# 第139回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会

# 第121回日本呼吸器学会東海地方会

# 第24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 https://www.jrs.or.jp

〈WEB開催〉

会　期　2022年5月21日（土）　午前10時50分より
　　2022年5月22日（日）　午前10時より

会　長　**伊藤　理**

（愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科）

# 第139回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会
# 第121回日本呼吸器学会東海地方会
# 第24回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会
# 合同地方学会　会長挨拶

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

この度、2022年５月21日、22日の両日、第139回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会、第121回日本呼吸器学会東海地方会、第24回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会の合同地方学会の会長を務めさせていただきます。歴史と伝統ある本学会の会長を拝命したことは、たいへん光栄であります。本学会の開催にあたり、皆様方の多大なるご支援とご協力に感謝申し上げます。

新型コロナウィルス感染症（COVID-19）の流行が長期間続いていることで、本学会に関係される皆様におかれましては激務が続き、ご心労も重なっていることと存じます。このCOVID-19流行の影響を考慮しまして、直近の３回（増田昌文会長、中村敦会長、白井敏博会長）の方式を踏襲して、Webで配信することに決定いたしました。基本的には、発表者はご自身の施設等からWebで配信し、座長は配信会場となる名古屋市中小企業振興会館会議室にお越しいただいてセッションを取りまとめる形で進行してまいります。

さて、本会の企画としましては、特別講演を愛知医科大学名誉教授・特命教授　山口悦郎先生にお願いし、自己免疫性肺胞蛋白症の病態機序と治療法に関する最新の知見を解説していただきます。また、男女共同参画講演では、藤田医科大学　今泉和良教授の司会のもと、愛知医科大学　河合聖子先生ならびに藤田医科大学　魚津桜子先生に講演いただきます。また、一般演題につきましては、88演題と多数の応募をいただき、感染症、腫瘍、間質性肺炎、免疫・アレルギー疾患など幅広い内容が網羅されています。２日間とも非常に興味深いプログラムとなっております。

本会開催に向けご尽力いただいた方々、共催セミナー開催および広告を通じてご支援いただいた協賛企業の皆様には、改めて感謝申し上げます。発表、座長、視聴でご参加いただく先生方にとって、実り多く、また診療に役立つ２日間となることを祈念して、会長挨拶とさせていただきます。

2022年４月吉日

# 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。
  配信会場には参加受付、視聴機材はございません。
- 参加単位の取得対象は、事前参加登録（有料参加者は参加費納入必須）を完了し、会期中に参加（視聴）した方のみです。また、視聴用URLの発行も事前参加登録者のみに発行いたします。
- 事前参加登録者のみに視聴用URLのご案内を事前参加登録時に登録されたメールアドレス宛に送付いたします。（受信後、ウェビナー登録してください。）
- Zoomを使用いたしますので、視聴デバイスへダウンロードしてください。

**■参加登録（事前参加登録制）**

参加予定の先生は、５月８日（日）までに次のURLから案内にしたがってご登録ください。
https://www.kekkaku.gr.jp/ntm/no139/
参加費：3,000円　＊学生（大学院生は除く）・研修医は無料

**■参加の先生へ（一般視聴者）**

- 事前にウェビナー登録をお願いいたします。表示名は「姓名漢字フルネーム」でお願いいたします。日付（５月21日、22日）・会場（第１会場、第２会場）ごとにウェビナー登録が必要です。
- 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、オペレーターからの解除依頼をご承認ください。）

**■（一般演題）座長の先生へ**

- 事前参加登録をお願いします。
- マスク着用の上、30分前には配信会場へお越しください。（別途ご案内します。）
- 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。

■（一般演題）演者の先生へ

- 事前参加登録をお願いします。
- ウェビナー登録の際、演者であることがわかるように表示名は「姓名漢字フルネーム」でお願いします。
- 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。スライドはPowerPointでスライドサイズ16：９にて作成ください。
- 発表セッションの30分前に出欠確認およびご説明の為、演者ミーティングを行います。演者ミーティング終了後、事前にウェビナー登録した発表会場のURLよりご入室ください。（演者ミーティング用のURLは別途メールでご案内します。）
- 演者ご自身にて発表スライドを画面共有してご発表ください。
- 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。

# 日程表
# 5月21日（土）

| | 第1会場 | 第2会場 |
|---|---|---|
| 9：00 | | |
| 10：00 | 10：50～10：55　開会の挨拶 | |
| 11：00 | 11：00～11：45　喘息・好酸球性肺炎 | 11：00～11：55　間質性肺炎・薬剤性肺障害 |
| 12：00 | 12：00～13：00　ランチョンセミナー1 | |
| 13：00 | 13：05～14：00　その他の腫瘍 | 13：00～13：45　結核・非結核性抗酸菌症① |
| 14：00 | 14：05～15：00　肺癌 | 13：50～14：26　結核・非結核性抗酸菌症②<br>14：30～15：15　胸膜疾患 |
| 15：00 | 15：05～16：10　分子標的薬 | 15：20～16：25　COVID-19・その他の感染症 |
| 16：00 | 16：30～17：30　イブニングセミナー：抗酸菌教育講演 | |
| 17：00 | | |
| 18：00 | | |

# 日程表
## 5月22日（日）

| | 第1会場 | 第2会場 | |
|---|---|---|---|
| 9：00 | | | |
| 10：00 | 10：00～10：45 リンパ増殖性疾患 | 10：00～10：45 真菌 | |
| 11：00 | 10：50～11：40 特別講演 | | |
| 12：00 | 11：45～12：45 ランチョンセミナー2 | | 11：45～12：40 代議員会 |
| 13：00 | 12：50～13：05 総会 | | |
| | 13：15～13：55 男女共同参画講演 | | |
| 14：00 | 14：00～14：40 肺癌アフタヌーンセミナー | | |
| 15：00 | 14：45～15：21 稀少疾患・その他 | 14：45～15：40 膠原病・血管炎 | |
| | 15：25～16：28 免疫チェックポイント阻害薬 | | |
| 16：00 | | 15：45～16：40 肺循環障害 | |
| 17：00 | 16：33～17：10 縦隔疾患・癌性胸膜炎 | | |
| | 17：10～17：15 閉会の挨拶 | | |
| 18：00 | | | |

# 特別演題プログラム

**特別講演**　　**5月22日（日）10：50〜11：40　第1会場**

座長：愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科　　伊藤　理

『自己免疫性肺胞蛋白症　－診断と治療の現況－』

愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科　特命教授　　山口　悦郎

**男女共同参画講演**　　**5月22日（日）13：15〜13：55　第1会場**

座長：藤田医科大学　呼吸器内科　　今泉　和良

『ワークライフバランスの実践　－キャリア形成のための男女共同参画のあり方－』

愛知医科大学　医学教育センター　　河合　聖子

『ジェンダーレスの意識と環境』

藤田医科大学　呼吸器内科　　魚津　桜子

# 共催プログラム

**ランチョンセミナー 1**　　**5 月21日（土）12：00〜13：00　第 1 会場**

共催：アストラゼネカ株式会社

座長：名古屋大学大学院医学系研究科　呼吸器内科学　　若原　恵子

『好酸球性炎症を考慮した重症喘息治療』

名古屋市立大学　呼吸器・免疫アレルギー内科学　教授　　新実　彰男

**イブニングセミナー：抗酸菌教育講演**　　**5 月21日（土）16：30〜17：30　第 1 会場**

共催：インスメッド合同会社

座長：名古屋大学大学院医学系研究科　呼吸器内科学　　橋本　直純

『肺MAC症治療で目指すべきエンドポイントを考える〜喀痰培養陰性化の重要性〜』

国立病院機構東名古屋病院　呼吸器内科　統括診療部長　　中川　拓

**ランチョンセミナー 2**　　**5 月22日（日）11：45〜12：45　第 1 会場**

共催：クラシエ薬品株式会社

座長：愛知医科大学　臨床腫瘍センター　腫瘍内科部門　　久保　昭仁

『COPD患者のフレイルに対する漢方薬の臨床応用と考察』

昭和大学　病院長　呼吸器・アレルギー内科　主任教授　　相良　博典

**肺癌アフタヌーンセミナー**　　**5 月22日（日）14：00〜14：40　第 1 会場**

共催：小野薬品工業株式会社／ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

座長：愛知県がんセンター　呼吸器内科部　　藤原　豊

『オプジーボ＋ヤーボイ±化学療法レジメンの実際　エビデンスと使用経験から考える』

近畿大学医学部　内科学腫瘍内科部門　講師　　田中　薫

# 第139回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会
# 第121回日本呼吸器学会東海地方会　一般演題
# 第24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（５月21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）

**11：00〜11：45　喘息・好酸球性肺炎**

座長：刈谷豊田総合病院　呼吸器内科　武田　直也

1-01　ベンラリズマブ投与中に好酸球上昇を認めた難治性喘息の２例
三重県立総合医療センター　呼吸器内科　児玉　秀治

＊1-02　血液透析で誘発される気管支喘息発作に対しベンラリズマブが奏功した１例
刈谷豊田総合病院　呼吸器内科　山田　悠貴

＊1-03　続発性副腎皮質機能低下症に好酸球性肺炎を合併した一例
藤枝市立総合病院　呼吸器内科　山下　遼真

1-04　興味深い経過を呈した，好酸球性血管性浮腫を合併した慢性好酸球性肺炎の１例
静岡赤十字病院　呼吸器内科　杉本　藍

＊1-05　アレルギー素因のないアレルギー性気管支肺アスペルギルス症が疑われた１例
静岡県立総合病院　呼吸器内科　杉山　周一

**13：05〜14：00　その他の腫瘍**

座長：名古屋大学大学院医学系研究科　呼吸器内科学　柴田　寛史

＊1-06　外科切除にて診断し得た硬化性肺胞上皮腫の１例
刈谷豊田総合病院　呼吸器内科　水谷　夏香

1-07　外科的肺生検で診断しえた顕微鏡的肺腫瘍塞栓を伴った腎細胞癌の１例
愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科　片野　拓馬

＊1-08　左胸腔内腫瘤に対して脂肪肉腫の診断および加療を行った一例
岐阜大学医学部付属病院　第二内科　呼吸器内科　福井　聖周

＊1-09　右心負荷所見が出現する前にFDG-PET所見にて診断し得た肺動脈原発血管肉腫の１剖検例
桑名市総合医療センター　呼吸器内科　八木　昭彦

＊1-10　胸部SMARCA４欠損未分化腫瘍の一例
磐田市立総合病院　呼吸器内科　中川栄実子

1-11　術後早期に転移巣が出現したSMARCA４欠損肺腫瘍の１例
三重大学　医学部　呼吸器内科　伊藤　稔之

## 14：05〜15：00　肺癌

座長：藤田医科大学　呼吸器内科　　後藤　康洋

1 -12　多発性重複癌の経過観察中に発症した気管支内ポリープ状結節を呈する原発性肺扁平上皮癌の一例
岐阜大学医学部附属病院　呼吸器内科・第二内科　　河江　大輔

* 1 -13　胸膜に沿って肺内で進展した非小細胞肺癌の 2 例
藤枝市立総合病院　呼吸器内科　　芹澤沙耶香

1 -14　肺動脈腫瘍塞栓症を呈した進展型小細胞肺癌の一剖検例
聖隷三方原病院　呼吸器センター　内科　　志村　暢泰

1 -15　肺癌由来の転移性肝腫瘍切迫破裂を緩和照射で制御せしめた 1 例
三重大学医学部附属病院　呼吸器内科学講座　　岡野　智仁

* 1 -16　間質性肺炎との鑑別が困難であった浸潤性粘液腺癌の一例
磐田市立総合病院　呼吸器内科　　中根　千夏

* 1 -17　免疫チェックポイント阻害薬を含む化学療法で治療し得た肺類基底細胞型扁平上皮癌の 1 例
磐田市立総合病院　呼吸器内科　　鈴木　真聖

## 15：05〜16：10　分子標的薬

座長：名古屋大学大学院医学系研究科　呼吸器内科学　　森瀬　昌宏

1 -18　未治療脳転移にエヌトレクチニブが奏功したROS 1 陽性肺腺癌の 1 例
松阪市民病院　呼吸器センター　呼吸器内科
横浜市立大学　医学部　臨床統計学　　伊藤健太郎

* 1 -19　定位放射線治療後に再発した肺腺癌に対してテポチニブを投与した 1 例
静岡県立総合病院　呼吸器内科　　深澤　詠美

1 -20　原発性肺癌と鑑別が困難な胸腺癌に 5 次治療としてレンバチニブを投与した一例
松阪市民病院　呼吸器センター　呼吸器内科　　西井　洋一

1 -21　胸腺癌に対するレンバチニブ投与後にPseudo-progression様反応を示した一例
労働者健康安全機構中部ろうさい病院　呼吸器内科　　池田　安紀

* 1 -22　オシメルチニブの再投与により症状改善が得られた癌性髄膜炎の 1 例
国立病院機構名古屋医療センター　呼吸器内科　　杉山　　祐

1 -23　簡易懸濁法を用いて胃瘻より投与したBrigatinibが有効だったALK陽性肺癌の 1 例
三重県立総合医療センター　呼吸器内科　　後藤　広樹

1 -24　EGFR遺伝子変異におけるオンコマインDxTTとPNA-LNA PCR clamp法の不一致例の臨床的意義
松阪市民病院　呼吸器センター　呼吸器内科　　坂口　　直

# 第２会場
## 第１日目（５月21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）

### 11：00〜11：55　間質性肺炎・薬剤性肺障害
座長：愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科　片野　拓馬

＊2-01　ライノウイルス感染を契機としたIPF急性増悪の一例
公立陶生病院　呼吸器アレルギー疾患内科　伊藤　慈紘

2-02　COVID-19肺炎治療後に間質性肺炎急性増悪を起こした一例
聖隷三方原病院　呼吸器内科　中村　隆一

＊2-03　加湿器肺の一例
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　白髭　彩

＊2-04　清心蓮子飲による薬剤性肺障害の１例
静岡赤十字病院　呼吸器内科　鈴木健太郎

＊2-05　潤腸湯による薬剤性肺障害の一例
大垣市民病院　呼吸器内科　上田健太郎

＊2-06　乙字湯による薬剤性間質性肺炎の３例
公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科　近藤　花保

### 13：00〜13：45　結核・非結核性抗酸菌症①
座長：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院　呼吸器内科　村田　直彦

＊2-07　躯幹部拡散強調MRI画像にて管理した頸部リンパ節結核の１例
桑名市総合医療センター　呼吸器内科　平井　貴也

＊2-08　同一肺葉内に肺結核と肺線癌が併発した１例
社会医療法人宏潤会大同病院　呼吸器内科　山本　彩未

2-09　両側結核性ぶどう膜炎の１例
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター　呼吸器内科　川口　裕子

2-10　当院におけるアミカシン硫酸塩吸入用製剤の使用経験
独立行政法人国立病院機構東名古屋病院　林　悠太

2-11　*M. shinjukuense*，*M. praragordonae*，MACを分離した肺非結核性抗酸菌症の１例
国立病院機構長良医療センター　呼吸器内科　大西　涼子

### 13：50〜14：26　結核・非結核性抗酸菌症②
座長：国立病院機構東名古屋病院　呼吸器内科　林　悠太

2-12　特発性器質化肺炎へのステロイド治療中に生じたM. massilienseによる皮膚抗酸菌感染症の一例
三重県立総合医療センター　三木　寛登

2-13　肺非結核性抗酸菌症の治療中に発症し、気管支鏡で診断しえた肺ノカルジア症の一例
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

＊2-14　空洞穿破による気胸、胸膜炎で治療に難渋した肺MAC症の一例
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院　呼吸器内科　松野真佑美

2-15　Endoscopic Watanabe Spigot（EWS）により止血できた非結核性抗酸菌症による喀血の１例
静岡市立静岡病院　呼吸器内科　佐竹　康臣

## 14：30〜15：15　胸膜疾患

座長：名城病院　呼吸器内科　　馬嶋　　俊

2-16　器質化肺炎治療中に急速に肺嚢胞が出現し気胸を生じた１例
JCHO中京病院　角田　陽平

2-17　腎生検が診断のきっかけになった両側胸水貯留の１例
岐阜市民病院　呼吸器・腫瘍内科　塚本　旭宏

*2-18　７年の経過で再発した乳び胸の一例
浜松医療センター　呼吸器内科　手嶋　隆裕

*2-19　特発性と考えられた乳び胸の一例
静岡県立総合病院　呼吸器内科　白鳥晃太郎

*2-20　慢性膵炎に伴う胸腔内膵液瘻により膵性胸水と難治性気胸を合併した１例
浜松医療センター　臨床研修管理室　和田　駿佑

## 15：20〜16：25　COVID-19・その他の感染症

座長：名古屋大学　呼吸器内科　　進藤有一郎

2-21　眼痛を契機に診断された敗血症性肺塞栓症の一例
浜松労災病院　呼吸器内科　幸田　敬悟

*2-22　健常者に発症し，短時間に死亡に至った市中発症緑膿菌肺炎の１例
市立四日市病院　内科　岡部　志功

*2-23　大量喀血を生じ壊死性出血を呈した緑膿菌市中肺炎の１剖検例
磐田市立総合病院　呼吸器内科　岸本　　叡

2-24　関節リウマチに対するMTX投与中にEBVの再活性化を伴い発症したActinomyces graevenitziiによる肺膿瘍の１例
浜松労災病院　呼吸器内科　神谷　陽輔

2-25　両肺陰影を認め，経気管支肺生検にて病理組織より肺放線菌症と考えられた１例
名古屋掖済会病院　町井　春花

*2-26　長期人工呼吸管理を要するも離脱可能となったCOVID19重症肺炎の一例
公立陶生病院　呼吸器アレルギー疾患内科　西科　雄大

2-27　COVID-19治療経過中に発症した腸腰筋内血腫の２例
松阪市民病院　呼吸器センター　中村　祐基

# 第１会場
## 第２日目（５月22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）

### 10：00〜10：45　リンパ増殖性疾患
座長：地域医療機能推進機構　中京病院　呼吸器内科　　浅野　周一

1 -25　外科的肺生検にて診断されたCastleman病の１例
三重大学　医学部　呼吸器内科　　古橋　一樹

＊1 -26　急速に多臓器不全を呈したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患（MTX-LPD）一剖検例
静岡済生会総合病院　呼吸器内科　　伊藤　泰資

＊1 -27　著明な空洞病変を呈したメソトレキセート関連リンパ増殖性肺疾患の１例
藤田医科大学　呼吸器内科　　高橋　秀昂

＊1 -28　２度のEBUS-TBNAで診断に至らず、エコーガイド下経皮針生検で確定診断した前縦隔Ｔ細胞性リンパ腫の一例
地域医療機能推進機構中京病院　呼吸器内科　　柴田　智文

＊1 -29　胸水セルブロック検体の細胞診検査で診断した胸水原発と考えられる悪性リンパ腫
伊勢赤十字病院　感染症内科　　穂積　健太

### 14：45〜15：21　稀少疾患・その他
座長：愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科　　田中　博之

1 -30　内臓逆位を伴わない原発性線毛運動不全症（PCD）の１例
国立病院機構東名古屋病院　　中川　拓

＊1 -31　両側全肺洗浄を施行した自己免疫性肺胞蛋白症の一例
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　　鵜飼　陽一

＊1 -32　多発肺動静脈瘻から遺伝性出血性末梢血管拡張症（オスラー病）と診断された一例
豊橋市民病院　呼吸器内科　　名倉　巧真

1 -33　強い息切れCTで過膨張高度COPDとしたが全肺結節散布あり拘束性で低換気なく職歴聴取で珪肺症と診断した一例
医療法人初音会　杉浦医院　　末次　勸

### 15：25〜16：28　免疫チェックポイント阻害薬
座長：愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科　　加藤　俊夫

＊1 -34　カルボプラチン/パクリタキセル/ベバシズマブ/アテゾリズマブにて長期生存を得た肺肉腫様癌の１例
トヨタ記念病院　内科　　江尻　直弥

＊1 -35　末期腎不全で透析導入された後に悪性胸膜中皮腫に対するNivolumab維持療法を行った１例
聖隷三方原病院　呼吸器センター　内科　　山田耕太郎

＊1 -36　当院での免疫チェックポイント阻害剤に関連したと考えられる重症皮膚障害の報告
松阪市民病院　呼吸器センター　内科　　江角　征哉

1 -37　ペンブロリズマブを含む抗がん剤治療で中毒性表皮壊死症（TEN）を発症した一例
名古屋掖済会病院　　田中　太郎

1 -38　irAEとしての胃炎
伊勢赤十字病院　呼吸器内科　　仁儀　明納

＊1 -39　抗菌薬投与後に発症し肝生検を施行したatezolizumabによる免疫関連肝障害の１例
藤田医科大学　医学部　呼吸器内科学　　澤田　千晶

＊1 -40　悪性中皮腫に対してイピリムマブ・ニボルマブ投与後の筋炎合併重症筋無力症の一例
一宮市立市民病院　　浅岡　るう

## 16：33〜17：10　縦隔疾患・癌性胸膜炎

座長：愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科　　梶川　茂久

1 -41　大量胸水を契機に診断された縦隔内膵仮性嚢胞の一例
順天堂大学医学部付属静岡病院　呼吸器内科　　片山　勇魚

1 -42　甲状腺機能亢進症に合併した胸腺過形成と考えられた１例
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　呼吸器内科　　松浦　彰彦

* 1 -43　多発性筋炎を合併した胸腺腫の１例
小牧市民病院　呼吸器内科　　多湖　真弓

1 -44　ウロキナーゼの併用が有効であった癌性胸膜炎の１例
久美愛厚生病院　内科　　佐藤　圭樹

# 第２会場
## 第２日目（５月22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）

### 10：00〜10：45　真菌
座長：名古屋市立大学　呼吸器・アレルギー内科　田尻　智子

2-28　上下葉に広がる難治性肺アスペルギローマに対し外科治療が奏功した１例
聖隷三方原病院　呼吸器センター　外科　井口　拳輔

＊2-29　空洞を伴う多発浸潤影を呈した原発性肺クリプトコッカス症の一例
静岡県立総合病院　呼吸器内科　大川　航平

＊2-30　画像上肺癌との鑑別を要した肺ムコール症の一例
刈谷豊田総合病院　横山　昌己

＊2-31　肺スエヒロタケ症と肺*Mycobacterium avium*症を合併した１例
名古屋市立大学病院　呼吸器・アレルギー内科　小川　美波

＊2-32　関節リウマチに対する免疫治療中にニューモシスティス肺炎を生じた２症例
名古屋徳洲会総合病院　呼吸器内科　矢野間紗稀

### 14：45〜15：40　膠原病・血管炎
座長：公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科　山野　泰彦

＊2-33　発症早期にメポリズマブを導入した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の１例
JA愛知厚生連江南厚生病院　呼吸器内科　中垣しおり

＊2-34　シェーグレン症候群に合併した肺アミロイドーシスの一例
中部ろうさい病院　呼吸器内科
愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科　加藤　康孝

＊2-35　空洞を伴う多発肺浸潤影で受診した多発血管炎性肉芽腫症の１例
公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科　福田　圭祐

2-36　ANCA関連血管炎に合併した肥厚性硬膜炎の１例
三重大学附属病院　呼吸器内科　鶴賀　龍樹

2-37　全身性エリテマトーデス加療中に発症した肺胞出血に対しステロイド増量と抗凝固薬調整を行い，軽快した１例
静岡市立静岡病院　呼吸器内科　児嶌　駿

＊2-38　全身性強皮症に伴う間質性肺炎に対して、ステロイド、ミコフェノール酸モフェチルが奏効した１例
公立陶生病院　呼吸器アレルギー疾患内科　山田　博一

### 15：45〜16：40　肺循環障害
座長：小牧市民病院　呼吸器内科　高田　和外

2-39　早期の肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症と考えられた一例
聖隷浜松病院　呼吸器内科　綿貫　雅之

＊2-40　特発性肺動脈性肺高血圧症（IPAH）の診断に苦慮した一例
総合病院　聖隷三方原病院　伊藤　大恵

2-41　非アルコール性脂肪肝炎の経過観察中に肝肺症候群を来した一例
順天堂大学医学部附属静岡病院　呼吸器内科　小松亜里紗

＊2-42　脂肪肝による肝肺症候群の一例
磐田市立総合病院　呼吸器内科　鈴木　浩介

＊2-43　緊急手術を要した特発性肺内血腫の一例
聖隷浜松病院　呼吸器内科　池田　新

＊2-44　気管支動脈瘤破裂から心肺停止に至るもPCPS下の気管支動脈塞栓術により救命し得た一例
大垣市民病院　呼吸器内科　安藤　守恭

# 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

**ベンラリズマブ投与中に好酸球上昇を認めた難治性喘息の２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１：30歳代女性。X-１年11月からメポリズマブ投与中で好酸球は60/μl台で経過していた。X年９月にベンラリズマブへ変更し好酸球は０/μlに低下したが、変更後５ヶ月で好酸球300/μl台まで上昇した。喘息での臨時受診や点滴ステロイド投与の頻度が増え、X＋１年12月からデュピルマブへ変更した。喘息は安定し好酸球も100/μl台まで低下した。症例２：50歳代女性。X-１年５月からオマリズマブ投与中。X年６月頃からACT低下が目立ち10月よりベンラリズマブへ変更した。好酸球は０/μlに低下し、ACTも改善傾向となったが、変更後６ヶ月で好酸球400/μl台に上昇した。ACT最高点は20点だったが、しばしばACT低下を認めた。X＋３年７月にメポリズマブへ変更し、好酸球は70/μl台まで改善しACTも改善し安定した。ベンラリズマブは抗IL-５Rα抗体で通常治療でコントロール不良な喘息に用いる。今回ベンラリズマブ投与中に好酸球が上昇した２例を経験したため文献的考察を加え報告する。

1-02

**血液透析で誘発される気管支喘息発作に対しベンラリズマブが奏功した１例**

刈谷豊田総合病院　呼吸器内科
○山田　悠貴、横山　昌己、街道　達哉、藤浦　悠希、松井　　彰、鈴木　嘉洋、武田　直也、吉田　憲生

症例は74歳男性、40歳時に気管支喘息を発症。末期腎不全に対し、20XX年８月から血液透析導入となった。しかし、同月からの喘息コントロール不良のため当科紹介受診。ICS高用量とLABAに加えて、テオフィリン除放製剤、LTRAを併用し、血液透析時以外の症状は安定したが、透析時の症状改善は得られなかった。ダイアライザーの変更を行っても改善が乏しく、血中好酸球数150/μL以上、血清総IgE低値から、血液透析で誘発される気管支喘息を疑いベンラリズマブを開始した。ベンラリズマブ投与３日後より血液透析時の咳嗽が消失した。血液透析で誘発される気管支喘息発作の報告は散見されるが、ベンラリズマブが著効したという報告は稀であり文献的考察を加えて報告する。

1-03

**続発性副腎皮質機能低下症に好酸球性肺炎を合併した一例**

藤枝市立総合病院　呼吸器内科
○山下　遼真、芹澤沙耶香、森川　圭亮、伊藤祐太朗、籠尾南海夫、久保田　努、一條甲子郎、望月　栄佑、秋山　訓通、田中　和樹、松浦　　駿、津久井　賢、小清水直樹

症例は70歳男性。１ヶ月前からの食思不振と１週間前からの咳嗽を主訴に当院救急外来を受診した。来院時室内気で$SpO_2$ 90％と低下していた。胸部CTでは両側肺に非区域性の浸潤影を認め、末梢血好酸球増加（3150/μL）を認めたことから、好酸球性肺炎が疑われ精査加療目的に当科に入院となった。気管支肺胞洗浄液中の好酸球割合の上昇（81％）と経気管支肺生検で胞隔への好酸球浸潤を認め、好酸球性肺炎と診断した。また入院後に低血圧傾向が続き、早朝安静時の血中コルチゾール濃度の低下を認めたため、副腎不全を疑ってヒドロコルチゾン補充を100 mg/日から開始したところ、食思不振、咳嗽及び肺野の浸潤影の著明な改善が得られた。その後内分泌負荷試験を経て続発性副腎皮質機能低下症の診断となった。副腎不全にはしばしば好酸球増多症を伴うが、好酸球性肺炎を含む臓器障害を来す例は稀である。好酸球性肺炎の原因として、副腎不全も考慮する必要がある。

1-04

**興味深い経過を呈した，好酸球性血管性浮腫を合併した慢性好酸球性肺炎の１例**

[1]静岡赤十字病院　呼吸器内科
[2]浜松医科大学　内科学第二講座
○杉本　　藍[1]、森田　雅子[1]、堀池　安意[1]、松田　宏幸[1]、志知　　泉[1]、須田　隆文[2]

症例は40歳代女性。７月中旬より咳嗽が出現，８月には下腿浮腫も認めため近医を受診したところ，白血球増多を指摘されて，当科に紹介となった。血算で好酸球増多（WBC39440/ul，Eos93.5％）があり，CTでは右中葉・左舌区に小葉間隔壁の肥厚を伴うすりガラス陰影を認めた。肺病変については，経気管支肺生検で著明な好酸球浸潤があり，気管支肺胞洗浄で好酸球分画の上昇を認めたことから好酸球性肺炎と診断した。また，気道過敏性を認める咳嗽があり気管支喘息と判断した。好酸球性白血病等を鑑別に考えて骨髄生検も施行したが，芽球は認めずFIP1L１-PDGFRα融合遺伝子も陰性であった。経過中に喘息に対して吸入薬を開始して経過観察したところ，下腿浮腫及び呼吸器症状は速やかに軽快した。以降，再燃なく経過している。今回，好酸球増多症候群（HES）との分類に苦慮した１例を経験したため，文献的考察も含めて報告する。

1-05

**アレルギー素因のないアレルギー性気管支肺アスペルギルス症が疑われた1例**

[1]静岡県立総合病院　呼吸器内科
[2]同　病理診断科

○杉山　周一[1]、白鳥晃太郎[1]、大川　航平[1]、
中安　弘征[1]、増田　寿寛[1]、高橋　進悟[1]、
北原　佳泰[1]、岸本祐太郎[1]、櫻井　章吾[1]、
三枝　美香[1]、赤松　泰介[1]、山本　輝人[1]、
森田　悟[1]、朝田　和博[1]、白井　敏博[1]、
松原　修[2]、鈴木　誠[2]

症例は80歳男性．X年7月に肺癌検診で右下肺野に異常陰影を指摘され近医を受診．胸部CTにて右中葉に無気肺を認めたことから，精査加療目的に当院に紹介となった．喘息の既往はなく，血液検査では末梢血好酸球数の上昇はあるものの，血清総IgEや特異的IgEの上昇はなく，皮内試験も陰性であったが，胸部CTで中枢性気管支拡張と右中葉枝入口部に粘液栓の濃度上昇を認め，気管支鏡検査により粘液栓からアスペルギルスの菌糸が認められたことからアレルギー性気管支肺アスペルギルス症が疑われた．アレルギー素因がないことからX年8月末よりイトラコナゾール400mgのみで治療をおこなった．16週間の治療により画像上の粘液栓は消失し，陰影の改善を認めた．文献的考察を加え報告する．

1-06

**外科切除にて診断し得た硬化性肺胞上皮腫の1例**

[1]刈谷豊田総合病院　呼吸器内科
[2]同　呼吸器外科

○水谷　夏香[1]、山田　悠貴[1]、横山　昌己[1]、
藤浦　悠希[1]、街道　達哉[1]、松井　彰[1]、
鈴木　嘉洋[1]、武田　直也[1]、吉田　憲生[1]、
細川　真[2]、雪上　晴弘[2]、山田　健[2]

症例は24歳、男性。20XX-2年5月の健診で縦隔に異常影を指摘されていたが、本人の希望で経過観察となっていた。20XX年2月に精査を希望し、当院呼吸器内科紹介となった。胸部CT検査で中縦隔に40×35mm大の境界明瞭、辺縁平滑な円形占拠性病を認めた。MRI所見と併せて胚細胞腫瘍、神経原性腫瘍、胸腺腫などの縦隔腫瘍が疑われた。診断的治療目的に外科手術を施行したところ、腫瘍は左上葉発生であり、硬化性肺胞上皮腫の診断に至った。硬化性肺胞上皮腫は比較的稀な腫瘍である。本例における術前の画像診断では鑑別は困難であり、文献的考察を踏まえて報告する。

1-07

**外科的肺生検で診断しえた顕微鏡的肺腫瘍塞栓を伴った腎細胞癌の1例**

[1]愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科
[2]同　呼吸器外科
[3]愛知医科大学病院　腫瘍内科
[4]同　病理診断科

○片野　拓馬[1]、天野　瞳[1]、柴田　絹子[1]、
岡田茉莉花[1]、藤城　英祐[1]、村尾　大翔[1]、
荻須　智之[1]、米澤　利幸[1]、松原　彩子[1]、
田中　博之[1]、加藤　俊夫[1]、梶川　茂久[1]、
沼波　宏樹[2]、久保　昭仁[1,3]、都築　豊徳[4]、
伊藤　理[1]

症例は70歳代男性。労作時呼吸困難を主訴に当院を受診した。胸部CTで両側肺に多発する粒状影とスリガラス影、縦隔リンパ節の軽度腫大を認めた。血液検査では腫瘍マーカーとIGRAは陰性、IgG 4は779mg/dLと高値であった。BALとEBUS-TBNAによる縦隔リンパ節生検を施行したが、確定診断が得られなかった。IgG 4関連疾患を疑いステロイド治療を開始したが無効で、肺陰影が広がり呼吸不全となり入院した。病理組織学的診断のため、胸腔鏡下肺生検を施行し、腎細胞癌による肺腫瘍塞栓と判明した。造影CTで左腎腫瘤と左腎静脈への浸潤を認めたが、肺動脈への粗大塞栓は認めなかった。化学療法は行われず、生検から4か月後に転院先で死亡した。肺腫瘍塞栓は生前診断が極めて難しく、また腎細胞癌の顕微鏡的PTEを外科的肺生検で診断した報告はない。粒状影を含むCT所見と進行性の呼吸不全を認める場合には、肺腫瘍塞栓症の可能性を考慮することが重要である。

1-08

**左胸腔内腫瘤に対して脂肪肉腫の診断および加療を行った一例**

岐阜大学医学部付属病院　第二内科　呼吸器内科

○福井　聖周、遠渡　純輝、乾　俊哉、柳瀬　恒明、
垣内　大蔵、佐々木優佳、河江　大輔、酒井　千鶴、
大野　康、大倉　宏之

74歳女性。X年11月初旬呼吸困難を契機に胸部レントゲンにて左縦隔腫瘤を認め，当院呼吸器内科へ紹介受診された。胸部単純CTにて左胸腔内に内部に嚢胞，石灰化を伴う不整形巨大腫瘤を認めた。腫瘤の一部は食道近傍へ連続し充実性成分が主体であった。画像検査から脱分化型脂肪肉腫を疑う所見であり左縦隔腫瘤へEUS-FNAおよび経胸壁エコーガイド下針生検を施行した。EUS-FNAの病理結果からはspindle cell tumorの所見が得られ，エコーガイド下針生検検体の結果と合わせて高分化脂肪肉腫を疑う所見を得た。画像，病理結果から総合的に進行期脂肪肉腫の診断としてドキソルビシン塩酸塩を投与開始した。縦隔発生脂肪肉腫の一例を報告する。

1-09

**右心負荷所見が出現する前にFDG-PET所見にて診断し得た肺動脈原発血管肉腫の１剖検例**

桑名市総合医療センター　呼吸器内科
○八木　昭彦、平井　貴也、蛯原　愛子、油田　尚総

症例は84歳女性。循環器内科にて６年前よりの労作時呼吸苦に対し心房細動と僧帽弁閉鎖不全症による慢性心不全との診断にて薬物療法管理がなされていたが、胸部CTにて右下葉の結節影を認めたため当科紹介となった。当科紹介時には右心負荷所見は指摘できなかった。奇妙な形態を示す腫瘍様陰影であり、CTガイド下肺生検を行った結果、肉腫様癌が示唆された。FDG-PETで肺動脈幹および右心房に高集積を認めたことから肺動脈原発血管肉腫と診断した。手術切除困難であり、対症療法対応をせざるを得なかったが、肺高血圧の進行にて永眠された。肺動脈原発の悪性腫瘍は極めてまれであるが、その診断は右心負荷所見の進行を契機に診断に至ることが多い。今回我々は右心負荷所見が出現する前にFDG-PET所見にて診断し、かつ剖検所見を得ることが出来た肺動脈原発血管肉腫を経験したため報告する。

1-10

**胸部SMARCA４欠損未分化腫瘍の一例**

[1]磐田市立総合病院　呼吸器内科
[2]浜松医科大学　内科学第二講座
○中川栄実子[1]、岸本　叡[1]、鈴木　浩介[1]、村野　萌子[1]、中井　省吾[1]、平松　俊哉[1]、村上有里奈[1]、西本　幸司[1]、松島紗代実[1]、原田　雅教[1]、右藤　智啓[1]、妹川　史朗[1]、須田　隆文[2]

症例は65歳、男性、喫煙者。呼吸困難を主訴に受診し、胸部画像上右の大量胸水を認めた。局麻下胸腔鏡にて胸壁から連続する腫瘤性病変を認めた。胸水細胞診は陰性であり、超音波ガイド下に腫瘤を生検した。組織所見は上皮様の異型細胞がシート状に増殖し、核分裂像が散見され、一部ラブドイド形態もみられた。これらの細胞は免疫染色にてAE１/AE３が部分的（＋）、EMA（＋）、CD34（＋）、STAT-６（-）、αSMA（-）、Claudin-４（-）、SMARCA４（-）であり、SMARCA４欠損未分化腫瘍と診断した。本組織型は、ほとんどの症例が喫煙関連肺癌と共通した遺伝子的背景を有することから、2021年のWHO改訂で肉腫から上皮性腫瘍の一型として整理された腫瘍である。稀な腫瘍と考え報告する。

1-11

**術後早期に転移巣が出現したSMARCA４欠損肺腫瘍の１例**

[1]三重大学　医学部　呼吸器内科
[2]同　呼吸器外科
○伊藤　稔之[1]、藤本　源[1]、古橋　一樹[1]、大岩　綾香[1]、鶴賀　龍樹[1]、齋木　晴子[1]、岡野　智仁[1]、藤原　拓海[1]、高橋　佳紀[1]、都丸　敦史[1]、小林　哲[1]、伊藤　温志[2]、高尾　仁二[2]

症例は60歳代の男性．血痰を主訴に近医を受診，左肺下葉に44mm大の腫瘤性病変を認め当院紹介受診となった．気管支鏡下肺生検にて非小細胞肺癌と診断，全身検索でもリンパ節を含め転移を示唆する所見は見られずcT2bN0M0 stage2Aと判断され左肺下葉切除術が施行された．術後経過は良好でPOD＃2にドレーン抜去，POD＃8で退院となったが，POD＃22の外来受診時に左胸水の増加を認めた．同日のCTで胸膜の不整肥厚像・左副腎の腫大を認め，術後早期に転移巣が出現した。その後も急速に病勢は悪化し，POD＃50に永眠された．手術標本による最終病理所見では大型で核縁不正を有する細胞や紡錘形細胞が錯綜構造を呈し，免疫染色所見と併せてSMARCA４欠損腫瘍と診断された．SMARCA４欠損腫瘍は2015年に報告された新しい疾患概念で，比較的若年者に発症し，予後不良と言われている．文献的考察を加えて報告する．

1-12

**多発性重複癌の経過観察中に発症した気管支内ポリープ状結節を呈する原発性肺扁平上皮癌の一例**

岐阜大学医学部附属病院　呼吸器内科・第二内科
○河江　大輔、福井　聖周、増田　千鶴、佐々木優佳、垣内　大蔵、柳瀬　恒明、乾　俊哉、遠渡　純輝、大野　康、大倉　宏之

症例は84歳，男性．20XX-７年に左尿管癌・膀胱癌術後，20XX-５年に左肺下葉結節２カ所が出現し左下葉切除術・術後病理所見より原発性肺扁平上皮癌pT３（同一肺葉内転移）N0M０ StageII B・術後補助化学療法なし，20XX-４年に胃十二指腸潰瘍術後の残胃癌にESD施行，その後経過観察中であった．20XX-１年の胸部CTで右上幹/中間幹spurに11mm大のポリープ状結節を認め，20XX年１月の気管支鏡でコールドスネアポリペクトミーを施行，切除断端は腫瘍残存が疑われた．病理所見は肺・気管支原発の扁平上皮癌を考える像であり，臨床的には以前の肺癌と反対側，リンパ節・遠隔転移はみられないことから，異時発症の原発性肺癌と判断した．残存病変に対して右上葉スリーブ切除術を勧めたが高齢のため希望せず，代替療法として局所放射線療法またはアルゴンプラズマ凝固による高周波治療を提案し，後者を検討中である．

## 1-13

### 胸膜に沿って肺内で進展した非小細胞肺癌の２例

藤枝市立総合病院　呼吸器内科

○芹澤沙耶香、山下　遼真、森川　圭亮、籠尾南海夫、伊藤祐太朗、久保田　努、一條甲子郎、望月　栄佑、田中　和樹、秋山　訓通、松浦　　駿、津久井　賢、小清水直樹

症例１は70歳代の男性。X-３年に間質性肺炎で当科紹介となり、以後外来通院を継続していた。間質性肺炎に対しては無治療経過観察中であったが、初診時より認められた左下葉胸膜下の浸潤影が緩徐に増大傾向となり、２回の気管支鏡検査を経て肺腺癌の診断となった。症例２は60歳代の男性。X-８年に間質性肺炎で当科紹介となり、線維化進行のためX-１年よりオフェブが開始されていた。一方、X-２年のCTで右上葉背側に扁平な濃度上昇が出現し、緩徐に増大傾向となった。２回の気管支鏡検査では高度の炎症細胞浸潤を認めるのみであったが、CTガイド下生検にて肺扁平上皮癌の診断に至った。２例ともに背景に間質性肺炎があり、胸膜に沿って緩徐に進展する浸潤影の形態をとっていた。一般的な肺癌とは様相が異なるものの、このような陰影を呈する場合も肺癌を念頭において精査をすすめる必要がある。

## 1-14

### 肺動脈腫瘍塞栓症を呈した進展型小細胞肺癌の一剖検例

[1]聖隷三方原病院　呼吸器センター　内科
[2]同　病理診断科

○志村　暢泰[1]、松井　　隆[1]、山田耕太郎[1]、中村　隆一[1]、伊藤　大恵[1]、金崎　大輝[1]、稲葉龍之介[1]、後藤　彩乃[1]、天野　雄介[1]、加藤　慎平[1]、美甘　真史[1]、長谷川浩嗣[1]、横村　光司[1]、高橋青志郎[2]

症例は67歳男性。喀血で受診した。胸部CTで右上葉に縦隔リンパ節と一塊になった腫瘤影を認め、ProGRPの上昇を伴っていたことから小細胞肺癌が疑われた。全身状態の悪化により確定診断が困難である一方で急激な病状の進行があり、進展型小細胞肺癌の臨床診断でCBDCA・ETPを４コース施行したがPDと判定された。食欲不振や全身倦怠感の増強がみられ治療継続が困難となりBSCとなっていたが、約一ヶ月の経過で呼吸困難感の増強や低酸素血症の進行があり緊急入院となった。胸部CTでは右上葉の陰影悪化がみられた。緩和的治療を継続していたが入院４日目より急速な呼吸状態の悪化をきたし５日目に永眠された。剖検では両側の肺動脈内にびまん性に腫瘍塞栓がみられ呼吸不全の原因と考えられた。小細胞肺癌で肺動脈腫瘍塞栓症を呈した貴重な一例であり報告する。

## 1-15

### 肺癌由来の転移性肝腫瘍切迫破裂を緩和照射で制御せしめた１例

[1]三重大学医学部附属病院　呼吸器内科学講座
[2]同　放射線科

○岡野　智仁[1]、藤本　　源[1]、伊藤　稔之[1]、古橋　一樹[1]、大岩　綾香[1]、鶴賀　龍樹[1]、齋木　晴子[1]、藤原　拓海[1]、都丸　敦史[1]、高橋　佳紀[1]、小林　　哲[1]、豊増　　泰[2]

【背景】転移性肝腫瘍に対する緩和照射の有用性に関しては確固たる根拠は乏しい。今回我々は肝転移病変の切迫破裂を緩和照射で制御できた症例を経験したため報告する。【症例】50歳代、男性【経過】20か月前CTガイド下生検で診断された右肺原発小細胞癌cT1cN1M０Stage2B限局型の方。加速過分割照射・化学療法併用の後に予防的全脳照射を行うも９か月後に原発巣の増大、脳転移・肝転移出現し治療を継続していた。今回就寝中に突然右季肋部に疼痛を自覚し救急搬送。精査の結果転移性肝腫瘍の切迫破裂と診断。動脈塞栓術の適応は乏しく、放射線科・呼吸器内科で相談の上肝転移部へ緩和目的の放射線照射（３Gy×７回）を行うこととした。放射線治療の結果、肝転移病変は縮小し疼痛も消失し血性腹水・貧血の進行も制御出来、その後外来で化学療法を継続の方針となった。【考察】緩和照射で肝転移の病勢を制御し、化学療法を継続出来た症例を経験した。

## 1-16

### 間質性肺炎との鑑別が困難であった浸潤性粘液腺癌の一例

[1]磐田市立総合病院　呼吸器内科
[2]浜松医科大学　内科学第二講座

○中根　千夏[1]、松島紗代実[1]、中川栄美子[1]、岸本　　叡[1]、鈴木　浩介[1]、村野　萌子[1]、中井　省吾[1]、平松　俊哉[1]、村上友里奈[1]、西本　幸司[1]、原田　雅教[1]、右藤　智啓[1]、妹川　史朗[1]、須田　隆文[2]

症例は77歳男性。約３ヶ月前より咳嗽が持続し、胸部CTにて両側下肺野にすりガラス状陰影とtraction bronchiectasisの所見を認めた。CRP、CA-19-９、KL-６および、気管支肺胞洗浄液でリンパ球分画の増加を認めた。経気管支肺生検（TBLB）の組織では異型上皮細胞が認められたが、肺癌の診断には至らなかった。間質性肺炎と診断し、プレドニゾロン30mg/dayで治療を開始した。一旦肺野の陰影は軽度改善傾向を示したが、漸減中に陰影の悪化を認めた。TBLBを再検したが悪性所見は得られなかった。間質性肺炎の増悪として免疫抑制剤も併用したが改善に乏しく、その後は全身状態も悪化し、症状出現から１年後に疾患の進行により永眠した。病理解剖の結果は浸潤性粘液腺癌であり、間質性肺炎の所見には乏しかった。肺癌の中には画像上間質性肺炎と類似の所見を呈する症例があり、注意が必要と考え報告した。

1-17

**免疫チェックポイント阻害薬を含む化学療法で治療し得た肺類基底細胞型扁平上皮癌の１例**

[1]磐田市立総合病院　呼吸器内科
[2]浜松医科大学　内科学第二講座

○鈴木　真聖[1]、村野　萌子[1]、中根　千夏[1]、
岸本　　叡[1]、鈴木　浩介[1]、中川栄実子[1]、
中井　省吾[1]、平松　俊哉[1]、村上有里奈[1]、
西本　幸司[1]、松島紗代実[1]、原田　雅教[1]、
右藤　智啓[1]、妹川　史朗[1]、須田　隆文[2]

症例は61歳男性．11ヵ月前から咳嗽が持続し，２ヵ月前に喀血した．胸部CTで左下葉気管内およびS６に腫瘤を認めた．同部位の組織所見は，小型の類円形細胞が胞巣状に認められ，Chromogranin A(−)，Synaptophysin(−)，p40（＋），p63（＋）であり，類基底細胞型扁平上皮癌と診断した．全身検索の結果，肺，肝，脊椎に多発転移が認められ，臨床病期：cT4N２M1c，Stage ４B，PD-L１ TPS １％未満，PS １と診断した．カルボプラチン，パクリタキセル，イピリムマブ，ニボルマブで治療導入し，脊椎転移に放射線治療を実施した．腫瘍の増大はなく経過している．類基底細胞型扁平上皮癌は稀な組織型であり，予後不良とされる．免疫チェックポイント阻害薬を含む化学療法の効果は明らかでないため報告した．

1-18

**未治療脳転移にエヌトレクチニブが奏功したROS１陽性肺腺癌の１例**

[1]松阪市民病院　呼吸器センター　呼吸器内科
[2]横浜市立大学　医学部　臨床統計学

○伊藤健太郎[1、2]、畑地　　治[1]、江角　真輝[1]、
江角　征哉[1]、古橋　一樹[1]、中村　祐基[1]、
鈴木　勇太[1]、坂口　　直[1]、藤原研太郎[1]、
西井　洋一[1]、田口　　修[1]

【症例】40代女性。腋下リンパ節の腫脹に気が付き近医を受信され、胸部CTにて肺がんを疑うとして当科受診となった。病理診断にて肺腺癌と診断され、オンコマイン検査の結果、ROS１融合遺伝子変異が検出された。全身検索の結果、東部MRIにて脳転移、骨転移を認めcTxN3M１c Stage4Bと診断された。神経症状はなく脳転移への放射線治療は待機可能であると判断し、エヌトレクチニブ内服開始とした。エヌトレクチニブ開始後、重大な有害事象はなく経過し外来受診時に内服開始20日目に造影MRIにて脳転移を評価したところ、脳転移の著名な縮小が認められた。【結語】未治療脳転移にエヌトレクチニブが奏功したROS１陽性肺腺癌の１例を経験したためこれを報告する。

1-19

**定位放射線治療後に再発した肺腺癌に対してテポチニブを投与した１例**

静岡県立総合病院　呼吸器内科

○深澤　詠美、増田　寿寛、杉山　周一、大川　航平、
白鳥晃太郎、中安　弘征、高橋　進悟、北原　佳泰、
岸本祐太郎、櫻井　章吾、三枝　美香、赤松　泰介、
山本　輝人、森田　　悟、朝田　和博、白井　敏博

症例は83歳女性，PS１．近医で胸部異常陰影を指摘され，当科紹介となった．経気管支生検と画像検査から左下葉肺腺癌cT1bN0M０と診断し，X−１年９月に50Gyの定位放射線治療を行った．X年１月に多発リンパ節転移，右腎転移を認め再発と診断した．食道狭窄を伴う気管分岐下リンパ節転移に対して35Gyの緩和照射を行うと同時に，生検組織のマルチプレックス解析を提出した．MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を認めたため，コンパニオン診断を提出しつつ同年２月からテポチニブ500 mg/日を開始した．投与１週間で腫瘍の縮小を認め，肺野への放射線照射歴や高齢から薬剤性肺障害のリスクが高い症例と考えられたが，副作用なく治療を継続している．当院でテポチニブを投与した他２例と文献的考察を加えて報告する．

1-20

**原発性肺癌と鑑別が困難な胸腺癌に５次治療としてレンバチニブを投与した一例**

[1]松阪市民病院　呼吸器センター　呼吸器内科
[2]三重大学　医学部　呼吸器内科

○西井　洋一[1]、江角　征哉[1]、江角　真輝[1]、
古橋　一樹[1]、中村　祐基[1]、鈴木　勇太[1]、
坂口　　直[1]、伊藤健太郎[1]、藤原研太郎[1]、
樽川　智人[1]、田口　　修[1]、畑地　　治[1]、
小林　　哲[2]

65歳、男性。健診CXR以上影で右縦郭、多発結節影、右胸水を指摘され紹介受診。組織は扁平上皮癌であった。原発巣が縦郭と肺野の境界領域にあったことから原発性肺癌、胸腺癌との鑑別は困難であり、原発性肺癌として20XX/４/10～CBDCA + nab-PTX + Pembrolizumab開始、良好な縮小を得て７/16～Pembrolizumab単剤治療に移行し安定を得ていたが、PDとなり20XX＋１/８/18胸腺癌としてADOC治療を行った。ADOC療法（２次治療）、AMR（３次治療）いずれもAEで中止となり、本人希望でPembrolizumab（４次治療）再開となるも効果は認めなかった。20XX＋２/９/21レンバチニブ24mgで開始となった。４週間後の定期受診日では足底部を中心としたG２の皮疹を認めるもCTで陰影縮小が確認され、現在に至るまで６ヶ月以上SD続いている。

1-21

**胸腺癌に対するレンバチニブ投与後にPseudo-progression様反応を示した一例**

労働者健康安全機構中部ろうさい病院　呼吸器内科
○池田　安紀、高橋　一臣、加藤　康孝、松島　有希、稲葉　友紗、松下　明弘、竹山　佳宏、松尾　正樹

症例は67歳女性。X-1年11月に胸腺癌と診断。病状進行が急速であったためX-1年12月より全身化学療法（CBDCA＋PTX）を開始。5コース目終了時点で腫瘍縮小が得られたが休薬。その後徐々に腫瘍は増大。X年5月25日より2nd lineとしてレンバチニブ投与を開始。しかし貧血が進行したため中止（Day14）。その後も腫瘍増大は続きX年8月3日より投与再開。投与後に発熱、嘔気が出現。血液検査所見上、炎症反応の上昇あり。CT上腫瘍周囲の浸潤影増強を認め休薬（Day6）したが、症状の回復に伴い腫瘍の縮小を認めた。無治療経過観察をしていたが腫瘍増大を認め10月7日より治療再開。前回投与時と同様の症状、検査所見を認めたため再度休薬（Day6）したが、症状の回復に伴い腫瘍縮小が得られた。レンバチニブにより計3回類似の反応が生じたが、X年12月以降は認めていない。レンバチニブによるPseudo-progression様反応について同様の報告はなく、貴重な症例と考えられたため報告する。

1-22

**オシメルチニブの再投与により症状改善が得られた癌性髄膜炎の1例**

国立病院機構名古屋医療センター　呼吸器内科
○杉山　祐、篠原　由佳、鳥居　厚志、山田有里紗、丹羽　英之、小暮　啓人、北川智余恵、沖　昌英

症例は71歳女性。X-2年10月に胸部異常陰影紹のため当院介受診となり，肺腺がんcT4N3M1c StageIVBと診断。遺伝子検索ではEGFR Ex19 deletionを検出し，X-2年11月よりオシメルチニブでの治療を開始。治療開始後はPRを維持していたが，X-1年9月に左癌性胸水のためPDとなった。X-1年10月よりCBDCA＋PEMを開始し左胸水の減少を認めていたが，X年1月に頭痛，嘔気，食思不振のため入院。頭部造影MRIでは脳転移はみられなかったが，癌性髄膜炎の可能性を考慮し髄液検査を施行。髄液細胞診は疑陽性であったが，髄液中のCEAが高値であり，けいれんやレベル低下がみられ癌性髄膜炎と診断し第15病日よりオシメルチニブを再投与。治療開始時のレベルはE3V4M6であったが，第22病日には頭痛，嘔気症状も改善し，第27病日にはE4V5M6まで症状の改善が得られた。オシメルチニブの再投与により症状改善が得られた癌性髄膜炎の1例を経験したため，若干の文献的考察を加えて報告する。

1-23

**簡易懸濁法を用いて胃瘻より投与したBrigatinibが有効だったALK陽性肺癌の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70歳代の男性．X-6年に当科で脳転移，肺転移などを伴うALK陽性肺癌と診断され，治療開始となった．長らくAlectinibで良好な腫瘍制御を得られたが，X年2月から嚥下時に軽度のつかえ感が出現した．その後，症状は徐々に増悪し，X年3月に水分以外の経口摂取が困難となった．上部消化管内視鏡，CTによる評価の結果，食道傍リンパ節の転移巣による食道狭窄が原因と判明した．その後，胃瘻を造設し，簡易懸濁法を用いて胃瘻からBrigatinibを投与したところ，食道狭窄の改善を得られ、経口摂取が可能となった．経口摂取が困難な症例に対する薬剤投与の手段として簡易懸濁法を用いた経管投与が挙がるが，Brigatinibをはじめとする ALK阻害薬に対する簡易懸濁法や経管投与については少数の報告が散見されるのみで確立されたものではない．今回我々は簡易懸濁法を用いて胃瘻から投与したBrigatinibが有効だった症例を経験したため，若干の文献的考察を加え報告する．

1-24

**EGFR遺伝子変異におけるオンコマインDxTTとPNA-LNA PCR clamp法の不一致例の臨床的意義**

松阪市民病院　呼吸器センター　呼吸器内科
○坂口　直、伊藤健太郎、江角　真輝、江角　征哉、古橋　一樹、中村　祐基、鈴木　勇太、藤原研太郎、西井　洋一、田口　修、畑地　治

【背景】EGFR遺伝子のオンコマインDxTT（ODxTT）と単一遺伝子検査結果が乖離する症例を経験するが、その臨床的意義に関する報告は少ない。【方法】2019年8月から2021年12月までに当院にて同一検体でPNA-LNA PCR clamp法（Clamp法）とODxTTを実施した症例について、検査一致率ならびに不一致症例に対するEGFR-TKIの治療効果について検証した。【結果】同一検体にてClamp法とODxTTを提出した420例中、396例で両検査の解析が成功し、うち7例でCommon mutation（Ex19 del 6例、Ex21 L858R 1例）に対してClamp法陽性/ODxTT陰性の不一致を認めた。うち6例がEGFR-TKI治療を受けており、両検査共通の報告対象variantの不一致3例ではEGFR-TKIの奏効は1例のみだが、Clamp法のみの報告対象variantの不一致3例では、EGFR-TKIが全例奏功した。【結語】Clamp法陽性/ODxTT陰性の不一致症例が経験され、報告対象variantの差による不一致例の場合はEGFR-TKIの奏効が期待される。

## 2-01

### ライノウイルス感染を契機としたIPF急性増悪の一例

公立陶生病院　呼吸器アレルギー疾患内科

○伊藤　慈紘、野口陽一朗、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75歳男性。主訴は呼吸困難の悪化。X-11年に肺線維症（IPF）と診断され、ピルフェニドン内服中。経年的な病勢の悪化を認めていたが、来院3日前より息切れの急な悪化を自覚し、緊急受診となった。来院時呼吸数24回/分、$PaO_2$ 57mmHgと呼吸不全を認め、胸部CTでは既存の陰影に加え両肺野にすりガラス陰影の出現を認めた。鼻咽頭からのFilmArrayによるマルチプレックスPCRを施行したところライノウイルス陽性、SARS-CoV-2ウイルス陰性を確認した。BALF所見はNeu 14.5%、Lym 46.5%、Eos 6.5%と3系統の上昇を認め、有意菌量の細菌の検出は認めなかった。ライノウイルス感染を契機にしたIPF急性増悪と判断し、ステロイド、免疫抑制剤による集学的な治療を開始したところ、幸いにして病状安定し第30病日に退院可能となった。ウイルス感染を同定できた貴重な症例と考え文献的報告を含め報告する。

## 2-02

### COVID-19肺炎治療後に間質性肺炎急性増悪を起こした一例

聖隷三方原病院　呼吸器内科

○中村　隆一、加藤　慎平、山田耕太郎、志村　暢泰、伊藤　大恵、稲葉龍之介、天野　雄介、長谷川浩嗣、松井　　隆、横村　光司

症例は76歳男性。X年5月21日にCOVID-19肺炎を発症し当院に救急搬送された。中等症二でありステロイドパルス療法＋レムデシビル＋バリシチニブで加療を開始、PSL 80 mg/dayで後療法を行ったが、陰影の十分な改善は得られず呼吸不全が残存した。PSLは約2ヶ月をかけて漸減終了したが、PSL終了後より緩徐に陰影悪化傾向となった。IL-6高値を根拠にトシリズマブを投与したが著効せず、COVID-19罹患後肺障害と考え在宅酸素療法（5L）を導入し9月1日に退院した。しかし9月11日に発熱と呼吸困難を訴え受診した。新規にすりガラス陰影が出現を認め入院となった。再度病歴を聴取したところ、10年前から近医で間質性肺炎の経過観察を続けられていたことが判明した。間質性肺炎急性増悪と判断しステロイドパルス療法を行ったところ改善が得られ、在宅酸素1Lに減量しニンテダニブを導入後退院した。COVID-19を契機に間質性肺炎急性増悪をきたした症例と考えられ報告する。

## 2-03

### 加湿器肺の一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

○白髭　　彩、松浦　彰彦、都島　悠佑、後藤　　希、中瀬　　敦、田中　麻里、稲垣　雅康、小玉　勇太、伊藤　亮太、高納　　崇、横山　俊彦

症例は50代男性。数日前からの咳嗽、発熱、労作時呼吸困難を主訴に近医を受診し、胸部レントゲンにて左下肺野に浸潤影が認められ、当科紹介。胸部CTでは両側下葉を中心に網状影、スリガラス影が認められ、精査、加療目的に入院となった。入院後は抗菌剤投与を開始し、第2病日より解熱、第4病日より呼吸状態、画像所見共に改善が見られた。画像所見や病歴から加湿器による急性過敏性肺炎も疑われ、第3病日に気管支鏡検査を施行したところ、気管支肺胞洗浄液ではリンパ球比率の上昇が認められたが、病理組織では特異的な所見は得られなかった。患者同意の下での環境誘発試験は陽性を示し、加湿器中の水のβ-Dグルカン、エンドトキシンは高値であり病態への関与が示唆された。加湿器の処分以降は再発なく経過している。加湿器肺は比較的稀であるとされ、若干の文献的考察を加え報告する。

## 2-04

### 清心蓮子飲による薬剤性肺障害の1例

[1]静岡赤十字病院　呼吸器内科
[2]浜松医科大学　内科学第二講座

○鈴木健太郎[1]、堀池　安意[1]、杉本　　藍[1]、森田　雅子[1]、松田　宏幸[1]、志知　　泉[1]、須田　隆文[2]

症例は70歳代女性。近医内科で便秘症状に対して清心蓮子飲の処方を受けた。服用開始10日目に発熱、呼吸困難が出現したため当院紹介入院となった。胸部CTでは両肺野にびまん性すりガラス影を呈していた。血清KL-6は732U/mlと軽度上昇しており、肝機能障害を認めた。高度の低酸素血症を呈していたことから、ステロイドパルス療法と抗菌薬治療を先行し、プレドニン40mgからの後療法で低酸素血症は軽快した。第9病日に残存陰影に対して気管支鏡検査を実施したが特異的な所見は得られなかった。薬剤以外に間質性肺炎の原因がなく、過去の報告と同様のCT所見であったことと、ステロイドで改善したことから、清心蓮子飲による薬剤性肺障害と診断した。清心蓮子飲による薬剤性肺障害は稀なため若干の文献的考察を加えて報告する。

## 2-05

### 潤腸湯による薬剤性肺障害の一例

大垣市民病院　呼吸器内科
○上田健太郎、舩坂　高史、藤浦　悠希、堀　　翔、
加賀城美智子、中島　治典、安部　　崇、
安藤　守秀、進藤　　丈

症例は70歳代女性。２週間前からの労作時呼吸困難感、咳を主訴に近医を受診し、胸部異常影を指摘され、当科紹介受診。胸部ＣＴで両側散在性のすりガラス影、subpleural curvilinear shadowを認めた。症状発症の２週間程前から便秘に対して潤腸湯の服用があり関与を疑った。肺機能検査ではVC、DLCOの低下を認めた。気管支鏡検査ではBALF中のリンパ球は28％と上昇し、TBLBではポリープ状のfibroblastic noduleを認め、器質化肺炎様の所見であった。潤腸湯に対するDLSTは陽性で、薬剤の中止により症状、肺陰影の改善を得られ、薬剤性肺障害と診断した。稀な症例であり報告する。

## 2-06

### 乙字湯による薬剤性間質性肺炎の３例

公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科
○近藤　花保、坂東　知宏、山野　泰彦、横山　俊樹、
松田　俊明、片岡　健介、木村　智樹、近藤　康博

乙字湯エキスはオウゴンやカンゾウを含む漢方薬であり、痔の治療薬としてしばしば処方される。最近、当科にて診断・治療した乙字湯による薬剤性間質性肺炎の３例を経験したので、報告する。症例はすべて男性、年齢は79、77、74歳。２例は喫煙歴あり。発症前に、無症候の間質性陰影、軽度の珪肺をそれぞれ１例に認めた。乙字湯の服薬期間は２例が１ヶ月、１例が12ヶ月であった。発見動機の症状は２例が発熱、１例が下痢と肝障害のスクリーニングにて偶発的に発見された胸部異常陰影であった。HRCTでは両側びまん性のすりガラス陰影を認め、診断時の$PaO_2$は52.2、64.7、60.5 torr、KL-６上昇は２例に認めた。DLSTは２例に施行され陰性であった。BALのリンパ球分画は29、16、21％であった。治療としては、１例は乙字湯の中止のみで改善したが、２例は１mg/kg/日のステロイドを要した。全例が改善した。他施設からの既報を踏まえて乙字湯による薬剤性間質性肺炎について考察する。

## 2-07

### 躯幹部拡散強調MRI画像にて管理した頸部リンパ節結核の１例

桑名市総合医療センター　呼吸器内科
○平井　貴也、油田　尚聡、八木　昭彦、蛯原　愛子

症例は32歳女性。左頸部の腫大を来したため来院。T-SPOTは陽性であり、左頸部リンパ節生検にてラ氏型巨細胞、類上皮細胞の出現・増殖を伴う広範組織壊死所見が得られたことから、頸部リンパ節結核と臨床診断した。病変範囲の検索目的として躯幹部拡散強調MRI画像（whole-body diffusion-weighted MRI：WB-DWI）検査を行い、左頸部から左鎖骨上窩リンパ節にDWI高信号域を確認した上でHREZの４薬剤で治療を開始し通算２HREZ/７HRの薬物療法にて治癒を確認した。リンパ節結核の病変範囲の同定にはCT画像検査が用いられることが多いが、進展範囲の同定や最適治療期間の設定に苦慮する時もある。WB-DWIは癌診療領域においてPET-CTの代用になる可能性が示されているが、本例はWB-DWIにて病変範囲を把握することができ、治療効果もWB-DWIで確認することが出来た症例であった。本例の臨床経験を通してリンパ節結核に対するWB-DWI検査の可能性について報告する。

## 2-08

### 同一肺葉内に肺結核と肺線癌が併発した１例

社会医療法人宏潤会　大同病院　呼吸器内科
○山本　彩未、沓名　健雄、大貫　友博、榊原　一平、
松波舞衣子、石原　明典、西尾　昌之、吉川　公章

症例は57歳女性。X-３年に夫が活動性肺結核に罹患し、接触者健診でIGRA陽性となり、潜在性結核としてイソニアジドで半年間治療。X年１月に保健所健診の胸部単純X線撮影で右上肺野の新規異常陰影を指摘されX年２月に当科受診。胸部CTで右肺上葉に散布影を伴う結節影を認め、喀痰検査で抗酸菌は認めなかったが、気管支鏡検査の同意が得られず、活動性肺結核の臨床診断でHREZを開始した。治療完遂後の胸部CTで、結節は一部改善するも残存、X＋１年３月に経気管支肺生検で肺腺癌と診断した。全身検索後、X＋１年４月に胸腔鏡下右上葉切除術＋リンパ節郭清を施行し、右S1a肺腺癌pT1cN0M０ stageIA３と診断した。切除組織の病理所見では腺癌に加え、乾酪壊死を伴う肉芽腫が散見され、結核病変に矛盾しなかった。本症例のように、同一陰影に結核と肺癌が混在する症例は貴重であり、結核の適切な治療後も陰影が残存する場合、肺癌の合併を疑い鑑別を進めることが重要と考える。

## 2-09

**両側結核性ぶどう膜炎の１例**

[1]名古屋市立大学医学部附属東部医療センター
呼吸器内科
[2]同　眼科

○川口　裕子[1]、戸田　早苗[1]、北村　有希[1]、
中野　暁子[1]、小林　玄弥[1]、前田　浩義[1]、
柴田　　優[2]

54歳男性．３ヶ月ほど前に左飛蚊症があったが，２－３週間で改善した．数日前から左飛蚊症と視力低下があり，前医眼科で網膜出血と白斑を指摘された．当院眼科へ紹介され，硝子体出血を認めた．蛍光眼底造影で無灌流領域を伴った両眼の網膜静脈閉塞があり，閉塞性網膜静脈血管炎と考えられた．T-SPOT陽性を示し，併せて結核性ぶどう膜炎と診断された．当科へ抗結核薬による治療目的で紹介された．胸部CTでは特に所見を認めなかった．抗結核薬４剤HRZEで治療開始し，継続している．結核は全身疾患であるが，眼結核は頻度が少ない．胸部画像検査で所見を認めない症例もあり，培養検査や薬剤感受性試験が実施できないこともある．本症例のように眼症状のみの場合，診断に苦慮することが考えられる．文献から若干の考察を加える．

## 2-10

**当院におけるアミカシン硫酸塩吸入用製剤の使用経験**

独立行政法人国立病院機構東名古屋病院

○林　　悠太、小川　賢二、中川　　拓、山田　憲隆、
垂水　　修、佐野　将宏

2021年７月に難治性肺MAC症に対してアミカシン硫酸塩吸入用製剤（amikacin liposome inhalation suspension（ALIS）：アリケイス©吸入液590mg）が発売され、実臨床において使用可能となった。使用にあたり満たすべき施設要件に「吸入指導や副作用への対応が薬剤師、看護師など専門の医療スタッフにより可能であり、継続的に相談できる体制が整っていること」とあるため準備を行った。当院では2021年８月にALISを導入しており、2022年２月までに開始した10例について報告する。年齢中央値は62歳（50-76）。男性３例、女性７例。罹病期間の中央値は８年（１-25）。全例が３種類以上の治療薬を継続中でCAM耐性は２例。肺MAC症に対する手術歴がある症例は５例。全例指導のために入院で導入し平均入院日数は７日間。10例中９例に副作用がみられ、内訳は嗄声６例、咳嗽２例、薬剤性肺障害１例であった。2022年２月末時点で副作用のため中止した症例が４例みられた。

## 2-11

***M. shinjukuense*，*M. praragordonae*，MACを分離した肺非結核性抗酸菌症の１例**

国立病院機構長良医療センター呼吸器内科

○大西　涼子、五明　岳展、浅野　幸市、鱸　　稔隆、
松野　祥彦、安田　成雄、加藤　達雄

【症例】女性82歳【主訴】血痰【既往歴・合併症】糖尿病，脳梗塞後遺症，骨髄異形成症候群【現病歴】201X年12月血痰を来し，当院受診．胸部CTで右肺上葉に浸潤影，中葉に空洞を認めた．初診時のIGRA陰性，抗MAC抗体陰性，喀痰抗酸菌培養陰性であった．201X＋２年６月血痰の出現，右S６に空洞の出現を認めた．喀痰培養で*Mycobacterium shinjukuense*，*Mycobacterium praragordonae*を分離した．止血剤にて対症療法を実施したが，201X＋２年２月に喀痰より*Mycobacterium avium* complex，６月，７月に*M. shinjukuense*を分離し，画像所見は緩徐に悪化傾向で，血痰を繰り返した．７月CAM，EB，RFPによる治療を開始したが，食欲低下で中止し経過観察中である．【結語】肺非結核性抗酸菌症で*M. shinjukuense*，*M. praragordonae*，MACの複数菌種を分離した稀な症例であり報告した．

## 2-12

**特発性器質化肺炎へのステロイド治療中に生じたM. massiliensеによる皮膚抗酸菌感染症の一例**

三重県立総合医療センター

○三木　寛登、後藤　広樹、児玉　秀治、寺島　俊和、
藤原　篤司、吉田　正道

症例は70歳代女性．X-３年11月に特発性器質化肺炎と診断され，ステロイドパルス療法，プレドニゾロン内服での維持療法を受け外来通院となった．X-２年６月に左下腿に皮疹を認め，皮膚生検でST合剤による固定薬疹との診断で，休薬，局所治療を受けた．肺病変は消長再燃を繰り返し，プレドニゾロン10mg/日での維持療法となった．X-１年５月頃から右下腿に新規の皮膚病変を認め，前記の固定薬疹と質的に異なり，皮膚生検が施行され乾酪性肉芽腫が，組織培養でMycobacterium abscessus（以下M. abscessus），亜種鑑別でM. abscessus subspecies massiliensеがそれぞれ認められ皮膚抗酸菌感染症と診断確定した．M. abscessusは抗酸菌迅速発育菌として，Runyou分類Ⅳ群に属し抗酸菌感染症の起因菌として稀である．呼吸器感染症の起因菌として報告例が多いが，皮膚・軟部組織感染症も来す．自験例では組織培養で亜種鑑別，薬剤感受性検査を行ったので文献的考察を加え報告する．

## 2-13

**肺非結核性抗酸菌症の治療中に発症し、気管支鏡で診断しえた肺ノカルジア症の一例**

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、三輪　清一、金井　美穂、早川　啓史、白井　正浩

70歳女性。13年前から肺MAC症の化学療法を継続されていた。11か月前から咳嗽・喀痰が増加し、肺浸潤影も悪化傾向で、6か月前に当院に転院した。転院時、喀痰一般細菌培養は常在菌のみで喀痰抗酸菌塗抹は数年前から陰性だった。ABPC/SBT点滴を受け、喀痰の減少や炎症反応の改善が得られていた。病状悪化の原因が既知のMACであるか不明であり、MACの化学療法を一旦中止され、EMでフォローとされた。以後も頻回に増悪し、喀痰検査では原因を同定されなかったので気管支鏡検査を受けた。気管支洗浄液やブラシ洗浄液からNocardia sp. が培養され、肺ノカルジア症と診断された。ST合剤などで治療され、病状は安定した。肺MAC症患者が悪化した際には、他感染症の可能性もあり、それらは喀痰検査で診断できないこともあるので、安易にMACの治療を強化するのではなく、気管支鏡検査を行うことが重要と思われた。

## 2-14

**空洞穿破による気胸、胸膜炎で治療に難渋した肺MAC症の一例**

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
呼吸器内科
○松野真佑美、小笠原智彦、河合　将尉、竹中　大喜、西山　和宏、山川　英夫、平松　佑斗、岡田　曉人、鈴木　博貴、松田　浩子、村田　直彦、若山　尚士

症例は肺MAC症に対して化学療法中の69歳男性。X-1日に38度台の発熱、咳嗽を認め、X日に当院受診した。血液検査で炎症反応高値と胸部X線で右2度気胸を認め、胸腔ドレナージ施行し入院となった。一般抗生剤、抗真菌薬で加療したが解熱しなかったので抗生剤、抗真菌薬に不応な肺MAC症空洞穿破による気胸、胸膜炎と診断して最終的にRFP、AZM、KMの3剤で治療した。3剤併用によって解熱し炎症反応は改善傾向にあったが、気漏は停止せずドレナージを継続した。EWSによる気管支充填術を施行したところ一度は気漏停止したが、EWSの迷入に伴い再度気漏持続した。気管支充填術を再度試みたが、気管支粘膜が浮腫状でEWSは挿入困難であり撤退となった。その後、軽度肺虚脱は認めたが自然に気漏停止したため胸腔ドレーンを抜去し退院とした。肺MAC症による胸膜炎、気胸両者の合併症例に対して若干の文献的考察を加えて報告する。

## 2-15

**Endoscopic Watanabe Spigot（EWS）により止血できた非結核性抗酸菌症による喀血の1例**

静岡市立静岡病院　呼吸器内科
○佐竹　康臣、児嶌　　駿、渡辺　綾乃、藤井　雅人、佐野　武尚、山田　　孝

症例は80歳男性、X-9年に喀血にて紹介受診。HRCTで右中葉・左舌区主体に浸潤影、気管支拡張像を認めた。X-6年に再び喀血を認め、両肺陰影の悪化を認めた。気管支鏡施行し気管支鏡検査後の喀痰検査で抗酸菌塗抹G1号相当、Mycobacterium avium PCR陽性と判明、気管支洗浄液の培養と検査後の喀痰培養でMycobacterium aviumと確定した。CAM＋EBで治療開始したがX-4年に陰影の悪化を認めCAM＋RFPへ変更した。X-3年に休薬したが、X年6月に喀血を認め入院となった。造影CTでは両肺の浸潤影の悪化、左上葉の新規空洞影を認め、左右気管支動脈の拡張を認めた。保存的治療で喀血は治まっていたが、第6病日に再度喀血したため第7病日に気管支鏡施行し右B2bから活動性の出血を認めた。気管支動脈塞栓術も検討したが、未治療の腹部大動脈瘤があったことから、EWSによる止血術を行う方針となり、右B2bにEWS 1個挿入し終了した。その後、喀血は認めず第10病日に退院となった。

## 2-16

**器質化肺炎治療中に急速に肺嚢胞が出現し気胸を生じた1例**

JCHO中京病院
○角田　陽平、浅野　周一、龍華　祥雄、宮松　晶子、小林　正宏、折中　雅美、粥川　貴文、石井あずさ、柴田　智文

【症例】60歳男性【主訴】労作時呼吸苦【現病歴】前医より心不全疑いで当院を紹介受診し、心不全、肺炎の診断で入院。【経過】心不全治療に並行して抗生剤を投与したが、発熱、炎症反応高値が遷延し、呼吸不全も悪化。気管支鏡検査を施行し、器質化肺炎の疑いで高用量ステロイドを投与したところ、肺の浸潤影の改善を認めたが、ステロイド減量中に両肺に嚢胞が出現し、右気胸となったため、胸腔ドレーンを挿入のうえ、ステロイドは早期減量方針とした。その後も肺瘻が遷延し、肺嚢胞内の液体貯留も認めたため、感染を危惧し、胸腔鏡下右肺嚢胞切除術を施行。左の肺嚢胞内にも液体貯留を認めたが、感染徴候は認めず、退院となった。【考察】入院時には肺に嚢胞性病変は認めず、浸潤影に接して嚢胞が急速に出現した経過より、細気管支炎領域のチェックバルブメカニズムが嚢胞形成の機序と推測された。肺嚢胞を多数呈した器質化肺炎は稀であるため報告する。

## 2-17

**腎生検が診断のきっかけになった両側胸水貯留の１例**

[1]岐阜市民病院　呼吸器・腫瘍内科
[2]同　腎臓内科
○塚本　旭宏[1]、吉田　　勉[1]、岩井　正道[1]、
二村　洋平[1]、堀場あかね[1]、石黒　　崇[1]、
木村　行宏[2]、澤　　祥幸[1]

症例は73歳、男性。20XX−７年に喘鳴を主訴に当科紹介。気管支喘息と診断しICS/LABAの吸入にて症状は安定していた。20XX年４月に呼吸苦で近医を受診。胸部レントゲンで胸水の指摘を受け当科へ紹介となる。右肺有意の両側胸水を有しており、右肺へトロッカーを挿入し排液後、CTを施行したが肺病変は認めなかった。PET検査でやや集積を認める胸膜病変を全身麻酔下の胸腔鏡にて生検を施行したが確定診断には至らなかった。同年９月には左肺胸水の増加を認め、局所麻酔下胸腔鏡で胸膜生検を施行したが確定診断は得られなかった。その後、両下肢の浮腫の進行や腎機能の悪化を認め当院腎臓内科へ紹介。腎臓の精査目的で施行された腎生検でIgA沈着による腎炎所見を認めたため、胸膜生検の免疫染色を追加したところ壁側胸膜の線維性間質に染色性が示された。胸水の原因精査に苦慮した症例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

## 2-18

**７年の経過で再発した乳び胸の一例**

浜松医療センター　呼吸器内科
○手嶋　隆裕、丹羽　　充、中村　尚人、松山　　亘、
矢澤　秀介、加藤　史照、小笠原　隆、佐藤　　潤

症例は68歳女性．X−７年12月に背部痛と右胸水貯留を認め，胸腔穿刺にて乳び胸と診断した．明らかな原因は特定できず食事療法で軽快した．X−１年５月胸部CTにて左肺上葉に新たに結節影が出現し，７月に左上葉切除術をしたところ小細胞肺癌と診断した．９月より術後化学療法としてCBDCA＋VP-16を計４コース投与した．X年２月に突然の呼吸困難を主訴に当院救急外来を受診した．右胸水を認め，胸腔穿刺では黄白色の漏出性胸水で，胸水中の中性脂肪が191mg/dlと高値であり乳び胸と診断した．脂肪制限食による保存的治療を行い，その後再発なく経過している．年単位の経過で再発した乳び胸の報告は稀であり，文献的考察を加えて報告する．

## 2-19

**特発性と考えられた乳び胸の一例**

静岡県立総合病院　呼吸器内科
○白鳥晃太郎、杉山　周一、大川　航平、中安　弘征、
増田　寿寛、高橋　進悟、北原　佳泰、岸本祐太郎、
櫻井　章吾、三枝　美香、赤松　泰介、山本　輝人、
森田　　悟、朝田　和博、白井　敏博

【症例】72歳、男性【主訴】咳嗽、喀痰、労作時呼吸困難【経過】２年前の胸部レントゲンでは異常を認めなかった。X年１月29日に咳嗽、喀痰、労作時呼吸困難が出現し、２月１日に紹介医を受診した。胸部画像で左大量胸水を認めたため、２月２日に当科を紹介受診した。左胸水穿刺で白濁した無臭の胸水、TG（胸水）4333 mg/dLと高値を認めたため、乳び胸と診断し、絶食、補液、ドレナージ治療を行った。ドレナージ後の造影CTで悪性腫瘍を疑う所見を認めず、リンパ管シンチでも漏出部位の同定には至らなかった。手術歴や胸管損傷を疑う外傷歴も認めなかったことから、特発性乳び胸と考えられた。低脂肪・高蛋白食の栄養指導を行いつつ食事を再開したが、１ヶ月後の胸水の再貯留は認めなかった。乳び胸の原因は成人では手術に伴う胸管損傷や外傷が多く、非外傷性では悪性腫瘍が多い。一方で特発性の症例も報告されており、文献的考察を加えて報告する。

## 2-20

**慢性膵炎に伴う胸腔内膵液瘻により膵性胸水と難治性気胸を合併した１例**

[1]浜松医療センター　臨床研修管理室
[2]同　呼吸器内科
[3]同　消化器内科
[4]同　呼吸器外科
○和田　駿佑[1]、小笠原　隆[2]、中村　尚人[2]、
矢澤　秀介[2]、松山　　亘[2]、丹羽　　充[2]、
加藤　史照[2]、加藤　大樹[3]、朝井　克之[4]、
佐藤　　潤[2]

【症例】40代、男性。大酒家、喫煙者。【現病歴】X年６月に食欲低下と体重減少を認め、７月に呼吸困難あり当院受診した。胸腹部CTで左胸腔内に大量の胸水貯留と膵臓に嚢胞構造・膵管拡張を認めた。呼吸器内科入院し胸腔ドレナージを実施し、淡血性の滲出性胸水、胸水中アミラーゼが高値であり膵性胸水が疑われた。磁気共鳴胆膵造影にて膵尾部に嚢胞構造、左横隔膜脚沿いに被包下腔の形成と食道裂孔への連続性が確認され、胸腔内膵液瘻による膵性胸水と診断した。消化器内科にて内視鏡的逆行性膵管造影と膵管ドレナージを施行した。左肺は拡張不全と気漏が遷延したが複数回の胸膜癒着術にて軽快を得た。膵性胸水はドレナージ開始から２か月で消失した。【考察】胸腔内膵液瘻に気胸を合併した場合、内視鏡的膵管ドレナージを先行した後に気胸への治療が必要となる。本症例では長期間の胸水貯留での肺拡張不全や喫煙によるブラ形成も関与していた可能性があった。

## 2-21

**眼痛を契機に診断された敗血症性肺塞栓症の一例**

[1]浜松労災病院　呼吸器内科
[2]浜松医科大学　第二内科
○幸田　敬悟[1]、豊嶋　幹生[1]、神谷　陽輔[1]、
須田　隆文[2]

症例は70歳代男性。糖尿病を併存する既喫煙者。2週間前から37℃台の微熱を認めていたが症状が軽微であり経過観察されていた。運転中に左眼痛と視野欠損を認め救急外来を受診した。神経学的所見やMRIでの頭蓋内病変に乏しく、眼疾患と考えられた。呼吸副雑音や腹部所見は認めなかったものの、血液検査では炎症反応が著増しており、CTでは肺野の多発結節影や肝膿瘍を疑う肝臓内低吸収域を認め入院加療の方針となった。ABPC/SBTで治療を先行し、経過中に血液、喀痰、肝穿刺液からKlebsiella pneumoniaeが確認され、眼内炎、肝膿瘍を伴う敗血症性肺塞栓症と診断した。培養結果に基づいた適切な抗菌薬の長期投与にて感染はコントロールされたが、病初期から点眼薬を追加で行っていたにも関わらず視力は改善せず失明に至った。敗血症性肺塞栓症に眼内炎を伴う症例は比較的希であり、考察を加えて報告する。

## 2-22

**健常者に発症し,短時間に死亡に至った市中発症緑膿菌肺炎の1例**

[1]市立四日市病院　内科
[2]同　呼吸器内科
[3]同　血液内科
○岡部　志功[1]、宮崎　晋一[2]、藪　晃大[3]、
近藤　友喜[2]、久野　泰雅[2]、井上　正英[2]、
山下　良[2]、池田　拓也[2]

症例は生来健康な28歳，女性。来院2日前より全身倦怠感が出現し，来院当日呼吸困難を認めたため当院救急外来に受診した。発熱，ショックバイタル，意識障害，胸部画像上，両肺野に異常陰影を認め，重症市中肺炎に矛盾しなかった。来院直後に，突然の心肺停止に至り，来院後2時間で死亡した。後日喀痰，血液培養より緑膿菌が検出され，緑膿菌市中肺炎の診断に至った。健常者に発症した市中肺炎が時間単位で急激に進行する場合，基礎疾患，入院歴などが乏しくとも，緑膿菌が起炎菌である可能性を考慮し，救命には集学的治療を要することを念頭に置く必要がある。

## 2-23

**大量喀血を生じ壊死性出血を呈した緑膿菌市中肺炎の1剖検例**

[1]磐田市立総合病院　呼吸器内科
[2]浜松医科大学　内科学第二講座
○岸本　叡[1]、原田　雅教[1]、中川栄実子[1]、
鈴木　浩介[1]、村野　萌子[1]、中井　省吾[1]、
平松　俊哉[1]、村上有里奈[1]、西本　幸司[1]、
松島紗代実[1]、右藤　智啓[1]、妹川　史朗[1]、
須田　隆文[2]

症例は60歳女性、関節リウマチに対し24年間加療を受けており、10ヶ月前よりMTX、サリルマブが処方されていた。入院前日に吸気時の胸痛と発熱を認め、嘔吐と倦怠感も出現したため当院に緊急入院となった。CRP 15.39 mg/dL、PCT 2.14 ng/dLと炎症反応の上昇を認め、胸部CTでは左下葉に胸膜に接する浸潤影を認め左肺炎・胸膜炎の診断でCTRX 2 g/dayが開始された。入院後に急激な呼吸不全の進行があり、2病日目にはショックとなり人工呼吸器管理となった。気管支鏡検査では左下葉気管支に出血を認め、多臓器不全を伴う敗血症性ショックのため同日死亡確認となった。病理解剖では左下葉の膿瘍形成と血管壁の破綻、血栓塞栓による梗塞を認め、血液培養で緑膿菌が検出され緑膿菌感染に起因した壊死性出血性肺炎と診断した。既報の多くは壊死を伴いその予後は不良である。病態について不明な点が多いが、IL-6の機能抑制が壊死性出血を誘導した可能性が示唆される。

## 2-24

**関節リウマチに対するMTX投与中にEBVの再活性化を伴い発症したActinomyces graevenitziiによる肺膿瘍の1例**

[1]浜松労災病院　呼吸器内科
[2]浜松医科大学　第二内科
○神谷　陽輔[1]、幸田　敬悟[1]、豊嶋　幹生[1]、
須田　隆文[2]

症例は73歳男性，ex-smoker．関節リウマチに対してMTXで加療中．健診の胸部X線で左中肺野に腫瘤影を認め，当科に紹介となった．採血では，CRP 2.26 mg/dl, sIL2R 689 U/ml，と上昇しており，血液中のEBV-DNA定量も1100 copies と上昇していた．胸部CTでは舌区に長径50mmの腫瘤影を認めた．気管支鏡検査では，気管分岐部と左主気管支に不規則な隆起病変と膿性痰を認めた．舌区からの経気管支肺生検は、非特異的なリンパ球炎症を示し，EBER陽性であったが，異型リンパ球は認めなかった．同部位からの気管支洗浄より，Actinomyces graevenitziiが検出され，同菌による肺膿瘍と診断した．MTXの中止および抗菌薬加療で肺膿瘍は軽快した．関節リウマチに対するMTX投与中にEBVの再活性化を伴い発症したActinomyces graevenitziiによる肺膿瘍は，比較的稀な症例と考えられ文献的考察を加えて報告する．

2-25

**両肺陰影を認め，経気管支肺生検にて病理組織より肺放線菌症と考えられた１例**

名古屋掖済会病院
○町井　春花、伊藤　利泰、岩間真由子、田中　太郎、西尾　朋子、今村　妙子、浅野　俊明、島　浩一郎、山本　雅史

症例は70歳，男性．X年８月に10日前からの微熱，咳嗽にて当科初診．胸部CTにて左上葉，両下葉に浸潤影を認め，AMPC/CVAを処方したところ炎症反応は改善したが，両肺陰影は残存し，経過観察としていた．X年11月に咳嗽の悪化，左肺陰影の移動と一部空洞化を認めて再度AMPC/CVAを処方した．肺陰影は消退傾向とならず，初診時より認める右下葉陰影は肺癌も鑑別と考えられたため，X年12月に気管支鏡検査を施行した．病理組織ではGrocott染色陽性のグラム陽性桿菌の集塊を認めた．*Nocardia*属と*Actinomyces*属の鑑別のために好酸性染色を追加したところ陰性であり，培養は陰性であったが，経過と合わせて複数菌種で発生した肺炎から*Actinomyces*属が残存しているものと考えられた．経気管支肺生検にて病理組織より肺放線菌症と考えられた１例を経験し，若干の文献的考察を加えて報告する．

2-26

**長期人工呼吸管理を要するも離脱可能となったCOVID 19重症肺炎の一例**

[1]公立陶生病院　呼吸器アレルギー疾患内科
[2]同　感染症科
○西科　雄大[1]、太田　翔[1]、武藤　義和[2]、山野　泰彦[1]、横山　俊樹[1]、松田　俊明[1]、片岡　健介[1]、木村　智樹[1]、近藤　康博[1]

症例は65歳男性。新型コロナ感染症第４波の期間にCOVID-19重症肺炎を発症した。薬物治療、挿管治療に抵抗性の経過で発症第16病日に当院へ転院となった。転院後腹臥位療法に加え、ステロイドパルス、トシリズマブ、オルミネントによる集学的治療を行うも呼吸状態の改善は乏しく、気管切開施行後の第38病日に一般床退出となった。FiO２ 0.7程度の高濃度酸素が必要な時期もあったが、徐々に酸素化の改善を認め、人工呼吸のweaningを行い、第179病日に人工呼吸器を離脱した。リハビリ、栄養療法による全身状態の立ち上げにより、サーモベント１Lまでの酸素減量、介助歩行、少量の経口摂取が可能となった。重症コロナ感染症で人工呼吸管理を要した患者の長期経過は不明な点が多い。文献的報告を含め報告する。

2-27

**COVID-19治療経過中に発症した腸腰筋内血腫の２例**

[1]松阪市民病院　呼吸器センター
[2]同　放射線科
○中村　祐基[1]、江角　征哉[1]、江角　真輝[1]、古橋　一樹[1]、鈴木　勇太[1]、坂口　直[1]、伊藤健太郎[1]、藤原研太郎[1]、西井　洋一[1]、高柴　義之[2]、田口　修[1]、畑地　治[1]

COVID-19はサイトカインストームによる重篤なARDSを呈するとともに、全身に血栓傾向を引き起こすことが知られており、中等症以上例では抗凝固療法が推奨されている。症例１：76歳女性、肺扁平上皮癌にて抗癌化学療法中、低分子ヘパリン（１万単位/日）を開始したが、発症16日目にヘパリンを終了し、DOACへ切り替えた。発症22日目に急激な貧血を認め、CTにて右腸腰筋内血腫が確認された。症例２：72歳男性、発症９日目に酸素化不良のため、当院へ転院となり人工呼吸器管理となった。低分子ヘパリン（１万単位/日）を開始したが、発症24日目に夜間急激な血圧低下、貧血を認め、CTにて右腸腰筋内血腫を認めた。出血性ショックと判断し、ヘパリンは中止し、輸血及び昇圧剤投与した。COVID-19治療での抗凝固療法において、APTTによる容量調整を行わない場合でも、腸腰筋内血腫等の出血イベントで致死的状況に陥ることがあるため、貴重な症例としてここに報告する。

# 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。〉

1-25

**外科的肺生検にて診断されたCastleman病の１例**

三重大学　医学部　呼吸器内科

○古橋　一樹、藤本　　源、伊藤　稔之、大岩　綾香、鶴賀　龍樹、齋木　晴子、岡野　智仁、藤原　拓海、高橋　佳紀、都丸　敦史、小林　　哲

症例は50歳代の女性．３年前に咳嗽・倦怠感を認め近医総合病院を受診，精査の結果IgG４関連肺疾患と診断されプレドニゾロン30mgの投与を受けた．しかしながら高ガンマグロブリン血症・CRP高値は改善せず，他の医療機関を受診しエンドキサン・イグラチモドの投与も受けたがやはり改善しないとのことで当院リウマチ膠原病センターへ紹介となった．タクロリムスを投与されるも治療効果に乏しく，改めて精査する方針となった．PET-CTでは炎症の主座は指摘できず，臓器障害も見られなかったが，胸部CTにて肺野に多発するすりガラス陰影を認め呼吸器内科に紹介，確定診断を得るには外科的肺生検が必要と判断し胸腔鏡下肺部分切除術を施行した．組織学的に胚中心のないリンパ濾胞とその周囲に広がる形質細胞浸潤を認めCastleman病と診断，トシリズマブの投与を行い改善が得られた．診断にいたる経過および治療反応性が興味深く，文献的考察を加えて報告する．

1-26

**急速に多臓器不全を呈したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患（MTX-LPD）一剖検例**

静岡済生会総合病院　呼吸器内科

○伊藤　泰資、大山　吉幸、森　　利枝、中村　匠吾、明石　拓郎、宮下　晃一、池田　政輝

症例は70歳代女性。関節リウマチに対しメトトレキサート（MTX）で長期加療中だった。X-１年に左肺優位に気道散布性の粒状影を認め当科紹介となり、関節リウマチに伴う気道病変として経過観察されていたが細菌性肺炎を繰り返していた。X年４月下旬より微熱、食思不振を自覚した。５月受診時に血液検査で高CRP血症とともに白血球・血小板減少を認め、胸部CT検査では浸潤影以外に多発結節影が新たに出現し、縦隔・腋窩・腹部など全身にリンパ節腫大も認めた。細菌性肺炎のほかMTX-LPDも疑われ、入院としてMTXを中止の上、抗菌薬治療を開始した。しかし急速に全身状態が悪化し第11病日死亡した。剖検では肺を含む多数の臓器・リンパ節に腫瘍細胞の浸潤を認め、免疫染色では末梢性Ｔ細胞リンパ腫（PTCL）の所見で、MTX使用歴からMTX-LPDと診断した。MTX-LPDは中止で改善する例も多く、本症例のように急速に多臓器不全に至る例は稀と考えられ、文献的考察を含めて報告する。

1-27

**著明な空洞病変を呈したメソトレキセート関連リンパ増殖性肺疾患の１例**

藤田医科大学　呼吸器内科

○高橋　秀昂、相馬　智英、前田　侑里、堀口　智也、岡村　拓哉、三重野ゆうき、魚津　桜子、後藤　康洋、磯谷　澄都、近藤　征史、今泉　和良

症例は77歳女性　57歳時に発症した難治性関節リウマチ（RA）でメトトレキサート（MTX）を長期使用していた。2021年８月、特に症状変化ないまま、突然、肺野両側に多発結節影が出現した。経気管支クライオ生検では大型の細胞が広範な壊死に陥っており、壊死細胞の細胞膜はCD20陽性であり、CD20ゴースト状の所見であった。EBERは陰性であった。経過からMTX関連リンパ増殖性疾患を疑いMTXを中止したところ、多くの結節影は縮小したが一部の病変で空洞形成が顕著になった。抗生剤併用下に経過観察したところ病変は薄壁空洞化し縮小した。MTX関連リンパ増殖性肺疾患は比較的稀であり多彩な陰影を呈することが報告されているが空洞病変を呈することもある。本例ではRAの悪化を懸念してMTX中止時にPSLを20mgに増量したことでCD20陽性増殖細胞の広範な壊死を助長したと考えられた。

1-28

**２度のEBUS-TBNAで診断に至らず、エコーガイド下経皮針生検で確定診断した前縦隔Ｔ細胞性リンパ腫の一例**

地域医療機能推進機構中京病院　呼吸器内科

○柴田　智文、浅野　周一、龍華　祥雄、宮松　晶子、小林　正宏、折中　雅美、粥川　貴文、石井あずさ、角田　陽平

【症例】28歳女性【主訴】咳嗽【現病歴】一週間前からの咳嗽、呼吸苦で近医受診し胸部Ｘ線で縦隔拡大を指摘され、当院に紹介。【受診後経過】胸部CTで前縦隔に気管を圧排し上大静脈を巻き込む最大径６cmの腫瘤影、右片側胸水を認めた。受診翌日に胸水穿刺、及び経気管支針吸引生検（以下TBNA）を施行し、十分量と思われる組織も得られたが、良悪性含め診断に至らず。気道狭窄症状が増悪し、長期連休前でもあったため、第７病日に再度TBNA、骨髄生検、エコーガイド下経皮針生検を同日施行し、ステロイド投与を開始したところ、気道狭窄症状の改善を認めた。TBNA、骨髄生検組織では確定診断が得られなかったが経皮針生検組織よりＴ細胞性リンパ芽球性リンパ腫と診断された。【考察】EBUS-TBNAは低侵襲であるが得られる組織量が少なく挫滅もみられるため、リンパ腫の診断は困難な場合がある。縦隔腫瘍の生検に関しては様々な手法やアプローチを検討する必要がある。

1-29

**胸水セルブロック検体の細胞診検査で診断した胸水原発と考えられる悪性リンパ腫**

伊勢赤十字病院　感染症内科

○穂積　健太、田中　宏幸、中西　雄紀、豊嶋　弘一、坂部　茂俊

【症例】70歳代男性。【病歴】認知症のため施設入所中。胸部X線写真で左無気肺を指摘され、当院を紹介受診した。受診時は無症状、室内気でSpO２ 93%だったが、胸部CT検査で左胸水と左下葉無気肺の所見を認めた。結核の治療歴や家族歴、喫煙歴、粉塵吸入歴はなく、血清HIV抗体は陰性だった。胸水検査では、リンパ球有意の滲出性胸水だった。肺癌、悪性リンパ腫等を疑い、８日後にセルブロック検体で提出した胸水細胞診検査でB細胞性リンパ腫と診断した。化学療法は行わなかったが、８か月後の胸部CT検査で胸水は著明に減少していた。【考察】胸水中のHHV８検査は未施行だったが、診断後の経過からPrimary effusion lymphoma like lymphoma（PEL like lymphoma）と考えた。PEL like lymphomaは胸水ドレナージのみで改善し、その後の細胞診検査が陰性となることがあり、初回の胸水細胞診検査を提出する際にセルブロック検体で提出することが診断に重要であると考える。

1-30

**内臓逆位を伴わない原発性線毛運動不全症（PCD）の１例**

国立病院機構東名古屋病院

○中川　　拓、佐野　将宏、垂水　　修、林　　悠太、山田　憲隆、小川　賢二

症例は50代女性。小児期から咳、痰が多かった。20代で喀血し他院で気管支拡張症と診断。副鼻腔炎合併あり。肺炎を繰り返し、19年前にA大学病院に紹介。マクロライドと対症療法で対応。肺アスペルギルス症合併し抗真菌薬治療うけるも陰影増悪し、４年前当科外来紹介。その後抗生剤と抗真菌薬不応性の高熱つづき陰影増悪。器質化肺炎と診断しステロイド併用。耳鼻科併診で滲出性中耳炎に対し鼓膜切開やチュービングを繰り返している。PCDを疑い専門施設に精査を依頼したところ、鼻粘膜の電子顕微鏡検査で線毛の外腕ダイニンの欠損がみられた。またDNAH５遺伝子にc. 5131C>T（p. Arg1711Ter）のヘテロのナンセンスバリアントがみられた。以上よりDNAH５が原因のPCDと診断された。本邦ではPCDの認知度が低く、内臓逆位をもたない患者では未診断の患者が相当数いると思われる。文献的考察を加え報告する。

1-31

**両側全肺洗浄を施行した自己免疫性肺胞蛋白症の一例**

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

○鵜飼　陽一、白髭　　彩、松浦　彰彦、都島　悠佑、後藤　　希、中瀬　　敦、稲垣　雅康、田中　麻里、小玉　勇太、伊藤　亮太、高納　　崇、横山　俊彦

症例は70歳代女性．自転車で転倒し，体動困難となり当院へ救急搬送となった．来院時，呼吸数28／分の頻呼吸と経鼻カヌラ３L/分の酸素投与を要する呼吸不全を認めた．胸部レントゲンでは両側下肺野優位の透過性低下，胸部CTではCrazy-paving appearanceを呈するびまん性のすりガラス影・浸潤影を認めた．血液検査ではKL-６が28，203 U/mLと著明に上昇し，急性呼吸不全を伴う間質性肺疾患が疑われステロイドパルス療法と抗菌薬治療が開始された．治療反応性が乏しいことなどから肺胞蛋白症を疑い，第６病日に気管支鏡検査を施行し米のとぎ汁様の肺胞洗浄液が回収された．経気管支肺生検の病理組織で肺胞腔内に好酸性物質の貯留，血液検査で抗GM-CSF抗体の上昇を認め自己免疫性肺胞蛋白症と診断した．呼吸不全が遷延したため二期的に両側の全肺洗浄を施行し，呼吸状態と画像所見の改善を認めた．本症は稀な疾患であり，若干の文献的考察を加えて報告する．

1-32

**多発肺動静脈瘻から遺伝性出血性末梢血管拡張症（オスラー病）と診断された一例**

豊橋市民病院　呼吸器内科

○名倉　巧真、馬場　智也、大槻　　遼、安井　裕智、福井　保太、大舘　　満、真下　周子、牧野　　靖

【症例】46歳 女性【主訴】胸部異常陰影【現病歴】X-33年に肺動静脈瘻の指摘があった。X-18年、妊娠中の肺動静脈瘻破裂に対し緊急コイル塞栓術施行し、X-８年以降は健診でのフォローのみとなっていた。X年の健診で胸部異常陰影を指摘され、前医へ紹介。中葉と両肺下葉に未治療の肺動脈瘻を指摘され、血管治療目的に入院となった。繰り返す鼻出血のエピソードもあり全身のスクリーニング検査を実施したところ、左前頭葉に脳動静脈奇形、胃粘膜に毛細血管拡張所見、及び鼻腔・口腔内に散在性のクモ状血管腫を認めたためオスラー病の診断。遺伝子解析でENG遺伝子を認めた。肺動静脈瘻に対してはコイル塞栓術を行い、脳動静脈奇形に対しては今後γナイフ治療予定となっている。【考察】オスラー病は全身に血管奇形をきたす疾患であり、特に脳動静脈奇形は時に致命的となる。多発肺動静脈瘻を発見したら本疾患を想起し脳動静脈奇形の検索を行うことが重要である。

1-33

**強い息切れCTで過膨張高度COPDとしたが全肺結節散布あり拘束性で低換気なく職歴聴取で珪肺症と診断した一例**

医療法人初音会杉浦医院

○末次　勸、杉浦　尚敬、杉浦裕美子、杉浦　元孝

80代男性。数年前から体動時息切れを感じるようになり徐々に増悪傾向にある。歩いて移動は可能で、ゆっくりならひとりで平地を30m程度歩ける。階段は、3段上って休むことでゆっくりなら登れる。大声で喋る、歯磨きをする等の行為で強い息切れを感じる。外来診察室での安静時SpO2：92～96%。当医院での動脈血ガス/室内気呼吸安静時：〔pH：7.41、pCO2：43Torr、pO2：64Torr、SpO2：92%〕、肺機能検査：〔VC：1.69L、%VC：51%、FEV1%（G）：25%〕、胸部CT：両肺の過膨張および散布性小結節影が認められ、肺気腫症とされていたが、60年余りの鉄工所個人経営の職歴があり、鉄製品のサンダーによる研磨を連日行って来たことから、組織学的所見は得ていないが、長年の作業時に吸入した粉塵に含まれるSiO2により発症した珪肺症と診断した。

1-34

**カルボプラチン/パクリタキセル/ベバシズマブ/アテゾリズマブにて長期生存を得た肺肉腫様癌の1例**

[1]トヨタ記念病院　内科
[2]同　呼吸器内科
[3]同　腫瘍内科

○江尻　直弥[1]、佐野　真由[1]、内田　岬希[1]、杉野　安輝[1]、木村　元宏[2]、森　拓也[2]、木村　隼大[2]、中村　さや[2]、奥村　隼也[2]、大田亜希子[3]

症例は60歳代、男性。胸部CTで緩徐に増大する右上葉空洞影を指摘され当院紹介となった。気管支鏡検査で肺腺癌が疑われ、右上葉切除術を施行した。病理学的に肺肉腫様癌pT2bN1M0、pStage IIBと診断した。ドライバー遺伝子変異/転座は認めず、PD-L1 TPS＞75%であった。術後化学療法としてシスプラチン/ビノレルビンを施行したが、終了後3ヶ月で縦隔リンパ節転移再発を認め、カルボプラチン/パクリタキセル/ベバシズマブ（BEV）/アテゾリズマブ（ATZ）を開始した。4コース後CRとなり、BEV＋ATZ維持療法を2年間継続し終了した。治療終了後6ヶ月経過時点で再発を認めていない。術後再発肺肉腫様癌は一般的に予後不良とされており、明確な治療方針は定められていない。check point inhibitorを含む化学療法により長期生存を得られたため、文献的考察を加えて報告する。

1-35

**末期腎不全で透析導入された後に悪性胸膜中皮腫に対するNivolumab維持療法を行った1例**

聖隷三方原病院　呼吸器センター　内科

○山田耕太郎、長谷川浩嗣、志村　暢泰、伊藤　大恵、中村　隆一、金崎　大輝、稲葉龍之介、後藤　彩乃、天野　雄介、加藤　慎平、美甘　真史、松井　隆、横村　光司

症例は60代男性。右胸水貯留で当院紹介、CTで全周性右胸膜肥厚や縦隔リンパ節腫大を認めた。胸腔鏡で悪性胸膜中皮腫上皮型の診断を得た。ほぼ同時に腎機能低下を伴うネフローゼ症候群を発症、膜性腎症と診断されステロイド治療行うも改善乏しく透析導入された。Ipilimumab保険適応前、透析中でPEM併用レジメン禁忌、PSも低下していたが、家族・本人から強い治療希望があった。一次治療としてVNR投与するも骨髄抑制で継続不可であった。二次治療としてNivolumab投与したところPRが得られ退院、外来通院可能となった。7ヶ月後、PD及びirAE下痢のためBSC方針となった。その後PS低下し入院、腹痛を伴う全身状態の悪化を来たし永眠された。剖検施行し、直接死因は十二指腸転移巣の腫瘍破裂に伴う腸管穿孔による汎発性腹膜炎と診断した。腎障害のある悪性胸膜中皮腫は治療に難渋することが多く、消化管転移の報告も少ないため併せて報告する。

1-36

**当院での免疫チェックポイント阻害剤に関連したと考えられる重症皮膚障害の報告**

松阪市民病院　呼吸器センター　内科

○江角　征哉、藤原研太郎、江角　真輝、古橋　一樹、中村　祐基、鈴木　勇太、坂口　直、伊藤健太郎、西井　洋一、田口　修、畑地　治

免疫チェックポイント阻害剤の上市により治療効果の増強や治療選択が拡大した。しかしこれら薬剤の免疫関連有害事象も種々の報告があり、その中で皮膚障害の頻度は少なくない。当院ではニボルマブ、ペンブロリズマブ、アテゾリズマブの発売後、単剤あるいは併用療法として計443名の患者に、のべ6224回の使用をしてきた。この使用の中でirAEとしての皮疹、特に重篤とされるスティーブンスジョンソン症候群あるいはTEN型薬疹を発症した症例は4名であった。この4例は全員男性で平均年齢は79歳でありスティーブンスジョンゾン症候群が2例、TEN型が2例であった。これらの症例を概観し文献的考察とともに報告する。

1-37

**ペンブロリズマブを含む抗がん剤治療で中毒性表皮壊死症（TEN）を発症した一例**

名古屋掖済会病院

○田中　太郎、山本　雅史、島　浩一郎、今村　妙子、西尾　朋子、岩間真由子、町井　春花、伊藤　利泰

【症例】66歳男性。肺扁平上皮癌Stage4B（肝転移）と診断。カルボプラチン、パクリタキセル、ペンブロリズマブの抗がん剤治療を導入した。1コース目のDay11に皮疹が出現。Day14にG2と判断しステロイド投与を開始した。粘膜疹の出現なく皮疹は改善し、Day24にはステロイド終了した。3日後より2コース目の抗がん剤を投与。再度Day11にG1の皮疹が出現。早めにステロイドを開始したがDay18に流涙や粘膜疹も出現。スティーヴンス・ジョンソン症候群（SJS）と診断しステロイド増量するも皮疹の範囲が広がりTENへ移行。Day36に血漿交換も施行した。その後は皮疹改善傾向にあったが、Day45に敗血症性ショックを発症。抗生剤治療するも改善なくDay46に永眠された。【考察】TENは解熱鎮痛剤や抗てんかん薬、抗生剤、痛風治療薬など様々な薬剤で惹起される重症皮疹で死亡率は約20％と報告されている。本症例は免疫関連有害事象のTENであった可能性がある。

1-38

**irAEとしての胃炎**

[1]伊勢赤十字病院　呼吸器内科
[2]感染症内科

○仁儀　明納[1]、豊嶋　弘一[2]、近藤　茂人[1]、谷川　元昭[1]

X年10月に肺扁平上皮癌cT2N2M0 stageIIIBと診断した。CBDCA + nabPTX + Pembrolizumabの化学療法を施行。X + 1年5月に左肩の痛みを訴えられ精査しirAEと判断しプレドニゾロン10mgの維持療法を行った。X + 2年1月に急に食事が食べられない訴えがあり上部消化管内視鏡を施行した。所見は胃内にびらんが多発し、びまん性で易出血性の粘膜発赤を認めた。同部位の生検で腸上皮化生を伴う再生粘膜とリンパ球浸潤が認められた。以上の経過よりPembrolizumabによるirAEとしての胃炎と診断した。治療としてはメチルプレドニゾロン500mgを2日間行い、プレドニゾロン15mgで寛解状態が維持できた。irAEとしての胃炎の報告は少なく、他の症状に対してステロイドの加療が行われるため報告としては過少となる可能性がある。ICI投与中に食事量の減少が認められる場合はirAEとしての胃炎も鑑別に挙げられる。本症例はsteroidの増強によってICIの継続投与が可能であった。

1-39

**抗菌薬投与後に発症し肝生検を施行したatezolizumabによる免疫関連肝障害の1例**

藤田医科大学　医学部　呼吸器内科学

○澤田　千晶、堀口　智也、重康　善子、伊奈　拓摩、渡邊　俊和、岡村　拓哉、魚津　桜子、後藤　康洋、磯谷　澄都、近藤　征史、今泉　和良

症例は69歳男性．X－2年に右上葉肺小細胞癌cT4N2M0 stage3Bと診断した．背景肺に高度気腫と線維化を認め化学放射線療法は不可とされ，CBDCA + ETP + atezolizumab治療を開始した．4コース終了時点で腫瘍はほぼ消失し，atezolizumab単剤維持療法に移行した．12コース投与後のX－1年11月，左上葉肺炎を発症した．atezolizumabを中止しABPC/SBTで治療，画像上肺炎は改善したが炎症反応遷延のためAMPC/CVA内服を継続したところX年1月に肝機能障害が出現した．抗菌薬中止後も肝機能は悪化し，atezolizumabによる免疫関連有害事象（irAE）を鑑別に肝生検を実施したところ，門脈域周囲と小葉実質内にCD8優位のリンパ球浸潤を認め，臨床経過と併せてirAEと診断した．PSL60mg/dayを開始し肝機能は改善，その後漸減している．免疫チェックポイント阻害薬による肝機能障害の組織像ではCD8陽性リンパ球の門脈域への浸潤や肝実質内の肉芽腫が報告されており，肝生検が有用な診断補助となり得る．

1-40

**悪性中皮腫に対してイピリムマブ・ニボルマブ投与後の筋炎合併重症筋無力症の一例**

一宮市立市民病院

○浅岡　るう、麻生　裕紀、福島　　曜、西永　侑子、清水　隆宏、山田　千晶

症例は73歳の男性。X年2か月前より左胸の痛みを自覚するようになり、8月に受診。現喫煙者（20本/day x 53年間）、仕事は建築関係でアスベスト曝露を認めた。CTにて左胸水と胸膜プラーク・胸膜播種を疑わせる所見を認められ、CTガイド下生検にて悪性中皮腫（混合型）cT2N0M1 stage 4と診断した。10月1日よりIPI + NIVOにて治療を開始した。退院後11月1日に頸部と上下肢の脱力あり受診。肝酵素と、CPK 4987 U/Lの上昇を認め再入院した。11月5日には呂律不全・眼瞼下垂が認められるようになり、重症筋無力症としてmPSL 60mg/dayにてステロイド治療を開始した。11月8日にCO2ナルコーシスを呈し挿管人工呼吸管理を施行した。同日より血漿交換療法を行った。11月24日に気管切開術を施行し、以降よりIVIgを施行した。その後はゆっくりと改善が認められ、X + 1年1月24日には人工呼吸器は離脱でき、現在リハビリを行っている。当日は文献的考察も含めて発表する。

## 1-41

### 大量胸水を契機に診断された縦隔内膵仮性嚢胞の一例

順天堂大学医学部付属静岡病院　呼吸器内科
○片山　勇魚、原　　宗央、小松亜里紗、渡邉　敬康、松田　浩成、岩神　直子、岩神真一郎

生来健康，飲酒歴のない62歳女性．X−1年11月から労作時呼吸困難，背部痛を自覚した．12月に当院受診し，右大量胸水の指摘で当科紹介となった．胸水は暗血色で滲出性，細胞分画は好中球が34％と増大していた．細胞診は悪性細胞検出なし．胸水・血清アミラーゼが高値であった．膵疾患を疑い胸水排液後造影CTを行うと，少量の被包化胸水はあるが，膵臓に特記所見はなく腹部超音波でも同様であった．MRCPでは，主膵管と連続する嚢胞性多胞性腫瘤，膵尾部嚢胞が胃および食道下部に連続する所見が得られた．ERCP所見は膵尾部から縦隔への造影剤の漏出が確認され，縦隔内膵仮性嚢胞と診断した．縦隔内への進展は膵仮性嚢胞を持つ患者の1％以下とされ，非常に稀である．胸水が黒色調の場合，膵性胸水を疑い胸水中のアミラーゼを測定し，縦隔内膵仮性嚢胞を鑑別診断に挙げる必要がある．

## 1-42

### 甲状腺機能亢進症に合併した胸腺過形成と考えられた1例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院
呼吸器内科
○松浦　彰彦、白髭　　彩、都島　悠佑、後藤　　希、中瀬　　敦、田中　麻里、稲垣　雅康、小玉　勇太、伊藤　亮太、高納　　崇、横山　俊彦

症例は52歳女性。II期子宮体癌に対する手術・術後補助化学療法終了1年11か月後に，縦隔軟部陰影を指摘され当科に紹介された。胸部CTにて上前縦隔に辺縁平滑で内部が不均一な帆状の陰影を認めた。他に両側甲状腺のびまん性腫大を認め，3か月前から動悸や体重減少の症状があったとのことで精査したところ，FT3高値，TSH低値，TSH受容体抗体陽性で，甲状腺機能亢進症と診断した。胸部MRIで，前縦隔軟部陰影はT2強調像で不均一な高信号を呈し，抗アセチルコリン受容体抗体は陰性であった。以上より，甲状腺機能亢進症に合併した胸腺過形成と考え，抗甲状腺薬の内服を開始した。治療開始1か月後にはFT3は正常範囲内となり，11か月後の胸部CTで腫大した胸腺はほぼ消退した。今回，甲状腺機能亢進症の治療によって，生検や手術などの侵襲的な処置を回避できた症例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告する。

## 1-43

### 多発性筋炎を合併した胸腺腫の1例

[1]小牧市民病院　呼吸器内科
[2]同　呼吸器外科
○多湖　真弓[1]、小島　英嗣[1]、高田　和外[1]、後藤　大輝[1]、野原　冠吾[1]、糸魚川英之[1]、全並　正人[1]、縣　　知優[1]、谷口　哲郎[2]、後藤　真輝[2]、杉原　　実[2]

症例は72歳女性。四肢の疼痛を主訴に受診。高CK血症があり，胸部単純CTで前縦隔右側に8cm大の腫瘤を認め当科に紹介。CTガイド下生検を施行し，胸腺腫と診断した。筋肉の把握痛があり，血清アルドラーゼ高値で，大腿筋MRIで強い炎症像を認め，腫瘍随伴性の多発性筋炎と判断した。また，血清抗アセチルコリンレセプター抗体陽性であった。多発性筋炎に対するステロイド治療を先行し，症状，高CK血症は改善を認めた。その後，拡大胸腺全摘術を施行し，A型胸腺腫，正岡分類I期と最終診断した。現在ステロイドを漸減中で，症状は安定している。胸腺腫は自己免疫性疾患を合併することで知られているが，多発性筋炎を随伴した症例の報告は比較的稀である。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 1-44

### ウロキナーゼの併用が有効であった癌性胸膜炎の1例

[1]久美愛厚生病院　内科
[2]同　呼吸器外科
○佐藤　圭樹[1]、西川真太郎[1]、関村　　敦[2]、横山　敏之[1]

症例は94歳，女性。X−1年に乳癌に対して左乳房全摘術を行い，X年12月に入ってから呼吸困難を自覚し当院受診。胸部X線にて左片側胸水を認めたため当科紹介となった。胸腔穿刺を行ったところ腺癌が検出され癌性胸膜炎の診断に至った。X＋1年1月に胸腔ドレナージ目的に入院となった。ドレーン挿入直後は排液良好であったが，2日目から排液量が減少した。3日目に胸部CTを再検したところドレーンの先端は胸腔内に達しており，隔壁を伴う胸水が残存していた。隔壁の溶解を目的に，ウロキナーゼを3日間連続で胸腔内投与を行ったところ，排液が得られた。その後排液量も落ち着いたため7日目にタルクによる胸膜癒着術を行い9日目に胸腔ドレーンを抜管し，10日目に退院となった。退院後に左胸水の再貯留はみられなかった。本症例の様に隔壁を伴う癌性胸膜炎に対してはウロキナーゼが有効である可能性があり，文献的考察を含めて報告する。

## 2-28

**上下葉に広がる難治性肺アスペルギローマに対し外科治療が奏功した１例**

聖隷三方原病院　呼吸器センター　外科

○井口　拳輔、棚橋　雅幸、鈴木恵理子、吉井　直子、渡邊　拓弥、土田　浩之、喚田　祥吾、内山　粹葉、中村みのり

症例は55歳男性。X−１年に呼吸苦で近医を受診し、胸部異常影を指摘され前医紹介受診。胸部CT画像で右肺上葉から下葉Ｓ６にかけて広がる空洞性病変と空洞内に菌球を疑う腫瘤を認めた。気管支鏡検査を施行しアスペルギルスは検出されなかったが、血液検査でアスペルギルスIgEがクラス３であり、肺アスペルギルス症が疑われた。肺アスペルギルス症に対し抗真菌薬を開始、また経過中に左肺に新たな斑状影を認め、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症（ABPA）の合併も疑われステロイドが投与された。血痰、喀血で入退院を繰り返しており、内科的治療ではコントロール不良と考えられ、X年４月に当科紹介受診。右肺上葉切除＋右肺下葉Ｓ６区域切除を施行した。血痰などの症状は改善し、術後16日目に退院となった。肺アスペルギルス症に対して外科的治療で改善が得られた症例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

## 2-29

**空洞を伴う多発浸潤影を呈した原発性肺クリプトコッカス症の一例**

静岡県立総合病院　呼吸器内科

○大川　航平、杉山　周一、白鳥晃太郎、中安　弘征、増田　寿寛、高橋　進悟、北原　佳泰、岸本祐太郎、三枝　美香、赤松　泰介、山本　輝人、森田　　悟、朝田　和博、白井　敏博

症例は97歳女性。12年前から石灰化を伴う胸膜肥厚・縦隔リンパ節の指摘があり、陳旧性肺結核症として近医へ通院していた。定期の胸部Ｘ線で胸部異常影を指摘され紹介受診した。胸部CTで両肺に多発する空洞を伴う浸潤影・粒状影を認め、抗酸菌症・真菌症を念頭に喀痰検査、血液検査を施行したところ、血清クリプトコッカス抗原が陽性であった。気管支洗浄液・経気管支肺生検検体の真菌培養にてCryptococcus neoformansを認めた。免疫不全をきたす基礎疾患はなく原発性肺クリプトコッカス症と診断した。基礎疾患を有する患者に発症する続発性肺クリプトコッカス症は多彩な画像所見を呈し、他疾患との鑑別が困難な場合がある。免疫不全をきたす基礎疾患がない場合でも、高齢者では多発浸潤影を呈する症例がある。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 2-30

**画像上肺癌との鑑別を要した肺ムコール症の一例**

刈谷豊田総合病院

○横山　昌己、山田　悠貴、街道　達哉、藤浦　悠希、松井　　彰、鈴木　嘉洋、武田　直也、吉田　憲生

症例は75歳，男性．Ｘ年11月に前立腺肥大症の術前スクリーニングの胸部レントゲン検査で左上肺野異常影を指摘され当科を受診した．胸部CT検査で左上葉Ｓ１＋２に胸膜嵌入を伴う20×18mm大の不整形腫瘤を認めた．気管支鏡検査を施行するも診断に至らず．画像経過観察をしたところ、Ｘ＋１年１月に病変の縮小を認めた．

しかしその病変の増大を再度認めたため、肺原発の悪性腫瘍を疑い診断的治療目的にＸ＋１年５月に胸腔鏡下左肺上葉切除術を施行した．術後検体では組織学的に線維性肉芽腫性病変を認め、後日作成された永久標本では糸状菌が観察された．また手術検体の肺組織培養よりムコール属の検出を認めたことから肺ムコール症と診断した．肺ムコール症は稀な疾患であり文献的考察を加えて報告する．

## 2-31

**肺スエヒロタケ症と肺*Mycobacterium avium*症を合併した１例**

名古屋市立大学病院　呼吸器・アレルギー内科

○小川　美波、福光　研介、伊藤　　穣、藤川　将志、井上　芳次、山本　清花、武田　典久、福田　悟史、金光　禎寛、上村　剛大、田尻　智子、大久保仁嗣、前野　　健、新実　彰男

47歳女性。約２ヵ月間続く湿性咳嗽を主訴に近医を受診し、喘息と診断された。喘息治療を受けるも症状は改善せず、当院に紹介となった。胸部CTで左S10に高吸収結節を認め、気管支鏡検査を施行した。左B10に粘液栓を認め、吸引除去し、気管支洗浄液培養および喀痰培養で糸状真菌を認め、スエヒロタケと同定した。また同時に*Mycobacterium avium*も培養され、抗MAC抗体は陽性だった。ABPMの診断基準には合致せず、肺スエヒロタケ症と肺*M. avium*症の合併と診断した。気管支鏡による粘液栓除去のみで症状および画像所見は改善し、抗菌治療は行わずに経過観察中である。

## 2-32

**関節リウマチに対する免疫治療中にニューモシスティス肺炎を生じた２症例**

名古屋徳洲会総合病院　呼吸器内科
○矢野間紗稀、宇賀神　基

免疫抑制状態の患者において、ニューモシスティス肺炎（PCP）を生じることが知られている。関節リウマチの治療中にPCPを生じた２症例を経験したので報告する。１例目は73歳女性で、労作時呼吸苦を主訴に受診された。関節リウマチに対して、ゴリムマブ、メトトレキサート、プレドニゾロン、イグラチモドにて治療中であった。画像所見、血液検査所見、気管支肺胞洗浄液PCR検査よりPCPと診断し、ST合剤での治療にて軽快し、第13病日に退院となった。２例目は施設入居中の69歳女性で、酸素飽和度低下を主訴に受診された。関節リウマチに対して、メトトレキサート、プレドニゾロン、イグラチモドにて治療中であった。１例目と同様にPCPと診断し、ST合剤での治療を行ったが、呼吸不全が増悪し、第18病日に死亡された。いずれの症例もPCPへの予防投薬はなされていなかった。関節リウマチに対する免疫抑制療法中の症例に対しても、PCPの予防が必要な可能性が示唆された。

## 2-33

**発症早期にメポリズマブを導入した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の１例**

JA愛知厚生連江南厚生病院　呼吸器内科
○中垣しおり、森下　琢斗、伊藤　克樹、滝　　俊一、宮沢亜矢子、林　　信行、日比野佳孝

70代女性。受診２週間前から咳嗽の増悪を認め、近医で抗菌薬などを処方されるも改善なく紹介受診。$SpO_2$ 83％（室内気）、CRP9.08mg/dL、WBC18500/μL（Neu57％、Eo32％）、胸部単純CTで両肺末梢優位の肺炎像を認め入院となった。入院３日目に$SpO_2$ 90％（マスク５L）と増悪、WBC24300/μL（Eo48％）で好酸球性肺炎を疑いステロイド（PSL40mg/日）を開始し、速やかに全身状態は改善した。MPO-ANCA11.8U/mLと陽性でありEGPAと診断した。入院12日目にメポリズマブ初回投与、入院19日目に自宅へ退院とした。外来でメポリズマブ300mg/月を継続、ステロイドは漸減中止後も再燃なく経過している。EGPA寛解導入中の早期にメポリズマブを導入することで、メポリズマブ単剤での維持療法が可能となった１例を経験したので報告する。

## 2-34

**シェーグレン症候群に合併した肺アミロイドーシスの一例**

[1]中部ろうさい病院　呼吸器内科
[2]愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科
○加藤　康孝[1、2]、稲葉　友紗[1]、松島　有希[1]、池田　安紀[1]、高橋　一臣[1]、松下　明弘[1]、竹山　佳宏[1]、松尾　正樹[1]、伊藤　　理[2]

症例は64歳，女性。シェーグレン症候群を当院リウマチ科にてフォロー中。慢性咳嗽を主訴に20XY年当科受診となった。胸部CTで両側に多発する嚢胞性病変と結節を認めた。その後も増大傾向なく、胸部CTでフォローとした。20XY＋５年12月の胸部CTで右下葉結節と一部嚢胞の増大を認めた。気管支鏡にて診断困難と判断。当院呼吸器外科で胸腔鏡下右下葉部分切除術を施行した。病理結果でアミロイドーシスの診断を得た。また、細気管支周囲にリンパ球浸潤を認めた。嚢胞性病変として、シェーグレン症候群に伴う免疫抑制薬の使用も開始となった。現在に至るまで残存している結節は増大なく経過できている。シェーグレン症候群に合併した肺アミロイドーシスは稀であり、ここに報告する。

## 2-35

**空洞を伴う多発肺浸潤影で受診した多発血管炎性肉芽腫症の１例**

公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科
○福田　圭祐、武井玲生仁、山野　泰彦、横山　俊樹、松田　俊明、片岡　健介、木村　智樹、近藤　康博

症例は77歳女性、主訴は倦怠感。数ヶ月前から鼻出血が出現、１ヶ月前から倦怠感を自覚し、呼吸困難も徐々に悪化傾向にあるため当科を受診した。喀痰なし、嗄声なし、難聴なし、発熱なし。肺音は右下肺の背側で捻髪音を聴取した。喘鳴や皮疹なし。神経学的所見に異常なし。CRP14.30mg/dL、WBC8200/$m^3$（好中球83.7％、好酸球0.1％）、PR３-ANCA陽性、血尿あり、胸部CTでは両肺に空洞を伴う多発する浸潤影を認めた。抗菌薬加療を行ったが治療反応性に乏しく、さらなる精査のため経気管支肺生検を施行した。多発血管炎性肉芽腫症と診断し、ステロイド、シクロホスファミドで治療を開始したところ、自覚症状、CT画像の改善を認めた。多発血管炎性肉芽腫症に関して文献的考察も含め報告する。

## 2-36

**ANCA関連血管炎に合併した肥厚性硬膜炎の１例**

三重大学附属病院　呼吸器内科

○鶴賀　龍樹、藤本　　源、伊藤　稔之、大岩　綾香、古橋　和樹、齋木　晴子、岡野　智仁、藤原　拓海、都丸　敦史、高橋　佳紀、小林　　哲

症例は80才代の男性．気管支喘息で近医加療中に好酸球増多があり，精査加療目的に2018年当科へ紹介となった．MPO-ANCA陽性で，下肢痛に加え肺野に間質性陰影あり，TBLBにて血管炎の所見を認めた．ANCA関連血管炎-EGPAと診断しPSLを導入（0.5mg/kg/day-30mg/day）したところ，好酸球数・MPO-ANCA値は低下し，肺野間質陰影も改善した．しかしながら経過中に頭痛を認めるようになり，三叉神経領域の帯状疱疹もあり加療を行なったが，2021年に視力の急激な低下（左光覚弁）を認めた．頭部MRI検査で肥厚性硬膜炎と診断し当科緊急入院の上ステロイドパルス療法を施行．視力は改善し，シクロホスファミドパルス療法を導入し退院となった．その後視力低下は再燃しておらずPSLの調整を継続している．ANCA関連血管炎に合併した肥厚性硬膜炎の１例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する．

## 2-37

**全身性エリテマトーデス加療中に発症した肺胞出血に対しステロイド増量と抗凝固薬調整を行い，軽快した１例**

静岡市立静岡病院　呼吸器内科

○児嶌　　駿、森田芽生子、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68歳女性．全身性エリテマトーデス（SLE）に対してPSL5mgで加療中，大動脈弁狭窄症に対する機械弁置換後でワーファリン内服中だった．１週間前からの労作時呼吸困難を主訴に来院され，胸部CTで小葉間隔壁肥厚を伴う両肺すりガラス陰影を認めた．気管支肺胞洗浄を実施し回収毎に濃くなる血性洗浄液が得られ，鉄染色標本でヘモジデリン貪食マクロファージを38%で認め，肺胞出血と診断した．機械弁置換後で抗凝固薬中止は困難であり，ヘパリンに置換しステロイドパルスと後療法PSL １mg/Kgを行ったところ，肺胞出血は軽快した．状態安定後、PT-INR 2.0前後となるようワーファリンを調整した．抗凝固薬内服中の肺胞出血は抗凝固薬中止が基本であるが，本症例では抗凝固薬中止が困難であり，膠原病が背景にありステロイド増量での対応とした．若干の文献的考察を含め報告する．

## 2-38

**全身性強皮症に伴う間質性肺炎に対して、ステロイド、ミコフェノール酸モフェチルが奏効した１例**

公立陶生病院　呼吸器アレルギー疾患内科

○山田　博一、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66歳女性、主訴は多関節痛、レイノー症状。X-２年冬にレイノー症状、X-１年11月より移動性の関節痛が出現した。手指に限局する皮膚硬化・爪郭毛細血管出血に加えて、間質性肺炎が指摘されX年４月当院受診となった。抗Scl-70抗体陽性で限局皮膚硬化型全身性強皮症と診断した。RF、抗CCP抗体は陽性であったが、関節リウマチの診断は満たさなかった。CTではすりガラス陰影、網状影を下葉有意に全肺野で認めた。%FVC 99%、%DLco 77%、６分間歩行試験 560m、最低SpO２ 87%であった。BAL分画は好中球12%、リンパ球 ７%、好酸球2.5%であった。外科的肺生検では、NSIPパターンでリンパ濾胞の過形成などの炎症細胞浸潤と、平滑筋増生を伴った線維化を認めた。抗炎症治療が期待できると考え、ステロイド、ミコフェノール酸モフェチルで治療を開始したところ、呼吸機能、CT写真の改善を認めた。強皮症に伴う間質性肺炎に関する治療に関して文献的考察も含め報告する。

## 2-39

**早期の肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症と考えられた一例**

[1]聖隷浜松病院　呼吸器内科
[2]国立循環器病研究センター　肺循環科

○綿貫　雅之[1]、池田　　新[1]、角田　　智[1]、八木　翔太[1]、平間隆太郎[1]、大嶋侑以子[1]、堤　あかり[1]、三輪　秀樹[1]、河野　雅人[1]、三木　良浩[1]、橋本　　大[1]、中村　秀範[1]、大郷　　剛[2]

40歳代女性．数年来の労作時呼吸苦あり．X年１月に急性肺炎にて入院治療されたが，治癒後も低酸素血症が遷延し同年２月に再入院．膠原病を示唆する所見なし．胸部CTで軽微なすりガラス影・小葉間隔壁肥厚・縦隔リンパ節腫大あり．肺機能検査で拡散能低下を認め，心エコーで軽度の肺高血圧が示唆された．換気血流シンチグラフィーで肺野末梢の血流欠損を認めたが造影CTで血栓は確認されず．BALにてリンパ球・好中球分画上昇あり，クライオ生検で血管内膜肥厚や毛細血管拡張が示唆された．右心カテーテル検査が施行され，安静時肺高血圧はないものの運動時肺高血圧（mPAP 43mmHg, mPAP/CO 3.7 WU）が見られた．以上より肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症（PVOD/PCH）と診断した．在宅酸素療法，利尿剤，マシテンタンにて症状や６分間歩行試験の改善が得られた．早期診断・治療介入できたPVOD/PCH症例と思われた．

## 2-40

**特発性肺動脈性肺高血圧症（IPAH）の診断に苦慮した一例**

総合病院　聖隷三方原病院

○伊藤　大恵、横村　光司、志村　暢泰、山田耕太郎、中村　隆一、金崎　大輝、稲葉龍之介、杉山　未紗、後藤　彩乃、天野　雄介、加藤　慎平、美甘　真史、長谷川浩嗣、松井　　隆

【症例】73歳男性。X-11年に呼吸困難のため当科を受診した。胸部CT検査で上葉優位の肺気腫および下葉優位の軽度の間質陰影を認め、気腫合併間質性肺疾患を疑い経過を観察していた。血液検査でKL-6、SP-Dの上昇はあったが、自己抗体はいずれも陰性であった。呼吸機能検査では肺活量や1秒率は保たれていたものの、%DLCOの低下を認めた。X-4年頃より、呼吸困難の増悪を訴えるようになった。X-3年の心臓超音波検査でRVSP 43.1 mmHgへ上昇していた。その後も経時的にRVSPの上昇を認め、X年7月には62 mmHgまで上昇したが、胸部CT検査上は肺気腫や間質陰影の増悪は軽微であった。労作時の低酸素は顕著であり、同年9月に在宅酸素療法を導入した。肺高血圧症の精査目的に同年12月に入院し、心臓カテーテル検査を施行のうえ、IPAHと診断した。【結語】間質陰影や肺気腫を有する患者の場合、IPAHの診断が困難となる場合がある。

## 2-41

**非アルコール性脂肪肝炎の経過観察中に肝肺症候群を来した一例**

順天堂大学医学部附属静岡病院　呼吸器内科

○小松亜里紗、渡邊　敬康、片山　勇魚、松田　浩成、岩神　直子、原　　宗央、岩神真一郎

症例は46歳女性。X-7年にCT画像で肝硬変が疑われ、同年6月に肝生検が実施された。病理学的所見を踏まえて非アルコール性脂肪肝炎の診断に至った。同時に指摘されていた食道静脈瘤に対して内視鏡的静脈瘤硬化療法が繰り返し行われていた。X年1月に労作時呼吸困難を主訴に当科を受診。室内気吸入下動脈血液ガス分析ではPaO2が78.6Torrと低酸素血症が認められ、A-aDO2は35.8Torrと開大していた。胸部単純CTや呼吸機能検査では低酸素血症の原因となり得る所見は認められなかった。しかし、肺血流シンチグラフィーで右左シャント率が22.8%、コントラスト心臓超音波検査が陽性で肝肺症候群の診断となった。在宅酸素療法を導入し労作時呼吸困難は改善された。非アルコール性脂肪肝炎を有する患者が呼吸困難を来した際には肝肺症候群が鑑別疾患として挙げられると考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 2-42

**脂肪肝による肝肺症候群の一例**

[1]磐田市立総合病院　呼吸器内科
[2]同　消化器内科
[3]浜松医科大学　内科学第二講座

○鈴木　浩介[1]、岸本　　叡[1]、中川栄実子[1]、村野　萌子[1]、中井　省吾[1]、平松　俊哉[1]、村上有里奈[1]、西本　幸司[1]、松島紗代実[1]、原田　雅教[1]、右藤　智啓[1]、妹川　史朗[1]、高橋　賢一[2]、須田　隆文[3]

症例は40代女性。X-5年に脂肪肝を指摘されていた。X-4年より再発乳癌に対しトラスツズマブエムタンシンの投与が開始されていたが、X-1年8月頃から労作時呼吸困難が出現した。胸部CT検査などを行うも原因不明であり経過観察されていた。その後、低酸素血症を認めるようになりX年7月に当科を受診した。慢性肝機能障害、胃静脈瘤があり、動脈血ガス分析でA-aDO2開大（28.8 Torr）を認め、コントラスト心エコー陽性、whole body血流シンチグラフィーのシャント率上昇（36.5%）から肝肺症候群と診断した。X年9月に肝生検が施行されたが、脂肪肝の所見が認められ、薬剤性肝炎を示唆する所見は認めなかった。食事療法を行い体重は減少傾向であったが、労作時の酸素化不良は進行し、在宅酸素療法導入を検討している。脂肪肝による肝肺症候群の報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

## 2-43

**緊急手術を要した特発性肺内血腫の一例**

[1]聖隷浜松病院　呼吸器内科
[2]同　呼吸器外科

○池田　　新[1]、八木　翔汰[1]、上林明日翔[2]、平間隆太郎[1]、大嶋侑以子[1]、綿貫　雅之[1]、飯塚　修平[2]、堤　あかり[1]、三輪　秀樹[1]、河野　雅人[1]、三木　良浩[1]、橋本　　大[1]、中村　　徹[2]、中村　秀範[1]

症例は70歳代女性。心房細動に対してエドキサバン内服中。発熱、胸痛、血痰を認め翌日近医受診、胸部X線で右下肺野に浸潤影を認め、同日当科紹介となった。胸部CTにて右下葉に約5cmの境界明瞭な腫瘤状陰影を認め、辺縁に肺動静脈の伴走が見られた。さらに、陰影周囲にすりガラス影、胸水貯留を認めた。肺内血腫が疑われたが、extravasationは見られず、エドキサバン内服中止とし経過観察の方針とした。しかし、同日夜間より呼吸状態悪化、かつ貧血進行、右下肺野浸潤影拡大あり、緊急手術を施行した。右下葉底区に血餅が付着した腫瘤、血液貯留を認め、出血源と判断、右下葉切除術を施行し、以降は出血症状無く経過した。病理学的所見では50mm大の血腫に加え、周囲肺組織に器質化肺炎、気管支拡張像を認め、抗凝固薬を含め出血の原因と推定された。血胸を伴った肺内血腫は極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

2-44

**気管支動脈瘤破裂から心肺停止に至るもPCPS下の気管支動脈塞栓術により救命し得た一例**

大垣市民病院　呼吸器内科

○安藤　守恭、舩坂　高史、藤浦　悠希、堀　　翔、加賀城美智子、中島　治典、安部　　崇、安藤　守秀、進藤　　丈

症例は70歳代男性。肺気腫と発作性心房細動の既往があり、リバーロキサバン内服中であった。突然の胸痛で救急搬送され、造影ＣＴで気管支動脈瘤破裂、後縦隔血腫を考える所見であった。救急外来での処置中に、胸痛が再燃し心肺停止となりPCPS導入下に気管支動脈造影を行った。右気管支動脈造影で、動脈瘤と同部位からのoozingを認め、出血源と同定した。同部位を金属コイルで塞栓し、止血を得た。右胸腔内穿破も認め、同部位へのドレナージ後にPCPSを離脱した。蘇生処置によるフレイルチェストへの人工呼吸器管理等治療を行い、第20病日に抜管した。術後の脊髄梗塞により下肢麻痺を認め第54病日にリハビリ転院、その後自宅退院となった。稀な症例であり報告する。