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」ことに加え、既存の治療によっても、①内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ②鼻閉重症度スコアが2（中等症）以上（8週間以上持続していること）③嗅覚障害、鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）等（8週間以上持続していること）がすべて認められることなどの条件が最適使用推進ガイドラインで定められている。デュピルマブによる治療によって気管支喘息合併の鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎患者においては、上下気道ともに効果が期待できる。本講演では、当科でのデュピルマブの治療経験なども紹介しながら、One airway one disease としての好酸球性副鼻腔炎について考えてみたい。

ランチョンセミナー3

講演1…組織型と患者背景を考慮したDriver遺伝子陰性のNSCLC治療

田宮 朗裕

独立行政法人 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科

Ⅳ期非小細胞肺癌では、2015年12月に免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の登場以降、進行肺癌の患者でも長期間効果が持続する可能性が出てきており、ドライバー遺伝子変異陰性における治療のパラダイムシフトが起こった。ICIs導入当初は、二次療法以降の使用であることから細胞障害性抗癌薬が主役でICIsが脇役であったのが、PD-L1強発現（PD-L1 50%以上）の患者にペムブロリズマブが初回治療で導入出来るようになり、さらには2018年12月からはICIs + 細胞障害性抗癌薬がPD-L1発現にかかわらず初回治療で導入できるようになり、ICIsが肺癌治療の主役へと入れ替わった。今後はいかにICIsを中心にうまく使いこなすかが重要であると考えられる。

現在、非扁平非小細胞肺癌のICIs+細胞障害性抗癌薬の選択肢としては、カルボプラチン+ペメトレキセド+ペムブロリズマブ、カルボプラチン+ペメトレキセド+アテゾリズマブ、カルボプラチン+ナブパクリタキセル+アテゾリズマブ、カルボプラチン+パクリタキセル+ベバシズマブ+アテゾリズマブ、カルボプラチン+ペメトレキセド+ニボルマブ+イピリムマブ、の5つがあげられるが、タキサン系の細胞障害性抗癌薬を併用した非扁平非小細胞肺癌の治療はアテゾリズマブ併用レジメンのみである。

今回、非扁平非小細胞肺癌治療における細胞障害性抗癌薬+アテゾリズマブ療法に焦点を当てて、どのような患者さんに上記治療が適応されやすいのかについて、組織型や患者背景などを考慮しつつ、皆様と一緒に考えていけたらと考えている。

ランチョンセミナー3

講演2…非小細胞肺癌に対する免疫応答：臓器特異性をどう考えるか？

西川 博嘉

名古屋大学大学院医学系研究科 微生物・免疫学講座 分子細胞免疫学、
国立がん研究センター研究所 腫瘍免疫研究分野/先端医療開発センター 免疫TR分野

免疫チェックポイント阻害剤の臨床導入により、がん免疫分野は新たな局面を迎えているが、免疫チェックポイント阻害剤による治療で臨床効果が認められる患者は、限定的であることからバイオマーカーによる患者の層別化およびより効果的ながん免疫療法の開発研究が進められている。これらの研究を通じてがん患者での免疫応答の解析が進み、がんは患者毎に異なる多様な免疫抑制機構により免疫系からの攻撃を逃避して発がんに至り、それががん免疫療法の臨床効果と相関していることが明らかになってきている。患者毎に異なる免疫抑制機構が存在する理由として、がん免疫編集説 (Cancer Immunoediting) に従えば、がん細胞は免疫系からの攻撃を受けにくい免疫原性の低いがん細胞を選択する (免疫選択) とともに、生体に備わっている様々な免疫抑制機構を用いて免疫系から逃避 (免疫逃避) することで、生体内で増殖し臨床的がんとなる。それぞれのがん患者で、発がん過程での免疫選択と免疫逃避への依存のバランスにより、炎症型および非炎症型と呼ばれる免疫学的に異なるがん微小環境が生じると考えられる。

よって個々のがん患者のがん細胞の特性をゲノム解析により解明するとともに、がん局所での免疫応答を統合的に検討することで、個々の患者のがん微小環境での免疫応答を明らかにし、がん免疫療法の治療効果を層別化するバイオマーカーの導入や治療抵抗性機序に基づいた免疫プレジジョン医療に展開することが求められている。我々は、 $CD8^+$ T細胞と同様に制御性T細胞でもPD-1分子は細胞機能を低下させることを明らかにした。さらにはがん微小環境の解析から、 $CD8^+$ T細胞と制御性T細胞に発現するPD-1の発現強度の違いが抗PD-1/抗PD-L1抗体の治療効果と相関する精度の高い効果予測バイオマーカーとなることを示した。また、興味深いことに特定の臓器、とりわけ肝臓では他臓器と異なり特殊な免疫抑制環境が存在することが明らかになってきている。肝臓の免疫抑制機構の一つとして制御性T細胞の増強が示されており、一部ではHyperprogressive diseaseとの関連も報告されている。

以上より、がん微小環境を詳細に解析し、がんがもつ様々な免疫抑制機構を解明することが、適切ながん免疫療法開発、すなわち免疫プレジジョン医療につながると考えられる。

ランチョンセミナー4

抗線維化薬時代のILD診療

西山 理

近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

抗線維化薬の登場とその後のエビデンスの構築によって、間質性肺疾患(ILD: interstitial lung disease)の診療は大きく様変わりしつつある。ILDの中で原因不明のものが特発性間質性肺炎(IIP: idiopathic interstitial pneumonia)であるが、中でも予後不良の特発性肺線維症(IPF: idiopathic pulmonary fibrosis)をきちんと診断することが重要である。ピルフェニドンとニンテダニブは、IPFのFVC低下抑制効果が示された抗線維化薬であり、近年の観察研究では生存期間の延長効果も示されている。IPFの診断が確かであればその後の生存期間は平均約3年であることから、少なくとも抗線維化薬による治療を積極的に提示する姿勢が必要である。IPFの診断方法は2018年ATS/ERS/JRS/ALATの国際ガイドラインで示されており、胸部HRCTの画像パターンと外科的肺生検の病理学的パターンで診断を確定するが、その過程でMulti-disciplinary Discussion(MDD)が重要視されている。さらに近年はクライオ肺生検が登場し、外科的肺生検に代わることができるかどうか期待される。

IPF以外のILDで、unclassifiable IIP、膠原病関連、過敏性肺炎、サルコイドーシスなどでは進行性のフェノタイプが存在し、進行線維化性ILD(PF-ILD: progressive fibrosing ILD)と呼ばれる。PF-ILDを対象としたINBUILD試験では、ニンテダニブによるFVC低下抑制が示された。これらのILDではひとたびPF-ILDの基準を満たせば、その後のFVC低下はIPFと同等であることが示されており、ステロイド薬や免疫抑制薬による抗炎症治療の調整に加えて、抗線維化薬の適応を考慮すべきである。PF-ILDの内訳として、INBUILD試験では、過敏性肺炎、膠原病肺(リウマチ、MCTD、強皮症)、NSIP、unclassifiable IIPが主であり、実臨床でのPF-ILDを調査したPROGRESS試験ではunclassifiable IIP、膠原病肺(強皮症、皮膚筋炎、MCTD、リウマチ)が主であった。これらの疾患では、まずは普段からPF-ILDにしないための治療が重要であるが、PF-ILDとなった場合は速やかに抗線維化薬による治療を考慮する必要がある。

現在多くのILDで抗線維化薬治療の選択肢がある。しかし、どのタイミングでどのように抗線維化薬を使用するかは、疾患ごとに異なるため十分なDiscussionが必要である。本ランチョンセミナーではまさに抗線維化薬時代のILD診療について、IPFとPF-ILDを中心に概説したい。

ランチョンセミナー5

非結核性抗酸菌症の診断と治療

露口 一成

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター 感染症研究部

肺非結核性抗酸菌症（肺 NTM 症）は増加しており今や呼吸器内科におけるコモンディージーズとなっているが、今なおその対処は難しい。診断についてはキャピリア MAC 抗体による血清診断、質量分析法や遺伝子診断による新たな菌種同定などが近年のトピックであるが、呼吸器科医を悩ませるのはやはり治療、特に *M. avium* complex (MAC) 症と *M. abscessus* 症の治療法であろう。2020 年に ATS/ERS/ESCMID/IDSA により肺 NTM 症の治療に関する新たなガイドラインが発表された。22 の PICO question とそれを受けての推奨が挙げられており、今後の治療指針を組み立てるうえで有用なガイドラインとなっている。

肺 MAC 症ではマクロライドの重要性（特にアジスロマイシンの推奨）、3 剤治療と 2 剤治療の比較、連日治療と週 3 回治療の比較、マクロライドやアミカシンの感受性試験の重要性、推奨される治療期間などが述べられているが、注目すべきは、半年間の通常治療でも排菌が持続する例に対してアミカシンリポソーム化製剤（ALIS）吸入が強い推奨となっていることである。わが国でも 2021 年 7 月から ALIS がアリケイス® との名称で使用可能となる予定であり、難治例に対しての効果が期待される。

肺 *M. abscessus* 症では、マクロライドの誘導耐性（*erm* (41) 遺伝子を介する）・獲得耐性の有無の影響、*in vitro* での感受性に基づいた 3 剤以上の併用療法の推奨などが述べられているが、治療期間を含めて専門家へのコンサルトが推奨されており、依然としてエビデンスが不足していることをうかがわせる。

1 番目の PICO question では診断基準を満たす肺 NTM 症患者への治療を推奨しているが、一方で冒頭では、診断基準を満たすことがすなわち治療の必要性を意味するものではなく経過観察が望ましいこともありうると相反する記載もある。治療開始基準ひとつとってみても容易ではないことがわかる。また、本ガイドラインではわが国で保険適用外となっている治療も多く記載されており、そのままわが国では導入しにくい面もある。演者も日々苦慮しながら治療を行っていることは先生方と同じであるが、いくらかでも今後の治療の指針となる事柄について述べてみたい。

アフタヌーンセミナー

温故知新：残しておきたいネシツムマブ併用療法という選択肢

田宮 朗裕

独立行政法人 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 内科

進行扁平上皮肺癌で用いられる薬物療法では長らく細胞障害性抗癌薬がその中心を担ってきた。2000年代以降になり分子標的治療薬が登場し、ドライバー遺伝子陽性の肺癌患者では対応したキナーゼ阻害薬で治療することが基本戦略となったが、扁平上皮肺癌ではキナーゼ阻害薬が適応となる患者は少ない。こうした中、ドライバー遺伝子陰性の患者での治療の進歩が渴望されていたが、2015年以降、免疫チェックポイント阻害薬（ICIs）が肺癌治療に導入され治療のパラダイムシフトが起こった。

ICIs導入当初は、二次療法以降の使用であることから細胞障害性抗癌薬が主役でICIsが脇役であったのが、PD-L1強陽性の患者にICIsが初回治療で導入出来るようになり、さらには2018年12月からはICIs＋細胞障害性抗癌薬がPD-L1発現にかかわらず初回治療で導入できるようになり、ICIsが肺癌治療の主役へと入れ替わった。最近では、加えて、イピリムマブ＋ニボルマブ±細胞障害性抗癌薬も使用出来るようになり治療の幅が広がっている。

こうしたICIsを用いた治療で長期間奏効が得られる患者が出てきている一方で、こうした治療でも奏効が得られない、もしくは奏効しても増悪してくる患者が多いことも事実である。ICIsを中心とした治療が第一選択であるとはいえ、他の治療選択肢も求められている。

こうした治療のパラダイムシフトの影に隠れて、第2世代遺伝子組み換え完全ヒトIgG1型上皮成長因子受容体モノクローナル抗体であるネシツムマブが、シスプラチン＋ゲムシタビンとの比較で有効性が示されたことから、2019年6月にシスプラチン＋ゲムシタビンとの併用で保険承認されている。

今回、このシスプラチン＋ゲムシタビン＋ネシツムマブ併用療法についても、肺癌診療ガイドラインを踏まえつつ、効果・安全性についてOverviewし、使用に際しての選択肢について皆様と一緒に考えていきたいと考えている。

MEMO

抄 錄

一 般 演 題

1

PET-CT 検査により早期診断に至った再発性多発軟骨炎の1例

市立吹田市民病院 呼吸器・リウマチ内科

○宮本 哲志, 依藤 秀樹, 片田 圭宣, 鉄本 訓史

【症例】50歳, 女性【現病歴】X年3月中旬より発熱, 咳嗽が出現し当院を受診した。胸腹部単純CT検査では明らかな熱源を指摘できず, 急性気管支炎疑いとして抗菌薬の投与を開始された。しかし症状は軽快せず, 精査加療目的に4月15日に当院に入院した。【臨床経過】身体所見では四肢の大関節炎, 胸鎖関節炎, 胸肋関節炎を認めた。血液培養は陰性であり, 各種の自己抗体も検出されなかった。しかし胸腹部単純CT検査で気管壁の肥厚を認め, PET-CT検査で鼻中隔, 声帯, 気管, 胸肋関節, 四肢の関節にFDGの集積を認めた。Damianiのcriteriaを満たし, 再発性多発軟骨炎と診断した。PSL1mg/kgの内服により速やかに症状は軽快した為, PSLを徐々に減量し退院とした。【考察】再発性多発軟骨炎は全身の軟骨及びムコ多糖を多く含む組織を侵し, 寛解と再燃を繰り返す慢性炎症疾患であり, 診断の遅れは不可逆的な変化を来す。本症例ではPET-CT検査により早期診断に至った。

2

気管軟骨表層の外科生検により診断に至った再発性多発軟骨炎の一例

大阪はびきの医療センター 呼吸器内科

○山田 知樹, 柳瀬 隆文, 酒井 俊輔, 森泉 和則,
馬越 泰生, 森下 裕, 松岡 洋人

【症例】63歳男性【主訴】発熱, 呼吸困難【現病歴】20XX年9月頃より発熱・咳嗽・喀痰の増加があり, 対症療法を受けるも改善なく, 気管支喘息として治療を受けていた。同年11月の血液検査でCRP高値を指摘, 12月より発熱, 労作時呼吸困難が出現し精査目的に紹介。【経過】胸部CTにて気管壁の全周性肥厚を認めたため再発性多発軟骨炎を疑いPET-CTを追加したところ鼻軟骨, 気管に高度集積を認めた。耳鼻科診察では耳介, 鼻中隔に明らかな異常を認めなかったため耳介軟骨生検は行わず, 外科に依頼し頸部前方より皮膚切開を行い気管軟骨外層を削ることで気管軟骨の一部を摘出し再発性多発軟骨炎(RP)の診断に至った。【考察】RPの診断には病理学的検査が重要であるが, 気管切開をしていない患者に対して気管軟骨表層の生検により診断に至った症例は今までに報告がなく, 貴重な症例と考え報告する。

3

健診発見の肺底動脈大動脈起始症の一例

京都第二赤十字病院 呼吸器内科

○狩野友花里, 佐藤いずみ, 片岡 伸貴, 齊ノ内 玲,
國松 勇介, 谷村 真依, 中野 貴之, 谷村 恵子,
竹田 隆之

症例は49歳, 女性。201X年8月, 健康診断で撮像された胸部X線写真で心陰影と重なる腫瘤影を指摘され, 精査目的に当科受診となった。明らかな自覚症状はなく, 心音, 呼吸音に異常を認めなかった。胸部造影CTで, 下行大動脈から分岐する異常動脈が左肺底部に流入しており, 肺静脈の著明な拡張を認めた。気管支の分岐形態は正常で, 明らかな分画肺は認められず, 肺底動脈大動脈起始症と診断した。待機的に当院入院となり, 胸腔鏡補助下後側方切開左下葉切除術を施行し, 術後は合併症なく退院となった。肺底動脈大動脈起始症は比較的稀な疾患であり, 文献的考察を加えて報告する。

4

乳び胸を繰り返し発症した, リンパ管腫症の一例

大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学

○新津 敬之, 平田 陽彦, 足立 雄一, 榎本 貴俊,
網屋 沙織, 野田 成美, 原 侖奈, 菅 泰彦,
福島 清春, 白山 敬之, 三宅浩太郎, 武田 吉人,
熊ノ郷 淳

【症例】22歳, 女性【既往歴】先天性乳び胸【現病歴】X-10年より運動時・月経前に呼吸困難感, 胸痛をきたし, 乳び胸を発症, 安静にて軽快するエピソードを繰り返していた。今回, X年1月は症状強く, 前医で大量の胸水貯留を指摘された。胸腔ドレナージが行われ血胸を認めた。その後血胸は改善したが, 原因検索目的に当院転院となった。【経過】リンパ管造影を実施しリビオドールの胸腔内への漏出はなかったが, 左肋間, 腋窩の軟部影にリビオドールが貯留していた。また胸部MRI(T2強調画像)では両側頸部から胸部, 脊柱管内で異常高信号を認めた。経過, 画像所見を合わせリンパ管腫症の診断となった。【考察】リンパ管腫症は希少性難治性疾患であり, 現時点で定まった診療戦略はない。乳び胸と嚢胞性疾患の存在より脈管奇形は想起に値し, リンパ管造影やMRIはリンパ路の評価に有用であると考えられた。【結語】リンパ管腫症の一例を経験した。

5

骨髄異形成症候群に合併した続発性肺胞蛋白症の1例

市立池田病院 呼吸器内科

○住谷 仁, 三橋 靖大, 清水 裕平, 田幡江利子,
橋本 重樹

【症例】50歳男性。発熱、倦怠感および貧血の精査のため入院したが呼吸状態悪化のため人工呼吸管理となった。胸部CTでは左下肺野に広範な浸潤影を認め特発性器質化肺炎などを疑いステロイドを投与したところ陰影および呼吸状態改善し人工呼吸器を離脱したが、骨髄生検にて骨髄異形成症候群が判明した。数か月後、両肺野にびまん性すりガラス陰影が出現。ニューモシスチス肺炎や器質化肺炎の再燃と考えST合剤やステロイドを投与したが改善しなかった。BAL/TBLBを行ったところ、乳白色の洗浄液を回収し病理所見ではPAS染色陽性で好酸性無構造物質が充満する像を認め続発性肺胞蛋白症と診断した。【考察】続発性肺胞蛋白症は稀な疾患とされている。当初はステロイドが著効し器質化肺炎と診断したが陰影悪化時は続発性肺胞蛋白症の鑑別には至らなかった。骨髄異形成症候群に合併するびまん性肺疾患の診断には慎重に留意する必要がある。

6

EGFR エクソン20の挿入遺伝子変異陽性非小細胞肺癌の治療中に皮膚筋炎を発症した一例

神戸市立西神戸医療センター

○益田 隆広, 多田 公英, 櫻井 稔泰, 上領 博,
瀧野 力也, 木田 陽子, 三輪菜々子, 松岡 佑,
徳重 康介

症例は60歳男性。右下葉非小細胞肺癌 cT4N2M1c cStage4Cと診断し、EGFR エクソン20挿入遺伝子変異陽性であった。カルボプラチン、ナブパクリタキセル療法を開始したが、原発巣の胸椎浸潤と左大腿骨の疼痛が強く緩和照射目的に他院へ紹介。同院で緩和照射を完遂したが、腫瘍は増大した。来院10日前より発熱、皮疹、筋肉痛を自覚し、徐々にADLが低下していた。外来受診時に顔面、体幹の紅斑とCK4I68IU/Lと筋原性酵素の上昇を認めており、皮膚筋炎が疑われ精査加療目的に同日入院となる。抗TIF-1 γ 抗体陽性であり、生理学的検査、画像検査、病理学的検査にて皮膚筋炎と確定診断し、ステロイド治療を開始するも肺癌の病勢増悪に伴い、第20病日に死亡退院となる。本症例はEGFR エクソン20挿入遺伝子変異陽性肺癌に皮膚筋炎を発症し、傍腫瘍症候群と考えられ、文献的考察を加えて発表する。

7

気管支鏡検査後に咯血が持続し人工呼吸管理を要した凝固因子異常を伴った肺腺癌の一例

大津赤十字病院

○佐藤 将嗣, 濱田健太郎, 嶋 一樹, 八木 由生,
伏屋 芳紀, 西岡 慶善, 内山 達樹, 宇賀 久敏,
酒井 直樹

症例は62歳女性。2020年8月、胸部レントゲンで右下肺野に異常影を認めたため肺腫瘍で当科紹介受診した。気管支鏡にて経気管支生検(TBB)を施行し、検査翌日に退院としたが、退院日の深夜に咯血で緊急入院。気管支動脈塞栓術および気管支鏡による処置でも止血得られず挿管管理とした。右下葉枝に気管支ブロッカーを留置することで止血傾向となり、右B10に気管支充填剤(EWS)を留置し止血が得られた。経過中、凝固因子XIII欠乏が判明しFFP投与と凝固因子XIIIの補充を行った。気管切開まで要したが、最終的に人工呼吸管理から離脱、退院とした。肺腺癌EGFR陽性と判明したためOsimertinibを導入した。凝固因子XIII欠乏によるTBB後の止血困難の一例を経験した。TBBは肺癌の診断において重要な役割を果たすが、凝固系異常が背景にある場合、検査後の出血リスクが高いことを念頭においておく必要がある。

8

腫瘍性中枢気道狭窄を伴う有癭性膿胸にガイドシース併用のpush & slide法によるEWS充填が有用であった1例

姫路医療センター 呼吸器内科

○平岡 亮太, 水守 康之, 世利 佳滉, 井野 隆之,
竹野内政紀, 平田 展也, 久米佐知枝, 平野 克也,
小南 亮太, 大西 康貴, 東野 幸子, 加藤 智浩,
鏡 亮吾, 勝田 倫子, 三宅 剛平, 塚本 宏社,
横井 陽子, 佐々木 信, 河村 哲治, 中原 保治

58歳男性。右主気管支に腫瘍が露出した右上葉扁平上皮癌(cT2aN2M0, Stage3A)に対し化学放射線療法を施行。約半年後に右下葉肺炎から波及した有癭性膿胸を来した。全身状態不良のためEWSによる気管支充填術を選択した。肺癌により右主気管支に遠に複雑な狭窄屈曲を伴っていたため、鉗子やキュレットを用いた留置が困難と考え、push & slide法を選択した。本法は、スコープを用いて透視下にガイドワイヤーの先端を目的気管支末梢に留置し、次にガイドワイヤー末端からEWSを貫通させてガイドカテーテルでプッシュしEWSをスライドさせ、目的気管支を充填する方法である。今回プッシャーとしてガイドカテーテルにかわり、中枢気管支では細径スコープ(BF-P290, Olympus)を、スコープが到達できない末梢気管支ではガイドシース(SG-200C, Olympus)を用いた事で複雑な気管支分岐をこえてEWSの誘導留置に成功し、気漏停止がえられた。本法の有用性につき考察し報告する。

9

気管支鏡によって除去可能であった義歯による気管異物の1例

彦根市立病院

○斉藤漸太郎, 月野 光博, 岡本 菜摘, 渡邊 勇夫,
林 栄一

症例は76歳男性。気管支拡張症の増悪によるCO₂ナルコーシスに対してNPPVを使用していた。胸部レントゲン写真にて気管分岐部に異常陰影を認めた。明らかな誤嚥のエピソードはなかったが、気管支鏡を用いて確認したところ、気管分岐部に義歯の誤嚥を認めた。生検鉗子では掴むことができなかったために、スネア鉗子にて義歯の除去を試みたが声帯を通過できず摘出困難であった。後日、再度異物除去のために鰐口鉗子を使用し異物の摘出を行なった。摘出時に気管と声帯の一部から出血を認めたがそのほかの合併症は認めなかった。NPPV施行中に合併した義歯による気管異物の一例を報告したので文献的考察を加えて報告する。

10

局所麻酔下胸腔鏡下クライオ生検にて診断しえた悪性胸膜中皮腫の3例

和泉市立総合医療センター 呼吸器内科

○小林 真晃, 上野健太郎, 上田 隆博, 上西 力,
中辻 優子, 石井真梨子, 田中 秀典, 松下 晴彦

悪性胸膜中皮腫の診断は胸水細胞診では不十分で確定診断のためには胸膜全層の生検が必要である。局所麻酔下胸腔鏡は胸膜疾患の診断に有用であるが、今までの鉗子生検では隆起性病変の乏しい胸膜肥厚が主体の病変では標本採取量が少なく、検体採取が困難であった。2017年に新たにクライオプローブが生検用機器として薬事承認され、悪性胸膜中皮腫が疑われる症例に対し局所麻酔下胸腔鏡下に大型で挫滅の少ない組織検体が採取可能となり、診断に有用であることが期待されている。今回、我々は片側胸水貯留に対して局所麻酔下胸腔鏡検査にてERBECRYO 2の24 mm クライオプローブを用いて胸膜生検を行い、胸膜全層を含む十分量の検体が採取され、最終的に悪性胸膜中皮腫と診断しえた症例を3例経験した。クライオプローブを用いた胸膜生検では比較的容易に胸膜中皮腫の診断に得る十分な検体採取が可能であり、有用な生検法であると考えられた。

11

広範な粘液栓による窒息症状で発症したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の1例

JCHO 京都鞍馬口医療センター 内科

○久野はるか, 齊ノ内 玲, 嶋本 貴之, 竹村 佳純

【症例】72歳、女性。35歳時に気管支喘息の治療歴があるが、その後軽快。20XX年10月から咳嗽、息切れを認め近医を受診し喘息の診断で吸入ステロイド薬を開始したが改善せず、11月に息苦しくなり当院を受診した。受診時顔面蒼白、SpO₂ 78% (室内気) と著明な低酸素血症を伴う窒息症状で入院した。胸部CTでは左主気管支以降末梢に気管内異物を認め、左下葉は無気肺であった。気管支鏡検査を行ったところ、気管分岐部を越えるほど不安定で、大きな黄色粘液栓が左主気管支に充填していたため、鉗子などを使用し粘液栓を除去した。処置により症状は軽快したが、その後粘液栓から好酸球浸潤やCarcot-Leyden crystalを、培養で*Aspergillus fumigatus*を検出したためアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (allergic bronchopulmonary aspergillosis; ABPA) と診断、ステロイド全身投与を開始した。今回我々はABPAによる広範な粘液栓、窒息症状で発症した症例を経験したため考察を加えて報告する。

12

デュピルマブ投与中に発症した好酸球性肺炎の1例

高槻赤十字病院

○深田 寛子, 村山 恒峻, 野溝 岳, 長谷川浩一,
中村 保清, 北 英夫

症例は63歳女性。他院にて気管支喘息とCOPDオーバーラップ (ACO) および慢性副鼻腔炎の治療中であった。また、39歳時に好酸球性肺炎にて治療歴があった。慢性副鼻腔炎の治療のため、20XX年3月よりオマリズマブ投与されるも効果不良にて、6月よりデュピルマブに変更されていた。8月中旬より37.8度の発熱を認め、9月上旬より呼吸困難出現し、レントゲンにて右肺野優位の浸潤影を認め、当院紹介受診となった。気管支鏡検査施行し、好酸球性肺炎と診断、ステロイド治療にて改善を認めた。デュピルマブによる好酸球性肺炎は0.1%と頻度は低いものの報告があり、デュピルマブ投与が発症の一因となったと考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

13

当院で行った難治性気管支喘息に対する分子標的治療の報告

公益財団法人淀川勤労者厚生協会付属相川診療所

○松田 敏宣

当院では2018年11月からICS高用量の定期吸入を行いOCS毎日内服しても症状不安定でかつ血中好酸球増多の難治性気管支喘息6症例について、症状の改善とOCSの減量できれば中止を目的にメボリズマブ(抗IL5抗体ヌーカラ)、ベンラリズマブ(抗IL5R α 抗体ファセンラ)、デュピルマブ(抗IL4/13抗体デュビクセント)による分子標的治療を行った。各症例の特徴、経過、結果を報告する。男3例、女3例、年齢は40代1例、50代2例、60代1例、70代2例。アトピー性1例、非アトピー性5例。[結果]症状軽快しOCS減量した症例5例、内OCS中止2例、著名な効果なし1例。[考察]1. 症例により薬剤の効果が違いが見られた。2. 数か月で治療効果が出た症例と、1年以上治療しても効果が出ない症例があった。3. アトピー性皮膚炎併発で、IgEが3275の症例はデュピルマブが有効であった。

14

Scedosporium apiospermum によるアレルギー性肺真菌症の1例

1) 神鋼記念病院 呼吸器センター、2) 同 病理診断センター

○田中 悠也¹⁾、大塚浩二郎¹⁾、門田 和也¹⁾、稲尾 崇¹⁾、橋田 恵佑¹⁾、難波 晃平¹⁾、藤本 佑樹¹⁾、伊藤 公一¹⁾、笠井 由隆¹⁾、榊屋 大輝¹⁾、鈴木雄二郎¹⁾、伊藤利江子²⁾

Scedosporium apiospermum はアスペルギルスに類似した土壌真菌であるが、同菌によるアレルギー性肺真菌症(ABPM)については極めて稀であり報告する。症例は69歳女性、基礎疾患なし。発熱、咳嗽を主訴に近医受診。胸部レントゲン、CTにて右中葉無気肺を認め当科紹介となった。閉塞性肺炎に対して抗生剤加療を行いつつ、第5病日に気管支鏡検査を施行。右中葉支に粘液栓を認めた。粘液栓回収後に無気肺は改善し速やかに解熱した。粘液栓内の糸状菌染色が陽性で、Scedosporium apiospermum が培養同定された。喘息あり(気道可逆性、FeNO 29 ppb、アトピー素因)、末梢血好酸球数(ピーク時)1050/mm³、総IgE値(ピーク時)1980 IU/mL。CTで中枢性気管支拡張を認めScedosporium apiospermum によるABPMと診断した。1年以上無治療で経過観察を行なっているが再燃はない。当日は若干の文献的考察を加え報告する。

15

維持療法に吸入ステロイド剤が有効であったアレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)の一例

独立行政法人国立病院機構神戸医療センター 呼吸器内科

○梁川 禎孝、高田 尚哉、杉山 陽介、土屋 貴昭

【症例】71歳、女性【主訴】発熱【現病歴】69歳時にABPAと診断し、6か月間のプレドニゾロン投与と吸入ステロイドで軽快した。そのため当科はいったん終診となり、以後の投薬は行われていなかった。2年後に発熱にて他院を受診したところ肺化膿症を疑われ当院に紹介となった。【経過】胸部単純CTで右底幹の閉塞を認め、気管支内高吸収域を持つ粘液栓を認めた。ABPAの再発を考え気管支鏡検査を行ったところ、黄白色の粘液栓を認めた。ABPAの再発と診断し、プレドニゾロン経口投与を1週間行った。継続を勧めたが患者が受け入れず、抗真菌剤でアレルギーの既往があるため吸入ステロイドのみで対応したところ右底幹の再開塞を認めていない。【考察】経口ステロイドや抗真菌剤が使用できない場合、維持療法として吸入ステロイドが有用である可能性がある。

16

Schizophyllum commune によるアレルギー性気管支肺真菌症の1例

天理よろづ相談所病院

○武田 淳志、山本 亮、丸口 直人、中村 哲史、松村 和紀、上山 維晋、加持 雄介、安田 武洋、橋本 成修、羽白 高、田中 栄作、田口 善夫

35年前より気管支喘息と右下葉の気管支拡張に対して前医でフォローされていた71歳女性。半年前より労作時呼吸苦が出現しICS/LABAを開始されたが、症状は改善せず、右下葉に浸潤影を認めたため当院に紹介された。末梢血の好酸球増多と血清IgE高値、右下葉に高吸収粘液栓(HAM)を伴う無気肺を認めアレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)が疑われた。気管支鏡検査では右下葉枝に広範に粘液栓が嵌頓していることを確認した。粘液栓からはSchizophyllum commune(スエヒロタケ)が培養され、病理所見もABPMに矛盾しないことから同真菌によるABPMと診断した。イトラコナゾールで加療を開始したところ、浸潤影・自觉症状はともに改善し、その後も再燃することなく経過している。ABPMは2020年に新しい診断基準が提唱された疾患である。本症例は新しい診断基準の10項目中9項目を満たす典型的な症例であり、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

17

Dupilumab 投与中に Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (EGPA) を発症した一例

京都第一赤十字病院

○田中 駿也, 辻 泰佑, 菅 佳史, 合田 志穂,
藤井 博之, 松山 碧沙, 大村 亜矢香, 塩津 伸介,
弓場 達也, 内匠 千恵子, 平岡 範也

【症例】52歳男性 【主訴】発熱, 労作時呼吸困難感 【現病歴】近医に好酸球性副鼻腔炎および気管支喘息で通院し, X年6月より好酸球性副鼻腔炎に対して Dupilumab を投与されていた. 入院数週前から発熱および労作時呼吸困難感が出現し増悪のため当院救急搬送された. 血液検査で末梢血好酸球61%, 絶対数 $17,400/\mu\text{L}$ と著明な好酸球増多を認め, 胸部CTで両肺に広範なスリガラス影を認め, 呼吸不全のため緊急入院となった. 【入院後経過】身体所見で皮疹や神経症状はなく, 血液学的検査で自己抗体および寄生虫抗体は陰性, IgE 93 mg/dL と上昇なく β -D グルカンの上昇もなかった. 骨髄穿刺で好酸球増加を認めた. 病理学的に血管炎所見は得られなかったが好酸球増多をきたす他疾患は認めず, 米国リウマチ学会の診断基準を4項目満たしEGPAと診断した. ステロイド投与し症状は改善した. 【考察】Dupilumab 投与とEGPA 発症について文献的考察を踏まえ報告する.

18

アスベスト曝露歴のある患者に発症した多発血管炎性肉芽腫症の1例

1) 神鋼記念病院 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科

○難波 晃平¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 藤本 佑樹¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾,
田中 悠也¹⁾, 門田 和也¹⁾, 伊藤 公一²⁾, 笠井 由隆²⁾,
榎屋 大輝²⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

症例は79歳男性. X-5年よりアスベスト検診を受けていた. X年1月, 発熱, 咳嗽を主訴に前医受診, 肺炎と診断され当科紹介となった. 胸部CTでは, 胸膜ブランクと両側肺野にランダムに分布する多発結節を認めた. MPO-ANCAは335U/mlと高値を認め, 尿中円柱所見, 顕微鏡的血尿を認めたことから, Wattsらの分類アルゴリズムに従い, 多発血管炎性肉芽腫症(GPA)と臨床的に診断した. プレドニゾンとシクロフォスファミドの治療にて改善した. ANCA産生の環境因子として粉塵曝露の関与があるとする報告や, 塵肺患者におけるANCA関連顕微鏡的多発血管炎の報告は複数あるが, 本症例ではGPAとして矛盾しなかった. 既報も踏まえ報告する.

19

免疫学的検査で原因抗原との反応が認められたヨウムによる過敏性肺炎の一例

1) 甲南医療センター 呼吸器内科,
2) 近畿大学農学部 応用生命化学科,
3) 神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科○榎本 隆則¹⁾, 関谷 怜奈¹⁾, 高島 晨伍¹⁾, 松本 葵¹⁾,
杉本 裕史¹⁾, 寺下 智美¹⁾, 矢野 えりか²⁾, 森山 達哉²⁾,
吉岡 潤哉³⁾, 永野 達也³⁾, 西村 善博³⁾, 中田 恭介¹⁾

【症例】53歳女性. 【現病歴】既往歴に喘息, 重症筋無力症があり, PSL8mgを内服中, 2年前より室内でセキセイインコ, ヨウムを飼育していた. X年2月, 呼吸困難を主訴に来院され, 胸部CTで両側の区域性のすりガラス影を認めた. 身体所見上喘息発作の合併が疑われたためmPSL80mg×3回/日を2日間投与. 肺野の陰影はステロイド投与, 入院による抗原隔離にて軽快した. 【検査】ヨウム羽毛, ヨウム糞便, セキセイインコ羽毛, セキセイインコ糞便に対する患者血清中IgGをELISA法, ウェスタンブロッティング法を用いて測定した. 【結果】ELISA法, ウェスタンブロッティング法にてヨウム羽毛に対する患者血清IgGの上昇を認めた. 【考察】臨床経過に加え, 免疫学的検査でヨウム羽毛特異的IgGが陽性であり, ヨウムによる過敏性肺炎として矛盾しない. 検索した限りでこれまでヨウムによる過敏性肺炎の報告はなく, 原因の特定できた初めての症例と考えられる.

20

呼吸困難感を主訴に紹介されたIgG4関連疾患の1例

社会医療法人聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院

○内藤 信裕, 中島 康博, 長野 昭近, 永田 恵子,
塩田雄太郎

症例は63歳男性. 半年前からの呼吸困難を自覚し近医受診. 気管支喘息の疑いにてICS/LAMA/LABA処方されるも効果なく, 2021年1月25日に当院紹介. 近医胸部単純CTにて中枢側の気管支壁の肥厚, 不整を認め, また多発リンパ節腫大を認めた. 気管支癌や気管結核, また採血にてIgG, IgG4, IgE, AMYの優位な上昇, CRP陰性にてIgG4関連疾患を疑いFDG-PET検査を施行した所, 左耳下腺, 両側顎下腺, 両側涙腺, 両側肺門, 気管分岐下リンパ節, 胸椎右側, 下咽頭, 脛体部, 腹部大動脈周囲, 前立腺, 鼠径リンパ節, 左座骨結節, 左大殿筋にFDG集積を認めIgG4関連疾患を疑い2月1日に気管支内視鏡検査施行. 中枢~左右気管支の狭窄を認め, 生検にてIgG4関連疾患と診断した. 気管狭窄に伴う呼吸困難感が主症状のIgG4関連疾患は珍しく, また大殿筋に生じることは非典型的であり, 文献的考察を加えて発表する.

21

両乳房の紫斑から始まった血管炎の1例

1) 若弘会 若草第一病院 臨床研修室,
2) 同 呼吸器内科 3) 近畿大学奈良病院 皮膚科

○西川 侑甫¹⁾, 大野 匡裕¹⁾, 林 晃大¹⁾, 高橋 隼也¹⁾,
姜 成勲²⁾, 足立 規子²⁾, 吉岡 希³⁾

【症例】82歳女性【主訴】呼吸困難感、紫斑【現病歴】20XX年10月健診胸部X線で異常陰影を指摘され、近医A受診。ANCA値の上昇を認め、ANCA関連血管炎の疑いで11月に他病院Bを紹介受診。しかし、ANCA値の自然下降を認めたため経過観察となっていた。20XX+2年8月初旬より出現・消退を繰り返す紫斑を認めるようになり、9月13日に呼吸困難感・起立困難・両側乳房に紫斑を認めたため当院救急搬送となる。【経過】以前より指摘されていた間質性肺炎の増悪と紫斑精査加療目的で入院加療となった。両側乳房の紫斑は数日で消退したものの、下腿・腹部などに新たに紫斑が出現したため皮膚生検を施行し、白血球破碎性血管炎の所見を得たことから、ANCA関連血管炎と診断した。ステロイドと免疫抑制剤を投与し、退院時は紫斑の再燃を認めず、画像上間質影の改善を認めた。【結語】文献検索上、乳房の紫斑を認めた血管炎の報告例は少なく、貴重な症例報告と考えられる。

22

肺アスペルギルス症を合併した肺腺癌に対し免疫チェックポイント阻害薬と細胞障害性抗癌剤を併用した一例

大阪府済生会野江病院

○田中 寿弥, 山本 直輝, 藤木 貴宏, 野田 彰大,
松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

【症例】53歳、男性【主訴】咳嗽、血痰、背部痛【現病歴】20XX年9月から咳嗽、呼吸困難感を自覚し、同年10月の胸部Xpで左上肺野に腫瘤影を認め、当科紹介となった。【既往・薬剤歴】特記なし【臨床経過】CTで左上葉に15×9cm大の空洞性病変と内部の菌球を指摘され、喀痰よりAspergillus flavusが検出された。同月下旬に背部、左上腕に疼痛を認め、悪性腫瘍を疑い気管支鏡下生検でadenocarcinomaを認めた。頭部造影MRIで多発脳転移を認め、肺腺癌cT4N2M1c, cStage4B(EGFR遺伝子変異陰性ALK融合遺伝子陰性PD-L1:TPS 10%)と診断した。11月よりCBDCA+PEM+pembrolizumabの3剤で治療を開始した。4コース終了後、空洞影の縮小を認め、アスペルギルス症の増悪なく肺癌の部分奏功が得られた。【考察】空洞を認める悪性腫瘍にアスペルギルス症が合併する症例は散見されるが、免疫チェックポイント阻害薬を含めた併用療法の効果や有害事象に対する報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

23

敗血症性肺塞栓症の治療経過中に内因性眼内炎を発症した Klebsiella pneumoniae による播種性感染症の1例

大阪府済生会野江病院

○福井 優人, 松本 健, 野田 彰大, 藤木 貴宏,
田中 彩加, 山本 直輝, 相原 顕作, 山岡 新八,
三嶋 理晃

症例は79歳、男性。主訴は発熱、倦怠感で20XX年6月に近医を受診し、Glu 400 mg/dl, WBC 17360 / μ l, CRP 21.17 mg/dl と高血糖、炎症反応高値を認め、インスリン、抗生剤にて加療開始となったが、翌日胸部CT検査にて両側多発肺結節影を認め、精査加療目的に当科紹介となった。血液・喀痰・尿培養検査でKlebsiella pneumoniaeが検出され、抗生剤の感受性は良好であった。造影CT検査にて前立腺膿瘍、腎膿瘍、肝膿瘍、敗血症性肺塞栓症を認め、抗生剤加療を継続したが、入院3日目に右眼球の腫脹をきたし抗生剤の硝子体内注射を施行するも最終的には失明に至った。今回K. pneumoniae敗血症により多彩な播種性病変を来とし、適切な抗生剤加療にも関わらず、治療途中から内因性眼内炎を発症し失明に至った症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

24

気胸を合併した COVID-19 の3例

高槻赤十字病院 呼吸器内科

○山本 悠生, 鳳山 絢乃, 村山 恒峻, 野溝 岳,
長谷川浩一, 深田 寛子, 中村 保清, 北 英夫

【症例1】90代男性。接触者検診でPCR陽性、肺炎像あり加療するも悪化。第15病日に胸痛を生じ左気胸と診断。ドレナージ施行したが呼吸不全のため第20病日に死亡。【症例2】80代男性。発熱、PCR陽性のため入院。第4病日悪化のため挿管、加療により改善し抜管。第18病日酸素化不良のためCT施行。軽度の左気胸認めたが保存的加療で改善。【症例3】80代女性。接触者検診でSARS-CoV-2 PCR陽性、肺炎像認め入院。加療後改善したが陰影は広範に残存。第41病日に呼吸困難を生じ右気胸と診断。ドレナージ施行したが呼吸不全のため第54病日に死亡。【考察】気胸はCOVID-19肺合併症の一つと認識され、分泌物による気管支の閉塞、プラ形成等の関与が示唆されている。急性期、慢性期いずれにおいても生じ迅速な診断が重要である。

25

複数の免疫関連有害事象をみとめるも免疫チェックポイント阻害薬の再投与を行った肺扁平上皮癌の1例

関西医科大学総合医療センター 呼吸器膠原病内科

○森岡 咲耶, 玉置 岳史, 澤井 裕介, 清水 俊樹,
石浦 嘉久, 野村 昌作

症例は70歳, 男性。右肺門部腫瘍があり肺扁平上皮癌 3B期と診断された。ECOG-PS 1でPD-L1高発現よりペムプロリズマブを導入しPRとなる。治療開始2か月後には薬剤性甲状腺機能低下症 CTC-AE grade 2を発症しホルモン補充療法を, 治療開始3か月後には薬剤性間質性肺炎 grade 2を発症しステロイド治療を行った。休業5か月後に肺癌の再増大がありペムプロリズマブの再投与にて皮膚掻痒 grade 2, 大腸炎 grade 2を起こし中止した。過去の報告ではチェックポイント阻害薬 (ICI) で治療された非小細胞肺癌で複数臓器に免疫関連有害事象 (irAE) をみとめる頻度は約9%とされる。また, ICI再投与例でのirAEの重症度は初回投与時と同様である報告が多い。したがって, ICIによる複数臓器でのirAEをみとめた場合でも軽症例ではICI再投与は治療選択肢の一つと考える。

26

3度の根治術の後に4度目の肺腺癌を発症した一例

大阪府済生会野江病院

○塩山 美咲, 相原 顕作, 藤木 貴宏, 野田 彰大,
山本 直輝, 松本 健, 山岡 新八, 三嶋 理晃

73歳女性。既往にX-22年左肺腺癌に対する根治術, X-17年右肺腺癌に対する根治術, X-6年右肺腺癌 pT3N2M0に対しCRT後に根治術を受けている。X年11月, SLXの微増と胸痛の自覚があり, FDG-PET施行したところ左胸膜, 横隔膜に集積を認めた。画像所見より再発または4次癌を疑いVATS生検を施行したところ, 低分化型腺癌の診断となった。ドライバー変異は陰性で, X+1年2月よりカルボプラチン+ペメトレキセド+ペムプロリズマブでの化学療法を開始したが, ILDを併発したため2コースで中断。その後, 骨転移の急速な増大によりADL, PSの悪化を認めたためBSCの方針となった。本症例は, 病理組織学的所見が前回と異なることや前回の手術から5年以上経過していることから, 再発ではなく新たに発生した原発性肺癌 cTxN0M1aと診断した。同一の患者で4度の肺癌を繰り返した症例は稀であり, 文献的考察を加えて報告する。

27

非典型的な画像所見を呈した肺粘表皮癌の1例

大阪府済生会野江病院

○貴志 亮太, 松本 健, 藤木 貴宏, 野田 彰大,
山本 直輝, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

症例は75歳, 女性。X年1月初旬から咳嗽と呼吸困難が出現した。細菌性肺炎として抗生剤加療を開始するも症状は軽快しなかった。血液検査で炎症反応の上昇を認め, 胸部CTで両側肺野にびまん性のすりガラス影と浸潤影, 小葉間隔壁の肥厚を認めたため, 精査加療目的に当科入院となった。画像所見から間質性肺疾患が疑われたため, 経気管支肺生検および気管支肺胞洗浄を行い, ステロイドにて加療を開始するも, すりガラス影の増悪を認めた。その後, 病理所見およびその他の画像所見から肺粘表皮癌 (cTXN2M1b)と診断した。CBDCAとnab-PTX, Atezolizumabによる化学療法を1コース行い, 画像所見は著明に改善を認め, 呼吸不全も軽快した。肺粘表皮癌は全肺癌の0.1-0.2%とされる稀な腫瘍である。本症例では非典型的な画像所見を呈し, 化学療法で著明に改善を認めたので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

28

タグリソ治療後の耐性化機序についてNGS解析を行った非小細胞肺癌症例の検討

1) 兵庫県立西宮病院 内科,
2) 市立伊丹病院 呼吸器内科

○浦東 明久^{1,2)}, 原 聡志²⁾, 新井 将弘²⁾, 高 祥泰²⁾,
山内桂二郎²⁾, 満屋 奨²⁾, 永田 憲司²⁾, 原 彩子²⁾,
木下 善詞²⁾, 細井 慶太²⁾

第3世代EGFR-TKIであるオシメルチニブは, 現在におけるEGFR遺伝子陽性非小細胞肺癌の標準的治療薬である。しかし多くの症例で治療中に耐性化が獲得され, その機序と克服の方策に関してはまだ不明な点が多い。当科においてオシメルチニブを投与され, 耐性化を来した9症例について, 耐性化機序を肺がん遺伝子スクリーニング研究であるLC-SCRUMに登録し, 血漿 cell free DNAをGardant360によるNGS検査で解析を行った。Exon19del 5例, exon20 L858R 4例で, 耐性化機序として考えられた遺伝子異常はEGFR C797S 2例, BRAF遺伝子変異3例 (K601V 1例, V600E 2例)であった。そのうち3例で第1, 第2世代EGFR-TKIが投与された。オシメルチニブに対する耐性化機序の検出法, 耐性克服を考える上で重要であると考え, 経過も含め報告する。

29

多発肺転移を呈した hemangiopericytoma の一例

1) 地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科

○高原 夕¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾, 平位 一廣¹⁾, 藤岡 美結¹⁾, 石田 貢一¹⁾, 山本 賢¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 多木 誠人¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 市川 千宙²⁾, 今井 幸弘²⁾

症例は75歳女性。2005年に最初の開頭腫瘍摘出が施行され、前頭葉髄膜腫の診断となった。以後計13回の開頭腫瘍摘出術が施行され、のちに hemangiopericytoma の診断がつき、2016年からは腫瘍増大に対し計7回のサイバーナイフ治療が施行されてきた。2020年8月、胸部単純写真で多発肺結節影を認め、当科に紹介となった。CTでは辺縁整で境界明瞭な大小の多発結節を認めた。気管支鏡検査では、右 B8bii a より腫瘍の露頭が確認され、これを生検した。病理組織検査の結果、淡好酸性の境界不明瞭な胞体と楕円形不整核を有する細胞がシート状に増殖し、免疫染色では AE1/3陰性、CD34陽性、STAT6陽性となり、hemangiopericytoma の肺転移と診断した。hemangiopericytoma は髄膜から発生する間葉系腫瘍で、全脳腫瘍の約0.2%と稀な上、約15年の経過を経て肺転移を呈した非常に稀な症例であり、ここに報告する。

30

非小細胞肺癌の経過中に発症した抗アクアポリン4抗体陽性視神経脊髄炎の一例

1) 市立奈良病院 呼吸器内科, 2) 同 脳神経内科, 3) 同 病理診断科

○兎山 紀子¹⁾, 西前 弘憲¹⁾, 森川 昇¹⁾, 清水 久央²⁾, 高野 将人³⁾, 島田 啓司³⁾

【症例】53歳女性。X年9月非小細胞肺癌 cT1cN1M0Stage3Bと診断し化学放射線治療60Gy (VNR 併用) 施行。X+1年6月脳転移で再発し定位放射線治療後のX+1年7月右下肢筋力低下、8月両上肢痛と尿閉が出現。X+1年10月左視野欠損、X+2年1月右視力低下、眼科受診しMRIにて両側球後視神経炎と診断された。MRIにて脊髄病変も指摘された。臨床経過から視神経脊髄炎を疑い抗アクアポリン4抗体測定し、陽性(4.3U/ml)の結果から視神経脊髄炎と診断した。【考察】視神経脊髄炎は歴史的に Devic 病と呼ばれ重症の視神経炎と横断性脊髄炎を特徴とする脱髄性疾患である。傍腫瘍症候群としては極めてまれであるが、抗アクアポリン4抗体陽性の視神経脊髄炎の5%に悪性腫瘍を合併したとする報告がある。アクアポリン4は水の移動を調節する膜蛋白で中枢神経に高発現しており、本症例においては脳転移との関連性が示唆された。

31

右胸水を合併した節外性NK/T細胞リンパ腫の一例

1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科

○黒野 博義¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 藤岡 美結¹⁾, 高原 夕¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 平位 一廣¹⁾, 石田 貢一¹⁾, 山本 賢¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 多木 誠人¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 市川 千宙²⁾, 今井 幸弘²⁾

【症例】76歳男性。X年9月初旬に胸部CTで右胸水、肺内多発結節を指摘され、10月初旬に当科に紹介となった。右胸水の急な増加を伴っており、緊急入院とした。造影CTでは全身多発リンパ節腫脹と肝臓、脾臓内の腫瘍、肺塞栓症を認めた。肺病変は肺内多発結節のほかに、右上葉のがん性リンパ管症も疑われた。頸部リンパ節腫脹に対して生検を行い、CD56、CD3陽性の類円形核の細胞を認め、節外性NK/T細胞リンパ腫と診断した。また胸水セルブロックでも、CD56陽性の不整形の細胞を認め、リンパ腫の証明がなされた。急速な呼吸状態の悪化を認め、ステロイド投与を行ったが改善せず、入院13日目に死亡した。【考察】悪性リンパ腫の中でNK/T細胞リンパ腫はB細胞性リンパ腫に比較して頻度が低く、治療反応性も悪いことから予後不良疾患とされている。随伴する胸水から診断にいたる症例は少なく、文献的考察を含めて報告する。

32

右下葉肺腺癌の治療中に急性膀胱炎により死亡しTS-1による薬剤性膀胱炎が疑われた1例

神戸市立医療センター中央市民病院

○遠藤 慧, 平林 亮介, 白川 千種, 嶋田 有里, 島 佑介, 横田 真, 佐藤 悠城, 永田 一真, 中川 淳, 立川 良, 富井 啓介

症例は54歳男性。右下葉肺腺癌で当科加療中であった。右下葉切除術後のX-1年3月に再発し同月より化学放射線療法、同年7月より維持療法としてデュルバルマブを開始された。同年9月に再発し同年10月よりドセタキセル/ラムシルマブ、X年1月よりTS-1を開始された。2コース目の投与開始4日後の3月9日より肉眼的血尿が出現し当科予約外受診した。10日後の再診時には食事摂取困難となり全身の出血斑、肉内出血が出現していた。精査によりDICを伴う急性膀胱炎と診断され同日緊急入院となった。治療行うも脳出血により3月24日に死亡した。膀胱の原因としてアルコールや胆石の関与は否定的であり、IgG4も正常範囲内であった。デュルバルマブによる遅発性irAEも鑑別となりうるものの、TS-1による薬剤性膀胱炎の可能性が最も疑われた。

33

ALK融合遺伝子陽性肺腺癌が大細胞神経内分泌癌への形質転換をきたした一例

ベルランド総合病院

○服部 剛士, 江口 陽介, 高野 愛, 曾根 莉彩,
佐渡 康介, 杉本 亮, 引石 惇仁, 泉 源浩

【症例】49歳, 女性. 200X年に右肺中葉肺腺癌に対し右中葉切除術を行い, 術後病期がpT1N2M0 StageIIIAであり, 術後補助化学療法を追加した. 200X+1年に#2Rリンパ節に再発を認め, 化学放射線療法を行うも, 200X+3年に#2Rリンパ節と左肺S3に再発病変を認め, 手術検体でALK融合遺伝子変異が陽性であったことから, Crizotinibの投与を開始した. Partial Responseを得たが, 200X+7年に#2Rリンパ節が増大したため, Alectinibへ変更し, Complete Responseを得た. 200X+9年, 左肺S1+2に結節影が出現し, 左肺上葉部分切除術を行うと, 組織・免疫染色の所見は大細胞神経内分泌癌の病理像であった. Alectinibの投与は継続していたが, 200X+10年に肝S8に結節影が出現し, 肝生検にて大細胞神経内分泌癌の診断を得た. 同組織もALK融合遺伝子が陽性であり, 肺腺癌からの形質転換と考えた. 文献的考察を交えて報告する.

34

肺多形癌に対して複合免疫療法を行った1例

京都第二赤十字病院 呼吸器内科

○金光祐果理, 谷村 恵子, 片岡 伸貴, 齊ノ内 玲,
國松 勇介, 佐藤いずみ, 谷村 真依, 中野 貴之,
竹田 隆之

症例は73歳, 女性. 201X年1月に左肩関節の疼痛が出現して6月に紹介, CTで左S1+2a-S3cに最大径96.4mmで肺尖部に浸潤し第1肋骨の破壊像を伴う腫瘤影を認めた. 気管支鏡の組織診断で肉腫様の紡錘形細胞を認め, 多形癌 (PD-L1 80-90%) と診断した (cT4N0M0, stage III A). 化学放射線療法の予定が, 急速に進行して左胸水等が出現, 7/29からCBDCA+nab-PTX+pembrolizumabを導入, PRで導入療法を4サイクル, 維持療法を5サイクル施行した. 201X+1年3月にPD, 局所進行のため化学放射線療法 (weekly CBDCA+PTX) を施行, 長期間の病勢制御を得た. 201X+2年1月にPD, DTXを導入したが, 癌性髄膜炎を併発し best supportive care へと移行した. 肺多形癌に対する複合免疫療法の知見は少なく, 文献的考察を加えて報告する.

35

メトトレキサート関連と考えられた肺悪性リンパ腫の1例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○羽藤 沙恵, 岡田あすか, 飯塚 正徳, 太田 和輝,
乾 佑輔, 古山 達大, 上田 将秀, 茨木 敬博,
美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人

症例は64歳女性, 関節リウマチに対し膠原病内科でMTX, タクロリムス, PSL投与されていた. X年11月下旬に発熱, 倦怠感, 咳嗽で救急受診. 炎症反応上昇と多臓器不全に加え, 胸部X線, CTで進行肺癌を疑わせる所見を認めた. 入院後抗菌薬加療で炎症所見は改善傾向も呼吸状態は悪化, 胸部の陰影も増強し, ステロイド投与も開始した. 各種検査の結果β-D-グルカンの異常高値を認め, ニューモシスティス肺炎と考えST合剤も追加した. その後呼吸状態は改善, 腫瘤影を含めた胸部の陰影も改善傾向であった. 当初呼吸状態が悪く行えていなかったが, 呼吸状態が改善したため気管支鏡検査を施行, 左肺尖の腫瘤より生検を行った. 得られた組織はほぼ壊死組織であったが, 免疫染色でCD20陽性の大型細胞が密に増殖しており, 悪性リンパ腫と考えた. 現在は血液内科紹介, 慎重経過観察となっている.

36

経気管支肺生検にて確定診断に至った両肺野濃度上昇を伴う血管内大細胞性B細胞リンパ腫 (IVLBCL) の一例

国立病院機構京都医療センター

○斉藤漸太郎, 中谷 光一, 藤田 浩平, 伊藤 高範,
金井 修, 岡村 美里, 三尾 直士, 奥野 芳章,
後藤 雅史, 森吉 弘毅

症例は73歳男性. 20XX年X月に労作時呼吸困難で受診した. 血液検査で汎血球減少を認めたが骨髓穿刺では悪性所見を認めなかった. 自然に血球は回復したため, 外来で経過観察していたがX+3月に汎血球減少, 労作時呼吸困難の再燃を認め精査目的に入院となった. 胸腹部CT検査では両肺野濃度上昇, 脾腫, 両側副腎腫大を認めた. PETCTでは両肺野, 脾臓, 両側副腎, 心外膜にFDGの集積を認めた. sIL-2 4670U/mlと高値であり, 血管内大細胞性B細胞リンパ腫 (IVLBCL) を疑い体表面ランダム皮膚生検を行ったが悪性所見を認めなかった. 経気管支肺生検 (TBLB) では組織診より肺胞隔壁毛細血管内に大型リンパ球があり, CD20免疫染色陽性であった. また, 骨髓穿刺, 骨髓生検においても大型類円形のCD20陽性細胞を認め, IVLBCLと確定診断した. 診断後, 血液内科に転科しR-CHOP療法中である. 今回, 我々はTBLBにて確定診断が得られたIVLBCLを経験したため文献的考察を加えて報告する.

37

末期腎不全を併存した高齢肺腺癌患者にオシメルチニブを投与した1例

市立奈良病院 呼吸器内科

○森川 昇, 西前 弘憲, 児山 紀子

【背景】チロシンキナーゼ阻害薬 (TKI) は透析中でも使用される事もあるが、75歳以上の高齢者に限るとその報告は少ない。今回高齢かつ、末期腎不全の肺腺癌患者に対してオシメルチニブを使用して有害事象も認容可能で、効果があった症例を経験した。【症例】77歳女性。末期腎不全に対するシャント造設術前の胸部レントゲンで左肺野に異常陰影があり当科に紹介となった。CTガイド下生検で肺腺癌の診断となり、EGFR 遺伝子変異陽性 (Exon19 deletion) であった。PET-CTなどで進行期肺腺癌と診断し、オシメルチニブ80mgを開始した。開始2ヶ月後のCTでは腫瘍縮小してPR判定とした。有害事象は血小板減少Grade2以外に特記無かった。オシメルチニブは透析に関係無く、減量せず投与出来た。【結語】末期腎不全を併発したEGFR 遺伝子変異陽性肺癌患者に対してオシメルチニブは、高齢者であっても今後も重要な治療選択肢と思われる。

38

出血性貧血から十二指腸転移が発覚した肺多形癌の一症例

1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科,
2) 吉野病院 内科

○松田 昌之¹⁾, 甲斐 吉郎¹⁾, 堀本 和秀²⁾, 岩井 一哲²⁾,
村上 伸介²⁾, 福岡 篤彦²⁾

症例は74歳男性、胸部異常陰影のために当科紹介となった。胸部CTで右中葉に腫瘤陰影を認め、気管支鏡下生検で肺多形癌、全身検索でstage2Bの診断となった。本人希望でBest supportive careの方針となった。初診から1年半後、息切れを主訴に臨時受診された。貧血を認め、黒色便を伴うことから上部消化管出血が疑われた。上部消化管内視鏡で十二指腸に潰瘍性病変を認め、同部位で易出血性と内腔狭窄を来していた。生検の結果、肺病変と病理学的に一致し、肺多形癌の十二指腸転移と診断に至った。治療方針を再相談したところ、できるだけの治療を望まれたため、消化管通過障害を防ぐために胃空腸バイパス術を行った。その後、PD-L1高発現であったため、ペンプロリズマブ単剤での化学療法を開始した。しかし、病状の改善は得られず、十二指腸転移の発覚から2か月後に永眠された。

39

オシメルチニブが奏功した大腸癌肺転移の1例

日本生命病院

○柳澤 篤, 甲原 雄平, 木島 涼, 田中 雅樹,
二宮 隆介, 立花 功

5X歳女性。Y年6月に上行結腸癌 (p-T4acN2cM1;stageIV) にて右半結腸術後、レゴラフェニブ投与を開始。Y年7月に発熱があり、CTにて両側肺門・縦隔リンパ節の腫大、両肺野の小葉間隔壁肥厚と粒状影を認めた。気管支鏡下に縦隔リンパ節生検を行い、腺癌と診断。原発性肺癌か大腸癌の肺転移か不明であったが、急速に呼吸不全が進行し、EGFR 遺伝子変異 (Ex18.G719X) 陽性であったために、Y年8月からオシメルチニブを開始し、肺野の陰影、リンパ節腫大、呼吸不全は改善した。その後、結腸癌と縦隔リンパ節の検体の免疫染色、遺伝子変異のパターンが一致したために、本症例は大腸癌の肺転移、癌性リンパ管症、肺門・縦隔リンパ節転移と診断。一旦はオシメルチニブが奏功していたがY年11月に再発した。大腸癌のEGFR 遺伝子変異陽性例は比較的少なく、EGFR 陽性の大腸癌の肺転移に対してEGFR-TKIを使用した報告例はほとんどない。文献的考察を含めて、報告する。

40

Epstein-Barr Virus (EBV) 関連リンパ増殖性疾患による肺病変に対し Rituximab が奏効した1例

1) 滋賀医科大学 呼吸器内科, 2) 同 血液内科

○中西 司¹⁾, 黒田 凌¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 山口 将史¹⁾,
雑賀 渉²⁾, 藤城 綾²⁾, 木藤 克之²⁾, 中野 恭幸¹⁾

【症例】33歳、男性【主訴】発熱、呼吸困難【現病歴】難治性Tリンパ芽球性リンパ腫に対して2年前にHLA半合致同種造血幹細胞移植を施行し、寛解状態であった。今回発熱と呼吸困難感を主訴に受診。胸部X線・CTで肺浸潤影と胸水貯留を認め入院。【経過】抗菌薬と抗真菌薬による治療に抵抗性で、呼吸不全が進行し人工呼吸管理となった。気管支洗浄液と胸水検体からEBV-DNAを検出し、EBV関連リンパ増殖性疾患による肺病変と診断。Rituximabの投与で喀痰量と胸水の減少、浸潤影の改善を認め、気管支洗浄液のEBV-DNAは陰性化した。【考察】通常の治療に抵抗性の免疫抑制状態にある症例の肺病変の原因としてEBVを考慮すべきである。

41

繰り返す気胸から扁平上皮肺癌と診断しペムプロリズマブが奏功した一例

1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科

○松村 和紀¹⁾, 武田 淳志¹⁾, 丸口 直人¹⁾, 山本 亮¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 上山 雅晋¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 安田 武洋¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 羽白 高¹⁾, 本庄 原²⁾, 小橋陽一郎²⁾

症例は70歳男性。膀胱癌術後の為に当院泌尿器科フォロー中。入院2週間前からの咳嗽、左背部痛を自覚し、胸部単純写真で左気胸を指摘され精査加療目的に入院した。胸腔ドレナージを行うも改善せず、胸腔鏡下左肺部分切除を施行した所、リーク部位より扁平上皮肺癌が検出した。4ヶ月後に左気胸が再燃し、胸腔ドレナージで改善せず、胸腔鏡下左肺部分切除を施行した所、再度リーク部位より扁平上皮肺癌が検出した。更に2ヶ月後に左気胸が再燃し、画像検査では左肺門部リンパ節腫大、肝転移、同側肺内転移を認めた。胸腔ドレナージで改善せず、胸腔鏡下左肺部分切除でリーク部位から扁平上皮肺癌が検出した。検体のPD-L1発現は強陽性 (TPS = 100%) で、ペムプロリズマブが奏功し病変の制御並びに気胸の再発は起こらず経過した。3度の繰り返す気胸から扁平上皮肺癌と診断し、ペムプロリズマブが奏功した一例であり、文献的考察を踏まえながら報告する。

42

免疫チェックポイント阻害薬中止後に発症した傍腫瘍性辺縁系脳炎の一例

済生会吹田病院 呼吸器内科

○古山 達大, 長 澄人, 竹中 英昭, 岡田あすか, 美藤 文貴, 茨木 敬博, 上田 将秀, 乾 佑輔, 小山 勝正, 綿部 裕馬

症例は72歳、男性。X-3年10月に嗔声を主訴に受診した。精査の結果、左非小細胞肺癌 cT4N2M1c (多発骨・両側副腎・腸間膜リンパ節) cStage4 EGFR(-), ALK(-), ROS-1(-), PD-L1 TPS 80%と診断。X-3年11月からCDDP+PEM 2コース施行するもPD。その後、CDDP+PEM+Pembrolizumab 2コース施行しPRとなり、維持療法を施行していたが本人希望有りX-1年8月以降は無治療経過観察を行っていた。X-1年11月に劇症1型糖尿病発症ありインスリン注射を開始した。X年1月のCT, MRIでは腫瘍の再燃を認めなかったが1月末から健忘症状出現しX年2月上旬に意識障害で受診した。MRIにて両側の海馬、視床内側、視床下部に信号上昇を認め、髄液検査の結果SOX1, zic4 抗体陽性であり、傍腫瘍性の辺縁系脳炎と診断した。免疫チェックポイント阻害薬中止後に発症した脳炎を経験したので報告する。

43

ALK 阻害剤投与中に重度の肝障害をきたし死亡に至った1例剖検例

大阪府済生会野江病院

○畑 恭平, 山本 直輝, 藤木 貴宏, 野田 彰大, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

症例：72歳男性主訴：全身倦怠感現病歴：20XX-4年2月に右肺上葉肺腺癌 (ALK 融合遺伝子陽性 PD-L1:TPS 90%) cTXNXMXstage と診断した。呼吸機能からSRTを施行したが、20XX年2月に肺門リンパ節再発を認め、同月よりアレクチニブを開始した。6月に重度の肝障害を発現し入院とした。臨床経過：T-bil 23.3 D-bil 17.7と顕性黄疸を認めたが、器質的な胆道閉塞とウイルス性肝炎は認めなかった。肝生検を考慮したが、PT延長があり施行困難であった。入院後よりステロイド並びにウルソデオキシコール酸にて治療を開始したが改善は認めず、全身状態の悪化が進行し入院22日目に死亡した。御遺族の同意を得て病理解剖を施行した。考察：アレクチニブはALK陽性非小細胞肺癌の治療に使用される分子標的薬である。有害事象として肝障害の報告は少なくないが、本症例では投与中止後も改善を認めず、また剖検所見を得ることができたため若干の文献的考察を加えて報告する。

44

肺胞性パターンの画像所見を呈した乳癌肺転移の1例

1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 同 病理診断センター, 3) 同 乳腺外科

○藤本 佑樹¹⁾, 井上 明香¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 山本 浩生¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 芳賀ななせ¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 枳屋 大輝¹⁾, 田代 敬²⁾, 大段 仁奈³⁾, 矢田 善弘³⁾, 山神 和彦³⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

症例は50歳、女性。X-17年に左乳癌 (cT1N0M0, stage1) と診断し、術後放射線、内分泌療法を開始した。X-9年に左肺下葉に結節が出現し乳癌の転移と診断した。また、その他全身への多発転移も判明したが、治療により消失した。しかし、X-6年に右癌性胸水で再発し治療中のX-1年7月、不明熱の原因精査目的に行った胸部CTで右下葉に浸潤影を認めた。細菌性肺炎として抗生剤加療を行ったが増悪傾向であった。X-1年8月、診断目的に気管支鏡検査を行ったが確定診断に至らず、CTガイド下に経皮肺生検を行った。病理組織学的にはAdenocarcinomaと診断、免疫組織学的には、AR陽性、GATA-3陽性、TTF-1陰性であることから既存の乳癌の肺転移と診断した。その後抗癌剤治療等を行ったが進行しX年3月に死亡した。肺胞パターンの画像所見を呈する乳癌の肺転移の症例は稀であり若干の文献的考察を踏まえ報告する。

45

高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) を認めた非小細胞肺癌の一例

1) 兵庫県立西宮病院 内科 2) 市立伊丹病院 呼吸器内科

○小川 誉仁^{1,2)}, 原 聡志²⁾, 新井 将弘²⁾, 高 祥泰²⁾, 山内桂二郎²⁾, 満屋 奨²⁾, 永田 憲司²⁾, 原 彩子²⁾, 木下 善詞²⁾, 細井 慶太²⁾

症例は55歳男性。多発皮膚腫瘍と鎖骨上リンパ節腫大にて精査を開始した。CTにて縦隔リンパ節腫大、肝、副腎転移を認めた。気管支鏡検査、皮膚生検にて組織採取を行い、腺癌、TTF-1陽性であり、左上葉肺癌(腺癌、cT4N3M1c, stageIVB)と診断した。LC-SCRUM-AsiaによるNSG遺伝子スクリーニングを行い、高頻度マイクロサテライト不安定性検査陽性(MSI-High)と判明した。1次治療としてPembrolizumab+CBDC+PEM療法4コース施行し効果はSDであったが、寛解状態であった関節リウマチが再燃し免疫抑制療法が必要な状態となったため、治療継続が困難となった。マイクロサテライト不安定性(MSI)は、遺伝性腫瘍症候群としてリンチ症候群が代表的ではあるが、その他の固形腫瘍でも散発的に認められ、免疫チェックポイント阻害剤治療の効果が高いとされている。非小細胞肺癌でMSI-Highを伴う症例は非常に稀であり、本症例の経過も含め報告する。

46

肺底部胸膜直下に多発結節影を呈し、胸膜播種を疑い診断を行ったEML4-ALK肺癌の1例

1) 社会医療法人聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院、
2) 姫路医療センター

○永田 恵子¹⁾, 中島 康博¹⁾, 長野 昭近¹⁾, 塩田雄太郎¹⁾, 井口 貴文²⁾

症例は69歳男性。虚血性腸炎にて当院フォロー中に胸部CTにて偶発的にみぎ肺底部胸膜直下に多発結節影を認め2020年12月1日当科紹介。再検した胸部CTにてみぎS8にある11mm大の結節影をはじめ、多発結節を生じていた。FDG-PETにてみぎS8にSUVmax=3.4とFDG集積を認めるも、他の結節影はFDG集積を認めず、各種膠原病の自己抗体や感染症の検査も採血にて否定的であったことより他の結節影は偽陰性と考へ肺癌胸膜播種を疑い2020年12月25日VATs下みぎ下葉部分切除+壁側胸膜生検施行しEML4-ALK融合遺伝子陽性の肺腺癌と診断。NSCLC(ad)stage4Aに対し2021年2月9日より1st-line alectinib 600mg/dayを開始した。また母親、祖父ともに肺癌に罹患しており遺伝的要因も考えられた。胸膜播種から肺癌を疑った症例であり、多発肺結節は画像診断に難渋する事がしばしば生じる。自験例をもとに文献的考察を加え発表する。

47

既治療進行非小細胞肺癌症例を対象としたAtezolizumab単剤治療における血中炎症性マーカーの意義

1) 京都第二赤十字病院 呼吸器内科、
2) 京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科、
3) 宇治徳洲会病院 呼吸器内科、
4) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科、
5) 市立大津市民病院 呼吸器内科、
6) 市立福知山市民病院 腫瘍内科

○片岡 伸貴¹⁾, 片山 勇輝²⁾, 山田 忠明²⁾, 千原 佑介³⁾, 塩津 伸介⁴⁾, 平沼 修⁵⁾, 原田 大司⁶⁾, 内野 順治²⁾, 竹田 隆之¹⁾, 高山 浩一²⁾

【背景】抗PD-L1抗体であるAtezolizumab単剤治療は既治療進行非小細胞肺癌を対象にわが国で承認された。本研究では、Atezolizumab単剤治療の効果・予後予測因子として治療前の血中炎症性マーカーの有用性について検討した。【対象と方法】2018年4月～2019年12月に国内6施設においてAtezolizumab単剤治療を行った既治療進行非小細胞肺癌患者81例を対象に、治療前の血中炎症性マーカーと無増悪生存期間(PFS)・全生存期間(OS)の関連について後方視的に検討した。【結果】多変量解析では、治療前の末梢血好中球/リンパ球比(NLR)高値症例は、PFS・OSの短縮に有意な相関を示した。治療前NLRとCRPの併用はOSとより強い相関を示し、最も有意な予後予測因子であった。【結語】治療前の血中炎症性マーカーは、既治療進行非小細胞肺癌患者のAtezolizumab単剤治療において効果・予後予測因子として有望である。

48

肺癌の病勢悪化に伴い抗TIF1γ抗体陽性皮膚筋炎を発症したEGFR uncommon mutation肺腺癌の1症例

大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科

○小牟田清英, 田中 智, 朝川 遼, 谷崎 智史,
金井 友宏, 内田 純二, 上野 清伸

【症例】70歳代女性。【現病歴】X-2年7月に労作時呼吸苦にて当院救急外来を受診された。CTにて右胸水大量貯留を認め、緊急入院となった。精査の結果、肺腺癌cT2aN3M1a(PLE)Stag 4A(EGFR+(L861Q), ALK-, ROS-1-, PD-L1不明)と診断し、9月から1st line Osimertinibを投与開始した。最良効果PRであり、約2年間の投与継続が可能であった。X年7月に全身性に紅斑の出現と筋酵素の上昇、下肢優位の筋力低下を認めた。皮膚筋炎の合併を疑い免疫内科と神経内科に紹介し、抗TIF1γ抗体陽性皮膚筋炎と診断した。頭部MRI検査にて多発脳転移も認め、肺癌の病勢悪化に伴い腫瘍随伴症候群として発症した皮膚筋炎と判断した。全脳照射を施行後、現在化学療法継続中である。【考察】癌の病勢の悪化に伴い、腫瘍随伴症候群として皮膚筋炎が発症した症例の報告は稀である。今回我々は他科と綿密に連携をとることで稀な病態を診断し得た一症例を経験したのでここに報告する。

49

リウマチ様症状の腫瘍随伴症候群 (Carcinomatous polyarthritis) が Durvalumab 投与で再燃した肺腺癌の一例

1) 堺市立総合医療センター 診療局, 2) 同 呼吸器内科, 3) 北野病院 呼吸器内科

○船内 敦司^{1,3)}, 中野 仁夫²⁾, 久瀬 雄介²⁾, 高岩 卓也²⁾, 榎田 元²⁾, 西田 幸司²⁾, 草間 加与²⁾, 西尾 智尋²⁾, 郷間 巖²⁾

【背景】関節リウマチ患者に免疫チェックポイント阻害薬 (ICI:immune checkpoint inhibitor) を投与すると関節症状が悪化する報告があるが、腫瘍随伴症候群として発症した関節痛 (CP:Carcinomatous polyarthritis) が ICI 投与で再燃した報告はない。【症例】50歳男性、X年8月から多発関節痛が出現し、X年10月に関節リウマチの疑いで当院へ紹介となった。精査の結果、左上葉肺腺癌と診断しX年12月に左上葉切除およびリンパ節郭清を施行した。術後、関節痛症状が軽快したため腫瘍随伴症候群と診断した。X+1年11月肺痛の再発と診断し化学放射線療法を施行し、その後X+2年1月より Durvalumab 投与を行った。2回投与後より関節痛の再燃あり CP の再燃と考えた。ステロイド内服で症状は軽快し以降は Durvalumab 投与が可能であった。【結論】関節痛の腫瘍随伴症候群を呈した非リウマチ患者において Durvalumab 投与で症状の再燃を認めたがステロイド投与で投薬継続可能であった。

50

第4癌まで治療を行った多発すりガラス状結節を伴う異時性肺腺癌の一例

石切生喜病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○大島 友里, 青原 大介, 櫻井 佑輔, 平位 佳歩, 谷 恵利子, 吉本 直樹, 南 謙一

症例は77歳女性。X-9年に左上葉肺癌 (第1癌, 腺房性増殖優位型腺癌) に対し胸腔鏡下左上葉切除術を施行した。X-7年に右上葉肺癌 (第2癌, 乳頭状増殖優位型腺癌) と診断されたが、無治療経過観察を希望された。X-5年に左残存肺下葉肺癌 (第3癌, 腺癌) の診断に至り、第2癌, 第3癌に対して体幹部定位放射線療法 (SBRT) を施行した。その4年6ヶ月後、左残存肺下葉の pure GGN が増大傾向を示し、CT ガイド下肺生検にて置換性増殖優位型腺癌と診断した (第4癌)。根治的治療として SBRT を施行し、治療後10か月経過した現在まで無再発生存を得ている。本症例のように異時性多発肺癌では、CT ガイド下生検などで積極的に早期診断していくことにより外科切除だけでなく複数回の SBRT ができ、根治的な治療が可能となり得る。

51

濾胞性リンパ腫の治療後に口腔扁平苔癬を伴って閉塞性細気管支炎を発症した一例

神戸市立医療センター 中央市民病院

○白川 千種, 立川 良, 貴志 亮介, 田代 準基, 世利 佳滉, 島 佑介, 嶋田 有里, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真, 中川 淳, 富井 啓介

症例は72歳女性。濾胞性リンパ腫に対してオビスツズマブ・ベンダムスチン併用療法を6コース施行約2ヶ月後に、進行性労作時呼吸困難を自覚し当科に紹介。胸部CTで細気管支の狭小化と air-trapping, 高度の混合性換気障害, 換気血流シンチグラフィで両側下葉で matched defect を認め、閉塞性細気管支炎 (BO) と診断した。口腔粘膜にびらん性病変を認め、当初は腫瘍随伴性天疱瘡による閉塞性細気管支炎 (BO) を疑うも、精査で水疱形成疾患は否定的とされ、除外的に口腔扁平苔癬の診断に至った。全身性ステロイド加療を行い口腔内病変、自覚症状共に軽減し、在宅酸素療法を導入して退院となった。濾胞性リンパ腫関連 BO は腫瘍随伴性天疱瘡を伴うことが多く、文献的に口腔扁平苔癬と BO の関連は示されていない。本症例では抗悪性腫瘍薬との関連も否定できず、病因について慎重な検討が必要と考えられた。

52

咳嗽・血痰で発症し増大と縮小を呈した Bronchocentric Granulomatosis の一例

公益財団法人 天理よろづ相談所病院

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

69歳女性。X年3月に咳嗽が出現、近医CT所見で右S2肺化膿症が疑われ、抗菌薬投与されるも改善しなかった。X年7月に間欠的な血痰を呈し、画像上腫瘍増大を認め当科紹介された。悪性腫瘍を念頭に TBB・CT ガイド下生検を施行し、リンパ増殖性疾患が疑われた。一旦経過観察とし、腫瘍は縮小したが、X年11月、腫瘍が再増大した為、悪性腫瘍除外と確定診断目的で VATS 下肺生検を施行した。病理所見では、気道中心性の壊死性肉芽腫性病変と胚中心を伴うリンパ濾胞形成を多数認め、病理学的所見から Bronchocentric Granulomatosis と診断した。組織培養からは、グラム陽性嫌気性球菌である、Parvimonas micra が検出され、病理学的にも病態への関与が強く疑われた。生検後1年の経過では明らかな再発を認めていない。本症例から、これまで原因不明とされてきた Bronchocentric Granulomatosis の一部において一般細菌感染が関与している可能性が示唆された。

53

咯血を主訴に診断された特発性樹枝状肺骨化症の一例

- 1) 明和病院 総合診療部, 2) 同 呼吸器内科,
3) 同 呼吸器外科

○坂井 良行¹⁾, 大塚 晶子²⁾, 奥田 昌也³⁾

症例は44歳男性。自宅で吐血し、その後黒色痰が続くため近医受診。CT検査にて右下葉に軟部影を認め、精査目的に当院紹介受診。当院造影CTにてS10に10mm大の乏血性腫瘍疑われ、その末梢に石灰化を伴った索状影を認めた。PETではSUVmax2.0/1.3と軽微な集積を認めたため、気管支鏡による精査勧めたが、本人外科的切除希望あり、胸腔鏡下右肺下葉部分切除施行。術中所見は、術前画像で認めていた腫瘍は血腫であり、その末梢に樹状の石灰化様の硬い構造物を認めた。その後の病理検査にて樹枝状肺骨化症と診断。基礎疾患ないため、特発性と考えられた。肺骨化性は肺組織に異所性の骨化巣を生じるまれな疾患であり、一般的に無症状であることが多く、生前に診断されることは少ない。今回咯血をきっかけに、外科的切除にて診断された特発性樹枝状肺骨化症の一例を経験したので報告する。

54

急性呼吸不全を来した成人スチル病の1例

済生会京都府病院 呼吸器内科

○古谷 渉, 張田 幸

症例は61歳男性。主訴は発熱。近医で抗菌薬が投与されたが無効であった。皮疹を伴ったためウイルス感染などが疑われたものの原因が定かではなかったため、精査加療目的に当院を紹介入院となった。入院後も皮疹や発熱は持続し、急速に呼吸不全に陥った。感染症や膠原病自己抗体の測定を行ったが、いずれも有意な所見が得られなかった。フェリチンが異常高値、脾腫を伴う肝機能異常が見られ、リウマトイド因子や抗核抗体が陰性であったことから成人スチル病と診断した。胸部CTでは両側胸水、両肺野にすりガラス影が出現し、少量の心嚢液も認めたことから、成人スチル病に伴う胸膜炎、心膜炎や間質性肺炎あるいはARDSを疑い、ステロイドパルス療法を施行したところ著効し、速やかに両肺のすりガラス影や胸水は消失した。間質性肺炎やARDSを合併する成人スチル病は本邦では比較的珍しいとされており報告する。

55

特発性間質性肺炎に合併した肺動脈仮性動脈瘤からの咯血に対して頻回のIVRが奏効した1例

- 1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学,
2) 同 胸部腫瘍学, 3) 兵庫医科大学病院 放射線科

○清田穰太郎¹⁾, 三上 浩司¹⁾, 中辻 有祐¹⁾, 森下 実咲¹⁾, 徳田麻祐子¹⁾, 多田 陽郎¹⁾, 祢木 芳樹¹⁾, 堀尾 大介¹⁾, 二木麻衣子¹⁾, 柴田 英輔¹⁾, 大搦泰一郎¹⁾²⁾, 南 俊行¹⁾²⁾, 高橋 良¹⁾²⁾, 横井 崇¹⁾²⁾, 栗林 康造¹⁾²⁾, 木島 貴志¹⁾²⁾, 小笠原 篤³⁾, 山門享一郎³⁾

68歳女性。進行性線維化を伴う間質性肺炎に対しニンテグニブ内服及び在宅酸素療法にて外来フォロー中であった。夜間に少量咯血認め予約外受診し緊急入院となった。胸部CTにて右肺上葉の陳旧性肺結核空洞に菌球を疑う結節を認め、同部位からの出血と考えた。止血剤にて一時改善したが再咯血し、造影CTにて肺動脈から連続するように造影される結節を認め、肺動脈仮性動脈瘤と診断。同日IVRを行うも、右肺動脈ではなく右気管支動脈及び肋間動脈から造影され、同部位に塞栓術施行。翌日のCTにて造影される動脈瘤の残存を認め、再度IVRにて右鎖骨下動脈の分岐数ヶ所に塞栓術施行。3回目のIVRでは1回目には確認できなかった右肺動脈からの造影効果を確認し、同部位を塞栓術施行。その後造影CTでの動脈瘤の描出は消失した。低肺機能や患者希望のため、手術を回避しIVRで咯血をコントロールできたので報告する。

56

Gastric tube 併用下でのII型呼吸不全でのNasal mask NIPPV 施行例 (Rapport と換気について)

- 1) 橋本市民病院 呼吸器内科, 2) 同 総合内科,
3) 和歌山県立医科大学 卒後臨床研修センター,
4) 橋本市民病院 臨床研修センター, 5) 同 循環器内科,
6) 同 皮膚科, 7) 同 歯科・口腔外科, 8) 同 救急科,
9) 同 外科

○藤田 悦生¹⁾, 平山 陽士²⁾, 山田 晃佑³⁾, 清水 雄平⁴⁾, 青木 達也²⁾, 堀谷 亮介²⁾, 千田 修平²⁾, 野田 幸治²⁾, 橋本 忠幸²⁾, 松山 依子²⁾, 岡部 友香²⁾, 星屋 博信⁵⁾, 服部 舞子⁶⁾, 田中 章夫⁷⁾, 小川 敦裕⁸⁾, 坂田 好史⁹⁾, 河原 正明¹⁾, 山本 勝廣⁵⁾, 嶋田 浩介⁹⁾, 駿田 直俊¹⁾

症例は84yrs.M。当科でemphysemaでHOT導入で通院加療中、2020年12月DOEの増大,aggravatioで入院。入院時, ABG pH 7.343, PaO₂ 66 PaCO₂ 88 torrでNIPPV, doxapram併用下からnasal high flow oxygenを導入しNIPPVを離脱した。(HCUからrecoveryへ)栄養はgastric tubeで1月中旬夜, hypoxemia認め, ABG pH 7.286, PaO₂ 124.0, PaCO₂ 82.1 torrでoral maskでのNIPPVを再開し, 意味疎通 (rapport) の改善にPtCO₂ monitorを使用, 在宅型NIPPVに変更し, 昼間数時間nasal prongに変更できた。(ABG pH 7.502, PaO₂ 65.7, PaCO₂ 43.5 torr, PtCO₂ 48) NIPPV中での不穩のcalmにはBGMも導入した。

57

胸部症状を伴わず、胸腔洗浄液の食物残渣を契機に診断に至った特発性食道破裂の1例

製鉄記念広畑病院 呼吸器内科

○木村 洋平, 吉村 将

【症例】78歳, 男性【現病歴】泌尿器科でTUR-Pを施行し, 翌日に急激な血圧低下・呼吸状態悪化を来した。左肺虚脱・膿性胸水を認め有癭性膿胸と診断し, 誤嚥性肺炎と術中の陽圧換気による気胸の合併が原因と考えた。しかし, 2本目の胸腔ドレン留置し胸腔洗浄を行った際に排液から食物残渣を認め, 食道破裂を疑った。そこで上部消化管内視鏡を施行し下部食道に瘻孔形成を認め, 食道破裂による膿胸と診断した。発症から24時間以上経過し, 右肺炎の合併もあり, 早期の瘻孔閉鎖術は困難と考え, NG tubeを瘻孔に留置し分泌物の漏出を抑え, 後日全身麻酔下に食道穿孔部位を腹腔内に引き寄せ, T-tubeを留置し大網と胃穹隆部で被覆した。胸腔内感染に難渋も, 術後106日に退院した。【考察】特発性食道破裂は嘔吐などのエピソードや胸痛を伴う事が多く, 本症例の様な誘因や胸部症状の無い場合は稀であり, 胸水中の食物残渣が診断の一助になると考えた。

58

高齢男性に発症した縦隔原発絨毛癌の1例

奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター

○村上 早穂, 伊藤 武文, 花岡 健司, 宮高 泰匡,
光石 大貴, 山崎安寿弥

症例は74歳, 男性。前胸部腫瘍のため前医を受診し胸部CTで前縦隔から前胸壁に進展する腫瘍を認めたため当院を紹介受診した。血中のHCG-βは520ng/mLと高値であり, 前胸部を皮膚切開し腫瘍生検した結果, 縦隔原発絨毛癌と診断した。Performanve status 3と低下していたこと, 肺炎を繰り返していたことから化学療法は行わず症状緩和に専念した。診断後約4週間で死亡した。縦隔原発絨毛癌はまれであり, 血行性転移を来しやすく極めて予後不良な疾患である。今回高齢男性の縦隔原発絨毛癌を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

59

診断に難渋した骨髄異形成症候群の髓外造血に伴う多量片側胸水の1例

1) 京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科,
2) 同 化学療法部

○松井 遥平¹⁾, 澤田 凌¹⁾, 大倉 直子¹⁾, 森本 吉恵²⁾,
岩破 将博¹⁾, 金子 美子¹⁾, 山田 忠明¹⁾, 内野 順治¹⁾,
高山 浩一¹⁾

【症例】72歳女性【経過】骨髄異形成症候群で血液内科にかかりついでであった。20××年8月より労作時呼吸困難感が出現し, 9月にX-rayで左胸水を指摘され紹介となった。胸部CTでは明らかな胸水の原因となる所見はなく, 胸水検査を繰り返して施行したが確定診断に至らなかった。1週間で1.5L程度の胸水貯留も認めたため入院となり胸腔鏡検査まで施行したが, 胸膜組織は非特異的な炎症所見を認めるのみであった。全身検索目的にCTを再検査したところ両側腎腫大と腎盂周囲と後縦隔に軟部陰影を認め, 髓外造血を疑う所見であった。骨髄シンチでも軟部陰影への集積を認め髓外造血と矛盾しない所見であり, 診断的治療もかねてルキソリチニブを開始したところ胸水は改善を認めた。【考察】造血能が低下した患者において髓外造血はしばしばみられるが, 胸水を伴う症例は比較的稀である。本症例は示唆に富む症例であると考えられ, 若干の文献的考察も含め報告する。

60

結核性リンパ節炎の治療中に化膿性リンパ節炎及び心外膜炎を来した1例

1) 大阪はびきの医療センター 感染症内科,
2) 同 呼吸器外科, 3) 同 集中治療科

○新井 剛¹⁾, 福山 馨²⁾, 小菅 淳²⁾, 杉浦 裕典²⁾,
北原 直人²⁾, 門田 嘉久²⁾, 酒井 俊輔³⁾, 柏 庸三³⁾,
北島 平太¹⁾, 韓 由紀¹⁾, 橋本 章司¹⁾, 田村 嘉孝¹⁾,
永井 崇之¹⁾

【症例】生来健康な40歳代男性。胸部CTにより偶発的に縦隔リンパ節腫脹を指摘。超音波気管支鏡下針生検(EBUS-TBNA)のリンパ節穿刺検体で抗酸菌塗抹陽性, 結核菌群LAMP陽性が判明し結核症と診断。標準4剤で外来抗結核治療を開始した。【経過】第32病日に発熱と胸痛で救急搬送。胸部CTでリンパ節腫脹の悪化と全周性の心嚢液を認めた。胸痛悪化, 血圧が低下し心原性ショックとなったため, 緊急的に胸腔鏡下右縦隔・心嚢ドレナージ術を実施。心嚢, リンパ節とも切開時に黄白色膿汁を認め, グラム染色でグラム陽性球菌を確認したため, バンコマイシン注射を開始した。後に培養でStreptococcus anginosusを検出したため, 同薬からアンピシリン注射, アモキシシリン内服へ順次変更して治療をおこない, 救命および治癒に至った。経過中の抗結核治療は継続できていた。EBUS-TBNAに伴う合併症として縦隔感染症を経験したので報告する。

61

当院で経験した epipericardial fat necrosis の2例

京都市立病院

○吉岡 秀敏, 國松 勇介, 高田 直秀, 西川 圭美,
太田 登博, 五十嵐修太, 小林 祐介, 後藤 健一,
中村 敬哉, 江村 正仁

症例1は57歳男性。胸痛を主訴にX年7月に当院を受診した。胸部X線では明らかな異常所見は認めなかったため経過観察を行ったが症状が遷延したので1週間後に胸部CT検査を行い epipericardial fat necrosis (EFN) を疑う所見を認めた。解熱鎮痛薬で対症療法を行ったところ、2週間後に症状の消失を認め、異常陰影も改善した。症例2は20歳女性。成人式の着物の着付けで胸部を圧迫され、それ以降胸痛が持続したためX年1月に当院救急外来を受診した。胸部CTを撮影したところ EFN を疑う所見を認め、対症療法で1週間後には症状の消失を認め、後に異常陰影も改善した。胸痛のため胸部CTを撮影した際には EFN も鑑別に挙げ、EFN を疑った場合は適切に対症療法と経過観察を行うことが重要と考えられたのでここに報告する。

62

IV期原発性肺癌に合併した乳び胸に対しリンパ管造影が有効と考えられた一例

1) 国立病院機構 大阪南医療センター 呼吸器腫瘍内科,
2) 同 呼吸器内科○芦田 美緒¹⁾, 中島 早希¹⁾, 宇都宮琢秀^{1,2)},
渡邊 暁^{1,2)}, 吉野谷清和^{1,2)}, 本多 英弘^{1,2)},
山本 傑²⁾, 工藤 慶太¹⁾

症例は71歳女性。X年4月に左胸水貯留あり当科受診。EGFR 遺伝子変異 ex21陽性の原発性肺腺癌 cT3N0M1a と診断し、ゲフィチニブを開始し奏功を得ていた。X+2年10月のCTで原発やリンパ節及び対側肺内転移増大と右胸水出現を認めた。右胸腔穿刺を施行したが細胞診は陰性、胸水は白色混濁、TG高値であり乳び胸と診断した。縦隔リンパ節の rebiopsy を行い ex20T790M 陽性と判明、X+2年11月よりオシメルチニブを開始した。乳び胸に対しては食事療法および適宜排便を行った。治療開始後、肺がんの縮小を認めるが乳び胸が改善しないためリンパ管造影での治療を施行した。造影検査施行後、X+3年2月頃より減少傾向となり、再増悪を認めなかった。今回、原発性肺腺癌に合併する乳び胸に対して、リンパ管造影が有効であったと考えられる症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

63

演題取り下げ

64

職業性石綿曝露者に認められた胸膜・肺病変との鑑別が困難であった perifissural nodule の1例

済生会中和病院 内科

○片岡 良介, 櫻井 正樹, 新井 正伸, 青野 英幸,
北田 裕陸, 徳山 猛

症例は職業性石綿曝露がある70歳男性。両側多発性胸膜プラークがあり、健康管理手帳健診にて経過観察されていた。Y年12月の健診CTで左S6葉間部の結節陰影が増大傾向にあるため紹介受診。PET検査では有意な集積は認められなかったが、悪性胸膜中皮腫や肺がんの可能性が否定できないため胸腔鏡下肺部分切除術施行し、肺内リンパ節と診断した。胸膜プラークは壁側胸膜に発生するが、一部の症例で葉間に認められることがある。一方葉間部に認められる辺縁平滑な結節陰影は perifissural nodules と呼ばれ、肺内リンパ節によって形成され、時に増大することが報告されている。本症例では職業性石綿曝露があり、両側に多発性胸膜プラークを認めていたことから、葉間部結節は胸膜プラークと考えられていたが、増大傾向が認められたため、悪性胸膜中皮腫、肺癌との鑑別が必要と考えられた。葉間部の胸膜プラーク、perifissural nodules について文献的考察を加え報告する。

65

原因不明の胸水精査で、2度の胸腔鏡を行い、急激な変化を示した胸膜血管肉腫の1例

1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科

○平位 一廣¹⁾, 西馬 照明¹⁾, 高原 夕¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾, 藤岡 美結¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 山本 賢¹⁾, 石田 貢一¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 多木 誠人¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 堀 朱矢¹⁾, 今井 幸弘²⁾

74歳男性。既往は高血圧、石綿曝露歴のあるADL自立の男性。検診にて左胸水貯留を指摘、X月紹介受診、胸水穿刺、X+2月に胸腔鏡を行った。胸腔鏡では白色の粘膜で異常は認めなかった。胸膜生検、胸水細胞診からも異常はなく、外来フォローしていたが、X+6月、胸水の急激な増加、胸部CTでは胸膜の肥厚、隆起を認め再度胸水検査、胸腔鏡を行った。胸水は血性、細胞数著増しており、胸腔内も多量のフィブリン、胸膜に全周性に赤色の隆起物が形成されていた。細胞診では変性した大型細胞がみられ、胸膜生検では葉巻型の核の長紡錘型の束状の増生、核分裂像が散見された。cytokeratin AE1/3, vimentin 陽性であり、他の中皮、上皮系マーカーは陰性であった。WT1, CD31 陽性であることから血管肉腫と診断した。PET-CTでは遠隔転移も見られ、全身化学療法目的に腫瘍血液内科に紹介となった。血管肉腫の多くは頭頸部、軟部組織原発であり、胸膜原発の血管肉腫は稀である。

66

透析患者に発症した胸膜アミロイドーシスの1例

大阪府済生会吹田病院

○飯塚 正徳, 上田 将秀, 綿部 裕馬, 乾 佑輔, 古山 達大, 茨木 敬博, 美藤 文貴, 岡田あすか, 竹中 英昭, 長 澄人

透析アミロイドーシスは長期透析患者に好発し、手根管や大関節、脊椎などの運動器に症状を起しやすしい全身性アミロイドーシスの1つである。今回、胸水を初発症状とした透析アミロイドーシスを経験した。症例は65歳の男性。末期腎不全のためX-9年より腹膜透析、X-5年より血液透析を受けていた。X-4年より右側に被包化胸水が認められ、経過観察されていた。X-1年11月より左胸水が認められ、除水が行われたが徐々に増加したため、X年1月に当科に紹介となった。胸水セルブロックや胸腔鏡下胸膜生検にて好酸性の繊維様構造物を認め、Congo-red 染色およびDirect Fast Scarlet (DFS) 染色陽性、免疫染色でβ2-ミクログロブリン陽性であり透析アミロイドーシスと診断した。透析アミロイドーシスによる胸膜病変は稀であり、また今回胸水セルブロックが診断に有用であったため報告する。

67

多発筋肉内転移を認めた悪性胸膜中皮腫の1例

兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学

○藤田 佳之, 大搦泰一郎, 三上 浩司, 柴田 英輔, 二木麻衣子, 堀尾 大介, 柘木 芳樹, 多田 陽郎, 徳田麻佑子, 清田謙太郎, 森下 実咲, 中辻 有佑, 南 俊行, 高橋 良, 横井 崇, 栗林 康造, 木島 貴志

症例は60歳代男性。20XX-3年4月、胸腔鏡下胸膜生検にて左悪性胸膜中皮腫(上皮型 cT2N0M0)と診断。同年7月に術前化学療法としてCBDCA+PEM 3コース投与後、同年10月に左胸膜切除/肺剥皮術施行。20XX-2年3月より術後化学療法3コース投与。20XX-1年2月、FDG-PET-CTにて局所再発を認め、同年3月よりCBDCA+PEM 3コース投与も同年5月CTで肺内転移の増大あり、PD。同年6月よりNivolumab 投与するも同年9月にirAEによる間質性肺炎を発症し、中止。20XX年1月にFDG-PET-CT施行したところ多発性の筋肉内転移を認め、PDと判定。以後、CBDCA+PEM 再投与にて化学療法を施行中である。悪性胸膜中皮腫の進展形式は、一般的には原発巣からの直接浸潤が主体であり、遠隔転移は少ないとされている。今回FDG-PET-CTにて多発筋肉内転移を認めた悪性胸膜中皮腫の1例を経験したので考察を加えて報告する。

68

気胸の家族歴、肺の嚢胞分布、腎嚢胞から発見されたBirt-Hogg-Dube 症候群の1例

1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科,
2) 兵庫県立がんセンター 腫瘍内科,
3) 神戸市立医療センター中央市民病院 皮膚科

○橋本 梨花¹⁾, 森田 充紀²⁾, 小倉香奈子³⁾, 富岡 洋海¹⁾

症例は69才女性。喫煙歴はない。胸痛を主訴に前医を受診し左気胸を指摘され当科紹介受診した。初診時の問診で気胸の家族歴があり、胸部CTでは両側中葉舌区~下葉を中心に多発性肺嚢胞を、また両側腎嚢胞を認めたことからBirt-Hogg-Dube (以下BHD) 症候群を疑った。FLCN 遺伝子解析では exon6 にナンセンス変異 (c. 439C > T) を認めた。臨床像、遺伝子検査などからBHD 症候群と診断した。本症候群は皮膚病変、腎腫瘍、肺嚢胞を3徴とするが、本症例では腎嚢胞と肺嚢胞のみ認められ、肉眼的に疑わしい皮膚病変もみられ生検施行も稗粒腫との病理診断であった。兄に腎細胞癌の罹患歴があり、本症例においても腎嚢胞、肺嚢胞の経過観察を継続している。自然気胸の診療において、家族歴や皮膚病変から本症候群を診断することにより腎癌の早期発見につながる可能性がある。

69

肝 CT 値と血中濃度によりステロイドの漸減を行ったアミオダロン肺障害の1例

京都第二赤十字病院 呼吸器内科

○高塚 沙紀, 谷村 真依, 片岡 伸貴, 齊ノ内 玲,
國松 勇介, 佐藤いずみ, 中野 貴之, 谷村 恵子,
竹田 隆之

症例は79歳, 男性. 201X年8月に持続性心室性頻拍でアミオダロン 200mg/日を導入, 減量で再発し, アブレーションやソタロールでは制御困難で201X+1年12月からアミオダロンを200mgに増量. 201X+2年2月後半から労作時呼吸困難が出現, 3月9日に救急外来受診. CTで両側肺炎像を認め, O2 8L/分を要して入院. CTでは両側下葉背側を中心に非区域性の consolidation, すりガラス影, 小葉間隔壁の肥厚, 気管支拡張などを認め, 肝 CT 値の上昇からアミオダロン肺障害が疑われた. 気管支肺胞洗浄液はマクロファージ優位の細胞数増加で, プレドニゾロン (PSL) 50mg/日を導入, 酸素化は改善. PSLは肝 CT 値とアミオダロン, デスエチルアミオダロンの血中濃度を参考に漸減. 同年5月は血中濃度が高く PSL 15mg で維持, 以後は2者を参考に漸減し, 計7.5ヶ月で PSL を終了, 再燃を認めない. 文献的考察を追加して報告する.

70

抗 ARS 抗体陽性, 抗 MDA5 抗体陽性であった CADM の一例

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

○花田宗一郎¹⁾, 山崎 亮¹⁾, 山縣 俊之¹⁾, 澤口博千代¹⁾,
村木 正人¹⁾, 東田 有智²⁾

症例は, 82歳・女性. 20XX年1月9日より発熱を認め, 近医を受診した. インフルエンザ抗原陰性であり, 感冒と診断された. 総合感冒薬を処方されるも, 症状改善に乏しく, 1月14日に再度近医を受診し, 胸部 Xp で両側下肺野を中心にすりガラス影を指摘され, 当科紹介となった. 呼吸不全を合併しており, 即日入院となった. 胸部 CT でも両側下葉を中心に広範囲にすりガラス影を認めたために, 入院日より, ステロイドパルスを開始した. その後, 抗 ARS 抗体陽性と判明し, タクロリムスを併用開始するも, 呼吸状態は更に悪化した. 再度, ステロイドパルスを実施するも, 呼吸状態の改善は認めず, 全身状態の悪化も認め, 1月23日に永眠された. 急激な経過であり, 御家族の同意を得て, 病理解剖を実施させて頂いた. 死後, 抗 MDA5 抗体が陽性と判明した. 病理解剖の結果及び若干の文献的考察も含め報告する.

71

急性呼吸不全を契機に全身性強皮症による間質性肺炎の診断に至った1例

1) 市立岸和田市民病院 呼吸器内科, 2) 同 膠原病内科,
3) 同 循環器内科

○小川 翔士¹⁾, 平山 寛¹⁾, 安田 有斗¹⁾, 上樹 潔¹⁾,
岩嶋 大介¹⁾, 岸本 和也²⁾, 岩室あゆみ³⁾, 高橋 憲一¹⁾

症例は69歳男性. 咽頭部違和感で近医受診し肺炎の診断で抗生剤を開始されたが改善せず, 当院紹介となり1型呼吸不全を認め入院した. BNP 高値であり CS2 の心不全の診断で, NPPV, 抗生剤, 利尿薬投与を行った. しかし呼吸状態及び腎機能が悪化したため, 気管挿管, デキサメタゾン 19.8mg 投与を行い, 救命センターに転院した. CHDF を実施し呼吸状態が改善したため, 6日後に再度当科に転院した. ステロイドへの反応が良好で, 手指の皮膚硬化, レイノー現象, 抗核抗体陽性, 抗セントロメア抗体陽性, KL-6 上昇を認めたことから, 全身性強皮症による間質性肺炎と診断した. その後ステロイド治療が奏功し HOT を導入することなく退院した. 以後経過良好でステロイド漸減を続けている. 全身性強皮症に伴う間質性肺炎について文献的考察を交えて報告する.

72

ステロイドにより改善したシェーグレン症候群合併の間質性肺炎の一例

1) 市立岸和田市民病院 呼吸器内科, 2) 同 膠原病内科,
3) 同 形成外科, 4) 同 眼科, 5) 同 放射線科,
6) 同 病理診断科

○今西 慶自¹⁾, 平山 寛¹⁾, 安田 有斗¹⁾, 上樹 潔¹⁾,
岩嶋 大介¹⁾, 岸本 和也²⁾, 西村 京子³⁾, 山田奈央子⁴⁾,
藤澤 一郎⁵⁾, 伊達 恵美⁶⁾, 飯塚 徳重⁶⁾, 高橋 憲一¹⁾

症例は71歳女性. 間質性肺炎で近医にてフォローされていたが, 1年前より労作時呼吸困難があり改善しないため, 当科紹介となった. 目の乾燥, 口腔内乾燥があり膠原病の合併が疑われた. 抗 SS-B 抗体陽性, サクソテストで唾液量低下, 口唇生検で小葉内導管周囲へのリンパ球浸潤を認めたため, シェーグレン症候群と診断した. 気管支鏡検査や肺生検は希望されず, 胸部単純 CT 検査では, 蜂巣肺はなくすりガラス影が主体であり not-UIP pattern と考えられた. 後方視的に経時的な陰影増悪を認めたため, ステロイド治療目的に入院した. プレドニゾロン 40mg で治療を開始し, 労作時呼吸困難や咳嗽, 喀痰の症状及び網状影の改善を認め退院とした. 以後外来にてステロイド漸減を継続し安定している. シェーグレン症候群を合併した間質性肺炎に対して文献的考察を交えて報告する.

73

じん肺症に併発した自己免疫性肺胞蛋白症症例の検討

- 1) 関西医科大学附属病院 呼吸器感染症アレルギー内科,
2) 同 内科学第一講座,
3) 新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸器・感染症内科

○矢村 明久¹⁾, 尾形 誠¹⁾²⁾, 福田 直樹¹⁾²⁾,
宮下 修行¹⁾²⁾, 野村 昌作²⁾, 森山 寛史³⁾,
中田 光³⁾

【症例】40歳男性【主訴】咳嗽, 喀痰【喫煙歴】30本×16年【経過】平成30年3月X日, を主訴に近医を受診。胸部異常陰影認め, 当院紹介となった。胸部画像上, 両側下葉中心に小葉間隔壁肥厚伴う浸潤影, 並びに小葉中心性粒状影を呈していた。気管支鏡施行し, BAL 液性状はやや白色混濁, 病理上, 肺胞蛋白症並びにじん肺を疑う所見を認めた。後日, 胸腔鏡下肺生検施行し, じん肺, 肺胞蛋白症と診断した。じん肺に関し, セラミックファイバーを製造している会社で工場勤務されており, 元素分析を行った。Si, Al, Fe のほかセラミックスの原料である Zr ジルコニウムが検出された。病理上, じん肺と肺胞蛋白症の病変部位で細気管支周囲と小葉間隔壁周囲といった相違があること, GM-CSF 抗体陽性にて自己免疫性が疑われることから別病態が同時発症していると診断した。じん肺ならびに自己免疫性肺胞蛋白を併発した稀な症例を経験したため, 考察を加えて報告する。

74

アパルタミドによる重症薬剤性肺炎の2例

- 1) 神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科,
2) 同 泌尿器科

○神戸 寛史¹⁾, 立川 良¹⁾, 十三 且也¹⁾, 増野 緑紀¹⁾,
遠藤 慧¹⁾, 井手 裕之¹⁾, 白川 千種¹⁾, 島 佑介¹⁾,
松梨 敦史¹⁾, 大崎 恵¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾,
永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 萩本 裕樹²⁾, 村田 詩織²⁾,
川喜田睦司²⁾, 富井 啓介¹⁾

アパルタミドは選択的アンドロゲン受容体阻害薬で, 前立腺癌の治療薬として2019年に有用性が報告され, 日本でも薬事承認された。既報の臨床試験では薬剤性肺炎はほとんど報告されなかったが, 今回我々は短期間に2例経験したため報告する。Case1: 71歳で使用開始3か月後に呼吸困難を自覚, 酸素2L/分でSpO₂94%, 胸部CTでは両側びまん性のすりガラス状陰影を認めた。リンパ球優位のBAL所見を認め, アパルタミドによる薬剤性肺炎と診断しステロイドパルスを行った。以降は経時的に酸素化は改善し退院した。Case2: 84歳で使用開始3か月後に急速に進行する呼吸困難を自覚, 酸素2L/分でSpO₂92%, 胸部CTでは両側多発浸潤影を認めた。好中球優位のBAL所見を認め, アパルタミドによる薬剤性肺炎と診断しステロイド(1mg/kg)を開始した。しかし, 治療開始後も酸素化は悪化したため, ステロイドパルスへ治療を強化, その後は経時的に改善しリハビリ転院となった。

75

強直性脊椎炎に対してアダリムマブ使用中に多発結節影を認めサルコイドーシスが示唆された一例

奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー・血液内科

○濱田恵理子, 山本 佳史, 佐藤 一郎, 岩佐 佑美,
有山 豊, 新田 祐子, 藤岡 伸啓, 坂口 和宏,
長 敬翁, 大田 正秀, 太田 浩世, 田崎 正人,
藤田 幸男, 本津 茂人, 山内 基雄, 吉川 雅則,
室 繁郎

症例は20歳代, 男性。強直性脊椎炎に対してX-1年4月よりアダリムマブ投与中。X年5月に健診の胸部Xpで両側上肺野に異常影を指摘され, 6月に当科を紹介受診した。胸部CTでは両肺野に粒状影が集簇した多発結節影を認め, 抗酸菌感染・薬剤性肺炎・サルコイドーシス等を疑った。アダリムマブを中止したが陰影は改善せず, 7月に気管支鏡検査を施行し, 経気管支肺生検で類上皮肉下腫を認め, 培養では抗酸菌・真菌は同定できなかった。9月の胸部CTでは, 右上葉結節影に空洞化を認めた。生物学的製剤使用後の空洞を伴う結節のため, 抗酸菌感染は否定しきれず, VATS肺生検を施行。類上皮細胞肉芽腫を認め, 抗酸菌培養は陰性であり, サルコイドーシスと診断した。疼痛悪化に対するPSL5mgで陰影の改善を認めている。

76

免疫チェックポイント阻害薬の投与によりIPAFが顕在化した肺腺癌の一例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○嶋田 有里, 立川 良, 井手 裕之, 遠藤 慧,
増野 緑紀, 十三 且也, 島 佑介, 白川 千種,
大崎 恵, 松梨 敦史, 平林 亮介, 佐藤 悠城,
永田 一真, 中川 淳, 富井 啓介

症例は67歳男性。入院1ヶ月前に右胸水貯留を認め当科に紹介, 胸部CTで軽度の間質陰影を認めた。肺腺癌(PD-L1 80%)と診断, 入院8日前にカルボプラチン+パクリタキセル+ペバシズマブ+アテゾリズマブを導入したが, 発熱を自覚し入院した。抗菌薬を投与したが改善に乏しかった。入院12日目にCTを施行し左肺下葉にすりガラス影を認めた。抗菌薬に対して不応性であり, 薬剤性肺障害の可能性が高いと判断した。リウマトイド因子, 抗SS-A抗体陽性であるが, 膠原病はなくIPAFと診断しステロイドを投与した。間質性肺炎は進行性の線維化を認め, シクロホスファミドパルスを施行, アザチオプリンを導入してコントロール良好になった。IPAFのある肺癌に対して免疫チェックポイント阻害薬を投与するにあたりirAEの発症に注意すること, 適切な副作用管理をすることが必要であると考えたため報告する。

77

詳細な病歴聴取と生検組織の鉍物分析で診断に至ったベビーパウダーによるタルク肺の1例

- 1) NHO 近畿中央呼吸器センター 内科,
- 2) 同 臨床研究センター, 3) 同 放射線科,
- 4) 同 病理診断科,
- 5) 産業医科大学医学部 呼吸器内科学

○片山加奈子¹⁾, 新井 徹²⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 滝本 宣之¹⁾, 橋 和延²⁾, 審良 正則³⁾, 笠井 孝彦⁴⁾, 西田 千夏⁵⁾, 森本 泰夫⁵⁾, 井上 義一²⁾

症例は51歳女性。9年前の健康診断で間質性肺炎の疑いを指摘された。軽微であり健診のみ受けていたが、画像上緩徐な進行を認め当院に紹介となった。胸部CTでは両下肺野胸膜下や気管支血管束周囲優位に網状影、すりガラス影、牽引性気管支拡張、上肺野に小葉中心性粒状影、呼気CTでエアートラッピングを認めた。明らかな原因となる抗原は特定できないものの、病歴・画像から臨床診断として過敏性肺炎を疑い外科的肺生検を行った。病理所見にて顆粒状の偏光物質、針状の物質が認められたため、粉塵曝露について再度詳細な問診を追加したところ、約10年前から同じメーカーのベビーパウダーを入浴後顔面・頸部にはたくように大量に使用していることが判明した。使用していたタルクパウダーと肺組織の鉍物分析にて構成成分・結晶構造の相同性を確認し、タルク肺と診断した。ベビーパウダー使用によるタルク肺の報告は稀であり、報告例とともに考察する。

78

PF-ILDの経過中に発症したSLEの1例

- 1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科,
- 2) 同 リウマチ膠原病内科

○岩林 正明¹⁾, 田村 誠朗²⁾, 壺井 和幸²⁾, 富岡 洋海¹⁾

70歳男性。X-3年にRaynaud症状、両手指の腫脹があり、当院リウマチ膠原病内科初診、抗核抗体5120倍、抗Sm抗体362 U/ml、抗RNP抗体>550U/ml、白血球・血小板減少などを指摘されたが、SLEとしては非典型的であり無治療で経過観察となっていた。胸部CTでは両側肺底部優位の間質性肺炎像があり、KL-6も1418 U/mlと上昇していた。拘束性障害が進行したため同年VAITSを施行し、probable UIP patternであった。X-2年からpirfenidoneを開始した。X年に腹部膨満と息切れを主訴に来院し、心嚢液増加と腹水貯留が出現していた。漿膜炎と考えられ、これまでの所見と合わせてSLEの診断基準を満たすと考えられた。mPSL500mg 3日間の投与と後療法として0.8mg/kg/dayのPSL、HCQ、MMFによる治療を行ない、経過良好で第13病日に自宅退院となった。全身性強皮症の分類基準には満たないが、SLEと強皮症が合併していた可能性、または抗Sm抗体陽性のMCTDの可能性が考えられた。

79

BCG膀胱内注入療法による薬剤性間質性肺炎と考えられた症例

近畿大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科

○大森 隆, 佐野安希子, 吉川 和也, 白波瀬 賢, 御勢 久也, 西川 裕作, 西山 理, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 原口 龍太, 東田 有智

症例は79歳男性。20XX年2月20日膀胱癌に対して7回目のBCG膀胱内注入療法を行われた。同日夜より全身倦怠感・発熱出現した。経過観察により解熱傾向であった。3月3日近医受診し胸部X線にて間質性肺炎を疑われ3月4日当科紹介受診・入院となった。CTでは両側上中葉舌区に小葉間隔壁の肥厚を伴うすりガラス陰影・小葉中心性の粒状陰影を認めた。各種抗酸菌培養検査は陰性。抗菌薬投与も効果不良であった。3月13日気管支鏡検査施行。BALFではマクロファージ75.6%・リンパ球23.2%・好酸球0%・好中球1.2%・CD4/8 8.5であった。BCG DLSTでは強陽性であり、BCG膀胱内注入による薬剤性間質性肺炎と考えられた。BCG膀胱内注入療法による肺合併症の多くはBCG感染によるものであり、薬剤性間質性肺炎は比較的稀と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

80

アベマシクリブによる薬剤性肺障害の一例

天理よろづ相談所病院

○長谷川健太, 武田 淳志, 丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史, 松村 和紀, 上山 維晋, 加持 雄介, 安田 武洋, 橋本 成修, 羽白 高, 田中 栄作, 田口 善夫

72歳女性。9年前より左乳癌に対して手術・放射線治療後に薬物治療が行われていたが、多臓器転移が増悪したため、4ヶ月前よりサイクリンDキナーゼ4/6選択阻害薬であるアベマシクリブが開始された。同薬開始2ヶ月後より労作時呼吸苦が出現していたが、生活上問題はなく経過観察されていた。症状出現2ヶ月後、乳癌外科外来受診時に、CTで両肺のすりガラス陰影を認め、薬剤性肺障害が疑われ緊急入院となった。KL-6 514U/mL, CRP 5.48mg/dL, PaO₂ 64.4Torr, 気管支肺胞洗浄液でリンパ球分画の上昇があり、臨床的にアベマシクリブによる薬剤性肺障害と診断した。アベマシクリブを中止し、ステロイドパルス療法を行い、画像所見、検査所見、自覚症状は改善した。アベマシクリブによる薬剤性肺障害は死亡例の報告もあり、注意すべき副作用である。全身ステロイドが奏功した一例として文献的考察も含めて報告する。

81

MPO-ANCA 陽性の間質性肺炎の病勢評価に Ga シンチグラフィが有用であった一例

大阪赤十字病院

○藤原 直樹, 森田 恭平, 伊藤 雅弘, 高橋 祥太,
水谷 萌, 青柳 貴之, 石川 遼一, 植松 慎也,
高岩 卓也, 中川 和彦, 黄 文禧, 吉村 千恵,
西坂 泰夫

症例は72歳女性, X-3年11月より間質性肺炎の診断で経過観察中に緩徐な線維化の進行を認め, X年1月末に当院に紹介。X年5月頃より全身倦怠感, 間欠熱が出現した。血液検査では抗菌薬加療に不応性の炎症反応高値の持続と, これまでの経過で陰性であったMPO-ANCAが弱陽性と陽転化を認めた。BAL及びTBLBを施行し, BALFでは好中球39%, リンパ球22%と上昇があり, 病理組織では気管支壁にリンパ球の浸潤を認めた。胸部CTでは明らかな間質性肺炎の進行や新規のすりガラス陰影の出現を認めなかったが, Gaシンチグラフィでは両肺に高集積像を認め, ANCA関連血管炎合併の間質性肺炎としてPSL 0.6mg/kgでの加療を開始した。治療開始後3ヶ月後のGaシンチグラフィでは両肺野の高集積は消退していた。MPO-ANCA陽性の間質性肺炎の初期評価と治療効果をGaシンチグラフィで比較した症例は少なく, 文献的考察を加えて報告する。

82

広範なすりガラス影を呈し VATS 肺生検で組織学的に診断したサルコイドーシスの1例

1) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科 2) 天理よろづ相談所病院 病理診断部

○竹野内政紀¹⁾, 平田 展也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 久米佐知枝¹⁾,
平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 大西 康貴¹⁾, 東野 幸子¹⁾,
加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾,
横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
中原 保治¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 小橋陽一郎²⁾

63歳男性。半年前から徐々に増強する労作時呼吸困難で近医を受診, びまん性陰影を認め当院に紹介となった。%VCは71.1, PaO₂は73mmHgと低下しており, 胸部CTですりガラス影・浸潤影・粒状影および両側肺門縦隔リンパ節腫大を認めた。EBUS-TBNAでリンパ節はサルコイドーシスで矛盾なかったが, 肺野病変が広範囲のすりガラス影を呈し他の原因による間質性肺炎の可能性が考えられたためVATS肺生検を施行したところ, 極めて多数の肉芽腫性病変を認め, サルコイドーシスと診断した。また肺組織のPAB抗体陽性よりPropionibacterium acnesの関与が考えられた。ステロイドが著効し経過良好である。サルコイドーシスの肺野病変について考察を加え報告する。

83

約10年間無症状のまま経過した肺病変先行型の関節リウマチ関連間質性肺疾患の1例

市立池田病院 呼吸器内科

○三橋 靖大, 住谷 仁, 清水 裕平, 田幡江利子,
橋本 重樹

症例は58歳男性, 2011年に検診で撮像した胸部CTにて両肺野胸膜直下・肺底部優位に散在する網状影を認めていたが, 無症状で経過した。2017年3月には胸膜直下の網状影の増強と肺底部に散在する嚢胞性病変の出現を認め, 特発性肺線維症 (inconsistent with UIP) と診断した。2020年9月に患者希望により他院にて胸腔鏡下肺生検を行ったところ, non-classifiable fibrosis との病理診断結果であった。2020年10月に両手首および左第3指MP関節の疼痛が出現, 精査の結果関節リウマチと診断した。肺病変が関節炎症状に先行する症例は関節リウマチ全体の10-20%と報告されているが, 10年以上無症状のまま経過した症例は少なく, ここに報告する。

84

ニンテダニブ, シクロスポリン, ステロイドによる治療を行った尋常性乾癬合併特発性肺線維症の一例

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

○新井 徹¹⁾, 竹内奈緒子²⁾, 滝本 宜之²⁾, 片山加奈子²⁾,
香川 智子²⁾, 井上 義一¹⁾

53歳男性。30歳頃, 尋常性乾癬と診断され外用薬で加療が行われた。修正MRC1度の労作時呼吸困難 (DOE) を認め, 胸部レントゲンでは肺容量減少と下肺野優位に網状陰影増強を認めた。胸部CTでは左肺優位に蜂巣肺, 牽引性気管支拡張 (TBE) を認めた。気管支肺胞洗浄液ではリンパ球46.8%, 経気管支肺生検では肉芽腫を認めなかった。自己抗体陰性, 過敏性肺炎を疑う抗原曝露もなく, 特発性肺線維症と診断した。%FVC 73.7%, %DLCO 48.9%であった。ニンテダニブ投与を開始したが, 4ヶ月後に%FVC 70.6%, DLCO 39.4%に低下, 左肺優位の嚢胞形成とTBE増悪, DOE悪化を認め, シクロスポリンを追加。3ヶ月後に%FVC 55%, DLCO 30.2%, 咳嗽・DOE悪化を認めたため, プレドニゾロン 20mg/日による加療を開始した。FVC 60.9%, DLCO 34.9%, 咳嗽・DOEの軽減を認めた。

85

結核治療開始15か月後に発生し多彩な所見を呈した paradoxical reaction の1例

1) 大阪市立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学,
2) 同 呼吸器内科学

○桑原 学^{1,2)}, 岡本 敦子²⁾, 井本 和紀^{1,2)},
柴多 渉¹⁾, 山田 康一¹⁾, 渡辺 徹也²⁾, 川口 知哉²⁾,
掛屋 弘¹⁾

症例は35歳女性。クローン病治療中。発熱と咳嗽を主訴に前医を受診したところ胸部CTでびまん性粒状影と右下葉浸潤影を指摘され、20XX年1月に当院を紹介受診した。喀痰抗酸菌塗抹、結核PCR陽性であり、肺結核、粟粒結核と診断し結核専門病院へ入院後結核治療を開始された。退院後は当院で治療を継続し、肝障害のため6月からはINH+EB+LVFXでの治療とした。治療開始15か月後に咳嗽悪化と喀痰抗酸菌塗抹の再陽性化を認めたほか、胸部CTで縦隔リンパ節腫大、右下葉浸潤影増大、右中間幹のポリープ状病変を認めた。気管支鏡にて各病変の生検を施行したところ全ての検体で乾酪壊死と類上皮細胞を認めたが、抗酸菌塗抹は陰性であった。paradoxical reaction と考え結核治療を継続し、気管支鏡検体の抗酸菌培養陰性確認をもって治療終了とした。治療開始から長期間経過後に発生し多彩な所見を呈した paradoxical reaction は比較的まれであり、文献的考察を含めて報告する。

86

早期診断、治療に至った尿路結核の1例

関西電力病院 呼吸器内科

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

78歳 男性。一か月前から頻尿、排尿時違和感を認め、当院泌尿器科で精査となった。腹部CTで、右水腎症、右尿管拡張、右下部尿管の壁肥厚を認めた。膀胱鏡検査で、膀胱三角部に非乳頭状隆起と、前壁と左壁に粘膜不整を認めた。経尿道的に膀胱と前立腺の生検を施行したところ、両方の組織検体から乾酪壊死を伴う類上皮細胞性肉芽腫とランゲルハンス型巨細胞の出現を認めた。尿検査で結核菌のPCRが陽性となり、尿路結核と診断し、INH、RFP、EBの3剤で抗結核治療を開始した。後に尿培養で結核菌陽性で、RFP、INH共に感受性があった。治療開始2か月後にEBを中止し、2剤での維持療法とした。現在、治療経過良好である。尿路結核は臨床所見や自覚症状が乏しいため、診断が遅れることが多いとされている。今回、早期診断、治療に至った尿路結核の1例を経験したため、文献的考察も加え報告する。

87

粟粒結核治療中に難治性気胸をきたした一例

大阪はびきの医療センター 感染症内科

○北島 平太, 新井 剛, 小菅 淳, 北原 直人,
韓 由紀, 橋本 章司, 田村 嘉孝, 永井 崇之

【症例】入院2ヶ月前より食不振、2週間前より発熱、全身倦怠感あり。体動困難となり医療機関を受診し、喀痰抗酸菌塗抹検査陽性、結核菌LAMP陽性、胸部CTで粟粒影認めたことから粟粒結核および肺結核と診断され当院入院となった。【経過】入院後、抗結核薬による治療を開始した。経過中右肺に計4回の気胸を繰り返し、計5回の胸膜癒着術、長期胸腔ドレナージ治療を要した。約6ヶ月の入院加療後、リハビリ目的に療養型病院に転院となった。粟粒結核に気胸を合併した症例は稀であり、今までの症例報告を含めて報告する。

88

排尿障害を契機に発見された前立腺結核の1例

神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科

○徳重 康介, 益田 隆広, 濱崎 直子, 三輪菜々子,
木田 陽子, 額 力也, 上領 博, 櫻井 稔泰,
多田 公英

症例は89歳日本人男性、20歳で肺結核の既往あり。排尿障害、残尿感を認めており、腹部CT検査で前立腺肥大を指摘され泌尿器科受診。MR画像では、前立腺体部の辺縁域から移行域にかけてT2WIで低信号、DWIで高信号を示し、前立腺癌が疑われた。そのため前立腺生検を施行し、乾酪壊死巣を伴う類上皮細胞肉芽腫を認めた。尿抗酸菌検査では、塗抹陰性であったが培養検査で結核菌を認めた。また、胸部CT検査では両側上葉の陰影の増悪を認め、喀痰抗酸菌検査で塗抹陽性、PCR法で結核菌を検出した。以上より前立腺結核および肺結核と診断し、入院加療とした。INH+REP+EBを開始。その後、尿と喀痰の結核菌陰性化を確認し退院。2ヶ月でINH+REPに減量し、計9ヶ月で治療終了とした。以降再発なく経過している。前立腺結核は近年非常に稀な疾患であり、文献的考察を交えながら報告する。

89

発症早期から粟粒結核を疑い検査を行ったが診断に難渋した高齢者結核の一例

- 1) 大阪医科薬科大学 内科学講座 (I),
2) 大阪医科薬科大学病院 呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科,
3) 同 がん総合医療センター, 同 臨床研究センター,
4) 市立伊丹病院 呼吸器内科, 5) 甲聖会記念病院 内科

○金岡 聖恵^{1,2)}, 池田宗一郎^{1,2)}, 満屋 奨⁴⁾,
吉田 修平⁵⁾, 辻 博行¹⁾²⁾, 松永 仁綜^{1,2)},
鶴岡健二郎^{1,2)}, 中村 敬彦¹⁾, 田村 洋輔^{1,2)},
今西 将史^{1,2)}, 今川 彰久¹⁾, 藤阪 保仁^{2,3)}

84歳女性。僧帽弁閉鎖不全症に対して3月24日に僧帽弁形成術を受け、ワルファリンを服用中。4月頃から微熱を自覚も、胸部CTでは肺野に著変を認めず。6月19日に微熱の持続と呼吸困難感を主訴に受診し、胸部CTでびまん性小粒状影の出現を認めた。粟粒結核を積極的に疑ったが、尿および骨髄生検で結核菌PCR陰性、経気管支肺生検・肝生検では僅かな微小類上皮細胞肉芽腫のみで、細菌学的検査は陰性。7月27日に採取した椎間板部貯留液の培養で結核菌が検出され確定診断に至った。

粟粒結核は診断モダリティの進歩で早期発見は可能になったが、早期は病変が少ない事に加え、患者の高齢化・合併症の併存により侵襲的検査・診断に苦慮する事が多い。

90

心サルコイドーシスに対するステロイド投与中に発症したTSPOT陰性/尿培養陽性の粟粒結核の一例

- 1) 加古川中央市民病院 呼吸器内科,
2) 同 循環器内科

○宮崎梨香子¹⁾, 徳永俊太郎¹⁾, 藤岡 美結¹⁾, 高原 夕¹⁾,
松本 夏鈴¹⁾, 平位 一廣¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 石田 貢一¹⁾,
山本 賢¹⁾, 藤井 真央¹⁾, 多木 誠人¹⁾, 堀 朱矢¹⁾,
西馬 照明¹⁾, 中西 祐介²⁾, 下浦 広之²⁾, 角谷 誠²⁾

【症例】74歳、女性。X年2月に心サルコイドーシスと診断した。診断時には肺門リンパ節腫脹は見られたが肺野病変を認めなかった。プレドニン内服を開始し、病勢は制御されていた。プレドニン6mg内服中のX+1年2月に10日以上持続する37-38℃の発熱のため受診し、両肺粒状影と左上葉肺結節の新規出現を認めた。肺野サルコイドーシスか粟粒結核が疑われた。TSPOTは陰性、3連痰鏡検陰性であったが、痰のTB-TRCが陽性、胃液で抗酸菌の鏡検が陽性であった。肺結核/粟粒結核として4剤(HREZ)治療を開始し、肺陰影は消退した。4週培養で尿からも結核菌が同定された。

【考察】肺サルコイドーシスとの鑑別に苦慮した。TSPOTは感度・特異度も優れた検査であるが、免疫抑制療法による免疫低下、リンパ球減少状態では陰性になる場合があることに注意が必要である。尿沈渣が正常でも、尿抗酸菌培養が陽性になることが知られており、診断に尿培養は有用であると考えられた。

91

演題取り下げ

92

若年者のM. abscessus subsp. massiliense症に対して集学的治療を行った一例

- 1) 市立大津市民病院 呼吸器内科,
2) 同 呼吸器外科, 3) 同 病理診断科

○武井 翔太¹⁾, 永谷 浩平¹⁾, 平井 聡一¹⁾, 田中 理美¹⁾,
土橋 亮太²⁾, 柳田 正志²⁾, 戸田 省吾²⁾, 濱田 新七³⁾,
平沼 修¹⁾

患者は40代男性。X年X月にレントゲン健診異常を指摘された。CTで右上肺野に空洞影を認め、喀痰塗抹検査でGaffky5号であった。PCR検査では結核菌とMAC症が陰性であり、EB, CAM, RFPによる加療を開始した。培養よりM. abscessusが検出されたため、X+1月に入院しCAM, AMK, IPM/CSによる点滴加療を開始した。入院中にM. massilienseが同定された。入院と外来で計2カ月点滴加療したのちに、胸腔鏡下右肺上葉切除術を行い、さらに点滴加療を1ヶ月追加した。現在はCAM, STFX, FRPMによる内服加療に切り替えて再燃なく経過している。M. abscessus感染症は臨床経過や治療反応性が様々であり、経験的治療や治療方針の決定が困難であることが多い。本症例においても内科的治療による病変の縮小は軽度であったが、外科的切除により病変コントロールを達成できた。本菌分離例では積極的な治療介入と、外科的治療を含めた集学的治療が必要である。

Mycobacterium shinjukuense 肺感染の2例

国立病院機構大阪刀根山医療センター 呼吸器内科

○久下 朋輝, 川崎 貴裕, 松木 隆典, 辻野 和之,
三木 真理, 三木 啓資, 木田 博

【緒言】Mycobacterium shinjukuense は2011年に本邦で発見され Runyon3群に分類される抗酸菌である。希少ではあるが、MTD法やTRC法の偽陽性により結核菌と誤同定されることがあるため臨床的に重要な菌種である。【症例1】67歳女性。1カ月持続する黄色痰および血痰のため当院を受診した。喀痰抗酸菌塗抹検査および結核菌TRC法は陽性であり隔離入院となったが、形態が結核として非典型的であったため他院での同定検査を依頼しM. shinjukuense と同定した。INH/RFP/CAMによる加療を1年間行い改善した。【症例2】85歳女性。喀痰および胸部異常陰影のため当院に紹介となった。気管支鏡検査で同定不能抗酸菌を検出し、MLST法によりM. shinjukuense と同定した。EM導入で症状および陰影の改善が見られ、継続加療中である。【結語】M. shinjukuense による肺感染の2例を経験した。その臨床像はまだまだ十分には解明されておらず、さらなる症例の集積が求められる。

無筋症性皮膚筋炎合併間質性肺炎に合併した肺Mycobacterium shimoidei 症の1例

天理よろづ相談所病院

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

症例は58歳女性。X-3年に無筋症性皮膚筋炎合併間質性肺炎(抗MDA5抗体陽性)を発症し、PSL・TAC・IVCYおよび血漿交換・リツキシマブ・IVIGにより寛解し、PSL+TACによる維持療法を施行されていた。X-1年の胸部CT検査で、左肺S1+2背側の嚢胞性変化を認める部位に、壁肥厚・周囲の浸潤影を伴う空洞陰影が出現し、増大傾向のためX年に当科紹介となった。喀痰抗酸菌塗抹の3回陽性を認め、約3週の培養でMycobacterium属を認め、MLST解析によりMycobacterium shimoidei と同定した。薬剤感受性結果を参考にしてEB+CAM+LVFX内服およびKM筋注による多剤併用治療を開始した。治療開始後速やかに排菌は陰性化し、画像上も空洞壁肥厚や周囲の浸潤影が改善した。M. shimoidei による非結核性抗酸菌症は稀であり、文献的考察を交えて報告する。

悪性胸水を疑われたMycobacterium mageritense による胸膜炎の一例

1) 国立病院機構大阪刀根山医療センター 呼吸器内科,
2) 大阪大学医学部 呼吸器・免疫内科○久下 朋輝¹⁾, 福島 清春²⁾, 川崎 貴裕¹⁾, 松木 隆典¹⁾,
辻野 和之¹⁾, 三木 真理¹⁾, 三木 啓資¹⁾, 木田 博¹⁾

【背景】非結核性抗酸菌(NTM)は結核菌と異なり胸膜炎を起こす頻度は低いが、診断に難渋することも多く、予後は不良である。【症例】77歳男性。定期通院時の胸部レントゲンで右胸水および右上肺野結節影を指摘された。結節影は経気管支肺生検で非小細胞肺癌と診断したが、胸水はリンパ球優位以外の所見はなく、右上葉切除を行った。扁平上皮癌pT1cN0M0 Stage1A3と診断し、胸水は経過観察としたが術後半年で増加した。胸腔穿刺により同定不能迅速発育抗酸菌を検出し、NTM胸膜炎として胸腔ドレナージおよびLVFX投与を行い改善したが、ドレイン抜去後に再燃し、誤嚥性肺炎を併発した。IPM/CSを投与したがCO2ナルコーシスを発症し死亡した。【結語】早期肺癌と合併したことや、TRC法で検出できない菌種であったことが診断を遅らせた原因と考えられた。NTM胸膜炎の予後改善のため、早期診断を意識した診療が求められる。

肺抗酸菌症由来臨床検体のメタゲノムによるフローラ解析

1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター,
2) 国立感染症研究所 病原体ゲノム解析研究センター,
3) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 内科○吉田志緒美¹⁾, 関塚 剛史²⁾, 黒田 誠²⁾, 露口 一成¹⁾,
井上 義一¹⁾, 鈴木 克洋³⁾

一般的に、臨床材料は炎症巣での起炎菌と生体との相互反応の結果を含有しており、いわゆる感染病巣からのメッセージである。しかし、基本的に抗酸菌の同定は、MTBや特定のNTMの特異的ターゲットの増幅・検出であり、特異度は高いが網羅性は低い。今回、臨床検体に内在する細菌叢における抗酸菌感染の実態把握を目的として、網羅的メタゲノム解析を行った。対象は、肺抗酸菌症と診断された270症例の初診時下気道検体からの抽出DNAとし、NextSeqにより得られたゲノム配列をmegablast検索して生物種を特定した。メタゲノム解析では、培養(もしくはPCR)でTB陽性100検体の96%とTB陰性140検体の54%からMTBが検出できた。さらに、結核既往歴のない患者検体から結核の混合感染を示唆する複数の病原体が推定された。よって、メタゲノム解析は、患者の病態を俯瞰的に観察することができ、NTMとMTBの重感染における適正な治療方針を検討する必要性を示唆したと考える。

97

アミカシン吸入が著効した MAC 症の一例

1) 社会医療法人美杉会男山病院 呼吸器科,
2) 同 薬剤部, 3) 同 看護部, 4) 同 整形外科

○福田 正順¹⁾, 春名 茜¹⁾, 原 敬²⁾, 吉田 由美²⁾,
村上 友香³⁾, 住吉 康子³⁾, 荒木 雅人⁴⁾

症例は68歳女性, 42歳発症の関節リウマチの痛みで整形外科で加療されていた。60歳頃よりM.avium陽性の非結核性抗酸菌症に加え, リウマチ性間質性肺炎が出現し呼吸器科に紹介された。2017年12月に痰の症状あり, CAM+RFP+LVFX 開始となった。2018年両膝手術後より関節痛にて免疫抑制剤変更やステロイド増量に伴い痰の増加あり, (2+):Gaffky 5となった。MAC 抗体は10.00以上であった。RFP+CAM+LVFXにKMを追加したが, 下痢のため続行できず, 最終的にCAM+RFP+STFXとしたが病勢はコントロールできなかった。アミカシン注射液 200 mg 4A を生理食塩水で希釈して12mlにして, ネブライザーで吸入した。4週間の入院で(2+):Gaffky 8であった喀痰の塗末が(+):Gaffky 1まで改善して退院となった。現在は塗末陰性(-):Gaffky 0で維持している。アミカシンについてはリボソームに封入した初の吸入薬のアリケイスが承認されたが, これまでの文献的考察を加え報告する。

98

気管支鏡検査後に急激に増悪した Mycobacterium avium 感染症の一例

市立吹田市民病院 呼吸器・リウマチ科

○田邊 英高, 稲田 怜子, 鉄本 訓史, 鬼迫 芳行,
宮本 哲志, 樋口 貴俊, 角田 尚子, 津田 学,
依藤 秀樹, 樋上 雄一, 宮崎 昌樹, 片田 圭宣

55歳, 女性。健診の胸部Xpで, 異常陰影を指摘され当院に紹介となった。胸部CTで右肺尖に空洞陰影を認め, 気管支鏡下で右B1から生検を行ったが, 検査翌日から発熱があり, 検査による肺炎の合併と考えSBT/ABPCで治療を開始した。治療開始後も解熱せず, 右上葉に新たな浸潤影が出現し増悪傾向となった。BALFから一般細菌は検出されずM.avium PCR陽性であったため, 抗酸菌感染症の急激な増悪と考えRFP + EB+CAM + LVFXに治療を変更とした。その後解熱傾向となったが, 薬剤性が疑われる皮疹が出現したため, EB+CAM + SM (3カ月後NQに変更)として継続し, 肺炎は徐々に改善した。経過から気管支鏡検査後に非結核抗酸菌症が急激に増悪したと考えられ, このような報告は今迄にはなく, 若干の文献的考察を加え報告する。

99

関節リウマチ治療中に播種性クリプトコッカス症を発症した一例

大阪府結核予防会大阪病院 内科

○東口 将佳, 前倉 俊也, 西岡 紘治, 木村 裕美,
奥田みゆき, 松本 智成

症例は78歳男性。4ヶ月前に多発関節痛にて関節リウマチと診断された。メトトレキセートによる治療が開始され, 関節痛は改善したもののCRPが依然高いとのことで紹介受診。胸部CTで右肺上葉S2に局限する小粒状陰影を認め, 気管支肺炎として内服抗生剤治療を行いCRPは低下。しかし, 4ヶ月後には肺の陰影が増悪し右肺全体に多発結節影が出現した。右下肢に皮膚病変も出現した。気管支鏡検査, 皮膚生検によりクリプトコッカス症と診断。髄液からもクリプトコッカスが検出された。アムホテリシリンリボソーム製剤点滴での導入治療, さらにフルコナゾールでの維持治療を行った。メトトレキセートは中止し, かわりにアバタセプトを開始した。クリプトコッカス症は関節リウマチ治療に関連した重要な日和見感染症のひとつである。慎重に症例を選べばアバタセプトは播種性クリプトコッカス症を合併した関節リウマチで使用可能かもしれない。

100

診断に苦慮したニューモシスチス肺炎の1例

済生会野江病院 呼吸器内科

○藤木 貴宏, 野田 彰大, 山本 直輝, 松本 健,
相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

【症例】49歳男性【主訴】呼吸困難【現病歴】転勤に伴い3年前に転居した。4月上旬から労作時呼吸困難, 9月より咳嗽や発熱もみられ, 抗生剤加療を行うも改善なく紹介となった。【臨床経過】胸部CTで両側びまん性に淡いすりガラス影を認めた。画像所見, 生活環境から過敏性肺臓炎を疑い気管支鏡検査を実施したところ, BALFはリンパ球優位でCD 4/8比は著しく低下していた。入院後症状は自然軽快し, 自宅環境を整備して退院としたが, 2ヶ月後には症状が再燃しており, CTでも陰影の増悪を認めた。改めて生活歴を聴取すると同性間の性交渉歴があり, HIV抗体が陽性であった。再度BALを実施し, AIDSに伴うニューモシスチス肺炎と確定診断した。【考察】AIDSに伴うニューモシスチス肺炎は慢性の臨床経過を呈することが多く, 本症例も一時は過敏性肺臓炎と誤診し診断に苦慮した。一般抗生剤が無効の若年者の両側肺炎では性嗜好も含めた問診が重要と考えられた。

101

悪性リンパ腫治療中に発症し症状が遷延した COVID-19 肺炎の一例

NHO 姫路医療センター

○三宅 剛平, 塚本 宏壮, 水守 康之, 佐々木 信,
河村 哲治, 小南 亮太, 大西 康貴, 東野 幸子,
加藤 智浩, 鏡 亮吾, 勝田 倫子, 平野 克也,
久米 佐知枝, 平岡 亮太, 平田 展也, 竹之内政紀,
井野 隆之, 世利 佳澁

65才女性。X-2年に悪性リンパ腫と診断され、リツキシマブを含む多剤併用化学療法を行われ、ほぼ臥床状態となっていた。COVID-19発症のため、当院紹介入院。O2 1LでSpO2 94%、38.5度前後の弛張熱有り、リンパ球数290/ μ L、IgG 455mg/dLと免疫不全の状態であった。胸部Xpでは両肺にすりガラス影出現を認めた。day1より5までレムデシビル点滴を行い、やや解熱傾向となったが、day10より再度発熱が出現、39度を超えるスパイク状の熱型となり、一時O2 リザーバー 12LでSpO2 95%と呼吸状態も悪化した。誤嚥性肺炎を疑い、抗菌剤を使用したが発熱しなかった。SARS-CoV-2のPCRが陽性継続しており、COVID-19の遷延を考え、day14よりレムデシビル点滴を再開したところ、38度前後の間欠熱が1日1回程度と解熱し、O2 1LでSpO2 93%前後と酸素化も改善した。悪性リンパ腫及びその治療後の免疫不全に伴うCOVID-19遷延例は多数報告があり、文献的考察をふくめ報告する。

102

重症 COVID-19後の呼吸不全に対しステロイドパルス療法を施行した1例

市立福知山市民病院

○山本 千恵, 二村 俊, 澤田 凌, 杉本 匠

重症 COVID-19後に呼吸不全が遷延しステロイドパルス療法を施行した1例を経験した。症例は76歳男性。発熱を契機に COVID-19と診断され、重症化し人工呼吸管理を要した。各種治療により軽快し抜管、人工呼吸器を離脱したがその後再び呼吸状態が悪化した。呼吸不全再燃時、画像上器質化肺炎様の所見を認め、他疾患を除外のうえステロイドパルス療法を施行したところ呼吸状態、画像所見ともに著明な改善を認めた。COVID-19後、呼吸不全が遷延し、器質化肺炎様の所見を認め、かつ自然経過で改善傾向が乏しい場合、副腎皮質ステロイド投与が有効である可能性が示唆された。ただしその際は二次性感染症など他疾患の鑑別が重要である。

103

検診にて発見された無症候性 COVID-19肺炎の2症例

1) 京都大学医学部附属病院 先制医療・生活習慣病研究センター、2) 同 呼吸器内科

○今井誠一郎^{1,2)}, 松島 晶¹⁾, 八上 全弘¹⁾, 日野田卓也¹⁾,
磯田 裕義¹⁾, 鈴木 和代¹⁾, 糸谷 涼²⁾, 谷澤 公伸²⁾,
伊藤 功朗²⁾, 井上真由美¹⁾

【症例】2症例とも、本人任意の定期健診。【1】51歳男性、咳や痰などの呼吸器症状なし。白血球数 3560 μ l, CRP 0.6mg/dl。PET-CT 検査にて両側胸膜直下背側に浸潤陰影、斑状性スリガラス陰影、浸潤影にはFDG集積。当院呼吸器内科に紹介し、SARS-CoV-2 PCR 検査が陽性のため、COVID-19肺炎の診断。地元病院で観察入院3日となったが、無症状で退院した。【2】53歳男性、咳や痰などの呼吸器症状なし。白血球数 3070 μ l, CRP 0.1 > mg/dl。PET-CT 検査にて右上葉、中葉、右下葉 S6末梢にスリガラス陰影、S6末梢のFDG集積。地元の保健所を紹介し、SARS-CoV-2 PCR 検査が陽性のため、COVID-19肺炎の診断。自宅隔離となったが、自覚症状なく、10日間で隔離解除となった。【結語】PET-CT 検査にて複数のスリガラス陰影、FDG集積を認める場合には、呼吸器症状がなくても、COVID-19感染症を疑う必要がある。診療従事者を守るため、検診でも感染対策は必須である。

104

気管支鏡検査にて観察し得た定型カルチノイドに合併した肺黒色真菌症の1例

北播磨総合医療センター

○伊藤 彩希, 高月 清宣, 山崎 瞬, 寺下 智美,
金城 和美, 河野 祐子, 松本 正孝

症例は61歳男性。X年5月に1年前からの血痰および黒色調の痰を主訴で紹介された。胸部単純レントゲン写真で右下肺野に腫瘍影を認め、胸部単純CTで中間気管支幹および末梢気管支に粘液栓、右肺 S7領域に腫瘍影を認めた。気管支鏡検査で中間気管支幹入口部に一部黒色調を呈する表面不整の腫瘍を認めた。生検で悪性所見を認めず、培養にて *Exophiala phaeomuriformis* と判明した。同年7月の胸部単純CTで粘液栓は自然消退するも腫瘍影が残存していたため、ポリコナゾールで加療したが改善しなかった。気管支鏡検査を再施行したところ、B7入口部に腫瘍を認め、組織診でカルチノイドと診断し、右肺底区域切除術を施行した。 *Exophiala spp.* は湿潤な環境に生息する黒色真菌である。腫瘍部位が真菌に曝露され感染に至ったと考えられた稀な症例を経験したため報告する。

105

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) を契機に間質性肺炎急性増悪をきたした1例

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

○佐藤 竜一, 福島 有星, 東 正徳, 太田 和輝,
日下部悠介, 春田 由貴, 宮崎 慶宗, 中村まなび,
佐渡 紀克, 齋藤 隆一, 上田 哲也, 長谷川吉則

症例は60歳男性。入院3日前からの発熱を主訴に当院受診。胸部CTにて両肺野すりガラス影及び軽度線維化像を認め、新型コロナウイルスPCR陽性でありCOVID-19と診断した。レムデシビル、デキサメタゾン等にて加療し第16病日に退院。退院数日後より再度発熱、労作時呼吸困難出現し、X線陰影の増悪を認めた。第26病日よりデキサメタゾンの再投与を行ったところ改善認め2週間で投与終了した。ただ治療終了後より発熱・呼吸困難の再燃を認め、第48病日に来院。酸素15L/minを要する呼吸状態の悪化、胸部CTで両肺野に広範囲のすりガラス影出現を認めた。新型コロナウイルスPCR検査陰性であり、間質性肺炎の急性増悪と判断。ステロイドパルス療法施行し、すりガラス影、症状ともに改善を認めた。COVID-19肺炎では間質性肺炎と類似した画像所見を呈するが、間質性肺炎急性増悪との関連性の報告はまだ少ないため、若干の文献的考察を含めて報告する。

106

Edwardsiella tarda による膿胸の1例

近畿大学 医学部 呼吸器・アレルギー内科

○御勢 久也, 佐野安希子, 國田 裕貴, 吉川 和也,
白波瀬 賢, 綿谷奈々瀬, 西川 裕作, 大森 隆,
西山 理, 佐野 博幸, 岩永 賢司, 原口 龍太,
東田 有智

症例は6x歳男性。膝管内乳頭粘液性腫瘍にて当院外科、糖尿病にて内分泌代謝糖尿病内科に通院され、腎硬化症による慢性腎不全のため透析導入されていた。202x年12月末からの右季肋部痛、左側腹部痛のため胆管炎疑いとして当院消化器内科へ202x+1年1月初旬に入院となったが、入院後の検査結果より胆管炎は否定的であった。画像検査にて両側胸水貯留があり当科紹介され、胸水穿刺の結果から左膿胸、右肺肺炎随伴性胸水と診断されたため当科転科となった。胸水培養検査より *Edwardsiella tarda* (*E. tarda*) が検出されたため、同菌による膿胸として左胸腔ドレナージ術と抗菌薬治療を行い、軽快した。*E. tarda* は魚類や爬虫類から分離されるグラム陰性桿菌であり、ヒトへの感染形態としては腸管感染が約8割を占める。本例のような膿胸の報告は稀であり、希少な症例と考え報告する。

107

急性左下肢動脈閉塞症にて左下肢切断を余儀なくされた重症COVID-19の1例

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科 同ICT

○北川 怜奈, 福島 有星, 日下部悠介, 太田 和輝,
佐藤 竜一, 春田 由貴, 宮崎 慶宗, 中まなび,
佐渡 紀克, 齋藤 隆一, 東 正徳, 上田 哲也,
安井 良則, 長谷川吉則

症例60歳男性。既往高血圧、脂質異常症、糖尿病、睡眠時無呼吸、陳旧性心筋梗塞、脳梗塞。入院7日前より倦怠感、食思不振、咳嗽を認めた。突然の左下肢痛、冷感のため当院救急外来を受診。来院時、酸素マスク10L/分を要する呼吸不全を認めており、胸部CTでは両側に胸膜付近の非区域性すりガラス影を広範囲に認めた。SARS-CoV-2抗原陽性でありCOVID-19と診断。左下肢は膝窩動脈以下の拍動を認めず、下肢エコーで血流途絶を認めており、急性左下肢動脈閉塞症と判断した。入院後、直ちに気管挿管を行った。呼吸循環動態が不安定であったため、左下肢動脈閉塞症に対する血管カテーテル検査は行わず、ヘパリン持続投与とした。第8病日に抜管後、左下肢動脈カテーテル検査を行ったが壊死部位の範囲が広く、救肢は困難と判断し左下肢切断となった。COVID-19による左下肢動脈閉塞症にて左下肢切断を余儀なくされた報告はないため、若干の文献的考察を行い報告する。

108

クライオ肺生検で診断した成人T細胞白血病リンパ腫の1例

1) 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 血液内科,
3) 同 病理診断科

○平田 展也¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾,
平岡 亮太¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾,
東野 幸子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 勝田 倫子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾,
横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾,
河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 日下 輝俊²⁾, 河合 潤³⁾

症例は68歳男性、10年以上前に近医でサルコイドーシスと診断され、PSL 1mgで治療されていた。X年1月と3月に両側びまん性の気管支血管周囲や胸膜直下のすりガラス・浸潤影に対してステロイドパルス施行されるも改善乏しいために5月に当院紹介となった。白血球16900/ μ L、好酸球2370/ μ L、sIL-2r 75604 U/mLと上昇、末梢血にてflower cell様リンパ球を認め、HTLV-I抗体(+), 経気管支クライオ肺生検にてCD3+/CD4+ 異型細胞のびまん性増殖を認めた。以上より成人T細胞白血病リンパ腫(ATLL)の肺病変と診断、ハイフローネーザルカマラを使用しながらMogamulizumabとLenalidomideで治療し改善をみた。クライオ肺生検が診断に有用であったATLLの1例を経験したので、若干の文献的考察も加え報告する。

109

非挿管重症 COVID-19 患者に対する awake proning の有用性について

- 1) 洛和会音羽病院 呼吸器内科,
- 2) 洛和会京都呼吸器センター

○田中 友樹¹⁾, 榎本 昌光¹⁾, 畑 妙¹⁾, 坂口 才¹⁾,
田宮 暢代¹⁾, 土谷美知子¹⁾, 長坂 行雄²⁾

HFNC を用いた重症 COVID-19 患者に対する、覚醒下での腹臥位療法 (awake proning) の有用性は議論が続いている。当院では 2020 年 12 月初旬より ECMO までは使用しない重症患者の入院診療を開始し、中旬以降、重症 COVID-19 患者に対して隔離下でも PT 介入し、awake proning を含めたリハビリテーションを行っている。今回、2020 年 12 月 1 日 - 2021 年 3 月 1 日に入院した患者のうち、HFNC を使用した 25 名を対象とし awake proning の有用性を後方視的に検討した。死亡率は、awake proning 施行群で 22.2%、非施行群では 68.8% で、46.6% の絶対リスク減少であった。考察を加え、報告する。

110

気管支内腔に白苔形成を認めたマイコプラズマ肺炎の 1 例

- 1) 大阪市立十三市民病院, 2) ベルランド総合病院

○河本 健吾¹⁾, 引石 惇仁²⁾, 宇治 正人¹⁾, 白石 訓¹⁾

症例は 27 歳女性。X 年 9 月初旬からの発熱、咳嗽で近医を受診した。対症薬で改善せず、胸部単純 X 線写真で右上中肺野に結節影を認め当院へ紹介となった。細菌性肺炎として AZM 等を投与したが改善せず、精査加療のため入院となった。抗菌薬 PIPC/TAZ 等を投与したが奏功せず、気管支鏡検査を第 5 病日に施行した。その際、主気管支分岐部に白苔の付着を認めた。経気管支生検を施行し、病理検査で有意所見を認めなかった。培養検査で有意菌を検出できなかった。マイコプラズマ (PA) 抗体が 10240 倍とベア血清で上昇し、喀痰 LAMP 法でマイコプラズマを検出、マイコプラズマ肺炎と診断した。その後は解熱傾向となり、呼吸器症状も改善した。第 19 病日に気管支鏡検査を再検し、白苔の消失を確認した。経過良好で第 20 病日に退院となった。マイコプラズマ肺炎による気管支内腔の白苔形成は報告が少なく、若干の文献的考察を含め報告する。

111

Liposomal amphotericin B の効果不良で voriconazole が奏効した播種性クリプトコックス症の一例

- 1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科,
- 2) 同 感染制御部

○宮井 優¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 春谷 勇平¹⁾, 田中 将規¹⁾,
村上恵理子¹⁾, 佐藤 孝一¹⁾, 杉本 武哉¹⁾, 柴木 亮太¹⁾,
寺岡 俊輔¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 徳留なほみ¹⁾, 小澤 雄一¹⁾,
赤松 弘朗¹⁾, 洪 泰浩¹⁾, 中西 正典¹⁾, 上田 弘樹¹⁾,
小泉 祐介²⁾, 山本 信之¹⁾

症例は 69 歳男性。リウマチ性胸膜炎に対するステロイド加療中、肺のびまん性多発結節影と足関節周囲の潰瘍性病変を認めた。血清 GXM 抗原陽性からクリプトコックス症を疑い、呼吸不全を伴ったため liposomal amphotericin B (L-AMB) を開始した。髄液培養は陰性であったが、血液培養、創部培養から *Cryptococcus neoformans* が検出され播種性クリプトコックス症と診断し、flucytosine を併用した。治療開始後は結節影の増大は抑制されたが、地固め療法として fluconazole へ変更後結節影の増大と CRP 上昇を認め再燃と判断した。L-AMB を再開したが改善せず。気管支鏡検査再施行した。気管支洗浄液での GXM 抗原陽性および Grocott 染色で組織内に *Cryptococcus* 菌体の存在を認め、他の有意菌は認めなかった。Voriconazole へ変更後、結節影縮小と CRP 低下を認めた。以上より L-AMB の効果不良で voriconazole が奏効したクリプトコックス症を経験したので、文献的考察を加え報告する。

112

COVID-19 感染後に脳症を発症しステロイド治療に不応も血漿交換が有効であった 1 例

公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院

○為定 裕貴, 井上 大生, 上田 明宏, 岡 佑和,
中川 朋一, 瀧内 曜子, 宇山 倫弘, 林 優介,
伊元 孝光, 濱川 瑠子, 北島 尚昌, 丸毛 聡,
福井 基成

症例は 50 歳男性。既往として特発性全般てんかんがある。COVID-19 を発症後第 4 病日に入院。Dexamethasone 6mg/日 で加療開始した。肺炎像は軽度増加あるも低酸素血症は認めなかった。発熱は持続し、第 16 病日に溶血所見を認め、直接 Coombs 試験陽性より COVID 関連自己免疫性溶血性貧血が疑われた。同日左同名半盲契機に脳梗塞を疑い抗凝固療法を行うも改善を認めず。第 18 病日に撮影した頭部 MRI で右側頭葉から後頭葉に、皮質下から深部白質領域の T2WI/FLAIR 信号上昇と腫脹を認め、脳症が疑われた。第 18 病日よりステロイドパルス治療を行うも改善に乏しく、第 22 病日に左上下肢麻痺・左口角下垂が出現した。第 25 病日に血漿交換を開始した所、以降改善傾向となった。なお溶血性貧血はステロイドで軽快した。COVID 関連合併症・血漿交換の有用性について考察を交えて報告する。

113

COVID-19肺炎治療後に肺結核を発症した一例

国立病院機構近畿中央呼吸器センター 内科

○飛田 哲志, 岡森 仁臣, 稲垣 雄士, 片山加奈子,
倉原 優, 小林 岳彦, 蓑毛祥次郎, 香川 智子,
滝本 宜之, 菅原 玲子, 露口 一成, 井上 義一

症例は79歳男性。COVID-19肺炎で前医へ入院した。急速に呼吸不全が進行し、高次医療機関へ転院となり挿管・人工呼吸管理を施行された。レムデシビル、ヘパリン、デキサメタゾンの投与を行い呼吸不全は改善し、人工呼吸器を離脱後に前医へ再入院された。肺野に浸潤影が残存していたためデキサメタゾン6mg/dayを短期間で終了とせず、第10病日以降は器質化肺炎としてプレドニゾロンを20mgから漸減しながら継続した。プレドニゾロン、抗菌薬にも不応の発熱が遷延し、両肺下葉を中心とした浸潤影が次第に増悪した。第50病日の胸部CT検査で左肺底部に空洞を伴う浸潤影を認め、気管支鏡検査を施行し肺結核と診断した。排菌を伴う肺結核として第56病日に当院へ転院し、化学療法を開始した。COVID-19肺炎治療後に肺結核を発症する症例は報告が少ないため、文献的考察を加えて報告する。

114

Rothia mucilaginosa による結節性病変から咯血をきたした一例1) 大阪市立大学医学部附属病院 呼吸器内科,
2) 大阪市立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学○石山 福道¹⁾, 久保 寛明¹⁾, 丸山 直美¹⁾, 岡本 敦子¹⁾,
中井 俊之¹⁾, 佐藤佳奈子¹⁾, 山田 康一²⁾, 渡辺 徹也¹⁾,
浅井 一久¹⁾, 川口 知哉¹⁾

【背景】*Rothia mucilaginosa* は口腔内に常在する通性嫌気性グラム陽性球菌である。血液悪性腫瘍や免疫不全患者において、菌血症や髄膜炎などの感染症の起原菌となるが、肺結節性病変から咯血をきたした報告は少ない。【症例】54歳女性。30歳時に1型糖尿病を指摘され、46歳から慢性腎不全で維持透析を行われていた。虫垂炎、腹腔内膿瘍治療後の経過フォローのCTで偶発的に右S6に結節影を指摘され、経過観察していた。約2年間にわたり結節性病変は縮小傾向であったが、突然の咯血により緊急入院となった。右S6結節からの出血が疑われ、気管支動脈塞栓術を施行した。気管支鏡検査下で右S6結節から生検を施行したところ、組織培養から*Rothia mucilaginosa* を検出した。【結論】*Rothia mucilaginosa* による肺結節性病変から咯血をきたした稀な症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

115

CTにて空洞を伴う気道散布陰影を認め結核との鑑別を要した肺クリプトコッカス症の一例

1) 京都府立医科大学 呼吸器内科,
2) 松下記念病院 呼吸器内科,
3) 市立福知山市民病院 呼吸器内科○新田 直大¹⁾, 澤田 凌²⁾, 松井 遥平¹⁾, 大倉 直子²⁾,
森本 吉恵¹⁾, 岩破 将博¹⁾, 徳田 深作¹⁾, 金子 美子¹⁾,
山田 忠明¹⁾, 高山 浩一¹⁾

【症例】56歳男性。X-4年から続く倦怠感と持続的な炎症反応の精査のため紹介となった。CTで右上葉の空洞性病変を指摘されるも精査で診断に到らず、画像や血液検査が著変ないため外来フォローとしていた。X-1年11月、右上葉に新規の気管支に沿った粒状影の集簇を伴う空洞影が出現し3ヶ月後のCTでは陰影は増大した。抗酸菌症を疑い気管支鏡検査を施行したところ気管支洗浄液からCryptococcus neoformansが検出された。組織診断も肺クリプトコッカス症と矛盾しない所見であった。【考察】肺クリプトコッカス症の典型的なCT画像は結節性陰影を呈する。しかし過去の報告では、易感染性患者を中心に経気道散布性の粒状影などの非典型的な画像を認めた報告も散見され、結核との鑑別が問題となることがある。本症例でも結核と鑑別を要する画像を呈し、診断に至る上で示唆に富む症例と考えられるため、若干の文献的考察も含めて報告する。

116

臨床検体を用いた新型コロナウイルス遺伝子検査における臨床的有用性の検討：LAMP法とPCR法との比較

大阪はびきの医療センター 感染症内科

○北島 平太, 田村 嘉孝, 吉多 仁子, 木下 人美,
勝田 寛基, 松井 謹, 松下 茜, 新井 剛,
韓 由紀, 橋本 章司, 永井 崇之

【背景】COVID-19診断の標準はPCR法であるが、高費用や実施可能な医療機関に限られる等の欠点がある。同様の遺伝子検査であるLAMP法は安価、結果まで短時間、容易等の利点があるが、COVID-19の診断能力に関して臨床検体を用いた検討は少ない。今回、臨床的有用性の検討を行った。【方法】SARS-CoV-2の感染が疑われる、または感染陽性の有症状患者を対象にLoopamp新型コロナウイルス2019検出試薬キットを用いた測定を行い、既存PCRの結果と比較した。【結果】本試験で得られた検体は合計330検体、対象検査法であるPCR陽性159検体、陰性171検体、種別では鼻咽頭拭い液206検体、喀痰124検体であった。全検体のPCR法とLAMP法の一致率は陽性91.2%、陰性97.1%、全体94.2%。鼻咽頭拭い液検体では陽性91.9%、陰性95.8%、全体93.7%、喀痰検体では陽性89.6%、陰性98.7%、全体95.2%であった。【結語】COVID-19診断において、LAMP法はPCR法と同様に有用であると考えられた。

117

当科で対応した COVID-19入院症例の検討

神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科

○李 正道, 藤井 宏, 岩林 正明, 橋本 梨花,
和田 学政, 網本 久敬, 吉積 悠子, 古田健二郎,
金子 正博, 富岡 洋海

当院は COVID-19 軽症、中等症（一部重症例を含む）入院症例を受け入れており、総合内科などと協力し、当科は主に肺炎症例の対応を行ってきた。2020年4月から2021年3月に171例の COVID-19 症例に対応した経験を報告する。年齢：20-101歳（中央値69歳）、性別：男性113名、女性58名で、院内感染によるクラスター16例を含む。転帰は軽快（症状改善後の転院、療養施設への移動を含む）116例（67.8%）、重症化による転送29例（17.0%）、死亡22例（12.9%）、入院継続中4例（2.3%）であった。

118

外科的治療を要した *Pasteurella multocida* による膿胸の一例

1) 明石医療センター 呼吸器内科, 2) 同 呼吸器外科

○増田 佳純¹⁾, 畠山由記久¹⁾, 藤本 昌大¹⁾, 塚本 玲¹⁾,
高宮 麗¹⁾, 池田 美穂¹⁾, 岡村佳代子¹⁾, 田内 俊輔²⁾,
大西 尚¹⁾

背景：肺気腫、糖尿病を有する74歳男性【主訴】発熱【現病歴】X-1年4月に右肺扁平上皮癌（cT4N0M0 Stage3A）に対し化学放射線療法後に右上葉＋胸壁合併切除術が施行された。発熱が続きX年11月に当院を受診し、右胸水貯留精査目的に入院した。【経過】胸水検査で膿汁排液あり、胸水塗抹でGNR、培養で *Pasteurella multocida* を検出し、同菌による膿胸と診断した。胸腔ドレーン留置と胸腔内洗浄、抗菌薬（ABPC/SBT）治療を行なうも膿汁のコントロールがつかず、第34病日に胸腔鏡下胸腔内洗浄／搔爬術を施行した。経過良好で第66病日に退院し、抗菌薬は第72病日で終了した。【考察】*Pmultocida* は人獣共通感染症の原因菌であり、本症例では問診で犬との濃厚接触歴が判明した。同菌による呼吸器感染症の多くは背景に慢性呼吸器疾患や免疫不全を有し、膿胸の症例では高い死亡率が報告されている。外科的治療を要した *Pmultocida* による膿胸を経験したため報告する。

119

重症 COVID-19 加療中に壊死性胆嚢炎および後腹膜出血により緊急手術となった一例

1) 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科, 2) 同 ICT

○長崎 美華¹⁾, 福島 有星¹⁾, 佐藤 竜一¹⁾, 日下部悠介¹⁾,
太田 和輝¹⁾, 春田 由貴¹⁾, 宮崎 慶宗¹⁾, 中村まなび¹⁾,
佐渡 紀克¹⁾, 斎藤 隆一¹⁾, 東 正徳¹⁾, 上田 哲也¹⁾,
安井 良則²⁾, 長谷川吉則¹⁾

症例は78歳男性。悪化する倦怠感と食思不振により救急搬送。来院時、O₂ 7L/分を要する呼吸不全を認め、胸部CTにて両肺野のスリガラス影を認めた。SARS-CoV-2抗原陽性でありCOVID-19と診断。直ちに気管挿管し人工呼吸管理とした。呼吸状態は改善を認め、第7病日に抜管できたが、第8病日に肝胆道系酵素上昇、腹部CTで総胆管結石嵌頓、急性胆管炎が疑われた。腹部症状はなかったことから保存的に抗菌薬投与とした。肝胆道系酵素は改善を認めたが、第12病日に突然の心窩部痛、血圧低下、呼吸状態悪化を認め、腹部CTにて壊死性胆嚢炎及び後腹膜出血を認め緊急手術となった。術後の経過は良好であり、第66病日に退院となった。本症例はCOVID-19治療のためステロイド剤が投与されており、症状や炎症反応がマスクされ胆嚢炎から敗血症に至った可能性が考えられた。COVID-19治療中は敗血症合併に注意が必要と思われた。

120

演題取り下げ

重症 COVID-19の再増悪に関する後方視的検討

- 1) 大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学,
- 2) 大阪大学医学部附属病院 集中治療部

○足立 雄一¹⁾, 榎本 貴俊¹⁾, 網屋 沙織¹⁾, 新津 敬之¹⁾,
野田 成美¹⁾, 原 侖奈¹⁾, 菅 泰彦¹⁾, 福島 清春¹⁾,
白山 敬之¹⁾, 三宅浩太郎¹⁾, 平田 陽彦¹⁾, 内山 昭則²⁾,
武田 吉人¹⁾, 熊ノ郷 淳¹⁾

【目的】重症 COVID-19患者の再増悪に関する予測因子を明らかにする。【方法】2020年3月から8月の間に当院に入院し、人工呼吸管理を要した COVID-19患者で抜管した症例を対象とした。抜管後4日以内に再挿管を要した症例を再増悪例と定義し、関連する因子に関して後方視的に検討した。【結果】対象患者は17例。年齢中央値は76.5歳であった。再増悪症例は4例であった。再増悪に有意に関連する因子として、高齢、抜管時のリンパ球数低値があげられた。抜管時に SARS-CoV-2に対する IgG 抗体を検討できた9例に関して検討すると、再増悪例では抜管時のリンパ球数・SARS-CoV-2 IgG 抗体価が低値であった。【結論】重症新型コロナウイルス肺炎の治療において、抜管時のリンパ球数低値や SARS-CoV-2の IgG 抗体価低値は人工呼吸器離脱後の再増悪に関連していた。

MEMO

共催企業

クラシエ薬品株式会社
サノフィ株式会社
中外製薬株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
インスメッド合同会社
日本化薬株式会社

広告掲載企業

杏林製薬株式会社
ノバルティス ファーマ株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
アストラゼネカ株式会社
チェスト株式会社
株式会社LSIメディエンス
サノフィ株式会社
小野薬品工業株式会社
帝人ヘルスケア株式会社
大日本住友製薬株式会社
栄研化学株式会社