

第136回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会  
第118回日本呼吸器学会東海地方会  
第21回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会

社) 日本呼吸器学会 URL <http://www.jrs.or.jp>

〈WEB開催〉

会 期	2020年11月7日(土)	午前11時55分より
	2020年11月8日(日)	午前10時より

会 長 増田 昌文

(静岡市立清水病院 呼吸器センター長)

# 第136回日本結核・非結核性抗酸菌症学会 第118回日本呼吸器学会東海地方会 第21回日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会中部支部会 合同学会 開催にあたって

第136回日本結核・非結核性抗酸菌症学会  
第118回日本呼吸器学会東海地方会  
第21回日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会中部支部会  
合同学会  
会長 増田 昌文

第136回日本結核・非結核性抗酸菌症学会、第118回日本呼吸器学会東海地方会、第21回日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会中部支部会 合同学会会長の指名を2019年秋に受けました。歴史ある本学会の会長を担当させていただきますこと、誠に光栄であるとともに、その責任の大きさをひしひしと感じております。会員の皆様におかれましては通常業務に加え2019年11月に中国武漢で発生が確認され、全世界に広がった新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の対応も加わり大変お忙しいところ本学会にご参加いただき誠にありがとうございます。

当初会場に静岡市内の男女共同参画センター「あざれあ」を選定し開催の準備をしまいましたが、COVID-19の影響で、本邦においても以前のような学術集会の開催は不可能となりました。全国民に新しい生活様式が求められる時代に即した開催方法を模索する中、各学会支部長や役員の先生方のご助言を戴き、今後の学会の在り方の礎となるべくWEB開催とすることに決定しました。地方会の特色である一般演題と討論が充実することを目指し準備をしておりますが、COVID-19によるパンデミックの最中にも関わらず一般演題は70演題集まりました。そのうち10演題がCOVID-19関連であり、COVID-19に対する会員の関心の高さを感じます。

特別講演には東邦大学医学部微生物・感染症学講座 教授で日本感染症学会理事長である館田一博先生をお迎えしCOVID-19に関連するご講演を賜ります。なにぶんWEB開催というのは当学会では初めての試みであり、通信障害など様々なリスクが予想される中、影響を最小限とするべく、セミナーの講師及び座長の先生方をできるだけ近隣から選出し、配信会場へご足労いただく方法を選択いたしました。会員の皆様には様々なご迷惑をおかけする可能性があります。行き届かぬ点や不具合等がありました場合はCOVID-19によるパンデミックに免じてご容赦いただきたく存じます。

開催にこぎつけるにあたり、各支部長や役員の先生方、浜松医科大学第二内科医局の皆様、清水病院のスタッフ、学会事務局、そして各学会員の皆様からのご支援に対し心より感謝申し上げます。

活発な討議の中から、この苦難の時代を切り抜けてゆくエネルギーが得られる大会になることを祈念し、開会の挨拶といたします。

# 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、URLをクリックいただくと自動的にインストーラーが働きますので、視聴デバイスへダウンロードください。

## ■参加登録（事前登録制）136tokai-conv@adfukuda.jp

参加予定の先生方は、10月23日までに上記参加登録メールアドレスへ

「136回地方会参加」と題し、

1.ご氏名 2.ご所属 3.参加区分（一般、代議員、名誉会員、医学生・研修医）4.参加証送付先 5.会員ID（会員ID記入例：日本呼吸器学会+012345）

上記の内容を記載の上、メールを送信ください。後日、参加登録料の振込先口座と参加用URLを返信致します。

参加費：3,000円（医学生、研修医は無料。申込時に証明書コピーの添付が必須）

## ■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「挙手」機能を利用していただきます。採択は座長に一任いただきます。（挙手が採択された場合、パネリストとして画面に登壇いただきます。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。
- ・ご担当セッションにより研修医アワードの評価をいたします。ご協力お願いいたします。
- ・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「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。
- ・配信会場で視聴される場合はご自身のPCをご持参ください。

## ■演者の先生へ

- ・音声入り発表データは事前（10月28日まで）に事務局（136tokai-conv@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3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3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\_\_東海太郎）演題番号と氏名の間の「\_\_」はアンダーバーです。

# 日程表

## 11月7日 (土)

	第1会場	第2会場
10:00		
11:00		
12:00	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                     11:55~12:00 開会の挨拶                 </div>	
13:00	12:00~ 13:00  ランチョンセミナー1	
14:00	13:10~ 13:55  肺癌 1-01~1-05	
15:00	14:00~ 14:36  免疫チェックポイント阻害薬 1-06~1-09	14:00~ 14:27  間質性肺炎 2-01~2-03
16:00	14:40~ 15:07  分子標的薬 1-10~1-12	14:30~ 15:15  膠原病・血管炎 2-04~2-08
17:00	15:10~ 15:55  その他の腫瘍・リンパ増殖性疾患 1-13~1-17	15:20~ 15:56  薬剤性肺障害 2-09~2-12
18:00	16:00~ 16:45  縦隔・胸膜疾患 1-18~1-22	16:00~ 16:45  肺疾患その他 2-13~2-17
19:00	16:50~ 17:50  イブニングセミナー	

# 日程表

## 11月8日 (日)

	第1会場	第2会場	
10:00			10:00~ 11:00  代議員会
11:00	11:10~ 12:10  特別講演		
12:00	12:15~ 総会 12:30		
13:00	12:40~ 13:40  ランチョンセミナー2		
14:00	13:50~ 14:35 COVID-19 (1) 1-23~1-27	13:50~ 14:26 結核・非結核性抗酸菌症 2-18~2-21	
15:00	14:40~ 15:25 COVID-19 (2) 1-28~1-32	14:29~ 15:05 真菌 2-22~2-25	
16:00	15:30~ 16:15 稀少疾患 1-33~1-37	15:09~ 15:45 その他感染症 2-26~2-29	
	16:15~16:20 閉会の挨拶	15:48~ その他 16:15 2-30~2-32	
17:00			
18:00			

# 特別演題プログラム

特別講演

11月8日(日) 11:10~12:10 第1会場

座長：静岡市立清水病院 呼吸器センター長 増田 昌文

『COVID-19との対峙 —私たちの経験と英知を結集して—』

東邦大学医学部 微生物・感染症学講座 教授/日本感染症学会 理事長 館田 一博 先生

# 共催プログラム

ランチョンセミナー1

11月7日(土) 12:00~13:00 第1会場

共催：中外製薬株式会社

座長：浜松医科大学 化学療法部 部長 柄山 正人 先生

『肺がん薬物治療の副作用対策～免疫関連有害事象への対応を中心に～』

静岡県立静岡がんセンター 呼吸器内科 部長 高橋 利明 先生

ランチョンセミナー2

11月8日(日) 12:40~13:40 第1会場

共催：アストラゼネカ株式会社

座長：静岡県立総合病院 呼吸器内科 部長 白井 敏博 先生

『薬理的視点からCOPD治療を考える』

愛知医科大学医学部 内科学講座(呼吸器・アレルギー内科) 教授 伊藤 理 先生

イブニングセミナー

11月7日(土) 16:50~17:50 第1会場

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

座長：聖隷浜松病院 副院長 中村 秀範 先生

『間質性肺疾患の最近の知見 —疾患進行の視点も含めて—』

浜松医科大学 内科学第二講座 講師 中村 祐太郎 先生

第136回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会  
 第118回日本呼吸器学会東海地方会 一般演題  
 第21回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会

第1会場  
 第1日目 (11月7日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

13:10-13:55 肺癌

座長：聖隷三方原病院 呼吸器センター内科 松井 隆

- \*1-01 急性リンパ性白血病との鑑別を要し、化学療法が奏功した肺小細胞癌による骨髄癌腫症の一例  
 豊川市民病院 林 敬子 他
- \*1-02 頭蓋骨転移を契機に診断された肺癌の一例  
 岐阜市民病院 塚本 旭宏 他
- 1-03 診断に難渋した肺多型癌の1剖検例  
 静岡県立総合病院 呼吸器内科 増田 寿寛 他
- \*1-04 心筋転移をきたした肺扁平上皮癌の1例  
 藤枝市立総合病院 森川 圭亮 他
- \*1-05 中枢気道内腔に進展する進行非小細胞肺癌に対してArgon Plasma Coagulation (APC) が奏功した1例  
 静岡赤十字病院 進藤 千加 他

14:00-14:36 免疫チェックポイント阻害薬

座長：聖隷浜松病院 呼吸器内科 橋本 大

- \*1-06 ペムブロリズマブによる薬剤性肝障害発症後長期にわたり病勢進行を認めていない肺扁平上皮癌の1例  
 鈴鹿中央総合病院 呼吸器内科 小久江友里恵 他
- \*1-07 ICI投与後に意識障害をきたしたヘルペス脳炎と診断した肺扁平上皮癌の1例  
 中部ろうさい病院 呼吸器内科 松島 有希 他
- 1-08 ステロイドの漸減過程で再燃したペムブロリズマブによる大腸炎の1例  
 静岡県立総合病院 呼吸器内科 高橋 進悟 他
- \*1-09 化学放射線療法後の局所進行肺癌に発生したデュルバルマブによるImmune-Related Pneumonitisの1例  
 桑名市総合医療センター 呼吸器内科 八木 昭彦 他

14:40-15:07 分子標的薬

座長：静岡県立総合病院 呼吸器内科 朝田 和博

- 1-10 オシメルチニブによるALP flare現象の一例  
 藤枝市立総合病院 呼吸器内科 望月 栄佑 他
- \*1-11 オシメルチニブによる有害事象と鑑別を要した肺腺癌に合併した多発性筋炎の1例  
 愛知医科大学病院 呼吸器・アレルギー内科 藤城 英祐 他
- 1-12 Osimertinib投与中にB型肝炎再活性化を生じた1例  
 静岡済生会総合病院 呼吸器内科 森田芽生子 他

15:10-15:55 その他の腫瘍・リンパ増殖性疾患

座長：静岡市立清水病院 呼吸器内科 伊波 奈穂

- 
- |       |  |         |
|-------|--|---------|
| 1-13  | 気管支鏡下腫瘍切除を行い、呼吸不全の改善が得られた多形腺腫の1例<br>静岡市立静岡病院       | 児寫 駿 他  |
| *1-14 | 乳癌術後25年経過での孤立性肺転移と多発性肺癌を合併した重複癌の1例<br>三重県立総合医療センター | 三木 寛登 他 |
| *1-15 | 癌性リンパ管症を初発症状とした胆管癌の1例<br>聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科        | 綿貫 雅之 他 |
| 1-16  | 画像からの鑑別に苦慮した肺MALTリンパ腫の一例<br>三重県立総合医療センター 呼吸器内科     | 後藤 広樹 他 |
| *1-17 | 原発性マクログロブリン血症による肺浸潤を呈した一例<br>静岡赤十字病院 呼吸器内科         | 鈴木 賢哉 他 |

16:00-16:45 縦隔・胸膜疾患

座長：静岡市立清水病院 呼吸器内科 柴田 洋

- 
- |       |  |         |
|-------|--|---------|
| 1-18  | 血痰を契機に診断された縦隔型気管支動脈瘤の一例<br>岐阜市民病院 呼吸器内科  | 小野木朱音 他 |
| *1-19 | 診断に苦慮した悪性胸膜中皮腫の1例<br>独立行政法人労働者健康安全機構旭労災病院 呼吸器内科                                      | 羽柴 文貴 他 |
| *1-20 | 悪性胸膜中皮腫に対するNivolumab単回投与が奏功した一例<br>三重県立総合医療センター                                      | 伊藤 稔之 他 |
| *1-21 | 原因不明の慢性胸水の経過観察中に、増大する腫瘍性病変を認め、<br>剖検にて膿胸関連リンパ腫と診断した1例<br>独立行政法人労働者健康安全機構 旭労災病院 呼吸器内科 | 清水 徹 他  |
| 1-22  | 急激な病勢進行を呈した上皮型中皮腫の一例<br>藤枝市立総合病院 呼吸器内科   | 伊藤祐太郎 他 |

## 第2会場 第1日目(11月7日 土曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

### 14:00-14:27 間質性肺炎

座長：磐田市立総合病院 呼吸器内科 妹川 史朗

- 
- \*2-01 異時性に対側肺に再燃をきたした両側乳癌放射線治療後器質化肺炎の一例  
浜松医科大学 内科学第二講座 山下 遼真 他
- \*2-02 クライオ生検にて病理組織所見が確認できた防水スプレー吸入による間質性肺炎の一例  
医療法人清須呼吸器疾患研究会 はるひ呼吸器病院 藤原 秀之 他
- \*2-03 クライオ生検病理でc-NSIPであり自然軽快した抗セントロメア抗体陽性の間質性肺炎  
名古屋市立大学病院 呼吸器・アレルギー内科 大貫 友博 他

### 14:30-15:15 膠原病・血管炎

座長：浜松医科大学 内科学第二講座 櫻井 章吾

- 
- \*2-04 局所麻酔下胸腔鏡検査を施行したループス胸膜炎の一例  
浜松労災病院 呼吸器内科 松本 拳 他
- \*2-05 抗MDA5抗体, 抗ARS抗体が共に陽性であった臨床的無筋症性皮膚筋炎(CADM)の一例  
磐田市立総合病院 呼吸器内科 平松 俊哉 他
- 2-06 肺化膿症と前立腺膿瘍を併発した限局型多発血管炎性肉芽腫症の一例  
国立病院機構 名古屋医療センター 山田有里紗 他
- \*2-07 COVID-19と鑑別を要した好酸球性肉芽腫性多発血管炎(EGPA)の1例  
磐田市立総合病院 呼吸器内科 中井 省吾 他
- \*2-08 入院時COVID-19が疑われた抗ARS抗体陽性間質性肺炎の一例  
公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 近藤 優樹 他

### 15:20-15:56 薬剤性肺障害

座長：浜松労災病院 呼吸器内科 豊嶋 幹生

- 
- \*2-09 ジンカンカ(市販のサプリメント)による薬剤性肺障害の一例  
順天堂大学 医学部附属 静岡病院 古澤 星子 他
- \*2-10 紅豆杉による薬剤性肺炎の一例  
磐田市立総合病院 呼吸器内科 中川栄実子 他
- 2-11 強アルカリ洗剤の吸入により発症した肺泡出血, 器質化肺炎の一例  
名古屋掖済会病院 平野 達也 他
- \*2-12 外科的肺生検でMTXによる薬剤性間質性肺疾患が疑われた一例  
公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 佐藤 涼 他

16:00-16:45 肺疾患その他

座長：静岡市立清水病院 呼吸器内科 吉富 淳

- 
- |       |  |       |   |
|-------|--|-------|---|
| 2-13  | 特発性肺線維症と鑑別を要した干し草による慢性過敏性肺臓炎の一例<br>独立行政法人国立病院機構天竜病院 呼吸器・アレルギー科 | 伊藤 靖弘 | 他 |
| 2-14  | 腫瘍様陰影を呈し気管支喘息の合併のないアレルギー性肺アスペルギルス症の一例<br>浜松労災病院 呼吸器内科          | 矢澤 秀介 | 他 |
| *2-15 | ACOの急性増悪に合併したたこつぼ症候群の1例<br>国立病院機構三重中央医療センター 呼吸器内科              | 岩中 宗一 | 他 |
| 2-16  | 男性に発症したLofgren症候群の一例<br>三重県立総合医療センター 呼吸器内科                     | 児玉 秀治 | 他 |
| *2-17 | 化学療法にて軽快した多発性骨髄腫合併自己免疫性肺胞蛋白症の1例<br>浜松医療センター 呼吸器内科              | 墨岡 彩人 | 他 |

# 第1会場

## 第2日目 (11月8日 日曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

### 13:50-14:35 COVID-19 (1)

座長：浜松医療センター 呼吸器内科 小笠原 隆

- 
- |       |   |         |
|-------|---|---------|
| 1-23  | COVID-19による重症肺炎に対してV-V ECMOを行い救命しえた一例<br>静岡市立静岡病院                   | 阿部 岳文 他 |
| 1-24  | 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者に対してECMOを含めた集中治療を行った1例<br>岐阜県総合医療センター 呼吸器内科 | 田口真由香 他 |
| *1-25 | COVID-19罹患後、味覚障害が長期に持続した1例<br>藤田医科大学医学部呼吸器内科学Ⅱ講座                    | 大野 齊毅 他 |
| 1-26  | COVID-19の臨床的特徴と当院での取り組み<br>岐阜赤十字病院                                  | 天野 裕樹 他 |
| 1-27  | COVID-19診断のための抗原定性検査とRT-PCRの一致率<br>名古屋市立東部医療センター                    | 前田 浩義 他 |

### 14:40-15:25 COVID-19 (2)

座長：静岡市立静岡病院 呼吸器内科 山田 孝

- 
- |       |  |         |
|-------|--|---------|
| *1-28 | 家庭内感染した新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の3例<br>浜松医科大学 内科学第二講座 呼吸器内科                 | 鈴木 浩介 他 |
| *1-29 | 帝王切開後にcoronavirus disease 2019(COVID-19)が悪化し、VV-ECMOを要した一例<br>名古屋第二赤十字病院 | 河合 将尉 他 |
| *1-30 | ファビピラビルとナファモスタットメシル酸塩の投与により良好な転帰を得た重症COVID-19肺炎の一例<br>静岡県立総合病院 呼吸器内科     | 中安 弘征 他 |
| 1-31  | 治療経過中に多様な皮疹が出現したCOVID-19肺炎の1例<br>浜松医科大学 内科学第二講座                          | 渡邊 裕文 他 |
| 1-32  | COVID-19軽快後に発症した特徴的皮膚症状<br>藤田医科大学 呼吸器内科学Ⅰ                                | 外山 陽子 他 |

15:30-16:15 稀少疾患

座長：浜松赤十字病院 呼吸器内科 佐藤 雅樹

- 
- \*1-33 再発気胸によって診断が得られ、Sirolimusの効果を確認したリンパ脈管筋腫症(LAM)の一例  
名古屋第一赤十字病院 呼吸器内科 都島 悠佑 他
- \*1-34 肺胞出血を合併したリンパ脈管筋腫症に対してシロリムスを投与した一例  
聖隷浜松病院 呼吸器内科 中山 真魚 他
- 1-35 経気管支肺クライオ生検で診断しえた孤立性リンパ脈管筋腫症の一例  
岐阜県総合医療センター 呼吸器内科 増田 篤紀 他
- 1-36 両側胸水貯留を認め胸腔鏡にて観察し得た黄色爪症候群の1例  
独立行政法人国立病院機構天竜病院 永福 建 他
- 1-37 胸腔鏡下肺生検術にて診断に至った肺骨化症の一例  
藤枝市立総合病院 呼吸器内科 久保田 努 他

## 第2会場 第2日目 (11月8日 日曜日)

(研修医アワード対象の演題番号には\*が付いています)

### 13:50-14:26 結核・非結核性抗酸菌症

座長：国立病院機構 天竜病院 永福 建

- 
- \*2-18 急性経過で発症し、びまん性すりガラス陰影を呈した粟粒結核の一例  
聖隷浜松病院 呼吸器内科 竹田健一郎 他
- \*2-19 気管内病変を認めた抗IFN- $\gamma$ 中和抗体陽性の播種性*Mycobacterium avium*症の一例  
聖隷浜松病院 呼吸器内科 平間隆太郎 他
- \*2-20 急性呼吸不全に対し慢性進行性肺アスペルギルス症への治療導入により改善に至った  
非結核性抗酸菌症の一例  
中部労災病院 呼吸器内科 栗林 友紗 他
- 2-21 免疫正常の成人に発症した*Mycobacterium intracellulare*による腋窩リンパ節炎の1例  
独立行政法人 静岡市立静岡病院 甲斐翔太郎 他

### 14:29-15:05 真菌

座長：遠州病院 内科 貝田 勇介

- 
- \*2-22 気管支鏡検査が診断に有用であった肺クリプトコッカス症の1例  
新城市民病院 総合診療科 志村 侑亮 他
- \*2-23 呼吸困難を契機に診断されたスエヒロタケABPMの一例  
公立陶生病院 呼吸器アレルギー疾患内科 西科 雄太 他
- \*2-24 巨大腫瘤影を呈した若年男性における肺クリプトコッカス症の一例  
聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科 稲葉龍之介 他
- \*2-25 肺コクシジオイデス症の一例  
磐田市立総合病院 呼吸器内科 村野 萌子 他

### 15:09-15:45 その他感染症

座長：静岡市立清水病院 呼吸器内科 芦澤 洋喜

- 
- 2-26 小細胞肺癌の治療中に*Shewanella algae*菌血症を繰り返した1例  
一般社団法人日本海員掖済会 名古屋掖済会病院 呼吸器内科 浅野 俊明 他
- \*2-27 急性腎障害を呈し血液透析を必要としたレジオネラ肺炎の2例  
藤枝市立総合病院 呼吸器内科 小林 義照 他
- 2-28 肺扁平上皮がん治療中にニューモシスチス肺炎とサイトメガロウイルス感染を併発した1例  
JA岐阜厚生連中濃厚生病院 呼吸器内科 安藤 英治 他
- 2-29 パスツレラ肺炎2例の臨床的検討  
公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科 近藤 花保 他

15:48-16:15 その他

座長：静岡市立清水病院 呼吸器内科 森 和貴

---

- 2-30 気管腕頭動脈瘻が死因と考える慢性呼吸不全の一例  
大垣市民病院呼吸器内科 船坂 高史 他
- 2-31 喀痰，尿検体のグラム陰性桿菌分離頻度の季節変動に関する検討  
藤田医科大学 呼吸器内科学Ⅱ講座 鬼頭 雄亮 他
- 2-32 機械学習を用いたオシロメトリーによるスパイロメトリーの予測と診断能  
松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科 伊藤健太郎 他

**特別演題 抄録**  
**共催 抄録**

## COVID-19との対峙 ―私たちの経験と英知を結集して―

東邦大学医学部微生物・感染症学講座 教授/日本感染症学会理事長

館田 一博

2019年末、中国武漢市で原因不明の肺炎が流行、2020年早々、その原因が新型コロナウイルスであることが報告された。これまでも新型コロナウイルスとしてSARS、MERSが報告されていたこともあって、世界中に緊張が走った瞬間である。日本においても1月16日に第1例が、2月初めにはダイヤモンドプリンセス号における集団感染事例が確認され、世界中からその動向が注目される事態となった。その後の世界的蔓延はご承知の通りであり、8月初めの時点で1800万人が感染、約70万人の方がお亡くなりになっていることが報告されている。新型病原体ということもあり、感染症の特徴、診断、治療、感染対策に関して手探りの中での対応を余儀なくされた。この間、クラスター対策班などの努力により密集・密閉・密接、いわゆる3密が重要なリスク因子であることが明らかになっている。本感染症は基本的に飛沫、接触で伝播するが、会話・発声による唾液の飛散による感染の重要性が明らかとなっている。本ウイルスは咽頭・鼻腔だけでなく、唾液腺にも感染し、唾液中に高濃度のウイルスが排出される。また、本ウイルスはACE-2を受容体として感染することが明らかとなり、血管内皮細胞などを介して全身臓器に感染する本症の特徴が明らかとなっている。重症例でしばしば経験される凝固異常、血栓形成のメカニズムを考える上でも重要である。本症の診断法に関して、迅速遺伝子検査法に加えて、抗原・抗体検査が利用可能となっている。新型コロナウイルス感染症では無症候性キャリアーもかなりの頻度で存在することから、これら検査法をどのように応用していくかは重要な課題である。治療法に関しても多くの薬剤の有効性が検討されている。エボラ出血熱の治療薬であるレムデシビルが承認されたのに加え、抗インフルエンザ薬ファビピラビル、抗IL-6阻害剤トシリズマブの臨床試験が進行中である。この抄録を書いたのが9月28日。11月の本発表においてどのような新しい事実が明らかとなっているのか。新型病原体に対しては、私たちの経験と英知を結集して対峙する以外に方法はないと覚悟しなければならない。

# 薬理学的視点からCOPD治療を考える

愛知医科大学医学部 内科学講座（呼吸器・アレルギー内科）教授

伊藤 理

COPDの原因は、長期間の喫煙によって生じる中枢気道から末梢気道、肺胞領域における慢性の炎症である。病理学的特徴は、第一に肺気腫であり、気道においては杯細胞の増生と粘液分泌物の貯留、炎症細胞の浸潤、気道壁の線維化を認める。重要なことに、気腫性病変は肺の弾性収縮力（「ばね」の力）を低下させて、気流閉塞や呼吸時のエアートラッピングの原因となる。

進行した肺気腫においては、肺が著しく脆弱になっている。このため、呼吸に伴う繰り返しの伸展刺激や咳や気流制限によって生じる圧ストレスが脆弱化肺への負荷となりうる。その結果、更なる肺過膨張や肺胞壁破壊につながり、禁煙をしても肺気腫が進行してしまう(1)。肺気腫構造の分布は不均一であるため、脆弱な部分にはより強い物理的力が加わり、負の連鎖となって更に破壊が進むことも考えられる(2,3)。

肺胞の脆弱化を治療することは難しく、COPDの薬物治療の主眼は気道病変に向けられ、気道収縮に伴う喘鳴や気道分泌が治療標的とされてきた。長時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬(LABA)や長時間作用性ムスカリン( $M_3$ )受容体拮抗薬(LAMA)といった気道平滑筋収縮抑制剤は、有効な気管支拡張薬であり、COPDのみならず喘息においても広く用いられている。これらの気管支拡張薬は、COPDにおいて気道収縮を抑制するのみならず、動的過膨張を抑制する効果があることが知られている。最近になり、気管支拡張薬による治療が、肺のエアートラッピングを抑制し、肺容量を減少させる効果「薬物的気腫肺減量効果」を示すこともわかってきた(4)。

COPD治療における課題として、肺脆弱化と気道狭窄に加え、気道炎症をどのように克服するかが挙げられる。吸入ステロイド薬(ICS)と気管支拡張薬を組み合わせたICS/LABA/LAMA製剤は、利便性と有効性が期待される。本講演では、COPD治療の薬剤選択を主に薬理学的視点から概説する。

(引用文献)

1. Suki B, et al., *J Appl Physiol* 2005;98:1892-1899.
2. Ito S, et al., *Am J Respir Cell Mol Biol* 2006;34:688-694.
3. Mondoñedo JR, Sato S, et al., *Chest* 2019;155:79-87.
4. Tanabe N, et al., *Physiol Rep* 2019;7:e14330.

# 一般演題 第1日目 抄録

〈筆頭演者が研修医の発表には下線が付いています。〉

## 1-01

### 急性リンパ性白血病との鑑別を要し、化学療法が奏功した肺小細胞癌による骨髄腫症の一例

豊川市民病院

○林 敬子, 二宮 茂光, 太田 千晴, 富田 洋樹,  
萩須 智之, 鈴木 達朗

【症例】72歳, 男性【主訴】血痰【現病歴】労作時呼吸困難と血痰があり, 近医で施行したCTで左肺門部腫瘍性病変を認め, 紹介となった。【臨床経過】血小板1.7万/ $\mu$ Lと低値であり, 骨髄穿刺を行った。過形成骨髄で, 造血細胞をほとんど認めず, 小型~中型のN/C比の高い細胞が一様に増殖し, 急性リンパ性白血病(ALL)もしくは肺小細胞癌の骨髄浸潤が疑われた。ProGRP, NSEは著明に高値であった。FCMで芽球の表面抗原は認めず, CD56陽性であった。免疫染色でCD56, synaptophysin, chromogranin Aが陽性であり, 肺小細胞癌による骨髄腫症と診断した。CBDCA+VP16で治療を行った。骨髄抑制に対して頻回の輸血を行ったが, day14以降, 輸血は不要となった。day21に骨髄穿刺を再検すると, 骨髄中の腫瘍細胞は減少し, 正常造血の回復を認めた。1コース後, 胸部腫瘍性病変も縮小を認めた。【結語】ALLと鑑別を要する肺小細胞癌による骨髄腫症を経験したので報告する。

## 1-02

### 頭蓋骨転移を契機に診断された肺癌の一例

岐阜市民病院

○塚本 旭宏, 堀場 あかね, 小野木 朱音,  
二村 洋平, 石黒 崇, 吉田 勉, 澤 祥幸,  
谷川原 徹哉, 香村 彰宏

症例は69歳, 男性。X年5月末より頭痛と舌の動かしづらさを自覚し, 当院神経内科を受診した。診察時に舌が左に偏位しており, 頭部MRIで斜台左側から後頭骨底部に腫瘍を認め, 脳神経外科に紹介となった。頭部造影CT, MRIにて斜台左側の病変は溶骨性腫瘍で転移性腫瘍を疑われ, また右上葉に腫瘍を認め, 当科に紹介となった。全身検索を施行したところ, 右上葉肺腺癌(cT4N3M1c StageIVB OSS)と診断した。本症例は斜台左側への転移によって舌下神経麻痺を生じたことで頭痛や舌の動かしにくさの症状が出現したと考える。骨転移は進行非小細胞肺癌の30-40%に発生するとされており, 部位としては脊椎, 骨盤骨などの頻度が高い。頭蓋骨転移は全身の骨転移に伴って出現するが, 診断時より認めることは稀であり, 若干の文献的考察を加えて報告する。

## 1-03

### 診断に難渋した肺多型癌の1剖検例

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

○増田 寿寛<sup>1</sup>, 中安 弘征<sup>1</sup>, 田村 可菜美<sup>1</sup>,  
高橋 進悟<sup>1</sup>, 北原 佳泰<sup>1</sup>, 岸本 祐太郎<sup>1</sup>,  
大石 享平<sup>1</sup>, 三枝 美香<sup>1</sup>, 赤松泰介<sup>1</sup>, 山本 輝人<sup>1</sup>,  
森田 悟<sup>1</sup>, 朝田 和博<sup>1</sup>, 白井 敏博<sup>1</sup>, 鈴木 誠<sup>2</sup>,  
寺田 忠史<sup>2</sup>

症例は74歳, 男性。X年6月に咳嗽を自覚しCOPDで通院中だった近医で胸部異常陰影を指摘され, 当院を紹介受診した。9月に右上葉の約4cmの腫瘍から経気管支生検を施行したが壊死と肉芽腫を疑う組織のみで確定診断が得られなかった。その後, 右上葉浸潤影の拡大と好中球優位の滲出性胸水を認め, 肺炎胸膜炎と診断し抗生剤治療と胸腔ドレナージを開始した。しかしPSは低下傾向で, 右上葉腫瘍は増大した。肺化膿症を併発し抗生剤治療を継続し, 経気管支ドレナージと生検を繰り返したが悪性所見は得られなかった。肺機能が悪く外科的切除の適応がなかったことから, その後も抗生剤治療を継続した。感染コントロールがつかず, X+1年2月に永眠された。病理解剖では, 胸壁に広範囲に浸潤した約10cmの右上葉多型癌を認めた。本症例は経気管支生検では診断困難で急速な経過をたどった症例であった。文献的考察を加えて報告する。

## 1-04

### 心筋転移をきたした肺扁平上皮癌の1例

藤枝市立総合病院

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

症例は66歳男性。20XX年4月に肺扁平上皮癌(cT4N3M0, 3C期)と診断され, 同月より化学放射線療法(カルボプラチン+パクリタキセル)を行った。しかし, 化学放射線療法後のCTで新規に左仙骨転移を認めた, Progressive Diseaseと判断し, 2次治療としてペムプロリズマブを投与した。ところが, ペムプロリズマブ2コース後のCTで新規の肝転移, 両副腎転移に加え, 心臓に腫瘍を認めた。心臓造影MRIでは心室中隔壁に造影される単発の3cm大の腫瘍があり, 心筋転移が疑われ, 左心室内に腫瘍と連続する造影されない構造物もあり血栓の可能性も考えられた。そのため抗凝固療法を行い, さらに3次治療としてドセタキセルを投与した。また, 心筋転移巣に対し, 放射線照射も行った。肺癌の心筋転移の報告は稀であり, 報告する。

## 1-05

## 中枢気道内腔に進展する進行非小細胞肺癌に対して Argon Plasma Coagulation (APC) が奏功した1例

<sup>1</sup>静岡赤十字病院, <sup>2</sup>浜松医科大学 内科学第二講座

○進藤 千加<sup>1</sup>, 田熊 翔<sup>1</sup>, 新 健史<sup>1</sup>, 森田 雅子<sup>1</sup>,  
堀池 安意<sup>1</sup>, 藤田 総文<sup>1</sup>, 松田 宏幸<sup>1</sup>, 志知 泉<sup>1</sup>,  
須田 隆文<sup>2</sup>

症例は66歳, 男性。2020年6月, 咳嗽・呼吸困難を主訴に当院を受診した。各種検査結果より右主気管支内の腫瘍性病変ならびに右上葉の閉塞性肺炎を認めた。肺炎治療を行いつつ, 全身精査を行い, 右上葉原発性肺腺癌 (cT4N2M0 stageIIIB) と診断した。上記精査中に右上葉は腫瘍により完全閉塞・無気肺を呈し, 中間幹以降も閉塞しかねない状態となったため, 準緊急的に閉塞解除目的の姑息的放射線照射 (30Gy/15Fr) ならびに全身化学療法 (CBDCA+nabPTX) を開始した。治療開始1ヶ月後に, 右主気管支内腔に進展する腫瘍はさらに増大し, 気管分岐部を越えて進展し, 対側気管支も閉塞しかねない状況であった。そのため気管支内腔に進展する腫瘍に対して APC を施行した所, 腫瘍は縮小し, 気道確保に成功した。化学放射線療法で治療効果不十分であった症例に対して APC が著効した症例であり, 文献的考察を加えて報告する。

## 1-06

## ペムプロリズマブによる薬剤性肝障害発症後長期にわたり病勢進行を認めていない肺扁平上皮癌の1例

鈴鹿中央総合病院 呼吸器内科

○小久江 友里恵, 小林 裕康

症例は75歳男性。右肺上葉扁平上皮癌に対して1次治療としてカルボプラチン, アブラキサン, ペムプロリズマブの投与を行った。2コース投与後, 黄疸を伴う肝臓系酵素上昇を認めたため, 薬剤性肝障害と診断。プレドニゾロン, ミコフェノール酸モフェチルの投与にて軽快が得られた。薬剤性肝障害改善後は1年にわたり化学療法を施行せず経過観察中であるが, 癌の再燃は認められていない。irAE症例においては腫瘍再燃を抑制するとの報告もあり, 当科で経験した他の免疫チェックポイント阻害薬投与症例の検討とともに, 病態について多少の文献的考察を加え, 報告する。

## 1-07

## ICI投与後に意識障害をきたしたヘルペス脳炎と診断した肺扁平上皮癌の1例

中部ろうさい病院 呼吸器内科

○松島 有希, 松下 明弘, 栗林 友紗, 大槻 遼,  
榊原 利博, 伊藤 浩, 町田 和彦, 松尾 正樹

症例は79歳, 女性。胸部X線にて肺癌を指摘され当科紹介。全身精査にて肺扁平上皮癌, 多発脳腫瘍, 多発肺腫瘍を認めた。1st lineとしてCBDCA+nab-PTX治療を施行。手のしびれもあり全脳照射とステロイド内服開始。治療後, 症状改善を認めた。2コース目 pembrolizumab を追加投与。投与翌日に右口角下垂と左半身麻痺, 間代性けいれんを認め, 脳梗塞を疑いMRI精査。しかし梗塞巣は認めず, 検査後症状の改善を認めた。神経内科に相談したが, 原因ははっきりせず脳腫瘍に伴う症候性てんかんを疑いレベチラセタム内服開始。しかしその翌日意識障害を認め, 症状の改善を認めなかったためICIによる脳炎, 癌性髄膜炎, 感染性髄膜炎・ヘルペス脳炎等を考え髄液検査とともに治療開始。その後ヘルペスPCR陽性となりヘルペス脳炎と診断。肺扁平上皮癌におけるヘルペス脳炎の報告はあまりなく, 今回ICIも影響を及ぼしていた可能性が考えられるため, 文献的考察を加え報告する。

## 1-08

## ステロイドの漸減過程で再燃したペムプロリズマブによる大腸炎の1例

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

○高橋 進悟<sup>1</sup>, 中安 弘征<sup>1</sup>, 田村 可葉美<sup>1</sup>,  
増田 寿寛<sup>1</sup>, 北原 佳泰<sup>1</sup>, 大石 享平<sup>1</sup>,  
岸本 祐太郎<sup>1</sup>, 三枝 美香<sup>1</sup>, 赤松 泰介<sup>1</sup>,  
山本 輝人<sup>1</sup>, 森田 悟<sup>1</sup>, 朝田 和博<sup>1</sup>, 白井 敏博<sup>1</sup>,  
鈴木 誠<sup>2</sup>

症例は62歳男性。右上葉肺腺癌 cT2aN3M1c に対して, X年9月よりペムプロリズマブ/カルボプラチン/ペメトレキセドを施行した。4コース後にPRと判断し, ペムプロリズマブ/ペメトレキセドの維持療法を継続中であった。X+1年5月中旬から止痢薬で改善しない下痢が持続し, 体重減少と低K血症の進行を認めたため, 5月下旬に入院となった。腹部CTでは非特異的な大腸炎の所見と, 下部消化管内視鏡検査で上行結腸とS状結腸に浮腫性変化と血管透見像の不明瞭化が見られた。便検査において細菌性腸炎は否定的であり, 経過からペムプロリズマブによる大腸炎と考え, プレドニゾロン60mgでの治療を開始した。大腸粘膜生検の結果においてもペムプロリズマブによる大腸炎として矛盾しない所見であり, ステロイド治療の反応性は良好だった。その後, 1か月半かけてプレドニゾロン10mgに漸減した所で再燃を認めたため, プレドニゾロンを増量して治療中である。

## 1-09

## 化学放射線療法後の局所進行肺癌に発生したデュルバルマブによるImmune-Related Pneumonitisの1例

桑名市総合医療センター 呼吸器内科

○八木 昭彦, 油田 尚総, 蛭原 愛子

症例は75歳男性。非根治切除後のN2ⅢA局所進行肺癌(腺癌, pT2aN2M0 stageⅢA, PD-L1 TPS 1-5%陽性)に対し, 化学放射線療法(左肺門・縦隔60Gy/30Fr, CBDCA/weekly PTX)を行った。治療反応が得られなかったため, デュルバルマブによる地固め治療を導入したが, 9ヵ月経過した時点(デュルバルマブ通算15回目投与時点)で, 放射線性肺炎ではなくImmune-Related Pneumonitisと考える有害事象が発生した。grade 1であったため, 全身性ステロイド薬の投与は行わず, 原因薬剤であるデュルバルマブの投与中止のみで対応し, 約6ヵ月後にXrayレベルでは指摘できないまでに改善した。化学放射線療法後に免疫チェックポイント阻害薬を投与する場合, 放射線性肺炎かImmune-Related Pneumonitisかの判断が難しく悩ましい場合がある。本例は興味深い画像所見・経過を呈したため, 文献的考察を加え報告する。

## 1-10

## オシメルチニブによるALP flare現象の一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

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

症例は71歳, 女性。X年10月, 多発骨転移を伴うEGFR遺伝子変異陽性(exon21 L858R)右下葉肺腺癌cT4N2M1c stageⅣBに対してオシメルチニブ 80mgを開始した。治療開始10日目からアルカリフォスファターゼ(ALP)値の上昇を認めたが, 自覚症状はなく, その他の肝逸脱酵素の上昇はみられなかった。その後もALP値は上昇を続け, 治療開始前は正常値であったが, 治療開始17日後には1233IU/lとなった。ALPアイソザイムは3型の上昇を認め, EGFR-TKI開始に伴うALP flare現象と考えられた。オシメルチニブ内服を継続すると, 治療開始48日目にALP値は正常値となり, 51日目に再検したPET-CTでは骨へのFDG集積の消失を認めた。これまでゲフィチニブやエルロチニブなどのEGFR-TKI治療に伴うALP flare現象は散見されるが, オシメルチニブに伴う症例は報告がなく, 貴重と考えられるため報告する。

## 1-11

## オシメルチニブによる有害事象と鑑別を要した肺腺癌に合併した多発性筋炎の1例

<sup>1</sup>愛知医科大学病院 呼吸器・アレルギー内科, <sup>2</sup>愛知医科大学病院 神経内科

○藤城 英祐<sup>1</sup>, 岡田 洋平<sup>2</sup>, 梶川 茂久<sup>1</sup>,  
村尾 大翔<sup>1</sup>, 岡田 茉莉花<sup>1</sup>, 加藤 康孝<sup>1</sup>,  
深見 正弥<sup>1</sup>, 米澤 利幸<sup>1</sup>, 片野 拓馬<sup>1</sup>,  
加藤 俊夫<sup>1</sup>, 田中 博之<sup>1</sup>, 伊藤 理<sup>1</sup>, 久保 昭仁<sup>1</sup>

肺癌が先行する, 腫瘍随伴性の多発性筋炎は稀であると思われる。症例は58歳女性。検診で胸部異常陰影を指摘されたため来院。気管支鏡検査を施行し, 肺腺癌と診断, 全身検査の結果cT4N2M1c stageⅣB(骨), EGFR遺伝子エクソン19欠失変異ありと判断された。オシメルチニブの投与を開始したところ, 投与開始約1ヵ月後に近位筋のこわばりと高クレアチンキナーゼ(CK)血症が出現した。精査の結果, 悪性腫瘍に合併する多発性筋炎と診断した。肺腺癌に対してアファチニブの投与を行い, 多発性筋炎にプレドニゾン, タクロリムスおよび免疫グロブリンの投与を行った。肺腺癌と多発性筋炎の病勢は並行しなかったが, 両者とも治療により安定した。肺癌治療中に高CK血症を認めた場合, 多発性筋炎を鑑別疾患として考慮すべきである。

## 1-12

## Osimertinib投与中にB型肝炎再活性化を生じた1例

静岡済生会総合病院 呼吸器内科

○森田 芽生子, 草ヶ谷 英樹, 中村 匠吾,  
森 利枝, 大山 吉幸, 池田 政輝

症例は79歳, 女性。左下葉原発肺腺癌(cT2aN3M0 StageⅣB), EGFR exon19欠失変異陽性に対して, 初回治療としてosimertinibを選択した。治療開始前の血液検査でHBs抗原陽性(0.7IU/mL), HBe抗原陰性, HBe抗体陽性, HBV-DNA 1.4LogIU/mLを確認した。消化器内科に相談したうえで, 非活動性キャリアとして核酸アナログ製剤の投与は行わずosimertinibを開始した。治療開始8ヵ月後に倦怠感を主訴に救急外来を受診した際に, AST 974U/L, ALT 887U/Lと肝酵素の上昇を認め緊急入院した。HBs抗原 250IU/mL, HBV-DNA 5.2LogIU/mLと上昇を伴っており, B型肝炎再活性化としてEntecavir開始となった。劇症化は免れ慎重に治療継続中である。免疫抑制療法・化学療法によりHBV再活性化を来す危険性については知られているが, EGFR-TKI投与中のHBV再活性化については報告が少なく稀な事象と考えられる。文献的考察を加え報告する。

## 1-13

## 気管支鏡下腫瘍切除を行い、呼吸不全の改善が得られた多形腺腫の1例

静岡市立静岡病院

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

症例は73歳、男性。2週間前からの労作時呼吸困難を主訴に受診した。胸部X線で左上葉に無気肺が認められた。胸部CTでは左上葉気管支内に腫瘤があり、左下葉気管支入口部へ進展していた。気管支鏡検査でも左上葉気管支は閉塞、下葉気管支入口部もほぼ閉塞し、生検で多形腺腫と診断した。その後、左下葉の含気も低下し呼吸不全に陥った。外科的治療は希望されず、内視鏡治療を行い呼吸不全の改善を計ることとした。気管支鏡下にアルゴンプラズマ凝固(Argon Plasma Coagulation: APC)、ホットバイオプシー鉗子による腫瘍切除を合計4回施行し、下葉気管支の閉塞が解除され呼吸状態の改善が得られた。APCは穿孔の危険性が低く様々な角度からの照射が可能で、ホットバイオプシー鉗子は出血の危険性を低下させ腫瘍を削り取ることができる。両者共に気道腫瘍に対する有用な治療選択肢となる。文献的考察を加え、報告する。

## 1-14

## 乳癌術後25年経過での孤立性肺転移と多発性肺癌を合併した重複癌の1例

三重県立総合医療センター

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

症例は61歳女性。X-25年に右乳癌部分切除後。X-1年に右肺下葉のGGN、左肺上葉の浸潤影、左肺舌区の結節影を指摘され紹介。右肺下葉切除でpTisN0M0の上皮内腺癌の診断を得、術後その他の陰影を経過追跡した。左肺の両陰影は緩徐な増大傾向があったため、気管支鏡検査で左上葉の組織診で腺癌の診断を得たことから、左肺上葉と左肺舌区に外科的切除を施行。左肺上葉の浸潤影は置換型腺癌、左肺舌区結節は免疫染色の結果から乳癌肺転移と診断した。本症例では画像所見が異なるため、それぞれを単発性と見え、双方を外科的切除で診断治療することが出来たが、多発性肺癌は診断方針に難渋することも多い。また、同時に切除した、良性と考えていた結節が25年の経過を経て再発した乳癌肺転移であり、比較的稀な形式での重複癌であった。自験例に対し文献的考察を加えて報告する。

## 1-15

## 癌性リンパ管症を初発症状とした胆管癌の1例

聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科

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

症例は43歳女性。約3週間前より続く咳嗽と喀痰を主訴に、20XX年4月23日当科を紹介受診した。胸部X線、CTでは両側気管支壁および小葉間隔壁の肥厚像を認め、一部に浸潤影を認めた。気管支鏡を用いて左B5aよりBALを行ったところ、細胞診でClassVを認め、癌性リンパ管症と診断された。TBLBは腺癌の病理像であったが、免疫染色では原発巣の同定に至らなかった。胸腹部造影CT、上下部消化管内視鏡検査、乳腺エコー、婦人科受診を行い原発巣検索に努めたが、異常所見は指摘できなかった。経過中に肝胆道系酵素の上昇傾向を認めたため、腹部エコーを施行したところ、胆泥貯留を認めた。消化器科内科でERCPを施行した結果、遠位胆管に不整狭窄があり、胆汁細胞診よりClassVを認めたため、胆管癌の確定診断に至った。癌性リンパ管症を初発症状とする胆管癌はまれであり、報告する。

## 1-16

## 画像からの鑑別に苦慮した肺MALTリンパ腫の1例

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

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

症例は53歳男性。検診を契機にX-3年05月より当科外来で胸部異常陰影の画像追跡を実施中。胸部CTでは右中葉の限局性気管支拡張、楔状の限局性浸潤影を認めるほか、右下葉に石灰化を伴う粒状影・小結節影を認めており、肺非結核性抗酸菌症(肺NTM症)などによる炎症性変化として妥当であったため経過観察していた。顕著な陰影変化なく経過していたが、右中葉の陰影は一部孤立性結節様にも見え、肺癌の可能性も否定できず、X年6月に気管支鏡下生検を試みたものの有意所見を得られず。X年7月に外科的肺生検で肺MALTリンパ腫の診断に至った。初診時に肺NTM症などの良性疾患を想定して画像追跡していたが、外科的肺生検により比較的稀な疾患である肺MALTリンパ腫の診断に至った一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 1-17

## 原発性マクログロブリン血症による肺浸潤を呈した一例

<sup>1</sup>静岡赤十字病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>静岡市立清水病院, <sup>3</sup>浜松医科大学 内科学第二講座

○鈴木 賢哉<sup>1</sup>, 堀池 安意<sup>1</sup>, 新 健史<sup>1</sup>, 田熊 翔<sup>1</sup>, 森田 雅子<sup>1</sup>, 松田 宏幸<sup>1</sup>, 志知 泉<sup>1</sup>, 森 和貴<sup>2</sup>, 須田 隆文<sup>3</sup>

症例は62歳, 男性。20XX年4月初旬より乾性咳嗽・労作時呼吸困難感を自覚していた。同月に行った健康診断の胸部単純X線写真で両肺野の浸潤影を指摘され, 精査目的にA病院に入院となった。肺炎として抗菌薬治療を開始されたが無効であったため, 確定診断目的にて気管支鏡検査を施行し, 気管支肺胞洗浄液で総細胞数の上昇とリンパ球分画の上昇を認め, 経気管支肺生検では器質性肺炎の所見が認められた。血液検査では総蛋白・アルブミンの乖離があり, 蛋白分画でIgM $\kappa$ 型M蛋白が認められたことから, 血液疾患の関与が疑われ, 7月に精査加療目的に当院呼吸器内科に紹介入院となった。当院での骨髓病理組織検査と前医の肺組織検体の追加免疫染色で, いずれもIgM陽性リンパ形質細胞を認めため, 原発性マクログロブリン血症(Waldenström's macroglobulinemia: WM)による肺浸潤と診断した。

肺浸潤を呈するWMは非常に稀であり, 若干の文献的考察を加えて報告する。

## 1-18

## 血痰を契機に診断された縦隔型気管支動脈瘤の一例

<sup>1</sup>岐阜市民病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>岐阜大学医学部附属病院 放射線科

○小野木 朱音<sup>1</sup>, 堀場 あかね<sup>1</sup>, 塚本 旭宏<sup>1</sup>, 二村 洋平<sup>1</sup>, 石黒 崇<sup>1</sup>, 吉田 勉<sup>1</sup>, 澤 祥幸<sup>1</sup>, 棚橋 裕吉<sup>2</sup>, 松尾 政之<sup>2</sup>

症例は66歳, 女性。X年3月頃から血痰を認めており, 1-2週間血痰を認めた後に改善することを繰り返したため, 7月に近医耳鼻咽喉科を受診した。喉頭ファイバーでは咽喉頭内の出血は認めず, 当科に紹介となった。胸部CTで両肺の空洞結節と細気管支炎, 中葉舌区の気管支拡張, 大動脈下の動脈瘤を疑う腫瘤を認めた。喀痰抗酸菌塗抹検査でガフキー2号。培養検査で*Mycobacterium intracellulare*を認め, 非結核性抗酸菌症と診断した。また。大動脈下の腫瘤は造影CTにて縦隔型気管支動脈瘤と診断し, いずれも喀血の原因となりうると考えた。非結核性抗酸菌症に対してはRFP, CAM, EBによる治療を開始し, 気管支動脈瘤については岐阜大学放射線科に紹介し, コイル塞栓術を施行された。縦隔型気管支動脈瘤は非常に稀な疾患で, 若干の文献的考察を加えて報告する。

## 1-19

## 診断に苦慮した悪性胸膜中皮腫の1例

独立行政法人労働者健康安全機構旭労災病院 呼吸器内科

○羽柴 文貴, 鈴木 悠斗, 小栗 梓, 伊藤 圭馬, 横山 多佳子, 加藤 宗博, 宇佐美 郁治

症例は77歳男性, 既往は十二指腸乳頭部癌。胸部CTで胸膜プラークを認め, 石綿健康管理手帳検診で画像フォローをしていた。X-2年7月, 十二指腸乳頭部癌フォローの腹部CTで右胸水が出現し, 胸腔穿刺による胸水細胞診で異型細胞を認めた。悪性胸膜中皮腫を疑い全身麻酔下胸腔鏡下胸膜生検を施行した。胸腔内は胸膜プラークを認めるのみで, 病理組織は中皮の増生を認めたが明らかな悪性所見はなく, 良性石綿胸水と診断し経過観察を行った。X年4月の胸部CTで右縦隔壁側胸膜肥厚と右上葉臓側胸膜肥厚が出現, 右胸水の増加を認め局所麻酔下胸腔鏡下胸膜生検を施行した。病理組織で胸膜下組織への異型細胞浸潤を認め, 免疫染色はAE1/AE3, calretinin陽性, TTF-1, CEA陰性を示し, 悪性胸膜中皮腫と診断した。良性石綿胸水と診断した症例でも慎重に画像経過を追い, 胸膜に変化を認めた場合は再生検を考慮する必要があると考えられた。貴重な症例と考えられ報告する。

## 1-20

## 悪性胸膜中皮腫に対するNivolumab単回投与が奏功した一例

三重県立総合医療センター

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

建築関連の職業歴がある75歳男性。X年6月前胸部違和感を自覚し近医を受診, 胸部異常陰影を指摘され近医総合病院に紹介となった。右胸膜肥厚, 左上葉結節影を認めCTガイド下生検を施行し, 全身精査の結果, 右肉腫型悪性胸膜中皮腫cT3N0M0 stageIB (UICC分類, PD-L1: TPS 10%), 左上葉肺腺癌cT3N0M0 stageIIBと診断した。生命予後を考慮し悪性胸膜中皮腫に対する治療を優先しCDDP+PEM1コース施行後当院紹介受診となった。計CDDP+PEM4コース施行するも原発巣増大, 脳転移出現認め病勢悪化と判断しX+1年2月26日Nivolumabを投与した。全脳照射を行いつつ2コース目を予定したが, 全身倦怠感等の訴えも多く治療中断となり単回投与となったが同年6月10日撮像した画像では悪性胸膜中皮腫における病変は縮小を維持していることを確認した。悪性胸膜中皮腫における化学療法は奏功しない例が多いが, 本症例ではNivolumab単回投与で奏功得られており経過を踏まえ報告する。

## 1-21

原因不明の慢性胸水の経過観察中に、増大する腫瘍性病変を認め、剖検にて膿胸関連リンパ腫と診断した1例

独立行政法人労働者健康安全機構 旭労災病院 呼吸器内科

○清水 徹, 伊藤 圭馬, 小栗 梓, 鈴木 悠斗,  
横山 多佳子, 加藤 宗博, 宇佐美 郁治

【症例】90歳, 男性【主訴】微熱, 食欲不振【既往歴】慢性閉塞性肺疾患, じん肺【現病歴】X-17年, 右胸水貯留の精査のため胸膜生検まで施行されるも原因不明であり, 経過観察となった。X-05年, 右背部痛を認めたが, 既知の被包化胸水は著変なく経過観察となった。X年6月, 1ヶ月前からの微熱と食欲不振のため受診, 被包化胸水の肺内側に腫瘍性病変を認め, 肝臓への直接浸潤も伴っており, 入院となった。【臨床経過】血清sIL-2Rが2961U/mLと上昇, Gaシンチグラフィーにて腫瘍性病変に強い集積を認め, 悪性リンパ腫などが疑われた。その後, 呼吸不全の進行を認め, X年7月永眠された。病理解剖の結果, 膿胸関連リンパ腫と診断された。【考察】膿胸関連リンパ腫の多くは結核性胸膜炎や肺結核に対する人工気胸療法術後の患者に発症し, 本例のように肺結核の既往がない患者では稀有である。慢性胸水の経過中に念頭におくべき疾患として, 若干の考察を加えて報告する。

## 1-22

急激な病勢進行を呈した上皮型中皮腫の一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

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

症例は69歳女性。30歳台から10年間金属加工業に就業しており, 金属煙の吸入歴があった。X年8月の検診では胸部X線写真に異常所見を認めていなかった。X年11月中旬より咳嗽・喘鳴が出現したため, 近医より当科へ紹介となった。CT検査で右肺尖部に8cmの腫瘍性病変, 大量の右胸水を認め, 肺癌・癌性胸膜炎が疑われた。胸腔鏡検査を行い, 上皮型中皮腫(cT4NxM0 stageⅢB)の診断となった。X年12月より初回治療CDDP+PEMを2コース, X+1年4月より2次治療ニボルマブを1コース投与したが, 急速に腫瘍は増大しX+1年5月に死亡した。本症例は発症から約6ヵ月で死亡しており, 上皮型中皮腫としては進行が早く臨床歴に稀少性が高いと考えられるため報告する。

## 2-01

### 異時性に対側肺に再燃をきたした両側乳癌放射線治療後器質化肺炎の一例

<sup>1</sup>浜松医科大学 内科学第二講座, <sup>2</sup>浜松医科大学 外科学第一講座

○山下 遼真<sup>1</sup>, 田中 悠子<sup>1</sup>, 中村 祐太郎<sup>1</sup>,  
穂積 宏尚<sup>1</sup>, 柄山 正人<sup>1</sup>, 鈴木 勇三<sup>1</sup>,  
古橋 一樹<sup>1</sup>, 藤澤 朋幸<sup>1</sup>, 榎本 紀之<sup>1</sup>,  
乾 直輝<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>1</sup>, 小倉 廣之<sup>2</sup>

症例は54歳, 女性。X-1年3月に両側乳癌に対して両側乳房部分切除術後, タモキシフェンクエン酸塩(TAM)を導入し, 5月から6月まで放射線治療(50Gy/25Fr)を行った。11月中旬から倦怠感, 呼吸困難が出現し, 12月に胸部CTで右肺上葉に浸潤影を認めた。BALFはリンパ球分画22.2%で, TBLBではOrganizing pneumoniaを認めた。乳癌放射線治療後の器質化肺炎と診断し, TAMを中止, 内服ステロイド(PSL 35mg/day)を開始した。治療反応性は良好で, 3月からTAMを再開した。以降外来でステロイドを漸減しX年5月からはPSL 2.5mg/dayを継続していた。6月中旬の胸部Xpで左上肺野に浸潤影が出現した。TAMを中止し経過観察したが5日後に陰影は増大し発熱も出現した。器質化肺炎の再燃と診断し, ステロイドをPSL35mg/dayに増量したところ, 自覚症状と陰影は速やかに改善した。両側放射線照射後の器質化肺炎は, 改善後も対側肺に再燃をきたすことがあり注意が必要である。

## 2-02

### クライオ生検にて病理組織所見が確認できた防水スプレー吸入による間質性肺炎の一例

医療法人清須呼吸器疾患研究会 はるひ呼吸器病院

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

症例は, 56歳男性。密閉空間にて防水スプレー使用後, 咳嗽, 発熱が出現し当院救急外来受診。低酸素血症, 肺機能低下はないものの, 炎症反応上昇あり, 胸部CTでは, 両側上葉優位にスリガラス状陰影が認められた。臨床経過より, 防水スプレー吸入による間質性肺炎と診断し入院。同日より, 酸素投与及びステロイドパルス療法を施行。入院第2病日にクライオ生検を施行し, 浮腫や上皮剥離を伴う軽度の器質化肺炎の所見が得られた。入院第5病日の胸部CTでは, 両側上葉の索状影は改善傾向を示しており, ステロイドを漸減した。入院第8病日の胸部CTでは, 両側上葉の索状影は消退傾向であり, 同日退院となった。これまでに, 本疾患においてTBLB以外で病理組織所見が確認された報告はなく, 今回のクライオ生検にて病理組織所見が確認出来たため貴重な症例と考え報告する。

## 2-03

### クライオ生検病理でc-NSIPであり自然軽快した抗セントロメア抗体陽性の間質性肺炎

名古屋市立大学病院 呼吸器・アレルギー内科

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

症例は58歳男性。4ヵ月前より徐々に増悪する息切れがあり, 精査目的に入院となった。胸部X線で両下肺野に網状陰影あり, 胸部CTで両側下葉優位にすりガラス陰影を認めた。胸部聴診でfine cracklesあり, 爪囲紅班と爪上皮延長があった。Nail fold bleedingが散在していた。血清KL-6は2599 U/mLと上昇し, 抗セントロメア抗体が陽性。%VC 68.6%, %DLco 40.5%と拘束性換気障害, 拡散能障害があった。BALの細胞分画はリンパ球が50%と増加しており, クライオ生検病理はc-NSIPであった。強皮症を鑑別に挙げたが, 皮膚硬化を認めずVEDOSS基準で早期強皮症の分類に該当しなかった。5か月の経過で自覚症状, 肺機能, CT画像の改善があった。クライオ生検病理でc-NSIPであり自然軽快した抗セントロメア抗体陽性の間質性肺炎は過去に報告がなく貴重な症例と考える。

## 2-04

### 局所麻酔下胸腔鏡検査を施行したループス胸膜炎の一例

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

○松本 拳<sup>1</sup>, 矢澤 秀介<sup>1</sup>, 幸田 敬悟<sup>1</sup>,  
豊嶋 幹生<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>2</sup>

症例は49歳男性, 1週間前からの感冒症状のため近医受診し胸膜炎の診断で一般抗菌薬の投与が行われ一時改善したが再増悪のため受診。抗核抗体640倍, 抗ds-DNA抗体800倍以上であり, 日光過敏による皮疹, 関節痛などから全身性エリテマトーデス(SLE)と診断した。胸水検査では好中球優位の滲出性胸水で, IGRAは陰性だが, 胸水中ADA67.6UI/Lと高値であり結核性胸膜炎の可能性も否定ができなかった。胸腔鏡検査では胸膜の発赤, 血管増生を認め, 結節性病変は認めなかった。胸膜生検で血管周囲の炎症性細胞浸潤を認め, 類上皮性細胞肉芽腫は認められなかったためSLEによる胸膜炎と診断した。ステロイド治療を開始したところ胸痛や胸水は減少した。ループス胸膜炎の胸腔鏡所見の報告は少なく文献的考察を加え報告する。

## 2-05

## 抗MDA5抗体、抗ARS抗体が共に陽性であった臨床的無筋症性皮膚筋炎(CADM)の一例

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

○平松 俊哉<sup>1</sup>, 中川 栄実子<sup>1</sup>, 村野 萌子<sup>1</sup>,  
中井 省吾<sup>1</sup>, 村上 有里奈<sup>1</sup>, 西本 幸司<sup>1</sup>,  
松島 紗代実<sup>1</sup>, 右藤 智啓<sup>1</sup>, 佐藤 潤<sup>1</sup>,  
妹川 史朗<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>2</sup>

症例は32歳、女性。約3週間前から両手背の皮疹が出現し、皮疹の性状と皮膚生検の結果からGottron丘疹と診断された。胸部CTにて両肺下葉優位に胸膜側主体のすりガラス状陰影、浸潤影を認め、間質性肺炎が疑われて当科に紹介となった。CPK 274IU/mlと軽度上昇していたが筋症状はなく、抗MDA5抗体も陽性であったが呼吸状態は比較的保たれていた。KL-6 378U/ml, SP-D 30.4ng/ml, BALのLym26.8%であった。抗ARS抗体も陽性であり、フェリチンは50ng/mlと上昇は無かった。間質性肺炎合併のCADMと診断し、プレドニゾン1mg/kg/日+タクロリムス3mg/日の内服で治療を開始したところ、自覚症状、胸部X線所見は改善傾向を示した。CADMで抗MDA5抗体と抗ARS抗体の両者が陽性となることは稀であり、その臨床的な特徴も明らかではないと考え報告した。

## 2-06

## 肺化膿症と前立腺膿瘍を併発した限局型多発血管炎性肉芽腫症の一例

国立病院機構 名古屋医療センター

○山田 有里紗

症例は38歳男性。発熱を主訴に当院を受診し、肺化膿症と前立腺膿瘍の診断で入院となった。広域抗生剤で加療し、前立腺膿瘍は縮小したが、38度台の弛張熱と高炎症が持続し肺膿瘍が改善しなかった。気管支鏡等の検査で診断に至らず、抗生剤治療を続けたところ、鼻出血、多関節炎、両眼強膜炎、左耳介軟骨炎など、徐々に全身性の症状が出現した。PR-3 ANCA陽性かつ、主要症状3項目を満たし、限局型の多発血管炎性肉芽腫症(GPA)と診断した。ステロイド治療を開始し、炎症所見、熱型、胸部陰影は改善した。

## 2-07

## COVID-19と鑑別を要した好酸球性肉芽腫性多発血管炎(EGPA)の1例

<sup>1</sup>磐田市立総合病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>磐田市立総合病院 皮膚科, <sup>3</sup>浜松医科大学 第二内科学講座

○中井 省吾<sup>1</sup>, 妹川 史朗<sup>1</sup>, 中川 栄実子<sup>1</sup>,  
村野 萌子<sup>1</sup>, 平松 俊哉<sup>1</sup>, 村上 有里奈<sup>1</sup>,  
西本 幸司<sup>1</sup>, 松島 紗代実<sup>1</sup>, 右藤 智啓<sup>1</sup>,  
佐藤 潤<sup>1</sup>, 古川 瀬里<sup>2</sup>, 佐野 友佑<sup>2</sup>,  
橋爪 秀夫<sup>2</sup>, 須田 隆文<sup>3</sup>

症例は中国籍の30歳、男性。当時中国ではCOVID-19が流行していた。2週間前に日本に出国した。1週間前より、発熱・咳嗽・倦怠感が出現し当院を受診した。SpO<sub>2</sub> 93%(室内気)と低下していた。胸部CTでは左下葉末梢側優位に浸潤影、すりガラス影が広がっていた。血液検査では軽度炎症反応上昇を認めた他、好酸球分画は15%と上昇、血小板は11.0万/μLと低下していた。経過からCOVID-19を疑ったが、鼻腔ぬぐい液より行ったPCRは陰性であった。経過中皮疹が出現し、病理所見で細血管周囲の好酸球浸潤が強く、EGPAが疑われた。メチルプレドニゾン1000mg3日間投与後、プレドニゾン50mg/日を継続した。呼吸状態・皮疹・血小板数・好酸球数ともに軽快した。COVID-19でも環状紅斑等の皮疹を呈することもあり、本例は鑑別に苦慮した。貴重な症例と考え、文献的考察を加え、報告する。

## 2-08

## 入院時COVID-19が疑われた抗ARS抗体陽性間質性肺炎の一例

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

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

症例は67歳男性。10日前から湿性咳嗽が出現した。6日前から呼吸困難の悪化を認め前医を受診し、胸部CTで両側肺野びまん性のすりガラス陰影を認め、COVID-19疑いで紹介となった。PF100未満の呼吸不全を認め、感染対策を徹底し人工呼吸器管理を行い、SARS-CoV-2の重症肺炎を念頭にmPSL60mgを開始した。しかし、繰り返しのSARS-CoV-2のPCR検査は陰性であり、入院時の膠原病専門医の診察で膠原病を示唆する所見はなかったものの、入院3日目に行った抗ARS抗体が陽性と判明したため、急性経過の抗ARS抗体陽性間質性肺炎と診断した。COVID-19と抗ARS抗体陽性間質性肺炎の鑑別は画像のみでは難しいことがある。COVID-19の感染流行時においても他疾患の鑑別を行うことで診断しえた貴重な症例であり、本会では文献的考察を加え報告する。

## 2-09

### ジンカンカ(市販のサプリメント)による薬剤性肺障害の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院

○古澤 星子, 松田 浩成, 増田 孝一,  
加藤 由香里, 上田 翔子, 岩神 直子,  
原 宗央, 岩神 慎一郎

症例はX-10年に左腎癌に対して左腎・脾合併切除歴がある76歳女性。X年5月になり呼吸困難と咳嗽を自覚した。近医を受診し、I型呼吸不全と胸部異常陰影を指摘され、当院に救急搬送となった。胸部CTで両側肺に浸潤影とすりガラス影を認め、細菌性肺炎や癌性リンパ管症、来院3週間前からジンカンカ(市販のサプリメント)を内服していたことから薬剤性肺障害などが鑑別と考えられた。入院後、肺炎を念頭にアンピシリン・スルバクタムとアジスロマイシンを投与したが反応に乏しかった。薬剤リンパ球刺激試験ではジンカンカが陽性となり、気管支肺胞洗浄液ではリンパ球の増加と、CD4/CD8比の上昇を認めた。以上からジンカンカによる薬剤性肺障害の診断でプレドニゾン0.5mg/kg/日を開始した。その後、症状は改善し自宅退院となった。病歴聴取によりサプリメントによる薬剤性肺障害を疑い、診断・治療に至った一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## 2-10

### 紅豆杉による薬剤性肺炎の一例

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

○中川 栄実子<sup>1</sup>, 村野 萌子<sup>1</sup>, 中井 省吾<sup>1</sup>,  
平松 俊哉<sup>1</sup>, 村上 有里奈<sup>1</sup>, 西本 幸司<sup>1</sup>,  
松島 紗代実<sup>1</sup>, 右藤 智啓<sup>1</sup>, 佐藤 潤<sup>1</sup>,  
妹川 史朗<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>2</sup>

症例は68歳女性。喫煙歴なし、鼻炎以外にアレルギーはない。既往歴に関節リウマチがあり、メトトレキサートを内服していたが2ヶ月前に中止され、以降は自身で輸入した紅豆杉を使用していた。1ヶ月前より咳嗽・呼吸困難が出現し、近医レントゲンで両側のすりガラス影を指摘され当院へ紹介となった。血液検査では炎症反応は陰性、SP-Dの上昇あり。胸部CTでは両肺に小葉中心性のすりガラス影を認め、呼吸機能検査ではDLcoが60.4%と低下していた。気管支鏡検査を行い、気管支肺胞洗浄液でリンパ球分画24.2%、好酸球分画9.0%と上昇を認めた。末梢血のリンパ球刺激試験では紅豆杉が陽性であり、紅豆杉による薬剤性肺炎と診断した。プレドニゾン30mg/日で加療開始し軽快を得た。紅豆杉はイネ科の植物であり、バクテリアキセルをはじめとするタキサン型ジテルペンが含まれているが、薬剤性肺炎の報告は少なく、貴重な症例と考え報告した。

## 2-11

### 強アルカリ洗剤の吸入により発症した肺胞出血、器質化肺炎の一例

<sup>1</sup>名古屋掖済会病院, <sup>2</sup>中京病院

○平野 達也<sup>1</sup>, 角田 陽平<sup>2</sup>, 伊藤 利泰<sup>1</sup>,  
岩間 真由子<sup>1</sup>, 田中 太郎<sup>1</sup>, 西尾 朋子<sup>1</sup>,  
今村 妙子<sup>1</sup>, 浅野 俊明<sup>1</sup>, 島 浩一郎<sup>1</sup>,  
山本 雅史<sup>1</sup>

【症例】62歳男性【現病歴】X年6月17日、強アルカリ液体洗剤を推奨希釈倍率より高濃度で使用し、銭湯清掃を行った。その後倦怠感、発熱を認め、20日に当院受診、胸部CTで左下葉に広範なすりガラス病変を認め、肺炎と診断し入院。【臨床経過】レジオネラ肺炎を含む細菌性肺炎を疑い抗菌薬治療開始。その後、軽快傾向だったが、24日、血痰あり、強アルカリ洗剤による肺胞出血を鑑別に挙げ、気管支鏡検査を施行。気管支肺胞洗浄にてリンパ球優位、CD4/CD8比の上昇を認め、TBLBより肺胞出血、器質化肺炎と診断。抗菌薬を終了しPSL20mg内服を開始、炎症反応、肺炎像は軽快した。【考察】既報の洗剤による薬剤性肺障害例では、エアロゾル吸入、アルカリ性、界面活性剤含有であることが共通する。本症例は液体洗剤でブラッシングした後、高圧洗浄機にて洗い流しており、エアロゾルが発生したと推察した。洗剤による薬剤性肺障害は稀であり文献的考察を含め報告する。

## 2-12

### 外科的肺生検でMTXによる薬剤性間質性肺疾患が疑われた一例

公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

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

症例は65歳男性。3ヶ月前から多発関節痛が出現した。関節リウマチとしてメソトレキサート(MTX)を開始したが改善乏しく、2週間で中止した。PSL15mgを開始したところ関節痛は改善を認め、PSL8mgに漸減した。しかし、5日前から悪化する咳嗽と呼吸困難を自覚し、胸部CTで両側上中肺野のスリガラス陰影と呼吸不全を認め入院した。気管支肺胞洗浄でCD8優位のリンパ球増多を認め、*P. jirovecii*のPCR検査は陰性であり、培養で有意菌の発育は認めなかった。病態評価及び鑑別疾患のため、入院7日目に外科的肺生検を施行し、多分野合議でMTXによる薬剤性間質性肺疾患を最も考えた。MTX使用時には様々な肺病変を経験する。鑑別が難しいことが多いが、本症例は外科的肺生検による肺病理組織が診断の一助となった貴重な症例であり、本会では文献的考察を加え報告する。

2-13

特発性肺線維症と鑑別を要した干し草による慢性過敏性肺臓炎の一例

独立行政法人国立病院機構天竜病院 呼吸器・アレルギー科

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

症例は77歳男性。6年前に『肺炎』として入院した際に間質性肺炎を認め、経過観察していた。間質性肺炎はUIPの画像所見で、ごくわずかな増悪を繰り返し徐々に進行した。4年前に悪化した際に、特発性肺線維症(IPF)としてニンテダニブを導入した。画像所見や呼吸状態は改善したが、ニンテダニブ開始後1年で増悪があった。入院経過観察のみで画像所見や呼吸状態に改善を認めた。気管支肺胞洗浄液ではリンパ球が23.7%と増加していた。環境調査では、趣味の畑に大量の干し草があった。慢性過敏性肺臓炎(CHP)を疑い、干し草を移動させる作業を誘発試験として行ったところ、10時間後に白血球数増加が、24時間後には炎症反応上昇が認められ、干し草によるCHPと診断した。ステロイド内服を追加し、以後、病状は安定した。CHPとIPFの鑑別は時に困難であるが、治療方法が異なるので、その鑑別は非常に重要になる。

2-14

腫瘍様陰影を呈し気管支喘息の合併のないアレルギー性肺アスペルギルス症の一例

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

- 矢澤 秀介<sup>1</sup>, 幸田 敬悟<sup>1</sup>, 豊嶋 幹生<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>2</sup>

症例は70歳男性、2週間前からの咳嗽と喀痰を主訴に受診。胸部X線で左下肺野に腫瘍様陰影を認め、胸部CTで左B9を中心に末梢に連なる陰影を認めた。HAM (high attenuation mucus) を認め粘液栓が示唆された。末梢血好酸球1350/ $\mu$ L, 血清IgE580IU/mL, アスペルギルスのRASTスコア2であった。気管支鏡検査では左B9を閉塞する粘液栓子を確認した。気道可逆性試験、気道過敏性試験は陰性であり喘息の合併はないと判断した。アレルギー性気管支肺真菌症の研究班による診断基準から、1型アレルギー、特徴的粘液栓子、気管支拡張、HAMなどからアレルギー性肺アスペルギルス症と診断した。本症例では喘息がなかったが、特徴的な画像所見を呈しており画像所見から本疾患を疑って鑑別を進めることが重要と考えられた。

2-15

ACOの急性増悪に合併したたこつば症候群の1例

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

- 岩中 宗一<sup>1</sup>, 大岩 綾香<sup>1</sup>, 坂倉 康正<sup>1</sup>, 西村 正<sup>1</sup>, 内藤 雅大<sup>1</sup>, 井端 英憲<sup>1</sup>, 大本 恭裕<sup>1</sup>, 藤本 源<sup>2</sup>, 小林 哲<sup>2</sup>

【症例】72歳女性【経過】X-1年から当科でACOに対して加療開始し、X年5月からHOTを導入していた。X年7月上旬に発熱・酸素化不良を認め当院へ救急搬送された。ACOの急性増悪と診断し、当院緊急入院となり、抗菌薬、副腎皮質ステロイドの投与を開始した。入院2日目に意識障害と胸部不快感が出現し、十二誘導心電図でII, III, aV<sub>F</sub>, V<sub>4-6</sub>にST上昇を認めた。呼吸性アシドーシスを認めたため気管内挿管を行い、緊急冠臓脈造影検査を施行した。冠動脈に有意狭窄はなく、左室造影検査で心尖部の壁運動低下を認め、たこつば症候群と診断した。その後人工呼吸管理とACOの治療を行い、入院3日目には心電図変化は改善した。呼吸器疾患にたこつば症候群を合併する場合があります、心電図異常を認めた際には注意を必要とする。今回我々はACOの急性増悪に合併したたこつば症候群を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

2-16

男性に発症したLofgren症候群の一例

三重県立総合医療センター 呼吸器内科

- 児玉 秀治, 三木 寛登, 伊藤 稔之, 後藤 広樹, 寺島 俊和, 藤原 篤司, 吉田 正道

症例は47歳男性。2020年2月下旬からの発熱と多発関節痛で近位受診。末梢神経障害も出現したため3月23日に精査加療目的に当院へ紹介入院。胸部CTで縦隔および肺門リンパ節腫大を認め、EBUS-TBNAを施行し非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を指摘した。急性で発熱および関節痛を伴い、結節性紅斑を認めなかったことからLofgren症候群(variant form)と診断した。末梢神経障害も神経サルコイドーシスと考えられ、PSL治療を行い現在無症状で維持できている。Lofgren症候群はBHL、結節性紅斑、多発関節痛を伴う急性サルコイドーシスである。人種差や地域差が大きく本邦では稀である。またLofgren症候群は圧倒的に女性に多いとされているが、今回我々は男性のLofgren症候群を経験したため文献的考察を加えて報告する。

## 2-17

### 化学療法にて軽快した多発性骨髄腫合併自己免疫性肺胞蛋白症の1例

浜松医療センター 呼吸器内科

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

症例は75歳, 男性。多発性骨髄腫(MM)に対する一次治療(VMP療法; ボルテゾミブ+メルファラン+プレドニゾロン)後, 経過観察期間中に中葉にすりガラス影が出現した。MMに対する治療を再開するもMMの病勢を反映するIgG,  $\kappa/\lambda$ 比が上昇し, また呼吸困難も出現・増悪したため当科紹介となった。胸部画像上はすりガラスが両側に広がり地図状のcrazy-paving像を形成していた。気管支鏡検査では乳白色の気管支肺胞洗浄液が得られ, 抗GM-CSF抗体陽性であったことから, 自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。診断後MMに対する二次治療(DRd療法; ダラツムマブ+レナリドミド+デキサメタゾン)を先行させたところ, 両側のすりガラス像は改善された。MMに合併した自己免疫性肺胞蛋白症は知り得る限り報告がなく, この化学療法への反応性は治療方法を考えるうえで示唆に富む貴重な経過と考える。若干の文献的考察を加え報告する。

# 一般演題 第2日目 抄録

〈筆頭演者が研修医の発表には下線が付いています。〉

## 1-23

## COVID-19による重症肺炎に対してV-V ECMOを行い救命しえた一例

静岡市立静岡病院

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

症例は72歳男性。5日間持続する発熱と両肺の浸潤影を認め、前医で咽頭ぬぐいPCR検査でSARS-Cov-2陽性となりCOVID-19肺炎として当科入院となった。シクレソニド吸入とファビピラビルを開始、入院時点では呼吸不全を認めなかったが翌日より呼吸不全が出現し第4病日に気管挿管、人工呼吸器管理となった。人工呼吸器管理後も肺炎は悪化傾向で第7病日にはP/F<100となり呼吸不全が進行したため同日V-V ECMOを導入した。第11病日に気管切開を施行、出血合併症などの対応に苦慮したが徐々に酸素化は改善傾向となったため第21病日に人工呼吸器のweaningを開始し、第23病日にECMOを離脱、第27病日に人工呼吸器を離脱した。その後リハビリテーションを行い第49病日に独歩で自宅退院となった。今回COVID-19重症肺炎に対してV-V ECMOを導入し救命し得た一例を経験した。当日は若干の文献学的考察を加えて報告する。

## 1-24

## 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者に対してECMOを含めた集中治療を行った1例

<sup>1</sup>岐阜県総合医療センター 呼吸器内科, <sup>2</sup>岐阜県総合医療センター 循環器内科, <sup>3</sup>岐阜県総合医療センター呼吸サポートセンター, <sup>4</sup>岐阜赤十字病院 呼吸器内科

○田口 真由香<sup>1</sup>, 都竹 晃文<sup>1</sup>, 土田 晃将<sup>1</sup>, 馬場 康友<sup>1</sup>, 加藤 智也<sup>1</sup>, 吉真 孝<sup>2</sup>, 石原 敦司<sup>3</sup>, 森 輝樹<sup>3</sup>, 天野 裕樹<sup>4</sup>, 武藤 優耶<sup>1</sup>, 佐々木 優依<sup>1</sup>, 松野 里奈<sup>1</sup>, 増田 篤紀<sup>1</sup>, 浅野 文祐<sup>1</sup>

69歳男性。4月X日から発熱、食欲不振、下痢を認め、X+5日にCTで両側肺野すりガラス陰影を認め急性肺炎の診断で前医に入院。入院日のPCR検査でCOVID-19と診断された。呼吸不全となりX+7日に酸素投与、X+8日に人工呼吸器管理を開始。呼吸不全の改善が乏しく、X+9日に当院へ転院となり、同日VV-ECMOを導入。その後、高炎症状態が継続し、間欠的なシバリングにより換気不良を認め、大量の鎮静薬、鎮痛薬、筋弛緩薬を使用した。X+22日にECMOを離脱。ECMO中に腹臥位療法、ECMO離脱後にtilt-bed、APRVを併用し呼吸管理を行った。X+74日に人工呼吸器を離脱。その後自宅に退院した。当時はステロイドの投与は推奨されず、本例でもステロイドは未使用であった。最近ではステロイドが高炎症状態に有効であることが報告され、本例でもステロイドの使用によりシバリングを抑制し、集中治療期間や入院日数の短縮につながった可能性を考えた。文献的考察を加え報告する。

## 1-25

## COVID-19罹患後、味覚障害が長期に持続した1例

藤田医科大学医学部 呼吸器内科学Ⅱ講座

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

症例：70歳男性主訴：味覚障害既往歴：高血圧、腎結石・尿管結石、逆流性食道炎現病歴：当科に気管支喘息(治療ステップ3)、アレルギー性鼻炎などで外来通院中の患者。2020年3月●日、自覚症状はなく、濃厚接触者で新型コロナウイルスPCR検査を行い、3月●日PCR陽性、他院に入院となる。入院後、ファビピラビル治療開始。3月●●日PCR陰性確認し退院となる。その後、経過良好であったが、約1ヶ月後に味覚障害が出現。経過：気管支喘息の症状は入院中、退院後も安定していた。また、入院前の胸部単純CT写真で両側胸膜下有意に淡いすりガラス状陰影が拡がっていたが、退院後6月●●日の胸部単純CT写真ではすりガラス陰影は全体的に縮小軽減していた。しかし、退院1ヶ月後から味覚障害が出現し、約4ヶ月持続しており、現在も改善傾向は認めない。考察：今回、COVID-19罹患後、味覚障害が長期に持続した1例を経験したので、文献的考察も含め報告する。

## 1-26

## COVID-19の臨床的特徴と当院での取り組み

岐阜赤十字病院

○天野 裕樹, 澤田 昌浩, 明石 高明

当院では2020年3月17日から6月30日まで27名のCOVID-19の患者の入院加療を行った。今回我々は軽症から重症まで幅広いスペクトラムの症例を経験したため今後のCOVID-19感染症治療の一助になると考えたため若干の文献的考察を加えて報告する。

## 1-27

## COVID-19診断のための抗原定性検査とRT-PCRの一致率

名古屋市立東部医療センター

○前田 浩義, 長谷川 千尋, 栗山 満美子,  
戸田 早苗

【目的】 COVID-19の診断はRT-PCRがスタンダードだが、診療の手引きでは抗原定性検査が陽性であれば診断してもよいとされている。また症状発現2-9日の間は陰性の結果もRT-PCRの追加は不要とされている。抗原定性検査とRT-PCRがどれほど一致するかを確認することを目的とした。【方法】 当院外来、救急外来受診された発熱患者に、抗原定性検査(エスプライン)とRT-PCRを行い、その一致率を検討した。【結果】 2020年5月から9月に109例の検査を行った。RT-PCRも抗原定性も陽性が29例、いずれも陰性が75例であった。RT-PCR陽性で抗原陰性が4例、RT-PCR陰性で抗原陽性が1例であり、おおむね良好な一致をみた。RT-PCR陽性で抗原陰性であった例は、発症からの日数が長い傾向があり、陰性の結果である場合、発症からの期間を十分確認する必要があることが確認できた。

## 1-28

## 家庭内感染した新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の3例

浜松医科大学 内科学第二講座 呼吸器内科

○鈴木 浩介, 遠藤 慶成, 深田 充輝, 鈴木 勇三,  
穂積 宏尚, 柄山 正人, 古橋 一樹, 榎本 紀之,  
藤澤 朋幸, 中村 祐太郎, 乾 直輝, 須田 隆文

症例1は52歳女性の発端者。既往なし、肥満あり。X-12日にクラスターが発生したスポーツジムを利用した。X-7日から発熱を認めた。X-1日に同居者の症例2が先にCOVID-19と診断された。X日の接触者健診でSARS-CoV-2 RT-PCR陽性が判明し入院となった。肺炎像を認めたが、無治療で軽快した。症例2は24歳女性。高度肥満。統合失調症、先天性副腎過形成に対してステロイド内服加療中。X-4日に発熱、味覚・嗅覚異常を認め、X-1日にPCR陽性が判明した。X日の入院時に呼吸不全はなかったが、肺炎像を認めた。X+2日に酸素化が悪化しデキサメタゾン点滴加療を要した。症例3は60歳男性。既往なし。X-2日に発熱し、接触者健診のPCRでCOVID-19と診断された。肺炎像はなく無治療で軽快退院した。肥満や背景疾患がCOVID-19の重症度に関わるといわれている。本例は家族内感染であっても肺炎の有無や、その重症度は一律ではなかった。COVID-19について文献的考察を含めて報告する。

## 1-29

## 帝王切開後にcoronavirus disease 2019(COVID-19)が悪化し、VV-ECMOを要した一例

<sup>1</sup>名古屋第二赤十字病院, <sup>2</sup>愛知厚生連 足助病院○河合 将尉<sup>1,2</sup>, 村田 直彦<sup>1</sup>, 鈴木 博貴<sup>1</sup>,  
山川 英夫<sup>1</sup>, 西山 和宏<sup>1</sup>, 平松 佑斗<sup>1</sup>,  
岡田 曉人<sup>1</sup>, 早川 美帆<sup>1</sup>, 松田 浩子<sup>1</sup>,  
若山 尚士<sup>1</sup>, 小笠原 智彦<sup>1</sup>

症例は31歳の女性。3年前に分娩停止による帝王切開の既往があった。今回第2子妊娠で、妊娠糖尿病の合併を認めた。妊娠32週頃に発熱を認め保健センターにてSevere Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) PCR陽性と判明し、当院へ入院要請となった。入院時は呼吸不全を認めず、胎児にも異常は指摘されなかったが、第2病日より呼吸不全、凝固亢進状態を認めたため、妊娠33週3日で脊椎麻酔にて緊急帝王切開を行った。児のSARS-CoV-2 PCRは陰性であった。第3病日よりファビピラビル、メチルプレドニゾロンによる治療を開始したが、呼吸状態と胸部陰影が悪化し、第5病日には気管挿管となった。ファビピラビルをレムデシビルに変更したが、人工呼吸器関連肺炎の合併もあり第10病日にはVV-ECMOが必要となった。他の症例と比較検討し、同様な症例の今後の治療方針を考察する。

## 1-30

## ファビピラビルとナファモスタットメシル酸塩の投与により良好な転帰を得た重症COVID-19肺炎の一例

静岡県立総合病院 呼吸器内科

○中安 弘征, 田村 可葉美, 増田 寿寛,  
高橋 進悟, 北原 佳泰, 岸本 祐太郎,  
大石 享平, 三枝 美香, 赤松 泰介, 山本 輝人,  
森 悟, 朝田 和博, 白井 敏博

症例は66歳の男性。X-10日に飲食店で友人3名と飲食した。X-7日より37.8℃の発熱、X-6日より食欲不振、X-2日より湿性咳嗽と労作時呼吸困難を自覚した。X日に当院耳鼻咽喉科を定期受診した際に、発熱を認めたため精査目的に施行された胸部レントゲンとCTで両肺に非区域性のすりガラス影を指摘された。咽頭ぬぐい液 SARS-CoV2-PCR検査陽性と判明し、COVID-19肺炎の診断で同日当科入院となった。X+1日より鼻カスラ3Lの呼吸不全が出現し、ファビピラビルの内服を開始した。しかしX+4日に呼吸状態が悪化し、気管内挿管・人工呼吸器管理とし、ナファモスタットメシル酸塩の投与も開始した。X+6日に人工呼吸器関連肺炎を併発し、抗菌薬加療を開始した。X+13日に解熱と炎症反応の低下、呼吸状態の改善を認め、抜管とした。解熱後に2回SARS-CoV2-PCR陰性を確認し、X+23日に当科退院となった。良好な転帰を得た重症COVID-19肺炎の一例であり報告する。

## 1-31

## 治療経過中に多様な皮疹が出現したCOVID-19肺炎の1例

浜松医科大学 内科学第二講座

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

76歳, 男性。発熱およびSARS-CoV-2感染が判明した息子との濃厚接触歴を有したため, X-1日にPCR検査を受けた。X日に検査陽性と判明し, 同日近医に入院した。X+1日に呼吸不全が進行したため, 当院に転院した。38℃以上の発熱と低酸素血症, 胸部CTにて両肺胸膜下や気管支血管周囲にスリガラス様濃度上昇の所見を認め, 中等症IIのCOVID-19肺炎と診断された。セフトリアキソンとアジスロマイシン, ファビピラビル, ナファモスタットメシル酸塩による治療を受け, X+20日までに呼吸器症状は改善し, これらの治療薬および酸素の投与は不要となった。この頃から両側の足底, 手掌や顔面に一部膨隆を伴う多様な紅斑が出現した。COVID-19患者では臨床経過中に多様な皮膚所見を呈することが知られている。文献的考察を踏まえ報告する。

## 1-32

## COVID-19軽快後に発症した特徴的皮膚症状

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

○外山 陽子<sup>1</sup>, 堀口 智也<sup>1</sup>, 榊原 洋介<sup>1</sup>,  
岡村 拓哉<sup>1</sup>, 磯谷 澄都<sup>1</sup>, 近藤 征史<sup>1</sup>,  
今泉 和良<sup>1</sup>, 伊藤 亮太<sup>2</sup>, 土井 洋平<sup>2</sup>

症例は49歳男性。既往に脳梗塞があり高血圧, 慢性腎不全で前医通院中だった。来院6日前からの発熱, 咳嗽で前医を受診し, 胸部CTでは両肺野に非区域性のすりガラス影を認めた。低酸素血症とSARS-CoV-2抗原検査陽性を認め, COVID-19の診断で当院に転院した。酸素5l/min投与下でデキサメタゾン, レムデシビルを投与し呼吸状態は経時的に改善したが, 第11病日から両下腿の疼痛が出現した。第16病日には両下腿全体の浮腫を認め, 疼痛も歩行困難な程に悪化した。足趾に紫紅色の浮腫性紅斑, 足底に網状皮疹を認め, 皮膚生検では真皮浅層の小血管拡張を認めた。浮腫・疼痛は対症療法のみで数日後には軽快した。COVID-19では凍瘡に類似する皮疹の報告があり“COVID-toe”と呼ばれ, ウイルスへの免疫応答や微小血管障害の関連が示唆されている。本症例でも同様の機序により皮疹・疼痛が出現した可能性が考えられた。

## 1-33

## 再発気胸によって診断が得られ, Sirolimusの効果を認めたリンパ脈管筋腫症(LAM)の一例

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

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

症例は, 約1年前に右気胸に対して肺部分切除術を施行した45歳女性。右気胸の再発に対して内科的治療が困難となり, 前医より手術目的に当院呼吸器外科に紹介となった。胸腹部CTにて多発性肺と骨盤内の嚢胞性病変を複数認めたため, リンパ脈管筋腫症(LAM)が疑われた。肺部分切除術によって摘出された標本にて, Bulla壁と肺内の嚢胞壁に $\alpha$ -SMA, HMB45陽性のLAM細胞を認め, LAMの診断に至った。

術後は当科にて骨盤内嚢胞性病変や呼吸機能の経過観察をおこなっていたが, FEV1.0%の減少とDL<sub>CO</sub>の低下を認めたため, Sirolimus 2mg/dayの内服治療を導入した。内服導入後には, 閉塞性障害と拡散能が軽度改善し, 腹部CTでは骨盤内嚢胞性病変の縮小を認めた。また, Sirolimusの副作用として月経不順と口内炎を認めた。LAMに対し, Sirolimusが奏功した一例を経験したため, 文献的考察を加えて報告する。

## 1-34

## 肺出血を合併したリンパ脈管筋腫症に対してシロリムスを投与した一例

聖隷浜松病院 呼吸器内科

○中山 真魚, 平間 隆太郎, 大嶋 侑以子,  
竹田 健一郎, 持塚 康孝, 堤 あかり,  
三輪 秀樹, 河野 雅人, 三木 良浩, 橋本 大,  
中村 秀範

症例は34歳女性, 呼吸困難と血痰を主訴に当院内科を受診し, 鉄欠乏性貧血(Hb 5.6g/dL)を指摘された。胸腹部CTで両肺野の淡い濃度上昇と多発性小嚢胞, 右腎腫瘍を認めたため, リンパ脈管筋腫症(LAM)が疑われ当科紹介となった。経気管支肺クライオバイオプシーを施行し, 抗HMB45抗体などに陽性の平滑筋様細胞の集簇を認めたことからLAMと確定診断した。結節性硬化症の合併を疑う家族歴や皮膚症状などはなく孤発性と考えられた。また生検検体では気腔内に出血やヘモジデリン貪食マクロファージの集簇を認め, 肺出血を合併していると考えられた。閉塞性肺機能障害は軽度(%FEV1 86.5%)であったものの, 呼吸困難が強く血痰が持続していること等を考慮して, シロリムスによる治療を開始した。以降は血痰が減少し, 肺野のすりガラス陰影も改善した。文献的考察を加えて報告する。

## 1-35

## 経気管支肺クライオ生検で診断しえた孤立性リンパ脈管筋腫症の一例

岐阜県総合医療センター 呼吸器内科

○増田 篤紀, 都竹 晃文, 加藤 智也, 松野 里奈,  
佐々木 優依, 葛西 佑太郎, 武藤 優耶,  
田口 真由香, 土田 晃将, 馬場 康友, 浅野 文祐

症例は46歳女性。20歳代に気管支喘息と診断された。呼吸困難の増悪に対し当院へ精査依頼となった。胸部CTでは全肺野に8～12mm大で境界明瞭な薄壁を有する多発嚢胞を認め、リンパ脈管筋腫症(LAM)が疑われた。確定診断にはLAM細胞の証明が必要である。外科的生検は十分な検体が採取できるが、高度の閉塞性換気障害(1秒率は24.0%)のため、合併症のリスクが高いと思われた。低侵襲で高感度な診断方法として経気管支肺クライオ生検(以下、クライオ生検)を選択した。合併症無くクライオ生検を施行でき、病理組織上、肺泡領域に小嚢胞状の拡張した空隙、血管周囲に平滑筋様の紡錘形細胞が斑状に増殖する所見を認め、LAMと診断できた。呼吸機能の低下したLAMを疑う症例でクライオ生検は有用な診断方法と考えられ、若干の文献的考察を含めて報告する。

## 1-36

## 両側胸水貯留を認め胸腔鏡にて観察し得た黄色爪症候群の1例

<sup>1</sup>独立行政法人国立病院機構天竜病院, <sup>2</sup>浜松医科大学第二内科

○永福 建<sup>1</sup>, 早川 啓史<sup>1</sup>, 白井 正浩<sup>1</sup>,  
金井 美穂<sup>1</sup>, 藤田 薫<sup>1</sup>, 大場 久乃<sup>1</sup>,  
伊藤 靖弘<sup>1</sup>, 岩泉 江里子<sup>1</sup>, 大嶋 智子<sup>1</sup>,  
須田 隆文<sup>2</sup>

症例：60歳台 女性。X-3年から少量の胸水貯留を指摘され、近医にて経過観察となっていた。x年3月呼吸困難増悪あり、前医受診時に両側胸水貯留と慢性気管支炎を合併していた。皮膚科受診し爪甲の肥厚と色調変化から黄色爪症候群に矛盾しないと診断された。x年4月当科紹介となり、胸腔鏡検査を実施した。胸水は黄色調の乳び胸水であり、リンパ球優位で、各種培養については陰性であった。左右で胸水の性状は同一であった。胸腔内視は非特異的な炎症所見であった。胸膜病理検体では高度のリンパ球浸潤、ヘモジデリン貪食マクロファージを多数認め、慢性炎症の所見であった。肉芽種は認められなかった。これは過去の報告と同様であった。胸腔鏡検査後、右胸腔にミノマイシン+OK432による胸膜癒着術を実施した。結語：両側胸水貯留例において胸腔鏡が胸水貯留原因の診断について有用であった一例を経験した。

## 1-37

## 胸腔鏡下肺生検術にて診断に至った肺骨化症の一例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

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

症例は78歳、男性。X年7月に近医で施行された胸部単純CTで両側下葉背側優位にすりガラス網状影、樹枝状の石灰化、右肺底部に結節影を認めたため、当科に紹介された。結節病変については腫瘍性病変の可能性もあり、当院呼吸器外科に紹介の上、10月24日に胸腔鏡下肺生検術を施行した。病理所見では、間質性肺炎を背景に不整形の骨組織が散在性に見られ、骨組織内部には骨髄形成を認めたことから、肺骨化症の診断に至った。その後も当科にて無治療経過観察中である。間質性肺炎に伴う肺骨化症は比較的稀な疾患であり、報告する。

## 2-18

急性経過で発症し、びまん性すりガラス陰影を呈した粟粒結核の一例

聖隷浜松病院 呼吸器内科

○竹田 健一郎, 平間 隆太郎, 大嶋 侑以子,  
持塚 康孝, 堤 あかり, 三輪 秀樹, 河野 雅人,  
三木 良浩, 橋本 大, 中村 秀範

【症例】66歳, 女性【主訴】発熱, 咳嗽, 全身倦怠感【既往歴】特記事項なし【現病歴】約2週間前から発熱, 咳嗽を自覚し, 近医を受診。胸部X線は異常所見なく, 肝機能障害を指摘され, 当院消化器内科へ紹介入院となった。肝胆道系酵素上昇に加え, 汎血球減少, フェリチン著明高値, sIL2R高値を認めた。第3病日に低酸素血症を認め, 当科紹介。胸部画像上, びまん性すりガラス陰影を呈した。肝疾患や血液疾患の精査のため, 肝・骨髓生検が施行され, 両検体から肉芽腫を認めた。第5病日から抗結核薬治療を開始し, 後日, 肝・骨髓・喀痰・尿検体から *M. tuberculosis*-PCR陽性と判明し, 粟粒結核と確定診断した。治療開始2週後の胸部画像では典型的な粟粒病変が顕在化していた。当科で治療を継続し, 全身症状・陰影は改善した。【考察】急性発症する粟粒結核では, 肺病変の初期像はびまん性すりガラス陰影を呈する場合があります, 注意を要すると考えられた。

## 2-19

気管内病変を認めた抗IFN- $\gamma$ 中和抗体陽性の播種性 *Mycobacterium avium* 症の一例

<sup>1</sup>聖隷浜松病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>熊本大学大学院生命科学研究部 呼吸器内科学講座

○平間 隆太郎<sup>1</sup>, 大嶋 侑以子<sup>1</sup>, 竹田 健一郎<sup>1</sup>,  
持塚 康孝<sup>1</sup>, 堤 あかり<sup>1</sup>, 三輪 秀樹<sup>1</sup>,  
河野 雅人<sup>1</sup>, 三木 良浩<sup>1</sup>, 橋本 大<sup>1</sup>,  
木村 俊貴<sup>2</sup>, 坂上 拓郎<sup>2</sup>, 中村 秀範<sup>1</sup>

症例は78歳, 男性。発熱と左側胸部痛を主訴に紹介となった。胸部CTでは, 両肺多発結節, 右肺門・縦隔リンパ節腫大を認め, 右中葉入口部の狭窄が疑われた。また, 左肋骨の溶骨性病変, 左腸腰筋内低吸収域を認めた。肋骨, 腸腰筋病変部の経皮的針生検および縦隔リンパ節のEBUS-TBNAを施行したが, いずれも有意所見は得られなかった。EBUS-TBNA施行時に右中葉入口部の壁肥厚による狭窄を認め, 1週間後の再検査時には同病変の悪化および右気管支・気管内に多発するポリープ状病変を認めた。気管内病変の生検および縦隔鏡下縦隔リンパ節生検で肉芽腫性病変を認め, 気管内病変の組織培養および経過で顕在化した左胸水培養から *Mycobacterium avium* が検出された。以上より, 播種性非結核性抗酸菌症と判断し, HIV抗体は陰性で, 最終的に抗IFN- $\gamma$ 中和抗体陽性と判明した。本疾患の気管内病変は稀であり, 病変の進展を確認し得た報告はない。文献的考察を加えて報告する。

## 2-20

急性呼吸不全に対し慢性進行性肺アスペルギルス症への治療導入により改善に至った非結核性抗酸菌症の一例

中部労災病院 呼吸器内科

○栗林 友紗, 松島 有希, 大槻 遼, 榊原 利博,  
伊藤 浩, 松下 明弘, 町田 和彦, 松尾 正樹

【症例】肺癌術後の85歳女性。20XX-6年に右S9浸潤影+粒状影を認め気管支洗浄液より *M.intracellulare* が検出, 経過観察とした。20XX-1年1月より微熱, 咳嗽, 右肺尖部空洞影が出現し, 非結核性抗酸菌症 (NTM) 増悪を疑いRFP+EB+CAM内服開始。アスペルギルス沈降抗体陽性であったが, 喀痰培養は陰性。20XX年3月よりSTFXを追加。20XX年5月, 咯血に伴う無気肺と急性呼吸不全のため気管挿管管理下で入院。状態改善乏しく, 真菌感染を考慮しMCFGを併用開始し改善に至った。後に喀痰培養より *Aspergillus fumigatus* が検出。症状改善後にVRCZ内服へ切り替え, 転院を機にITZへ変更。現在もNTMと慢性進行性肺アスペルギルス症 (CPPA) に対し薬物療法継続。【結語】NTM治療中のCPPA合併は高リスクであり, NTM, CPPA合併例における症状増悪因子の検討の重要性を再認識した。

## 2-21

免疫正常の成人に発症した *Mycobacterium intracellulare* による腋窩リンパ節炎の1例

独立行政法人 静岡市立静岡病院

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

症例は45歳女性。201X年8月, 左腋窩リンパ節腫大をみとめ血液内科へ紹介。リンパ節針生検で類上皮性肉芽腫をみとめ, 組織の抗酸菌塗抹検査が陽性であったため結核性リンパ節炎を疑われ当科へ紹介となった。再度リンパ節生検を行い, *Mycobacterium intracellulare* に対するPCRが陽性となり同菌による腋窩リンパ節炎と診断した。201X年9月より, クラリスロマイシン, エタンプトール, リファンピシンによる化学療法を開始し治療継続中である。免疫正常の成人に発症する *Mycobacterium intracellulare* によるリンパ節炎は稀であり, 若干の文献的考察を加えて報告する。

2-22

気管支鏡検査が診断に有用であった肺クリプトコッカス症の1例

<sup>1</sup>新城市民病院 総合診療科, <sup>2</sup>岡崎市民病院

○志村 侑亮<sup>1,2</sup>, 玉腰 淳子<sup>1</sup>, 磯部 好孝<sup>2</sup>,  
近藤 千晶<sup>2</sup>, 丸山 英一<sup>2</sup>, 犬飼 朗博<sup>2</sup>,  
奥野 元保<sup>2</sup>

症例は75歳男性。201X-1年6月に抗ARS抗体陽性間質性肺炎と診断し、アザチオプリンとプレドニゾロンで治療を行い、経過は良好でありプレドニゾロンを漸減中であった。201X年5月の胸部CTでは左S<sup>1+2</sup>に浸潤影、上葉優位の左肺の様々な部位に分布する不整形の多発結節影が出現した。1か月後のCTではS<sup>1+2</sup>の浸潤影の内部に空洞形成を認めた。肺抗酸菌症を疑い喀痰検査を行ったが、抗酸菌は検出されなかったため気管支鏡下生検を実施したところ莢膜様の物質を伴った微小球状構造と肉芽腫性の炎症性病変を認め、血清クリプトコッカス抗原は陽性であり肺クリプトコッカス症と診断した。12か月間フルコナゾールを投与したところ、画像所見の著明な改善が得られた。免疫抑制患者の胸部画像で原因不明の空洞性病変を認めた際には、肺抗酸菌症だけでなく肺クリプトコッカス症も鑑別に挙げて気管支鏡検査を考慮する必要がある。

2-23

呼吸困難を契機に診断されたスエヒロタケABPMの一例

公立陶生病院 呼吸器アレルギー疾患内科

○西科 雄太, 山野 泰彦, 横山 俊樹, 松田 俊明,  
片岡 健介, 木村 智樹, 近藤 康博

症例は65歳女性。1ヶ月前からの湿性咳嗽を自覚していた。来院当日に突然の呼吸困難を認め救急搬送となった。症状は改善したものの、胸部CTにて右上葉に浸潤影、中枢性気管支拡張、及び高吸収粘液栓を認めた。好酸球上昇、総IgE上昇を認め、アレルギー性気管支真菌症(ABPM)疑いにて待機的に気管支鏡検査を施行した。内腔所見では右B2入口部に突出する白色の粘液栓を認め、吸引液の塗抹・培養検査で糸状菌が陽性となった。培養でアスペルギルスは陰性であったが、糸状菌の質量分析にてスエヒロタケが同定された。症状・呼吸機能検査では喘息の診断は満たさなかったが、本邦のABPM研究班より提唱されたABPM臨床診断基準の10項目中7項目を満たしABPMと診断した。プレドニゾロン0.5mg/kg/日で治療開始したところ速やかに症状、画像所見の改善を認めた。スエヒロタケABPMは近年注目されており、文献的考察を踏まえ報告する。

2-24

巨大腫瘤影を呈した若年男性における肺クリプトコッカス症の一例

聖隷三方原病院 呼吸器センター 内科

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

症例は特記すべき既往歴のない26歳男性。2ヶ月前から発熱、右胸痛を自覚し近医を受診した。血液検査では炎症反応上昇を、胸部CT検査では右上葉に不整形の造形不良領域を伴う巨大腫瘤影を認めた。肺化膿症の診断でアモキシシリン1500mg+クラブリ酸375mg/日内服が開始されたが改善せず入院し、アンピシリン・スルバクタム12g/日に変更したものの改善は得られなかった。第11病日に血清クリプトコッカス抗原陽性が判明したため気管支鏡検査を行ったところ内腔に特記所見は無いが、経気管支肺生検標本ではPAS染色陽性・Grocott染色陽性の円形の菌体を伴う肉芽腫性炎症を認め、肺クリプトコッカス症と診断した。髄液一般所見は正常で、クリプトコッカス抗原は陰性だったためフルコナゾール400mg/日内服を開始し、軽快したため第14病日に退院となった。巨大腫瘤影を呈する肺クリプトコッカス症は稀であるため報告する。

2-25

肺コクシジオイデス症の一例

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

○村野 萌子<sup>1</sup>, 中川 栄実子<sup>1</sup>, 中井 省吾<sup>1</sup>,  
平松 俊哉<sup>1</sup>, 村上 有里奈<sup>1</sup>, 西本 幸司<sup>1</sup>,  
松島 紗代実<sup>1</sup>, 右藤 智啓<sup>1</sup>, 佐藤 潤<sup>1</sup>,  
妹川 史朗<sup>1</sup>, 須田 隆文<sup>2</sup>

症例は50歳、女性(日本人)で、アメリカのネバダ州に居住していた。約1年前に帰国した際の健診にて胸部X線異常を指摘された。胸部CTでは左肺上葉(S1+2)に最大径26mm程度の空洞を伴う結節影を認めた。気管支鏡検査では確定診断がつかず、手術を提案したが、家庭の事情で5ヶ月渡米した。この間に腫瘤は増大傾向を示し、外科的切除の方針となった。術中迅速診断は壊死を伴う肉芽腫性炎症性変化であり、部分切除を施行。グロコット染色にて壊死部に最大径50μm程度の円形の無構造を認め、内部が空のもの、内生胞子と思われるものを含むもの等がみられ、コクシジオイデスに合致した所見であった。アメリカのネバダ州に居住していたことも考慮し、肺コクシジオイデス症と診断した。本症は日本で遭遇する機会は少ないものの、肺結節影の鑑別において、アメリカの流行地の居住や渡航歴のある場合は念頭に置く必要がある。

## 2-26

小細胞肺癌の治療中に*Shewanella algae*菌血症を繰り返した1例

<sup>1</sup>一般社団法人日本海員救済会 名古屋掖済会病院 呼吸器内科, <sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部

○浅野 俊明<sup>1</sup>, 伊藤 利泰<sup>1</sup>, 岩間 真由子<sup>1</sup>,  
平野 達也<sup>1</sup>, 田中 太郎<sup>1</sup>, 西尾 朋子<sup>1</sup>,  
島 浩一郎<sup>1</sup>, 山本 雅史<sup>1</sup>, 井口 光孝<sup>2</sup>

症例は75歳男性。体重減少, 倦怠感を主訴に当科受診。CTで左上下葉に陰影, 多発肝LDAを指摘。精査で小細胞肺癌 [cT4N3M1c stage IVB] と診断した。化学療法を予定していたが発熱, 悪寒が出現して緊急入院。血液培養で*Shewanella algae*が検出された。Cefepimeで治療したところ解熱軽快した。小細胞肺癌に対してCarboplatin+ Etoposideを開始。2コース途中で発熱, 経口摂取低下を認めて再入院。喀痰, 血液培養で再度*Shewanella algae*が検出された。Levofloxacinで治療したが, 原病の増悪により死亡した。

*Shewanella algae* 菌血症は比較的稀であり, 文献考察を交えて報告する。

## 2-27

## 急性腎障害を呈し血液透析を必要としたレジオネラ肺炎の2例

藤枝市立総合病院 呼吸器内科

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

【緒言】レジオネラ肺炎は多彩な症状を呈し, 臓器障害合併は予後不良となりうる。【症例1】47歳男性。左下葉浸潤影・レジオネラ尿中抗原陽性を認め, 腎機能障害・横紋筋融解症を呈していた。レボフロキサシン (LVFX) を開始したが, 第3病日に血液透析となり, 第18病日に透析離脱した。LVFX投与期間は17日, 最大Cre 11.1mg/dl, CPK 81810IU/Lであった。【症例2】66歳男性。左下葉浸潤影・レジオネラ尿中抗原陽性を認め, 腎機能障害・横紋筋融解症を呈していた。LVFXを開始したが, 第1病日に人工呼吸器, 第2病日に血液透析となり, 第8病日に抜管, 第27病日に透析離脱した。LVFX投与期間は16日, 最大Cre 8.8mg/dl, CPK 2048IU/Lであった。【考察】レジオネラ肺炎の腎機能障害はエンドトキシンや横紋筋融解症など様々な原因が考えられている。急性腎障害の回復の程度が慢性腎臓病や死亡率に関与しているため, 早期の治療介入と病態に応じた全身管理が重要である。

## 2-28

## 肺扁平上皮がん治療中にニューモシスチス肺炎とサイトメガロウイルス感染を併発した1例

JA岐阜厚生連中濃厚生病院 呼吸器内科

○安藤 英治, 玉木 英俊, 浅井 稔博, 岩田 啓之,  
安田 憲生

症例は81歳, 男性。X年4月に右上葉肺扁平上皮がん cT4N3M1c, stage IVB (多発肝転移, PD-L1 75%) と診断し, CBDCA+nab-PTX+Pembrolizumabを3コース施行したがPDであり, 7月2日から右上葉腫瘍増大により右主気管支が狭小化したため放射線照射を開始し, 7月9日より2次治療にDTXを投与した。7月22日に発熱, 呼吸困難を認め, 胸部CTにて左上葉を中心にすりガラス影を認め, 経過から薬剤性肺炎を疑い緊急気管支鏡検査後にステロイドを投与し症状は改善したが, 8月5日に症状が再燃した。血液検査でβ-Dグルカン軽度上昇, 胸部CTで新規すりガラス影を認め, ニューモシスチス肺炎 (PCP) を疑い再度気管支鏡検査を施行した。気管支鏡洗浄でニューモシスチスDNA陽性, サイトメガロウイルス (CMV) DNAは陰性であったが, 血液検査でCMV抗原陽性となり, PCPとCMVの同時感染と判断し治療した。肺癌治療中には日和見感染の同時感染も念頭に気管支鏡検査を行うことが重要である。

## 2-29

## パストレラ肺炎2例の臨床的検討

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

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

症例1 76歳女性, 犬飼育あり, 3ヶ月前から咳があり, 鎮咳剤で改善が乏しく, 近医より紹介。少量の喀痰あり, 発熱や体重減少なし, 胸部CTでは両側の気管支拡張とその周囲の浸潤影を認めた。喀痰検査では診断がつかず, 気管支鏡検査を施行。内腔所見では黄白色の痰を認め, エンピリックにLVFXを5日間使用し, 咳は軽減した。後日, 吸引痰より*Pasteurella multocida*が培養されたため, CVA/AMPCを追加投与し, 症状は改善した。

症例2 77歳女性, ネコ飼育あり, うつ病, パーキンソン病にてADL不良。2年前から頻繁に気道感染歴あり。咳と発熱にて受診, 市中肺炎の診断にて入院となった。胸部CTでは両側の気管支拡張と浸潤影を認めた。TAZ/PIPCとAZMにて治療開始した。入院時の喀痰検査にて*Pasteurella multocida*が培養された。陰影は残存したが, 症状は改善し第9病日に退院した。

上記症例を含め, 当院での過去の*Pasteurella multocida* 培養陽性例をまとめ, 報告する。

## 2-30

## 気管腕頭動脈瘻が死因と考える慢性呼吸不全の一例

大垣市民病院 呼吸器内科

○船坂 高史, 中島 治典, 谷村 真依, 池山 賢樹,  
森 裕太, 加賀城 美智子, 安部 崇, 安藤 守秀,  
進藤 丈

症例は47歳男性。4歳時に交通外傷で脊髄損傷を生じ下肢麻痺。神経因性膀胱による慢性腎盂腎炎から腎不全となり、腹膜透析中であった。強度の側弯のために低肺機能。X-9年から在宅酸素療法と夜間のNPPV管理を行っていた。X年5月の血液透析移行を契機に呼吸困難が増悪し、排痰不全による苦痛も認め、徐々に悪化傾向であった。同年11月に発熱、気道感染のために入院。抗生剤治療で解熱を得られたが、排痰困難のため31病日に気管切開を施行。しかし、カニューレ先端に肉芽形成を認め、69病日にアジャストフィットに変更し、狭窄部を超えて留置した。これにより安定した換気が得られたが、87病日朝より気切部より少量の出血を認め、同日夕方に多量の出血を来し換気不全となり永眠された。詳細な原因究明ができなかったが、気管腕頭動脈瘻が原因と考えられた。教訓的症例であり報告する。

## 2-32

## 機械学習を用いたオシロメトリーによるスパイロメトリーの予測と診断能

<sup>1</sup>松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科, <sup>2</sup>松阪市民病院 難治性呼吸器疾患研究室○伊藤 健太郎<sup>1,2</sup>, 田口 修<sup>1,2</sup>, 中村 祐基<sup>1</sup>,  
鈴木 勇太<sup>1</sup>, 坂口 直<sup>1</sup>, 藤原 研太郎<sup>1</sup>,  
西井 洋一<sup>1</sup>, 畑地 治<sup>1</sup>

【背景】呼吸機能の評価方法としてスパイロメトリーが標準であるが、インパルスオシロメトリーがその代替方法として使用できる。インパルスオシロメトリーの結果のみで人工知能を用いてスパイロメトリーの結果を予測可能か検証した。【方法】過去に松阪市民病院にてスパイロメトリーとインパルスオシロメトリーを同日に実施した症例データを対象とし、オシロメトリーの検査結果から機械学習を用いて、スパイロメトリーの値の予測値を算出し、拘束性障害と閉塞性障害の診断能についてROC解析にてAUCを算出して評価した【結果】合計で5539例から34543件のデータを用いて解析した。FEV1/FVCの予測値による閉塞性障害診断のAUCは0.88、%VCの予測値による拘束性障害診断のAUCは0.89であった。【結論】機械学習により、インパルスオシロメトリーの結果から高度にスパイロメトリーの結果予測が可能であった。

## 2-31

## 喀痰、尿検体のグラム陰性桿菌分離頻度の季節変動に関する検討

<sup>1</sup>藤田医科大学 呼吸器内科学Ⅱ講座, <sup>2</sup>藤田医科大学 ばんだね病院 臨床検査部, <sup>3</sup>藤田医科大学岡崎医療センター 薬剤部○鬼頭 雄亮<sup>1</sup>, 桑原 和伸<sup>1</sup>, 大野 齊毅<sup>1</sup>,  
加藤 研一<sup>1</sup>, 横井 達佳<sup>1</sup>, 加藤 圭介<sup>1</sup>,  
廣瀬 正裕<sup>1</sup>, 堀口 高彦<sup>1</sup>, 小原 知美<sup>2</sup>,  
後藤 健太<sup>2</sup>, 中村 有見<sup>2</sup>, 小池 良且<sup>3</sup>

[背景] 日本は季節による気温、湿度の変化が大きいが、微生物分離頻度を季節別に検討した報告は少ない。また外来検体と入院検体で微生物分離頻度に季節差があるのかも不明である。[対象と方法] 2008年1月から2019年12月の間に当院で実施した喀痰検体と尿検体の培養結果を後ろ向きに情報収集し、緑膿菌と大腸菌の分離頻度の季節変動を検討した。[結果と考察] 喀痰8746検体、尿9627検体が研究対象となり、緑膿菌の分離頻度は喀痰12.1%、尿検体4.3%、大腸菌は喀痰6.4%、尿29.0%だった。緑膿菌の分離頻度は夏もしくは秋が他の季節に比べ有意に高く、その傾向は外来検体より入院検体において、より顕著だった。大腸菌の分離頻度には外来検体、入院検体ともに季節による違いは認めなかった。院内の感染対策の際には、季節性を考慮する必要があるかもしれない。

## 協賛企業一覧

### 広告

アストラゼネカ株式会社  
MSD株式会社  
グラクソ・スミスクライン株式会社  
アステラス製薬株式会社  
小野薬品工業株式会社  
杏林製薬株式会社  
協和医科器械株式会社  
協和キリン株式会社  
クラシエ薬品株式会社  
塩野義製薬株式会社  
第一三共株式会社  
大正製薬株式会社  
大日本住友製薬株式会社  
株式会社ツムラ  
帝人ヘルスケア株式会社  
日本イーライリリー株式会社  
日本化薬株式会社  
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社  
ノバルティス ファーマ株式会社  
株式会社フィリップス・ジャパン  
フクダライフテック中部株式会社  
Meiji Seika ファルマ株式会社

### 共催セミナー

中外製薬株式会社  
アストラゼネカ株式会社  
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社