

第70回日本呼吸器学会 中国・四国地方会
第62回日本肺癌学会 中国・四国支部学術集会

プログラム・抄録集

■会期 2024年7月19日(金)・20日(土)

■会場 米子コンベンションセンター(BIG SHIP)

■会長 第70回日本呼吸器学会 中国・四国地方会

山崎 章

(鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野)

第62回日本肺癌学会 中国・四国支部学術集会

中村 廣繁

(松江赤十字病院 呼吸器外科 / 鳥取大学 名誉教授)

第70回日本呼吸器学会中国・四国地方会 開催にあたって



第70回日本呼吸器学会中国・四国地方会
会長 山崎 章
鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野

第70回日本呼吸器学会中国・四国地方会は2024年7月19日(金)・20日(土)の2日間、米子市において開催されます。歴史ある学会の会長を拝命し大変光栄に存じます。

今回の夏の地方会ですが、第62回日本肺癌学会中国・四国支部学術集会と合同で開催させていただきます。完全対面方式での開催ですので、多くの先生方、コ・メディカルの皆様、医学生などと活発なディスカッションができることを願っております。

呼吸器学会の演題数は103演題となっています。初期研修医セッション34演題、後期研修医セッション34演題、一般演題28演題、学生セッション3演題、メディカルスタッフ2演題、会長特別講演2演題とたくさんの演題登録をいただき、改めて会員の先生方、コ・メディカルの皆様、医学生の皆様には心より感謝申し上げます。また、多くの先生方に座長、審査員もお願いしており、皆様に感謝申し上げます。

今回初日には会長特別企画として、「弱者の兵法：多施設共同研究のすゝめ」と題して、鳥取大学の阪本智宏先生に、「研究デザインの視点から考える医学論文査読の勘所」と題して、福島県立医科大学附属病院の大前憲史先生にお話しを頂く予定です。地方会ではなかなか聴くこともない講演と思いますので、皆様の参加をお待ちしています。また、2日目には、将来計画委員会・ダイバーシティ・エクイティ・インクルージョン推進委員会(旧男女共同参画委員会)の合同特別企画として、研修病院対抗の呼吸器クイズトーナメントを企画しています。優勝チームには表彰、豪華景品も用意しておりますので、先生方のご参加、ご施設所属の研修医の応援をお願いできればと思います。

また、1日目の夜には懇親会も行う予定ですので、多くの先生方にご参加いただき、呼吸器学について楽しく語っていただく時間にしていただければと存じます。

最後になりましたが、この度の2学会合同地方会の開催にあたり、多大なるご協力をいただきました関係各位の皆様に御礼申し上げます。

第62回日本肺癌学会中国・四国支部学術集会 開催にあたって



第62回日本肺癌学会中国・四国支部学術集会

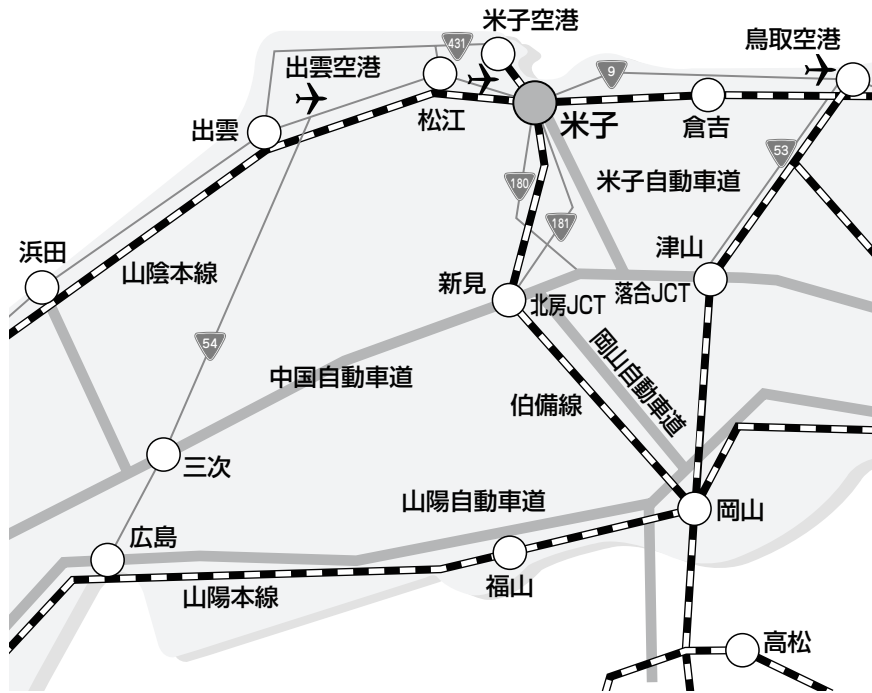
会長 中村 廣繁

松江赤十字病院 呼吸器外科／鳥取大学 名誉教授

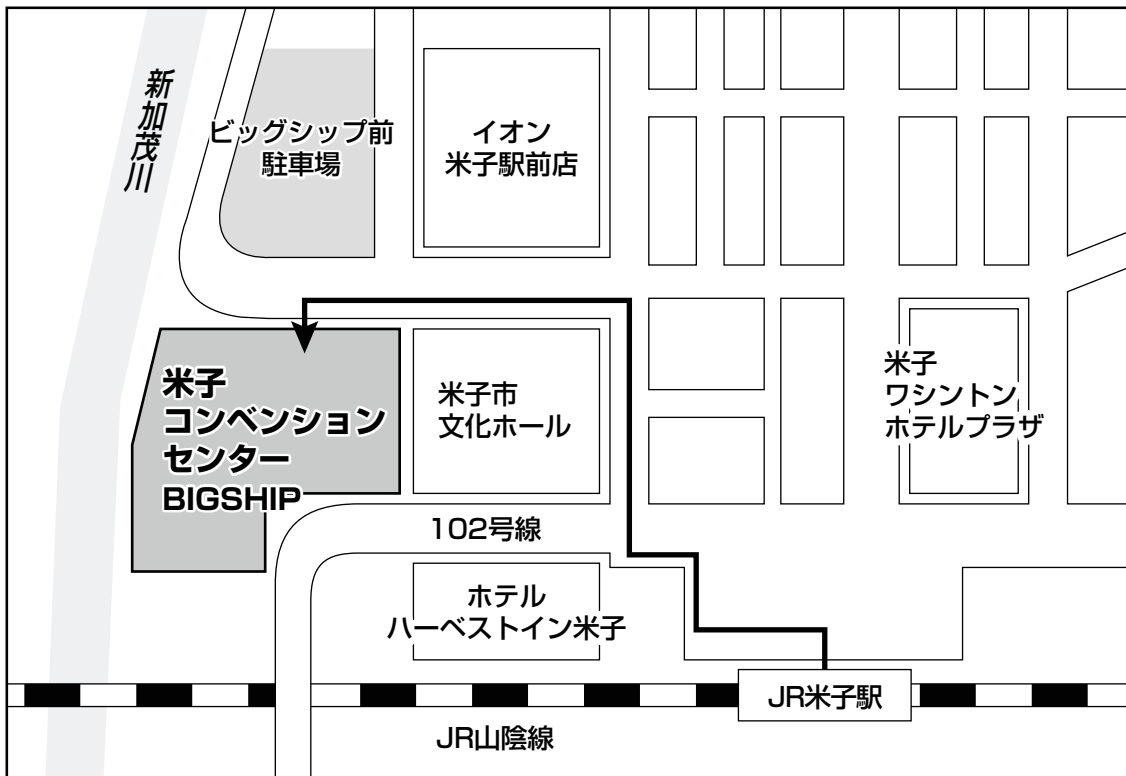
いよいよ夏本番となりました。恒例の第62回日本肺癌学会中国・四国支部学術集会を鳥取県米子市で開催致します。皆さまには中国・四国地方の各地から米子の地にお集まりいただき、厚く御礼申し上げます。本学術集会では、近年めざましい進歩を遂げてきた肺癌診療について、学生や若手医師を交えて議論して、最新のエビデンスを理解し問題点を共有することを主眼としております。演題数も学生演題3題、メディカルスタッフ演題2題、初期研修医演題11題、後期研修医演題8題、一般演題17題、JACS-NEXT演題5題、会長特別企画6題、合計52題と多数のご応募をいただき、誠にありがとうございました。お蔭さまで充実したプログラムが出来上がりましたので、今から皆さまと議論できることを大変楽しみにしています。

この時期の米子市は日本海と大山という豊かな自然が輝きを増す良い季節です。アクセスの点で皆さまにはご不自由をおかけしますが、改装された米子駅や伯備線の特急やくも号の新型車両は、大変好評で皆さまにも快適な鉄道の旅を楽しんでいただけたと思います。全員懇親会も準備致しましたので、風光明媚で、“食の都”と称される米子の街で皆さまと有意義な時間を過ごせることを切に願っております。何卒よろしくお願ひ申し上げます。

交通案内

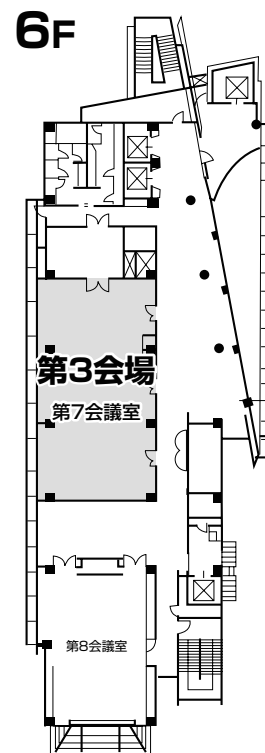
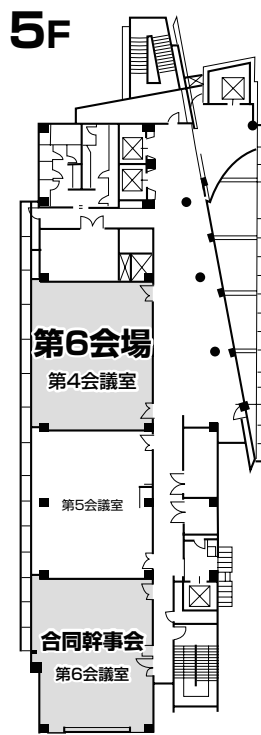
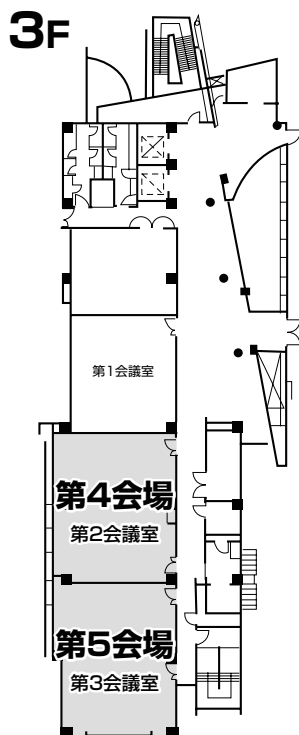
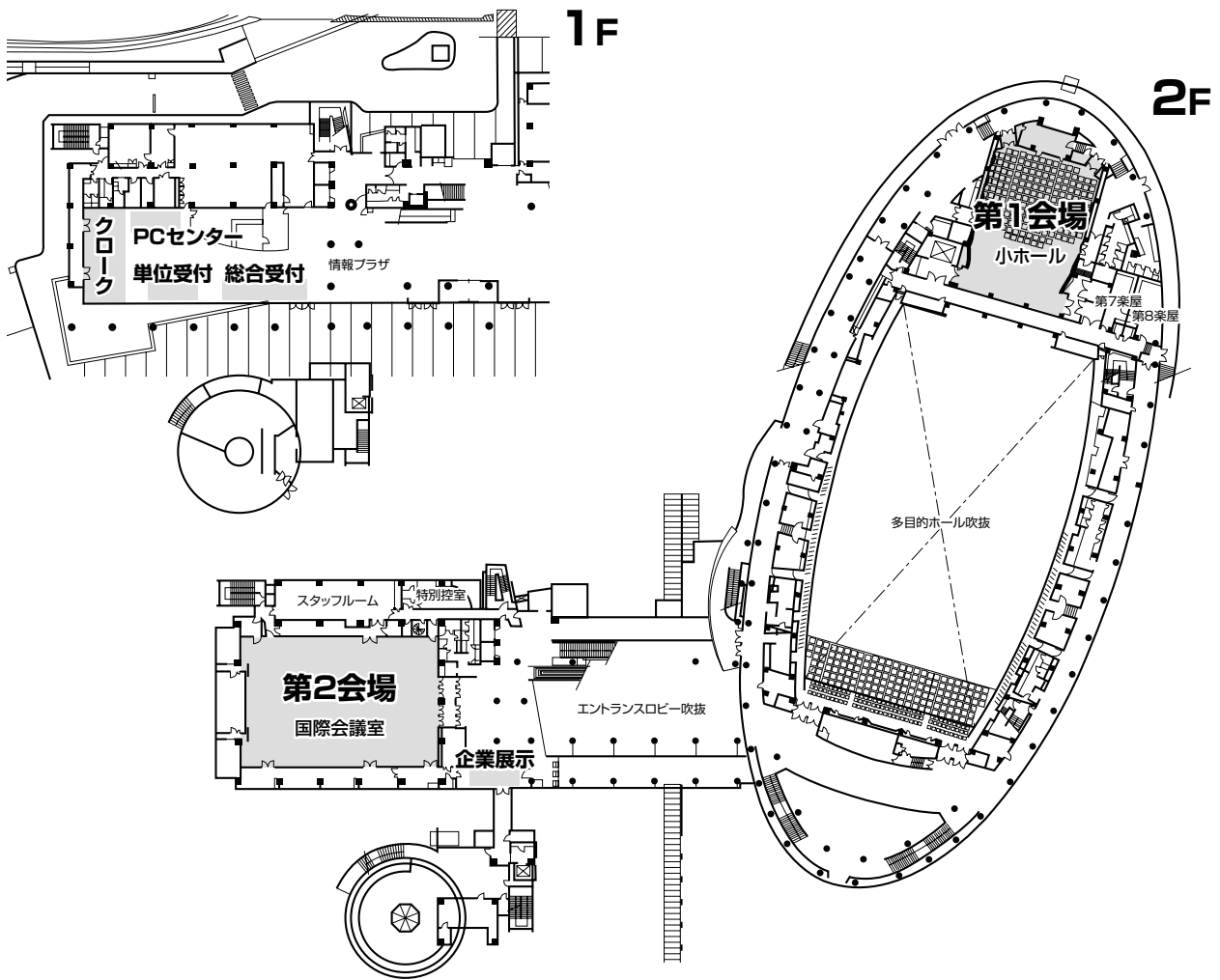


- JR米子駅から徒歩5分
- 米子空港から米子駅行きバス, タクシーで約25分
- 中国横断自動車道岡山米子線 米子ICから車で約10分



駐車場のご案内：ビッグシップ前駐車場をご利用ください。
 駐車券は無料処理をいたしますので、会場にご持参ください。

会場案内図



参加者へのご案内

1. 参加受付

日時：7月19日（金）10:30～17:00

7月20日（土）8:00～12:00

場所：総合受付（1F 情報プラザ）

2. 参加費

医師・一般	2,000円
初期研修医・メディカルスタッフ・学生*	無料

- ・お支払いは現金のみ受付可能です（クレジットカードはご利用いただけません）。
- ・会場内では必ず参加証（兼領収書）に所属・氏名を記入のうえ、携帯してください。
- ・参加証（兼領収書）の再発行はできませんので大切に保管してください。
- ・抄録本文は紙媒体ではありません。ホームページにて閲覧可能です。閲覧にはパスワードが必要です。閲覧パスワードは各支部から会員の皆様へメールでご案内しております。
- ※初期研修医、メディカルスタッフの方は証明書を本会ホームページよりダウンロードいただき、全ての項目にご記入の上、総合受付のスタッフへお渡しください。証明書の提出がない場合は、参加費を頂戴いたします。
- ※学生の方は学生証を提示してください。提出がない場合は、参加費を頂戴いたします。

3. 単位取得

- ・日本呼吸器学会 呼吸器専門医
出席 5単位、筆頭演者 演題数×3単位
〈会員カードまたはWEB会員証をご準備ください〉
日本呼吸器学会会員の方は、会員カードまたはWEB会員証のバーコードを読み込んで参加登録を行います。カードのバーコードが薄くなっていると読み込みができません。またWEB会員証はスマートフォンの画面を暗く設定されていると読み込みができない場合があります。ご注意ください。
〈スマートフォンでのWEB会員証表示について〉
スマートフォンでWEB会員証が表示できます。スマートフォンから日本呼吸器学会ホームページの会員専用ページにアクセスしてください。詳細は下記URLをご確認ください。
https://www.jrs.or.jp/application/membership_card.html
- ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士
出席 7単位、筆頭演者 7単位
参加証明書・ネームカードの写し（筆頭演者は併せて証明するページの写し）を添付し、自身で提出をお願いします。
- ・3学会合同呼吸療法認定士
出席 20単位、座長・筆頭演者 20単位、共同演者 10単位
参加証明書の写し（発表を行った場合は会期などを示すプログラムの一部、発表抄録の写し）を添付し、自身で提出をお願いします。
- ・ICD制度協議会
出席 5単位、筆頭演者 2単位
参加証、筆頭演者は併せて証明するページの写しを添付し、自身で提出をお願いします。

4. ランチョンセミナー・スイーツセミナー

本会のランチョンセミナーでは、混雑防止の為、整理券を配布いたします。

配布場所：総合受付付近 (1F 情報プラザ)

配布時間：7月19日(金) 10:30~12:00

7月20日(土) 8:00~11:50

- ・整理券は当日開催分のみを先着順にて1枚お渡しいたします。おひとりで複数枚をお取りいただくことはできません。
- ・各セミナーともに整理券が無くなり次第、配布を終了いたします。
- ・各セミナー会場では、整理券をお持ちの方から優先的にご入場いただけます。
- ・整理券は当該セミナー開始と同時に無効となりますのであらかじめご了承ください。
- ・スイーツセミナーにつきましては、整理券制ではございません。直接会場へお越しください。

5. 企業展示

日時：7月19日(金) 11:00~18:00

7月20日(土) 8:00~13:30

場所：2F 国際会議室前

6. クローク

受付時間：7月19日(金) 10:30~18:30

7月20日(土) 8:00~14:30

受付場所：1F 情報プラザ

7. PC発表データの受付

学会当日に発表データの受付を行います。セッション開始30分前までにPCセンターにて、発表データの試写ならびに受付をお済ませください。受付にて試写は可能ですが、データの修正はできません。

受付時間：7月19日(金) 11:30~17:00

7月20日(土) 8:00~12:00

受付場所：1F 情報プラザ

8. 託児室

ご用意はございません。

9. 関連会議

合同幹事会 7月19日(金) 11:00~12:00 5F 第6会議室

合同評議員・代議員会 7月20日(土) 13:20~14:00 2F 国際会議室(第2会場)

10. 会期中の問い合わせ先

運営事務局：株式会社メッド

E-mail：jrs-jlcs-cs2024@med-gakkai.org

11. その他

- 1) 会場内では、携帯電話をマナーモードに設定してください。
- 2) 会場内は全館禁煙です。
- 3) 会長の許可の無い掲示・展示・印刷物の配布・録音・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。
- 4) 会場内での呼び出しは一切行いません。
- 5) 忘れ物・落し物は、総合受付(1F 情報プラザ)にてお預かりいたします。

座長・発表者へのご案内

1. 進行情報(呼吸器学会・肺癌学会)

セッション	発表	質疑
会長特別企画	個別にご案内いたします	
JACS-NEXTセッション	8分	4分
一般演題	5分	3分
研修医セッション(初期・後期)	5分	3分
学生、メディカルスタッフセッション	5分	3分

- ・発表終了1分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。円滑な進行のため、時間厳守でお願いします。
- ・演台上には、モニター、キーボード、マウスを用意いたします。演台に上がると最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自でおこなってください。

2. 座長の皆さまへ

◎一般演題 座長の先生へのお願い

ご担当いただくセッション開始15分前までに各会場内前方の「次座長席」にご着席ください。進行につきましては座長一任です。時間厳守でお願いいたします。

◎審査員の先生へのお願い

当日、採点用紙をお渡しいたしますので総合受付(1F 情報プラザ)までお越しください。ご担当いただくセッション開始15分前までに各会場内前方の「審査員席」にご着席ください。

3. 発表者の皆さまへ

- ・発表当日、必ずセッション開始30分前までに、PCセンター(1F 情報プラザ)にお越しいただき、発表データの確認を行ってください。
- ・利益相反の開示
日本呼吸器学会、日本肺癌学会では当日の学会発表に際して、発表者(演者)全員に対し、利益相反(COI)の開示をお願いしております。
つきましては、ご講演スライドには必ず利益相反について記載いただきますようお願いいたします。
COI自己申告基準について、下記URLよりご確認のうえ、利益相反に関するスライドを発表スライドに入れてください。
<日本呼吸器学会> <https://www.jrs.or.jp/about/col.html>
<日本肺癌学会> https://www.haigan.gr.jp/modules/about/index.php?content_id=13
- ・口演セッション 試写・発表方法
 - 1) 口演発表はすべてPC発表(PowerPoint)のみといたします。
 - 2) 発表データは、Windows PowerPointで作成してください。
 - 3) PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。
 - 4) 画面サイズの推奨は「16:9」となりますが、「4:3」でも可能です。

<データ発表の場合>

- 1) 作成に使用されたPC以外でも必ず動作確認を行っていただき、USBフラッシュメモリーでご持参ください。
- 2) フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐため下記フォントを推奨いたします。
MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝
Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman
- 3) 発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

<PC本体持込みによる発表の場合>

- 1) Macintoshで作成したものと動画・音声データを含む場合は、必ずご自身のPC本体をお持込みください。
- 2) 会場で用意するPCケーブルコネクタの形状は、「HDMI端子」(図参照)です。この端子を持つPCをご用意ください。または、この形状に変換するコネクタを必要とする場合は必ずご持参ください。
- 3) スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
- 4) 再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- 5) バッテリー切れを防ぐためにAC電源アダプターをご用意ください。
- 6) 動画データ使用の場合は、Windows Media Playerで再生可能であるものに限定いたします。



研修医セッション(初期・後期)／学生セッションについて

研修医セッション(初期・後期)、学生セッションを対象にエントリーいただきました演題の中から、優れた演題について表彰いたします。

評価方法：以下の3点につきそれぞれ総合的に評価を行います。

- 1) 内容(臨床の参考になるか、今後応用できるか)
- 2) 演者の理解度
- 3) 発表力(まとめ方、話し方、時間配分)

評価、選考は以下の選考委員で行います。

呼吸器学会・肺癌学会 研修医、学生 優秀セッション賞審査員

委員長 山崎 章(鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野)

委員長 中村 廣繁(松江赤十字病院 呼吸器外科／鳥取大学 名誉教授)

荒川裕佳子(KKR 高松病院 呼吸器内科)

荒木 邦夫(松江市立病院 呼吸器外科)

池田 敏和(独立行政法人国立病院機構松江医療センター 呼吸器内科)

石川総一郎(山陰労災病院 呼吸器・感染症内科)

岩本 康男(地方独立医療法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院 腫瘍内科)

上田 康仁(鳥取県立中央病院 呼吸器内科)

大西 広志(高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室)

大橋 圭明(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 血液・腫瘍・呼吸器内科学)

大村那津美(松江生協病院 内科)

岡田 健作(鳥取大学医学部 臨床感染症学講座)

越智 宣昭(川崎医科大学総合医療センター 内科)

門脇 徹(独立行政法人国立病院機構松江医療センター 呼吸器内科)

金地 伸拓(香川大学医学部・医学系研究科 内科学講座 血液・免疫・呼吸器内科学)

河崎 雄司(安来第一病院 呼吸器内科)

北浦 剛(鳥取大学医学部 臨床感染症学講座)

木下 直樹(鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野)

國近 尚美(山口赤十字病院 呼吸器内科)

久山 彰一(独立行政法人国立病院機構岩国医療センター 呼吸器内科)

玄馬 顕一(公立学校共済組合中国中央病院 呼吸器内科)

小谷 昌広(鳥取大学医学部附属病院 がんセンター)

坂口 暁(徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野)

佐藤 晃子(独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科)

庄田 浩康(地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院 呼吸器内科)

杉本誠一郎(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 呼吸器・乳腺内分泌外科)

鈴木 朋子(倉敷成人病センター 内科)

高田 美樹(鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野)

瀧川奈義夫(川崎医科大学 総合内科学4教室)

武田 賢一(松江市立病院 腫瘍内科)

橋 さやか(愛媛県立中央病院 呼吸器内科)

龍河 敏行(松江市立病院 呼吸器内科)

田村 昌也 (高知大学医学部 呼吸器外科学講座)
 手塚 敏史 (徳島市民病院 呼吸器内科)
 唐下 泰一 (独立行政法人国立病院機構米子医療センター 呼吸器内科)
 中尾 美香 (島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学)
 中崎 博文 (鳥取赤十字病院 呼吸器内科)
 中島 和寿 (島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学)
 西井 和也 (独立行政法人国立病院機構岩国医療センター 呼吸器内科)
 埴淵 昌毅 (徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域呼吸器・血液・代謝内科学分野)
 原田 智也 (鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科)
 肥後 寿夫 (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 血液・腫瘍・呼吸器内科学)
 平野 綱彦 (山口大学医学部医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座)
 堀田 勝幸 (岡山大学病院 新医療研究開発センター 臨床研究部)
 前田 忠士 (独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 腫瘍内科)
 前田 啓之 (鳥取県立中央病院 呼吸器・乳腺・内分泌外科)
 牧野 英記 (松山赤十字病院 呼吸器内科)
 益田 武 (広島大学大学院医系科学研究科 分子内科学 呼吸器内科)
 三木 真理 (独立行政法人徳島県鳴門病院 内科)
 三竿 貴彦 (香川県立中央病院 呼吸器外科)
 見前 隆洋 (広島大学原爆放射線医科学研究所 腫瘍外科)
 宮崎こずえ (独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器内科)
 三和 健 (松江赤十字病院 呼吸器外科)
 椋田 権吾 (鳥取県立中央病院 感染症・総合内科)
 村上 行人 (徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野)
 森田 正人 (鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野)
 矢島 俊樹 (香川大学医学部・医学系研究科 呼吸器・乳腺内分泌外科学)
 矢内 正晶 (鳥取大学医学部附属病院 がんセンター)
 柳川 崇 (独立行政法人国立病院機構浜田医療センター 呼吸器内科)
 山口 耕介 (鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野)
 山根真由香 (高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室)
 山本 晃義 (高松赤十字病院 呼吸器内科)
 山本将一朗 (愛媛大学医学部 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学)
 横山 俊秀 (公益財団法人原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科)

[50音順／敬称略]

◎表彰式

・研修医セッション(初期・後期)

7月19日(金) 18:00～全員懇親会(第2会場)内で表彰式を行います。

ぜひ、ご参加ください。

ご欠席される場合、代理の方をたててください。

・学生セッション

7月20日(土) 12:55～13:10に第2会場へお集まりください。

来られない方は代理の方をたててください。

- ※呼吸器の初期研修医、学生セッションの優秀演題となった演題からお二人ずつ最優秀演題として、2025年4月に開催される第65回日本呼吸器学会学術講演会の「ことはじめ甲子園」にご招待となります。この選出結果については、会期後にご案内いたします。

日程表 7月19日(金)

	第1会場 2F 小ホール	第2会場 2F 国際会議室	第3会場 6F 第7会議室	第4会場 3F 第2会議室	第5会場 3F 第3会議室	第6会場 5F 第4会議室
11:00						11:00~12:00 合同幹事会 (会場：5F 第6会議室)
12:00						
12:10~13:00	【肺癌】 ランチョンセミナー1 座長：津端 由佳里 演者：上月 稔幸 共催：小野薬品工業株式会社/ プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社	【呼吸器】 ランチョンセミナー2 座長：松永 和人 演者：石野 岳志 荒川裕佳子 共催：サノフィ株式会社	【肺癌】 ランチョンセミナー3 座長：春木 朋広 演者：林 大久生 田中 一大 共催：中外製薬株式会社	【呼吸器】 ランチョンセミナー4 座長：富田 桂公 演者：佐野 博幸 共催：アストラゼネカ株式会社	【肺癌】 ランチョンセミナー5 座長：堀田 勝幸 演者：福田 泰 共催：武田薬品工業株式会社	【呼吸器】 ランチョンセミナー6 座長：小谷 昌広 演者：秦 明登 共催：MSD株式会社
13:00	13:00~13:10 開会式					
13:10~14:40	会長特別企画(呼吸器) 多施設臨床研究と査読に ついて 座長：山崎 章 大西 広志 演者：阪本 智宏 大前 憲史	13:20~13:50【呼吸器】 スポンサーセミナー 座長：服部 登 演者：鯛岡 直人 共催：フクダライフテック中国株式会社	13:20~14:00【呼吸器】 初期研修医セッション3 感染症1 KT-10~KT-14 座長：椋田 権吾/宮崎 こずえ	13:20~14:00【呼吸器】 初期研修医セッション5 肺腫瘍1 KT-20~KT-24 座長：益田 武/上田 康仁	13:20~14:08【肺癌】 初期研修医セッション1 HT-01~HT-06 座長：玄馬 顕一 矢島 俊樹	13:20~13:52【呼吸器】 初期研修医セッション7 胸膜疾患・その他まれな疾患 KT-31~KT-34 座長：岩本 康男/唐下 泰一
14:00		14:00~14:40【呼吸器】 初期研修医セッション1 アレルギー・びまん性肺疾患1 KT-01~KT-05 座長：平野 綱彦/國近 尚美	14:05~14:45【呼吸器】 初期研修医セッション4 感染症2 KT-15~KT-19 座長：池田 敏和/原田 智也	14:05~14:53【呼吸器】 初期研修医セッション6 肺腫瘍2 KT-25~KT-30 座長：越智 宣昭 久山 彰一	14:13~14:53【肺癌】 初期研修医セッション2 HT-07~HT-11 座長：山本 晃義 小谷 昌広	13:57~14:45【呼吸器】 後期研修医セッション4 気道疾患・その他 KT-52~KT-57 座長：柳川 崇 石川 総一郎
14:45~15:17	14:50~16:20 会長特別企画(肺癌) ディベート： どこへ行く肺癌診療 局所進行Ⅲ期非小細胞 肺癌の治療戦略 ～手術・薬物治療・放射線 治療のベストコンビネー ションを探る～ 座長：野上 尚之/山根 正修 演者：今野 伸樹/二宮 崇 窪内 康晃/二宮 貴一朗 三崎 伯幸/荻野 広和	14:45~15:17【呼吸器】 初期研修医セッション2 アレルギー・びまん性肺疾患2 KT-06~KT-09 座長：荒川 裕佳子/高田 美樹	14:50~15:46【呼吸器】 後期研修医セッション1 感染症 KT-35~KT-41 座長：北浦 剛 河崎 雄司	14:58~15:38【呼吸器】 後期研修医セッション2 肺腫瘍1 KT-42~KT-46 座長：金地 伸拓/坂口 暁	14:58~16:02【肺癌】 後期研修医セッション HT-12~HT-19 座長：見前 隆洋 瀧川 奈義夫	14:50~15:30【呼吸器】 後期研修医セッション5 肺腫瘍3 KT-58~KT-62 座長：大橋 圭明/埴淵 昌毅
15:00			15:51~16:31【呼吸器】 一般演題1 抗酸菌症・感染症1 K-01~K-05 座長：石田 直/石田 正之	15:43~16:23【呼吸器】 後期研修医セッション3 肺腫瘍2・外科療法 KT-47~KT-51 座長：荒木 邦夫/山根 真由香	16:07~16:47【肺癌】 一般演題1 内科1 H-01~H-05 座長：加藤 有加 細川 忍	15:35~16:23【呼吸器】 後期研修医セッション6 アレルギー・びまん性肺疾患 KT-63~KT-68 座長：大西 広志 森田 正人
16:00			16:36~17:08【呼吸器】 一般演題2 間質性肺炎 K-06~K-09 座長：浅見 麻紀/六車 博昭	16:28~16:52【呼吸器】 一般演題3 肺腫瘍1 K-10~K-12 座長：兼松 貴則/矢内 正晶		
16:30~17:50	JACS-NEXT セッション HN-1~HN-5 座長：松居 真司 濹利 優 コメンテーター：春木 朋広			16:57~17:29【呼吸器】 一般演題4 肺腫瘍2 K-13~K-16 座長：井上 考司/沖本 民生		
17:00						
18:00		18:00~ 全員懇親会 初期・後期 研修医セッション 表彰式				
19:00						

日程表 7月20日(土)

	第1会場 2F 小ホール	第2会場 2F 国際会議室	第3会場 6F 第7会議室	第4会場 3F 第2会議室	第5会場 3F 第3会議室	第6会場 5F 第4会議室
9:00	8:30~9:18 【呼吸器・肺癌】 学生セッション SS-1~SS-6 座長：田村 昌也 橋 さやか	8:30~9:15 特定非営利活動法人中国・四国 呼吸器疾患関連事業包括的支援 機構(CS-Lung)事業説明会 司会：堀田 勝幸/ 頼 冠名 演者：西岡 安彦/ 山口 寛博 市原 英基	8:30~9:18 【呼吸器】 一般演題5 アレルギー免疫疾患・その他 K-17~K-22 座長：岩本 博志 大成 洋二郎	8:30~9:18 【呼吸器】 一般演題6 感染症2 K-23~K-28 座長：小西 龍也 白井 亮	8:30~9:18 【肺癌】 一般演題2 内科2 H-06~H-11 座長：前田 忠士 土井 美帆子	8:30~9:18 【肺癌】 一般演題3 外科 H-12~H-17 座長：田中 俊樹 三崎 伯幸
10:00	9:23~9:55 【呼吸器・肺癌】 メディカルスタッフセッション MS-1~MS-4 座長：堀田 尚誠/ 奥野 梨沙		9:30~10:20 【肺癌】 スイーツセミナー1 座長：津端 由佳里 演者：西野 和美 共催：ファイザー株式会社	9:30~10:20 【呼吸器】 スイーツセミナー2 座長：磯部 威 演者：伊藤 明広 共催：インスメッド合同会社	9:30~10:20 【肺癌】 スイーツセミナー3 座長：大橋 圭明 演者：坂田 能彦 上月 稔幸 共催：日本イーライリリー株式会社	9:30~10:20 【呼吸器】 スイーツセミナー4 座長：山崎 章 演者：宮原 信明 共催：クラクソ・スミス クライン株式会社
11:00		10:25~11:55 日本呼吸器学会 将来計画委員会・ DEI委員会 委員会報告 司会：山崎 章 演者：國近 尚美 特別企画 司会：木下 直樹 舟木 佳弘				
12:00						
13:00		12:05~12:55 【肺癌】 ランチョンセミナー7 座長：青江 啓介 演者：野上 尚之 共催：ノバルティスファーマ株式会社	12:05~12:55 【肺癌】 ランチョンセミナー8 座長：阪本 智宏 演者：渡邊 景明 共催：アストラゼネカ株式会社	12:05~12:55 【呼吸器】 ランチョンセミナー9 座長：西岡 安彦 演者：小倉 高志 共催：日本ベーリンガーイン ゲルハイム株式会社	12:05~12:55 【肺癌】 ランチョンセミナー10 座長：石川 暢久 演者：大橋 圭明 共催：アムジェン株式会社	12:05~12:55 【肺癌】 ランチョンセミナー11 座長：小林 正嗣 演者：花木 英明 吉田 将和 共催：コヴィディエンジャパン株式会社
14:00		12:55~13:10 学生セッション表彰式				
		13:20~14:00 合同評議員・代議員会				
14:00		14:00~14:10 閉会式				
15:00	14:30~16:30 市民公開講座 司会：富田 桂公 演者：原田 智也 唐下 泰一 千酌 浩樹 演奏者：松本 茜					
16:00						

日本呼吸器学会将来計画委員会・DEI委員会

7月20日(土) 第2会場 (10:25~11:55)

将来計画委員会、ダイバーシティ・エクイティ・インクルージョン推進委員会報告 日本呼吸器学会と呼吸器科医の未来に向けて

司会 鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野
日本呼吸器学会DEI委員会 委員 山崎 章
演者 山口赤十字病院 内科・呼吸器内科
日本呼吸器学会将来計画委員会委員
日本呼吸器学会DEI委員会 副委員長 國近 尚美

特別企画

研修病院対抗 呼吸器クイズトーナメント ～明日からの呼吸器診療をグレードアップ!～

司会 鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野 木下 直樹
鳥取大学医学部附属病院 高次集中治療部 舟木 佳弘

研修医3名(初期/後期研修医)のチームでエントリーし、研修病院対抗呼吸器クイズトーナメントを行います。優勝チームには豪華景品を準備しております。現在の同僚・指導医だけでなく、研修病院のOBの先生方も各チームを応援して頂き、呼吸器診療を中国四国支部一丸となって活気づけて頂くことを期待し企画致しました。

特定非営利活動法人中国・四国呼吸器疾患関連事業包括的支援機構(CS-Lung) 事業説明会

7月20日(土) 第2会場 (8:30~9:15)

司会 岡山大学病院 新医療研究開発センター 臨床研究部 堀田 勝幸
岡山大学病院 新医療研究開発センター 臨床研究監理部 頼 冠名

理事長からのご挨拶

徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野 西岡 安彦

後期研修中から始める臨床研究の第一歩 ～CS-Lung004研究の経験から考える研究立案への道～

広島大学病院 呼吸器内科 山口 覚博

事務局報告(その他の試験の紹介)

CS-Lung事務局 市原 英基

スポンサードセミナー [呼吸器学会]

7月19日(金) 第2会場 (13:20~13:50)

座長 広島大学大学院医系科学研究科 分子内科学 服部 登

在宅酸素療法の遠隔モニタリングUpdate ~今後の展望と課題~

独立行政法人国立病院機構米子医療センター/鳥取大学医学部 病態検査学講座 鯉岡 直人

共催: フクダライフテック中国株式会社

ランチョンセミナー1 [肺癌学会]

7月19日(金) 第1会場 (12:10~13:00)

座長 島根大学医学部附属病院 呼吸器・化学療法内科 津端由佳里

長期生存を目指したドライバー遺伝子変異陰性進行・再発非小細胞肺癌に対する治療戦略2024

独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 臨床研究センター 上月 稔幸

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

ランチョンセミナー2 [呼吸器学会]

7月19日(金) 第2会場 (12:10~13:00)

座長 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座 松永 和人

気管支喘息に合併する鼻副鼻腔疾患 ~嗅覚障害と日常生活~

広島大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 石野 岳志

副鼻腔炎合併重症喘息の管理 ~内科からのアプローチ~

KKR高松病院 呼吸器内科 荒川裕佳子

共催: サノフィ株式会社

ランチョンセミナー3 [肺癌学会]

7月19日(金) 第3会場 (12:10~13:00)

座長 鳥取大学医学部 呼吸器・乳腺内分泌外科 春木 朋広

肺がん個別化治療におけるTTF-1発現の意義

順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科 病理診断センター 林 大久生

TTF-1陰性肺癌に対する治療戦略 ~高悪性度をきたす分子メカニズムと腫瘍微小環境~

名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 田中 一大

共催: 中外製薬株式会社

ランチョンセミナー4 [呼吸器学会]

7月19日(金) 第4会場 (12:10~13:00)

座長 独立行政法人国立病院機構米子医療センター 呼吸器内科 富田 桂公
テゼスパイアの特性を生かした重症喘息克服への新たな挑戦

近畿大学病院 アレルギーセンター 佐野 博幸

共催：アストラゼネカ株式会社

ランチョンセミナー5 [肺癌学会]

7月19日(金) 第5会場 (12:10~13:00)

座長 岡山大学病院 新医療研究開発センター 臨床研究部 堀田 勝幸
ALK陽性肺癌の最適な治療選択を目指して ~どうする初回治療~

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科 福田 泰

共催：武田薬品工業株式会社

ランチョンセミナー6 [呼吸器学会]

7月19日(金) 第6会場 (12:10~13:00)

座長 鳥取大学医学部附属病院 がんセンター 小谷 昌広
Check it out! ~肺がん免疫療法を吟味する~

神戸低侵襲がん医療センター 呼吸器腫瘍内科 秦 明登

共催：MSD株式会社

ランチョンセミナー7 [肺癌学会]

7月20日(土) 第2会場 (12:05~12:55)

座長 山口宇部医療センター 内科 青江 啓介
どうする？ MET肺癌治療の新たな展開
-カプマチニブ pivotal data・RWEから読み解く-

愛媛大学大学院医学系研究科 地域胸部疾患治療学講座 野上 尚之

共催：ノバルティス ファーマ株式会社

ランチョンセミナー8 [肺癌学会]

7月20日(土) 第3会場 (12:05~12:55)

座長 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科 阪本 智宏

基礎・臨床試験・実臨床から考える、POSEIDONレジメンの使い方
～臨床からのフィードバック～

がん・感染症センター都立駒込病院 呼吸器内科 渡邊 景明

共催：アストラゼネカ株式会社

ランチョンセミナー9 [呼吸器学会]

7月20日(土) 第4会場 (12:05~12:55)

座長 徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野 西岡 安彦

間質性肺炎の最近の話題

神奈川県立循環器呼吸器病センター 小倉 高志

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

ランチョンセミナー10 [肺癌学会]

7月20日(土) 第5会場 (12:05~12:55)

座長 県立広島病院 呼吸器内科 石川 暢久

KRAS G12C陽性肺癌の特性を考慮した治療戦略

岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科 大橋 圭明

共催：アマジェン株式会社

ランチョンセミナー11 [肺癌学会]

7月20日(土) 第6会場 (12:05~12:55)

座長 公益財団法人原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器外科 小林 正嗣

肺癌に対する縮小手術

広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器外科 花木 英明

公益財団法人原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器外科 吉田 将和

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

スイーツセミナー1 [肺癌学会]

7月20日(土) 第3会場 (9:30~10:20)

座長 島根大学医学部附属病院 呼吸器・化学療法内科 津端由佳里

ALK肺癌：CROWN試験アップデートとロルラチニブの副作用マネジメント

大阪国際がんセンター 呼吸器内科 西野 和美

共催：ファイザー株式会社

スイーツセミナー2 [呼吸器学会]

7月20日(土) 第4会場 (9:30~10:20)

座長 島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学 磯部 威

症例を通じて学ぶ肺MAC症診療の極意

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科 伊藤 明広

共催：インスメッド合同会社

スイーツセミナー3 [肺癌学会]

7月20日(土) 第5会場 (9:30~10:20)

座長 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科 大橋 圭明

RET's Start！－諦めずにRE-Try－

済生会熊本病院 呼吸器内科 坂田 能彦

EGFR遺伝子変異陽性肺癌に対する治療戦略2024

独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 呼吸器内科 上月 稔幸

共催：日本イーライリリー株式会社

スイーツセミナー4 [呼吸器学会]

7月20日(土) 第6会場 (9:30~10:20)

座長 鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野 山崎 章

生物学的製剤が切り拓く未来：好酸球性重症喘息の病態と最新の治療

岡山大学大学院 保健学域／岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科 宮原 信明

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

市民公開講座

7月20日(土) 第1会場 (14:30~16:30)

もっと呼吸を楽に

司会 独立行政法人国立病院機構米子医療センター 呼吸器内科 富田 桂公

知っておきたいぜん息の治療

鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科 原田 智也

肺がんの内科治療について

独立行政法人国立病院機構米子医療センター 呼吸器内科 唐下 泰一

今、コロナはどうなっているか？

鳥取大学医学部附属病院 感染症内科 千酌 浩樹

プロのジャズピアニストによる演奏会

ジャズピアノのしらべ～Smooth Breath & Mindfulness～

日本コロムビア 松本 茜

会長特別企画(呼吸器)

7月19日(金) 第1会場 (13:10~14:40)

多施設臨床研究と査読について

座長 鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野 山崎 章
高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学 大西 広志

KP-1 弱者の兵法：多施設共同研究のすゝめ

鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
阪本 智宏

KP-2 研究デザインの視点から考える医学論文査読の勘所

福島県立医科大学附属病院 臨床研究教育推進部
大前 憲史

7月19日(金) 第1会場 (14:50~16:20)

ディベート：どこへ行く肺癌診療
局所進行Ⅲ期非小細胞肺癌の治療戦略
～手術・薬物治療・放射線治療のベストコンビネーションを探る～

座長 愛媛大学大学院医学系研究科 地域胸部疾患治療学 野上 尚之
島根大学医学部 外科学講座 呼吸器外科学 山根 正修

- HP-1 広範な病巣に対して強度変調放射線治療により化学放射線療法が完遂できたⅢ期非小細胞肺癌の1例
広島大学大学院医系科学研究科 放射線腫瘍学
今野 伸樹、勝田 剛、西淵いくの、村上 祐司
- HP-2 血痰を伴う空洞性腫瘍病変のⅢ期非小細胞肺癌に対し手術、術後補助化学療法を選択した1例
国立病院機構四国がんセンター 呼吸器内科
二宮 崇、加藤 有加、原田大二郎、重松 久之、上月 稔幸
- HP-3 EGFR陽性N2肺癌に対して集学的治療を行った1例
鳥取大学医学部附属病院 胸部外科学
窪内 康晃、山崎 雅也、和田 杜甫、安田 健悟、藤原和歌子、宮本 竜弥、松居 真司、春木 朋広
- HP-4 胸壁浸潤を伴うPD-L1陰性の肺扁平上皮癌に対して集学的治療を行った1例
¹⁾岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、²⁾岡山大学病院 放射線科、
³⁾岡山大学病院 呼吸器外科
二宮貴一郎¹⁾、田中 孝明¹⁾、市原 英基¹⁾、大橋 圭明¹⁾、渡邊 謙太²⁾、吉尾浩太郎²⁾、
諏澤 憲³⁾、枝園 和彦³⁾、豊岡 伸一³⁾、堀田 勝幸¹⁾
- HP-5 術前免疫チェックポイント阻害剤治療を行い左上区切除と、スリーブS9+10区域切除術を施行した一例
香川大学医学部 呼吸器外科
三崎 伯幸、矢島 俊樹、松浦奈都美、横田 直哉、山田 楓、佐藤佳代子
- HP-6 術前治療にて肺全摘を回避し得た非小細胞肺癌の2例
徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科
荻野 広和、西岡 安彦

7月19日(金) 第1会場 (16:30~17:50)

術中・周術期トラブル～決めろ！リカバリーショット～

座長 鳥取大学医学部附属病院 胸部外科診療科群 呼吸器外科 松居 真司
愛媛大学大学院医学系研究科 心臓血管・呼吸器外科学 藻利 優

コメンテーター 鳥取大学医学部附属病院 胸部外科診療科群 呼吸器外科 春木 朋広

JN-1 根治的化学放射線治療後の右S6区域切除に合併した術後有癭性膿胸に対するリカバリーショット

NHO岩国医療センター

塩谷 俊雄、白羽 範昭、渡邊 元嗣

JN-2 胸腔鏡下右下葉切除時に肺動脈を損傷し、開胸移行で止血した一例～初めての術中肺動脈出血への対処～

鳥取大学医学部附属病院 胸部外科診療科群 呼吸器外科

宮本 竜弥、山崎 雅也、和田 杜甫、安田 健悟、藤原和歌子、松居 真司、窪内 康晃、春木 朋広

JN-3 心嚢内血管処理を伴う右下葉切除を要した中縦隔結核性リンパ節炎の1例

徳島大学大学院 胸部・内分泌・腫瘍外科学分野

竹内 大平、河北 直也、馬場 彩花、竹原 恵美、藤本 啓介、住友 弘幸、坂本 晋一、宮本 直輝、森下 敦司、鳥羽 博明、滝沢 宏光

JN-4 専攻医でも可能な安全かつトラブルの少ない手術を目指して－専攻医と指導医の両方の立場から－

独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院

山本 直宗、坂野 尚、田浦 洋平、明石 智樹、秋山 紀雄

JN-5 舌区切除後に発生した左上葉肺腺癌に対し、残左上葉切除を施行した1例

¹⁾愛媛大学大学院医学系研究科 心臓血管・呼吸器外科学、²⁾愛媛医療センター 外科、

³⁾南松山病院 呼吸器センター・呼吸器外科

藻利 優¹⁾、高橋 望¹⁾、石村 孝夫¹⁾、杉原 貴仁¹⁾、桐山 洋介¹⁾、坂尾 伸彦¹⁾、大谷 真二¹⁾、湯汲 俊悟²⁾、巻幡 聰³⁾、佐野 由文¹⁾、泉谷 裕則¹⁾

一般演題1

7月19日(金) 第3会場

抗酸菌症・感染症1	15:51~16:31
座長 石田 直 (公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科) 石田 正之 (社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科)	

- K-01 肺MAC症を疑ったが、気管支洗浄結果より結核菌の混合感染と診断した1例
¹⁾米子医療センター、²⁾鳥取大学附属病院 呼吸器/膠原病内科
 池内 智行¹⁾、山本 光紘¹⁾、唐下 泰一¹⁾、富田 桂公¹⁾、山崎 章²⁾
- K-02 標準治療薬剤：INH、RFP、EB、PZAすべてに耐性であった多剤耐性結核の一例
¹⁾国立病院機構南岡山医療センター 呼吸器・アレルギー内科、
²⁾国立病院機構南岡山医療センター 内科
 木村 五郎¹⁾、板野 純子¹⁾、藤原 努²⁾、藤井 誠¹⁾、石賀 充典¹⁾、河田 典子¹⁾、
 谷本 安¹⁾
- K-03 自宅給湯設備の高温除菌により寛解を維持しているHot-tub-lungの1例
¹⁾国立病院機構浜田医療センター 呼吸器内科、²⁾国立病院機構浜田医療センター 呼吸器外科、
³⁾国立病院機構浜田医療センター 病理診断科
 貴谷 夏州¹⁾、柳川 崇¹⁾、河角 敬太¹⁾、河野 謙人¹⁾、藤田 朋宏²⁾、松岡 佑樹²⁾、
 長崎 真琴³⁾
- K-04 誤嚥性肺炎患者に対するリハビリテーションの効果
¹⁾松江市立病院、²⁾鳥取大学医学部 分子制御内科学
 武田 賢一¹⁾、山本なつみ¹⁾、龍河 敏行¹⁾、小西 龍也¹⁾、山崎 章²⁾
- K-05 吸気時の胸痛を主訴に受診した化膿性脊椎炎の1例
¹⁾鳥取赤十字病院 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 整形外科、
³⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
 黒田 桂介¹⁾、中崎 博文¹⁾、池田 大樹²⁾、山崎 章³⁾

一般演題2

7月19日(金) 第3会場

間質性肺炎	16:36~17:08
座長 浅見 麻紀 (山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学) 六車 博昭 (高松赤十字病院 呼吸器内科)	

- K-06 特発性胸膜肺実質線維弾性症に対してニンテダニブを使用した1例
 松江赤十字病院 呼吸器内科
 末田悠里子、酒井 浩光、徳安 宏和

K-07 非典型的な病理所見を呈した肺ランゲルハンス組織球症 (PLCH) の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、
²⁾近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター 客員研究員、³⁾鳥取大学医学部 病理学講座、
⁴⁾鳥取大学医学部 呼吸器・乳腺内分泌外科、⁵⁾神奈川県立循環器呼吸器病センター 病理診断科
石川 博基¹⁾、森田 正人¹⁾、西上 美侑¹⁾、乾 元気¹⁾、河野 紘輝¹⁾、舟木 佳弘¹⁾、
高田 美樹¹⁾、原田 智也¹⁾、岡崎 亮太¹⁾、井上 義一²⁾、尾崎 佳苗³⁾、大島 祐貴⁴⁾、
武村 民子⁵⁾、山崎 章¹⁾

K-08 当院で経験した黄連解毒湯による薬剤性肺炎の2例

KKR高松病院 呼吸器科
市川 裕久、松岡 克浩、関 祥子、石川 眞也、荒川裕佳子、森 由弘

K-09 ステロイド、シクロスポリンに対して不応の間質性肺炎急性増悪に対してリツキシマブが有効であった1例

¹⁾愛媛県立中央病院 呼吸器内科、²⁾西予市立市民病院 内科
勝田 知也¹⁾、水口 吉晃²⁾、宗石 翔¹⁾、切土 博仁¹⁾、相原 健人¹⁾、濱田 徹¹⁾、
能津 昌平¹⁾、中村 純也¹⁾、近藤 晴香¹⁾、橘 さやか¹⁾、井上 考司¹⁾、中西 徳彦¹⁾

一般演題3

7月19日(金) 第4会場

肺腫瘍 1	16:28~16:52
座長 兼松 貴則 (松山赤十字病院 呼吸器内科) 矢内 正晶 (鳥取大学医学部附属病院 がんセンター)	

K-10 イレウスで発症した肺紡錘細胞癌の1剖検例

¹⁾山陰労災病院 呼吸器・感染症内科、²⁾山陰労災病院 消化器内科、
³⁾鳥取大学病院 呼吸器内科・膠原病内科
山根 康平¹⁾、河原 史歩²⁾、星尾陽奈子¹⁾、森山 士朗³⁾、石川総一郎¹⁾、福谷 幸二¹⁾、
山崎 章³⁾

K-11 肺多発結節影を呈しシェーグレン症候群の関連が疑われた結節性リンパ組織過形成の一例

¹⁾東広島医療センター 呼吸器内科、²⁾東広島医療センター 呼吸器外科
西村 好史¹⁾、三宅 慎也¹⁾、三好 由夏¹⁾、川崎 広平¹⁾、宮崎こずえ¹⁾、赤山 幸一²⁾、
原田 洋明²⁾

K-12 免疫チェックポイント阻害薬によって傍腫瘍神経症候群の悪化が見られた進展型小細胞肺癌の1例

¹⁾愛媛県立中央病院 呼吸器内科、²⁾愛媛県立中央病院 脳神経内科
濱田 徹¹⁾、井上 考司¹⁾、渡部 真志²⁾、切土 博仁¹⁾、宗石 翔¹⁾、相原 健人¹⁾、
能津 昌平¹⁾、中村 純也¹⁾、近藤 晴香¹⁾、橘 さやか¹⁾、勝田 知也¹⁾、中西 徳彦¹⁾

肺腫瘍2	16:57~17:29
座長 井上 考司 (愛媛県立中央病院 呼吸器内科) 沖本 民生 (島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学)	

- K-13 前縦隔に発生した骨髄脂肪腫の1切除例**
¹⁾NHO 呉医療センター 呼吸器外科、²⁾NHO 呉医療センター 病理診断科
 小田部誠哉¹⁾、石田 聖幸¹⁾、鍵本 篤志¹⁾、倉岡 和矢²⁾、三村 剛史¹⁾
- K-14 Endobronchial ultrasound-guided intranodal forceps biopsyで診断が得られた濾胞性リンパ腫の1例**
¹⁾国立病院機構岡山医療センター、²⁾岡山市立総合医療センター岡山市立市民病院
 松岡 涼果¹⁾、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、譲尾 昌太²⁾、市川 健¹⁾、松本奨一朗¹⁾、
 井上 智敬¹⁾、中村 愛理¹⁾、藤原 美穂¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、工藤健一郎¹⁾、佐藤 賢¹⁾、
 藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾
- K-15 CBDCA, nab-PTX, pembrolizumab 併用化学療法が奏功し、手術療法を施行できた肺扁平上皮癌の1例**
¹⁾独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器センター 呼吸器内科、
²⁾独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器センター 呼吸器外科、
³⁾独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床検査部
 岡野 義夫¹⁾、南城 和正²⁾、松村 有悟¹⁾、市原 聖也¹⁾、門田 直樹¹⁾、町田 久典¹⁾、
 畠山 暢生¹⁾、成瀬 桂史³⁾、日野 弘之²⁾、竹内 栄治¹⁾、先山 正二²⁾
- K-16 術前診断が困難であった後縦隔発生骨髄脂肪腫の1例**
 国立病院機構浜田医療センター 呼吸器外科
 松岡 佑樹、藤田 朋宏

アレルギー免疫疾患、その他	8:30~9:18
座長 岩本 博志 (広島大学大学院 分子内科学) 大成洋二郎 (マツダ病院 呼吸器内科)	

- K-17 好酸球性肺炎合併 type2 炎症疾患に対するデュピルマブの忍容性に関する3症例の検討**
 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科
 濱川 正光、田中 彩加、時岡 史明、石田 直
- K-18 免疫関連有害事象として細気管支炎を発症した耳下腺扁平上皮癌の1例**
¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 がんセンター、
³⁾鳥取大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科、⁴⁾山陰労災病院 耳鼻咽喉科、
⁵⁾小波瀬病院 呼吸器内科
 舟木 佳弘¹⁾、矢内 正晶^{1,2)}、小谷 昌広^{1,2)}、野中 喬文¹⁾、原田 智也¹⁾、小山 哲史³⁾、
 江原 浩明⁴⁾、宮田 昌典⁵⁾、山崎 章¹⁾

- K-19 Covid-19抗原陽性で重症肺炎を併発して入院された腭頭部がん術後肝転移の患者の診療の検証
廿日市記念病院 内科 緩和ケア病棟
小原 弘之
- K-20 重症呼吸不全に対して気管挿管下の人工呼吸管理を行った高齢患者の予後に関する後ろ向き検討
島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学
中島 和寿、堀江 美香、奥野 峰苗、中尾 美香、天野 芳宏、濱口 愛、長尾 大志、栗本 典昭、津端由佳里、磯部 威
- K-21 クライオバイオプシーが診断に寄与した、びまん性スリガラス陰影を呈したびまん性肺石灰化症の1例
公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科
高橋 寛、有田真知子、石田 直
- K-22 肺病変を伴い治療前の画像経過を観察しえたSweet症候群の1例
¹⁾国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、
²⁾国立病院機構山口宇部医療センター 腫瘍内科、³⁾国立病院機構山口宇部医療センター 内科
恐田 尚幸¹⁾、松森 耕介¹⁾、山本 佑¹⁾、水津 純輝¹⁾、原田 美沙¹⁾、上原 翔¹⁾、兼定 晴香¹⁾、末竹 諒¹⁾、坂本 健次¹⁾、近森 研一²⁾、青江 啓介²⁾、前田 忠士²⁾、亀井 治人³⁾

一般演題6

7月20日(土) 第4会場

感染症2	8:30~9:18
座長 小西 龍也(松江市立病院 呼吸器内科) 白井 亮(川崎医科大学総合医療センター 内科)	

- K-23 左椎骨動脈解離で脳神経外科入院中に緑膿菌肺炎を来した1例
高松赤十字病院 呼吸器科
林 章人、川田 浩輔、松田 拓朗、六車 博昭、南木 伸基、山本 晃義
- K-24 自宅浴槽で溺水後に重症呼吸不全を呈し死亡したレジオネラ肺炎の一例
NHO愛媛医療センター 呼吸器内科
田邊美由紀、仙波真由子、三好 誠吾、佐藤 千賀、渡邊 彰、伊東 亮治、阿部 聖裕
- K-25 ST合剤とLVFXにより治療し得た *Stenotrophomonas maltophilia* による肺炎の1例
¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾山陰労災病院 呼吸器・感染症内科
森山 士朗¹⁾、石川総一郎²⁾、山根 康平²⁾、舟木 佳弘¹⁾、山崎 章¹⁾
- K-26 広範なすりガラス陰影を呈した *Nocardia cyriacigeorgica* による肺ノカルジア症の1例
¹⁾岡山赤十字病院 呼吸器内科、²⁾岡山赤十字病院 検査部、
³⁾千葉大学真菌医学研究センター バイオリソース管理室
山田光太郎¹⁾、前川 玄輝¹⁾、横出 彩加¹⁾、田岡 征高¹⁾、安東 千裕¹⁾、萱谷 紘枝¹⁾、細川 忍¹⁾、佐久川 亮¹⁾、宮本 拓実²⁾、林 加奈子²⁾、香川 麻衣²⁾、大山 智之²⁾、小田 昌弘²⁾、林 敦志²⁾、矢口 貴志³⁾、別所 昭宏¹⁾

K-27 急性膿胸症例における胸水培養に対して、血液培養ボトルへの注入検体を併用する事の有用性に関する検討

社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科

石田 正之、馬場 咲歩、藤原 絵理、中岡 大士

K-28 肺炎像と骨破壊像を伴った化膿性胸鎖関節炎に対して内服抗菌薬のみで治癒を得た一例

愛媛大学 心臓血管・呼吸器外科

武田 将司、高橋 望、石村 孝夫、杉原 貴仁、桐山 洋介、藻利 優、坂尾 伸彦、大谷 真二、佐野 由文、泉谷 裕則

初期研修医セッション1

7月19日(金) 第2会場

アレルギー・びまん性肺疾患 1	14:00~14:40
座長 平野 綱彦 (山口大学医学部医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座) 國近 尚美 (山口赤十字病院 呼吸器内科)	

KT-01 健診発見された無症状の肺胞蛋白症の1例

¹⁾川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、²⁾川崎医科大学 総合内科学4、
³⁾川崎医科大学 総合内科学1
 矢杉 政人¹⁾、河原辰由樹²⁾、斎藤 貴子²⁾、三浦 貴史²⁾、三村 彩香²⁾、市山 成彦²⁾、
 小坂 陽子²⁾、長崎 泰有²⁾、越智 宣昭²⁾、中西 秀和²⁾、山根 弘路²⁾、太田 浩世³⁾、
 瀧川奈義夫²⁾

KT-02 小結節を呈し、肺癌と鑑別を要したアレルギー性気管支肺真菌症の一例

国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科
 黒田 純、瀧川 雄貴、渡邊 洋美、市川 健、松本奨一郎、井上 智敬、中村 愛理、
 藤原 美穂、松岡 涼果、工藤健一郎、佐藤 晃子、佐藤 賢、藤原 慶一、柴山 卓夫

KT-03 急速に進行し中枢気道狭窄を来したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例

¹⁾徳島県立中央病院 初期臨床研修センター、²⁾徳島県立中央病院 呼吸器内科、
³⁾高松市立みんなの病院
 福山 達也¹⁾、香川 仁美²⁾、森 彩花³⁾、村上 尚哉²⁾、山本 浩生²⁾、今倉 健²⁾、
 柿内 聡司²⁾、葉久 貴司²⁾

KT-04 骨髄移植後に過敏性肺炎が寛解した1例

¹⁾岡山大学病院 卒後臨床研修センター、²⁾岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、
³⁾岡山大学病院 血液・腫瘍内科
 浦上 侑子¹⁾、犬飼 優美²⁾、肥後 寿夫²⁾、松岡 賢市³⁾、大森 洋樹²⁾、田中 孝明²⁾、
 宇野 真梨²⁾、森 俊太²⁾、楨本 剛²⁾、二宮貴一郎²⁾、頼 冠名²⁾、市原 英基²⁾、
 堀田 勝幸²⁾、田端 雅弘²⁾、大橋 圭明²⁾、宮原 信明²⁾

KT-05 外因性リポイド肺炎の治癒過程で急性過敏性肺炎を発症した1例

¹⁾広島大学病院 医科領域臨床教育センター、²⁾広島大学病院 呼吸器内科、
³⁾広島大学病院 救急集中治療科
 二宮 昌彦¹⁾、福代 有希²⁾、堀益 靖²⁾、下地 清史²⁾、山口 覚博²⁾、坂本信二郎²⁾、
 益田 武²⁾、中島 拓²⁾、岩本 博志²⁾、大下慎一郎³⁾、藤高 一慶²⁾、服部 登²⁾

アレルギー・びまん性肺疾患2	14:45~15:17
座長 荒川裕佳子 (KKR高松病院 呼吸器内科) 高田 美樹 (鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野)	

KT-06 RA治療中に急性発症した抗MDA5抗体陽性間質性肺炎の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 臨床研修センター、²⁾鳥取県立中央病院 リウマチ・膠原病内科、
³⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科
 加納 成優¹⁾、長谷川泰之²⁾、有田 紫乃³⁾、松下 瑞穂³⁾、上田 康仁³⁾、澄川 崇³⁾、
 杉本 勇二³⁾

KT-07 過敏性肺炎と鑑別を要し胸腔鏡下肺生検で診断しえた慢性リンパ性白血病の肺浸潤

¹⁾社会医療法人近森会近森病院 臨床研修センター、²⁾高知大学 呼吸器・アレルギー内科、
³⁾高知大学 呼吸器外科
 松田 莉奈¹⁾、中谷 優²⁾、中村 優美²⁾、山根真由香²⁾、山本麻梨乃³⁾、安田早耶香²⁾、
 平川 慶晃²⁾、寺田 潤紀²⁾、西森 朱里²⁾、伊藤 孟彦²⁾、大山 洸右²⁾、梅下 会美²⁾、
 岩部 直美²⁾、辻 希美子²⁾、水田 順也²⁾、佃 月恵²⁾、荻野 慶隆²⁾、高松 和史²⁾、
 田村 昌也³⁾、大西 広志²⁾

KT-08 同心円状に拡大したreversed halo signを呈したニボルマブによる間質性肺障害の1例

松江赤十字病院 呼吸器内科
 吉岡美加子、末田悠理子、酒井 浩光、徳安 宏和

KT-09 両肺すりガラス影を呈した慢性血栓塞栓性肺高血圧症の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 臨床研修センター、²⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科、
³⁾鳥取県立中央病院 リウマチ・膠原病内科
 大坪 直人¹⁾、松下 瑞穂²⁾、有田 紫乃²⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、長谷川泰之³⁾、
 杉本 勇二²⁾

感染症1	13:20~14:00
座長 椋田 権吾 (鳥取県立中央病院 感染症・総合内科) 宮崎こずえ (独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器内科)	

KT-10 ステロイド長期投与の免疫抑制状態で発症した肺ノカルジア症の1例

広島赤十字・原爆病院
 山下 大貴、谷脇 雅也、眞田 哲郎、渡 直和、泉 祐介、若林 優、松本奈穂子、
 大橋 信之、山崎 正弘

KT-11 Lemierre症候群の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 初期研修センター、²⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科
 古川 雅大¹⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、長谷川泰之²⁾、松下 瑞穂²⁾、有田 紫乃²⁾、
 杉本 勇二²⁾

KT-12 Capnocytophaga 属菌による肺化膿症と Klebsiella pneumoniae による肝膿瘍を同時に合併し、治癒できた一例

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター

西郷 聖人、小柳 太作、白羽 慶祐、梅野 貴裕、西井 和也、田村 朋季、久山 彰一

KT-13 病歴と喀痰塗抹所見より、適切な治療導入が行えた、Acinetobacter baumannii による市中肺炎の一例

¹⁾ 社会医療法人近森会近森病院 臨床研修部、²⁾ 社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科
佐々木康介¹⁾、馬場 咲歩²⁾、藤原 絵理²⁾、中岡 大士²⁾、石田 正之²⁾

KT-14 COVID-19 に感染性心内膜炎を合併した 1 例

¹⁾ 鳥取県立中央病院、²⁾ 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
山根 尚真¹⁾、澄川 崇¹⁾、西上 美侑²⁾、松下 瑞穂¹⁾、上田 康仁¹⁾、長谷川泰之¹⁾、
杉本 勇二¹⁾

初期研修医セッション4

7月19日(金) 第3会場

感染症2	14:05~14:45
座長 池田 敏和 (独立行政法人国立病院機構松江医療センター 呼吸器内科) 原田 智也 (鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学)	

KT-15 特発性肺線維症に肺非結核性抗酸菌症を合併した 5 例

¹⁾ 愛媛県立中央病院 臨床研修センター、²⁾ 愛媛県立中央病院 呼吸器内科
古賀 裕朗¹⁾、中西 徳彦²⁾、宗石 翔²⁾、切土 博仁²⁾、相原 健人²⁾、濱田 徹²⁾、
能津 昌平²⁾、中村 純也²⁾、近藤 晴香²⁾、橘 さやか²⁾、勝田 知也²⁾、井上 考司²⁾

KT-16 急速な呼吸不全に対する全身性ステロイドの併用が有用であった、重症レジオネラ肺炎の 1 例

¹⁾ 松山赤十字病院 臨床研修センター、²⁾ 松山赤十字病院 呼吸器センター
越智 ももこ¹⁾、茅田 祐輝²⁾、牧野 英記²⁾、佐原 咲希²⁾、片山 一成²⁾、大下 一輝²⁾、
甲田 拓之²⁾、梶原浩太郎²⁾、兼松 貴則²⁾

KT-17 治療中 ST 合剤変更を要した HIV 関連ニューモシスチス肺炎の 3 症例の臨床的特徴

NHO 岩国医療センター 呼吸器内科

山崎 奈波、西井 和也、白羽 慶祐、小柳 太作、梅野 貴裕、田村 朋季、久山 彰一

KT-18 孤立性肺結節影を呈した非結核性抗酸菌症の 1 例

¹⁾ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 総合診療科、
²⁾ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器内科、
³⁾ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器外科
滝瀬 悠斗¹⁾、河瀬 成穂^{1,2)}、山田 貴弘²⁾、松本 理恵³⁾、杉本龍士郎³⁾、今井 茂郎³⁾、
堀田 尚克²⁾

KT-19 ステロイド開始後に紹介となり、気管支鏡検査にて診断した肺結核・気管支結核の一例

¹⁾ 岩国医療センター、²⁾ 岩国医療センター 呼吸器内科

吉山 大貴¹⁾、田村 朋季²⁾、小柳 太作²⁾、梅野 貴裕²⁾、西井 和也²⁾、藤本 和志²⁾、
久山 彰一²⁾

肺腫瘍 1	13:20~14:00
座長 益田 武 (広島大学大学院医系科学研究科 分子内科学 呼吸器内科) 上田 康仁 (鳥取県立中央病院 呼吸器内科)	

KT-20 術後17年もの長い経過を経てから脳転移再発を来した、小細胞肺癌の1例

- ¹⁾広島市立広島市民病院 初期研修医、²⁾広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科、
³⁾広島市立広島市民病院 脳神経外科
 香山 怜佳¹⁾、高尾 俊²⁾、岩崎 真帆²⁾、倉富 亮²⁾、清家 廉²⁾、矢野 潤²⁾、
 三島 祥平²⁾、富田 祐介³⁾、庄田 浩康²⁾、岩本 康男²⁾

KT-21 ソトラシブが奏効したKRAS G12C変異陽性の肺原発大細胞神経内分泌癌の1例

- ¹⁾徳島大学病院 卒後臨床研修センター、²⁾徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科
 山田 青季¹⁾、村上 行人²⁾、坂東 弘基²⁾、中西 溪介²⁾、内藤 伸仁²⁾、荻野 広和²⁾、
 佐藤 正大²⁾、埴淵 昌毅²⁾、西岡 安彦²⁾

KT-22 EGFR エクソン19欠失変異とKRAS G12C変異が共に陽性であった肺腺癌の1例

- ¹⁾鳥取県立中央病院 臨床研修センター、²⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科、
³⁾鳥取県立中央病院 リウマチ・膠原病内科
 秋吉 真衣¹⁾、松下 瑞穂²⁾、有田 柴乃²⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、長谷川泰之³⁾、
 杉本 勇二²⁾

KT-23 多発肺転移が疑われた肺線維平滑筋腫性過誤腫の1例

- ¹⁾県立広島病院 臨床研修センター、²⁾県立広島病院 呼吸器内科、³⁾県立広島病院 呼吸器外科
 齋藤 隆至¹⁾、川本 真由²⁾、高下 花梨²⁾、田中 貴寛²⁾、村井 智一²⁾、鳥井 宏彰²⁾、
 田崎 拓朗³⁾、半田 良憲³⁾、上野沙弥香²⁾、益田 健²⁾、片山 達也³⁾、谷本 琢也²⁾、
 石川 暢久²⁾

KT-24 膿胸に隠された肺炎型肺癌の1例

- ¹⁾独立行政法人国立病院機構福山医療センター 呼吸器内科、
²⁾独立行政法人国立病院機構福山医療センター 呼吸器外科、
³⁾独立行政法人国立病院機構福山医療センター 病理診断科
 高田 皓平¹⁾、妹尾 賢¹⁾、二萬 英斗²⁾、松森 俊祐¹⁾、村野 史華¹⁾、杉崎 悠夏¹⁾、
 谷口 暁彦¹⁾、表 梨華³⁾、高橋 健司²⁾、岡田 俊明¹⁾

肺腫瘍 2	14:05~14:53
座長 越智 宣昭 (川崎医科大学総合医療センター 内科) 久山 彰一 (独立行政法人国立病院機構岩国医療センター 呼吸器内科)	

KT-25 肺癌治療中に免疫チェックポイント阻害薬が契機となり、一過性に成人T細胞性白血病が増悪した1例

- ¹⁾広島赤十字・原爆病院 臨床研修部、²⁾広島赤十字・原爆病院 呼吸器内科、
³⁾広島赤十字・原爆病院 血液内科
 香河 彩¹⁾、若林 優²⁾、牟田 毅³⁾、泉 祐介²⁾、松本奈穂子²⁾、谷脇 雅也²⁾、
 山崎 正弘²⁾

KT-26 濾胞性リンパ腫を合併したEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の一例

¹⁾マツダ株式会社マツダ病院 卒後臨床研修センター、²⁾マツダ株式会社マツダ病院 呼吸器内科
北垣 諒太¹⁾、高橋 広²⁾、神原穂奈美²⁾、實綿 慶²⁾、大成洋二郎²⁾

KT-27 気管支鏡検査が診断に有用であった肺MALTリンパ腫の一例

¹⁾マツダ株式会社マツダ病院 卒後臨床研修センター、²⁾マツダ株式会社マツダ病院 呼吸器内科
竹田 康貴¹⁾、神原穂奈美²⁾、高橋 広²⁾、実綿 慶²⁾、大成洋二郎²⁾

KT-28 転移性肺病変による低酸素血症のため人工呼吸器管理下で化学療法が奏効した1例

¹⁾川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、²⁾川崎医科大学 総合内科学4、
³⁾川崎医科大学 産婦人科
渡邊 真子¹⁾、河原辰由樹²⁾、斎藤 貴子²⁾、三浦 貴史²⁾、三村 彩香²⁾、市山 成彦²⁾、
小坂 陽子²⁾、長崎 泰有²⁾、越智 宣昭²⁾、中西 秀和²⁾、山根 弘路²⁾、本郷 淳司³⁾、
瀧川奈義夫²⁾

KT-29 COVID-19罹患後に発症した気管支原発MALTリンパ腫の1例

¹⁾県立広島病院 臨床研修センター、²⁾県立広島病院 呼吸器内科
村上 徳崇¹⁾、川本 真由²⁾、高下 花梨²⁾、田中 貴寛²⁾、村井 智一²⁾、鳥井 宏彰²⁾、
上野沙弥香²⁾、益田 健²⁾、谷本 琢也²⁾、石川 暢久²⁾

KT-30 肺の多発小結節病変で初発したホジキンリンパ腫の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 初期研修センター、²⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科
二子石 想¹⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、松下 瑞穂²⁾、長谷川泰之²⁾、有田 紫乃²⁾、
杉本 勇二²⁾

初期研修医セッション7

7月19日(金) 第6会場

胸膜疾患・その他まれな疾患	13:20~13:52
座長 岩本 康男 (地方独立医療法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院 腫瘍内科) 唐下 泰一 (独立行政法人国立病院機構米子医療センター 呼吸器内科)	

KT-31 体位変換のみにて急性呼吸不全が劇的に改善した寝たきり高齢者の無名動脈圧迫症候群の1例

¹⁾岡山市立市民病院 呼吸器内科、²⁾岡山市立市民病院 放射線科
山本 千智¹⁾、濱田 昇¹⁾、矢野 園子¹⁾、青江晃太郎¹⁾、大川 祥¹⁾、讓尾 昌太¹⁾、
羽原 理沙²⁾、洲脇 俊充¹⁾

KT-32 IVRにて止血し得た肺仮性動脈瘤の1例

¹⁾NHO 呉医療センター・中国がんセンター 臨床研修部、
²⁾NHO 呉医療センター・中国がんセンター 呼吸器内科、
³⁾NHO 呉医療センター・中国がんセンター 放射線診断科
高木 大輔¹⁾、荒木 佑亮²⁾、長岡 真実²⁾、竹下 恭平²⁾、三登 峰代²⁾、梶原 賢司³⁾、
福原 和秀²⁾、妹尾 直²⁾

KT-33 急速に増大し、胸水を伴った肺梗塞の1例

¹⁾松山市民病院 臨床研修科、²⁾松山市民病院 呼吸器内科、³⁾松山市民病院 呼吸器外科
野村恭一郎¹⁾、佐伯 和彦²⁾、森高 智典²⁾、藤岡 真治³⁾、蜂須賀康己³⁾、魚本 昌志³⁾

KT-34 胸腔鏡補助下に切除した胸壁石灰化線維性腫瘍の1例

独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器外科
古庵 伊吹、赤山 幸一、柴田 諭、原田 洋明

後期研修医セッション1

7月19日(金) 第3会場

感染症	14:50~15:46
座長 北浦 剛 (鳥取大学医学部 臨床感染症学講座) 河崎 雄司 (安来第一病院 呼吸器内科)	

KT-35 COVID-19に合併した血清型15A肺炎球菌による重症肺炎の一例

¹⁾徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科、²⁾徳島大学病院 感染制御部 細菌検査部、
³⁾東京医科大学 微生物学分野
和田津将巳¹⁾、村上 行人¹⁾、坂東 弘基¹⁾、内藤 伸仁¹⁾、佐藤 正大¹⁾、東 桃代²⁾、
佐藤 雅美²⁾、埴淵 昌毅¹⁾、中村 茂樹³⁾、生方 公子³⁾、高田美佐子³⁾、西岡 安彦¹⁾

KT-36 EBUS-GS法で診断に至った肺放線菌症の一例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院
新宮 祐亮

KT-37 インフルエンザウイルス感染に続発したMRSAによる壊死性肺炎のため急激な経過を辿った生来健康な43歳男性例

¹⁾山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科、²⁾山口大学医学部大学院 微生物講座、
³⁾長崎大学病院 検査部 微生物講座
沖村 昌俊¹⁾、村川 慶多¹⁾、大石 景士¹⁾、濱田 和希¹⁾、宇都宮利彰¹⁾、村田 順之¹⁾、
浅見 麻紀¹⁾、枝國 信貴¹⁾、平野 綱彦¹⁾、松永 和人¹⁾、坂本 啓²⁾、柳原 克紀³⁾

KT-38 菌性感染症後に敗血症性肺塞栓症、左外転神経麻痺、右難聴を生じたLemierre症候群の一例

県立広島病院
川本 真由、高下 花梨、田中 貴寛、村井 智一、鳥井 宏彰、上野沙弥香、益田 健、
谷本 琢也、石川 暢久

KT-39 インフルエンザの家族内感染後、ともに肺炎球菌性肺炎を合併した高齢夫婦症例

¹⁾JA高知病院、²⁾徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域呼吸器・総合内科学分野
高橋 啓輝¹⁾、國重 道大^{1,2)}、高橋 清英¹⁾、西山 美保¹⁾、住友 賢哉¹⁾、篠原 勉^{1,2)}

KT-40 経皮的肺ドレナージを施行した慢性進行性肺アスペルギルス症の一例

高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科
安田早耶香、伊藤 孟彦、梅下 会美、高松 和史、中村 優美、寺田 潤紀、平川 慶晃、
西森 朱里、中谷 優、大西 広志、横山 彰仁

KT-41 両側胸水貯留より診断した播種性クリプトコッカス感染症の1例

愛媛大学医学部 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学
福西 宥希、山本将一朗、八木 貴寛、菊池 泰輔、田口 禎浩、中村 行宏、山本 哲也、
加藤 高英、野上 尚之、山口 修

肺腫瘍 1	14:58~15:38
座長 金地 伸拓 (香川大学医学部・医学系研究科 内科学講座 血液・免疫・呼吸器内科学) 坂口 暁 (徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野)	

KT-42 Nivolumab 投与後に無顆粒球症を認めた悪性胸膜中皮腫の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科、
³⁾鳥取県立中央病院 血液内科、⁴⁾鳥取県立中央病院 リウマチ・膠原病内科
 西上 美侑¹⁾、有田 紫乃²⁾、松下 瑞穂²⁾、橋本 由徳³⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、
 長谷川泰之⁴⁾、杉本 勇二²⁾、山崎 章¹⁾

KT-43 肺癌化学療法中に予防的G-CSF製剤により生じた薬剤性血管炎の一例

¹⁾公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科、
²⁾日本赤十字社松山赤十字病院
 緒方 康人¹⁾、甲田 拓之²⁾、横山 俊秀¹⁾、中西 陽祐¹⁾、田中 彩加¹⁾、濱川 正光¹⁾、
 福田 泰¹⁾、濱尾 信叔¹⁾、伊藤 明広¹⁾、有田真知子¹⁾、石田 直¹⁾

KT-44 原発性肺癌に対する肺切除術後にHOT導入が必要となった症例の予後の検討

¹⁾愛媛大学医学部附属病院、²⁾愛媛医療センター、³⁾南松山病院
 植木 貴史¹⁾、大谷 真二¹⁾、石村 孝夫¹⁾、武田 将司¹⁾、桐山 洋介¹⁾、藻利 優¹⁾、
 坂尾 伸彦¹⁾、湯汲 俊吾²⁾、巻幡 聡³⁾、泉谷 裕則¹⁾

KT-45 肺のみに病変を認めた悪性黒色腫の1例

鳥取大学医学部附属病院 呼吸器・膠原病内科
 仲田 達弥、原田 智也、乾 元気、石川 博基、野中 喬文、平山 勇毅、照屋 靖彦、
 矢内 正晶、阪本 智宏、木下 直樹、山口 耕介、小谷 昌広、山崎 章

KT-46 髄注化学療法を施行した癌性髄膜炎症例の後向き検討

川崎医科大学 総合内科学4
 齋藤 貴子、越智 宣昭、三浦 真史、三村 彩香、小坂 陽子、市山 成彦、河原辰由樹、
 長崎 泰有、中西 秀和、山根 弘路、瀧川奈義夫

肺腫瘍 2・外科療法	15:43~16:23
座長 荒木 邦夫 (松江市立病院 呼吸器外科) 山根真由香 (高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室)	

KT-47 右中葉原発中枢型肺癌に対して右中葉スリーブ切除を施行した1例

鳥取大学医学部 呼吸器・乳腺内分泌外科
 安田 健悟、山崎 雅也、和田 杜甫、藤原和歌子、宮本 竜弥、松居 真司、窪内 康晃、
 春木 朋広

KT-48 異所性縦隔内甲状腺癌の一例

香川県立中央病院 呼吸器外科
 馬場 倫弘、三竿 貴彦、中嶋 章裕、森 俊介、鹿谷 芳伸、青江 基

KT-49 特発性肺線維症による続発性気胸に対し、硬膜外麻酔下に胸腔鏡下肺瘻閉鎖術を施行した一例

- ¹⁾独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、
²⁾山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座、
³⁾山口大学大学院医学系研究科 器官病態外科学講座、
⁴⁾山口大学大学院医学系研究科 麻酔・蘇生学講座
米澤 恒成^{1,2)}、浅見 麻紀²⁾、濱田 和希²⁾、村上 順一³⁾、奥 朋子⁴⁾、宇都宮利彰²⁾、
村田 順之²⁾、大石 景士²⁾、枝國 信貴²⁾、平野 綱彦²⁾、松永 和人²⁾

KT-50 横隔膜交通症に対して4K-3D-近赤外蛍光内視鏡下に瘻孔を確認し横隔膜縫縮術を施行した2例

- ¹⁾NHO 東広島医療センター 呼吸器外科、²⁾NHO 呉医療センター 呼吸器外科
仲川 知樹^{1,2)}、石田 聖幸²⁾、小田部誠哉²⁾、鍵本 篤志²⁾、三村 剛史²⁾

KT-51 単孔式胸腔鏡下肺部分切除におけるトリステーブル2.0 ラディアルリロードの有用性についての検討

- ¹⁾愛媛大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器外科、
²⁾社会医療法人仁友会南松山病院 呼吸器外科
高橋 望¹⁾、植木 貴史¹⁾、石村 孝夫¹⁾、武田 将司¹⁾、杉原 貴仁¹⁾、桐山 洋介¹⁾、
藻利 優¹⁾、坂尾 伸彦¹⁾、大谷 真二¹⁾、佐野 由文¹⁾、巻幡 聡²⁾

後期研修医セッション4

7月19日(金) 第6会場

気道疾患・その他	13:57~14:45
座長 柳川 崇 (独立行政法人国立病院機構浜田医療センター 呼吸器内科) 石川総一郎 (山陰労災病院 呼吸器・感染症内科)	

KT-52 CPAPが有効であった慢性気管支炎を背景としたSaber Sheath Tracheaの一例
米子医療センター

山本 光紘、池内 智行、唐下 泰一、富田 桂公

KT-53 硬性鏡下クライオ療法による腫瘍切除術が有効であった気管支内脂肪腫性過誤腫の一例

- ¹⁾独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、
²⁾公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科、
³⁾岡山赤十字病院 呼吸器内科
高田 正浩^{1,2)}、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、井上 智敬¹⁾、山田光太郎³⁾、松岡 涼果¹⁾、
藤原 美穂¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、工藤健一郎¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾

KT-54 左肺底動脈大動脈起始症に対して胸腔鏡下左下葉切除術を施行した一例

- ¹⁾山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科、²⁾山口大学医学部附属病院 第一外科
柳 大樹¹⁾、濱田 和希¹⁾、深津愛祐美¹⁾、村上 順一²⁾、田中 俊樹²⁾、宇都宮利彰¹⁾、
村田 順之¹⁾、大石 景士¹⁾、浅見 麻紀¹⁾、枝國 信貴¹⁾、平野 綱彦¹⁾、松永 和人¹⁾

KT-55 繰り返す胸膜痛を主訴とした急性肺動脈塞栓症の1例

- ¹⁾島根県立中央病院 呼吸器科、²⁾松江市立病院 呼吸器内科、
³⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
中村 惇¹⁾、新井 健義²⁾、山崎 章³⁾

KT-56 気道狭窄による呼吸器症状が診断に寄与した再発性多発軟骨炎の一例

¹⁾公立みつぎ総合病院 内科、²⁾公立みつぎ総合病院 外科、³⁾公立みつぎ総合病院 病理診断科
住本 夏子¹⁾、北島 拓真¹⁾、大谷 博³⁾、佐々木俊雄¹⁾、松本 英男²⁾

KT-57 急速に増大する後腹膜嚢胞性腫瘤を呈し悪性腫瘍との鑑別を要したリンパ脈管筋腫症の1例

岡山市立市民病院 呼吸器内科

青江晃太郎、濱田 昇、山本 千智、矢野 園子、大川 祥、讓尾 昌太、洲脇 俊充

後期研修医セッション5

7月19日(金) 第6会場

肺腫瘍3	14:50~15:30
座長 大橋 圭明 (岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科) 壇淵 昌毅 (徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野)	

KT-58 喀痰検体でEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌と診断し得た一例

福山市民病院 内科

辻 涼子、岡 智彦、砂田 有哉、滝 貴大、下西 惇、小田 尚廣、三谷 玲雄、
高田 一郎

KT-59 EGFR L858R変異陽性肺腺癌に対してCBDCA + nab-PTX + Atezolizumabがpseudoprogressionを伴って著効した一例

徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科

伊藤 一輝、村上 行人、坂東 弘基、山本 浩生、塚崎 佑貴、内藤 伸仁、荻野 広和、
佐藤 正大、壇淵 昌毅、西岡 安彦

KT-60 EGFR/BRAF変異共陽性を呈した肺腺癌の一例

¹⁾山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座、²⁾徳山中央病院 呼吸器内科

一山 康¹⁾、宇都宮利彰¹⁾、山路 義和²⁾、濱田 和希¹⁾、村田 順之¹⁾、大石 景士¹⁾、
浅見 麻紀¹⁾、枝國 信貴¹⁾、平野 綱彦¹⁾、松永 和人¹⁾

KT-61 術前補助化学療法が有効であったEGFR exon 20 insertion陽性のIIIA期肺腺癌の1例

¹⁾国立大学法人鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、

²⁾国立大学法人鳥取大学医学部附属病院 呼吸器外科

松岡 秀一¹⁾、矢内 正晶¹⁾、宮本 竜弥²⁾、乾 元気¹⁾、石川 博基¹⁾、野中 喬文¹⁾、
原田 智也¹⁾、平山 勇毅¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、阪本 智宏¹⁾、木下 直樹¹⁾、小谷 昌広¹⁾、
春木 朋広²⁾、山崎 章¹⁾

KT-62 アレクチニブによる有害事象に対して隔日投与により安定して継続可能となった1例

¹⁾徳島県立三好病院 呼吸器内科、²⁾徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科

小倉佑一朗¹⁾、田宮 弘之¹⁾、磯村 祐太²⁾

アレルギー・びまん性疾患	15:35~16:23
座長 大西 広志 (高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室) 森田 正人 (鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学)	

KT-63 *Scedosporium apiospermum*によるアレルギー性気管支肺真菌症の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、
³⁾鳥取大学医学部附属病院 血液内科、⁴⁾千葉大学真菌医学研究センター 臨床感染症分野
有田 紫乃^{1,2)}、岡崎 亮太²⁾、野中 喬文²⁾、上谷 直希²⁾、河野 紘輝²⁾、舟木 佳弘²⁾、
原田 智也²⁾、前垣 雅哉³⁾、渡邊 哲⁴⁾、山崎 章²⁾

KT-64 当科で診断しえた肺胞蛋白症の4症例

¹⁾高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科、²⁾高知県立あき総合病院
中村 優美¹⁾、山崎 悠司²⁾、鈴木 太郎²⁾、安田早耶香¹⁾、寺田 潤紀¹⁾、平川 慶晃¹⁾、
伊藤 孟彦¹⁾、西森 朱里¹⁾、中谷 優¹⁾、大山 洗右¹⁾、水田 順也¹⁾、梅下 会美¹⁾、
荻野 慶隆¹⁾、佃 月恵¹⁾、山根真由香¹⁾、岩部 直美¹⁾、辻 希美子¹⁾、高松 和史¹⁾、
大西 広志¹⁾、横山 彰仁¹⁾

KT-65 胃癌を合併した抗KS抗体症候群関連間質性肺疾患の一例

福山市民病院 内科
岡 智彦、辻 涼子、砂田 有哉、滝 貴大、下西 淳、小田 尚廣、三谷 玲雄、
高田 一郎

KT-66 潰瘍性大腸炎の治療中に発症した薬剤性肺炎の1例

川崎医科大学総合医療センター 総合内科学1
伊藤 駿、白井 亮、小山 勝正、太田 浩世、友田 恒一

KT-67 重篤な喘息急性増悪に対してベンラリズマブを投与し救命し得た1例

¹⁾国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾広島市立広島市民病院 呼吸器内科
郷田 真由^{1,2)}、松岡 涼果¹⁾、工藤健一郎¹⁾、井上 智敬¹⁾、藤原 美穂¹⁾、中村 愛理¹⁾、
瀧川 雄貴¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、佐藤 賢¹⁾、藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾

KT-68 SARS-CoV-2感染後の線維化期にnintedanibを投与した1例

愛媛県立中央病院 呼吸器内科
切士 博仁、勝田 知也、井上 考司、橘 さやか、近藤 晴香、中村 純也、能津 昌平、
濱田 徹、相原 健人、宗石 翔、中西 徳彦

肺癌学会 一般演題

一般演題1

7月19日(金) 第5会場

内科1	16:07~16:47
座長 加藤 有加 (四国がんセンター 呼吸器内科) 細川 忍 (岡山赤十字病院 呼吸器内科)	

- H-01 肺浸潤影を契機に診断に至った続発性気管支動脈蔓状血管腫の1例**
¹⁾松江市立病院 呼吸器内科、²⁾益田赤十字病院 呼吸器内科、
³⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
 新井 健義¹⁾、山崎 整児²⁾、山崎 章³⁾
- H-02 ニボルマブ中止1ヵ月後インフルエンザA型罹患を契機にサイトカイン放出症候群を発症した肺腺癌の1例**
¹⁾米子医療センター 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器膠原病内科
 唐下 泰一¹⁾、山本 光紘¹⁾、池内 智行¹⁾、富田 桂公¹⁾、山崎 章²⁾
- H-03 硬膜転移によって視力障害をきたした肺腺癌の一例**
 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院
 天野 明彦、濱尾 信叔、濱川 正光、福田 泰、横山 俊秀、石田 直
- H-04 ペムブロリズマブ投与中に腫瘍形成性肺炎を呈した1例**
¹⁾鳥取赤十字病院 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
 中崎 博文¹⁾、黒田 桂介¹⁾、山崎 章²⁾
- H-05 肺腺癌に対するベバシズマブ、アテゾリズマブ併用維持療法中にシェーグレン症候群を発症した1例**
¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 がんセンター
 木下 直樹¹⁾、西上 美侑¹⁾、乾 元気¹⁾、石川 博基¹⁾、野中 喬文¹⁾、平山 勇毅¹⁾、
 河野 紘輝¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、矢内 正晶^{1,2)}、舟木 佳弘¹⁾、阪本 智宏¹⁾、原田 智也¹⁾、
 高田 美樹¹⁾、岡崎 亮太¹⁾、山口 耕介¹⁾、森田 正人¹⁾、小谷 昌広^{1,2)}、山崎 章¹⁾

一般演題2

7月20日(土) 第5会場

内科2	8:30~9:18
座長 前田 忠士 (山口宇部医療センター 腫瘍内科) 土井美帆子 (県立広島病院 臨床腫瘍科)	

- H-06 根治切除不能胸腺癌に対してレンバチニブが有効であった1例**
 高松赤十字病院 呼吸器センター
 中川 靖士、監崎孝一郎、山本 清成、久保 尊子、法村 尚子、三浦 一真、川田 浩輔、
 林 章人、南木 伸基、六車 博昭、山本 晃義
- H-07 ROSE陽性時の鉗子洗浄液を用いた肺がんコンパクトパネルの有用性の検討**
 香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学
 大原 靖弘、渡邊 直樹、井上 卓哉、溝口 仁志、小森 雄太、金地 伸拓

H-08 肺がんコンパクトパネルにてMET Exon14 skipping陽性を検出した肺扁平上皮癌の一例

国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科

藤原 美穂、瀧川 雄貴、佐藤 晃子、大後戸智也、北野 統己、笹埜 侑斗、市川 健、松本奨一朗、井上 智敬、松岡 涼果、渡邊 洋美、工藤健一郎、佐藤 賢、藤原 慶一、柴山 卓夫

H-09 Afatinibが長期に奏効しているEGFR遺伝子変異陽性進行肺扁平上皮癌の1例

鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科

野中 喬文、阪本 智宏、西上 美侑、平山 勇毅、照屋 靖彦、矢内 正晶、原田 智也、木下 直樹、山口 耕介、小谷 昌広、山崎 章

H-10 オシメルチニブによる薬剤性肺障害後にステロイド併用下で再投与を行った肺腺癌の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 がんセンター 矢内 正晶^{1,2)}、野中 喬文¹⁾、舟木 佳弘¹⁾、松岡 秀一¹⁾、平山 勇毅¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、阪本 智宏¹⁾、木下 直樹¹⁾、山口 耕介¹⁾、小谷 昌広^{1,2)}、山崎 章¹⁾

H-11 非小細胞肺癌におけるニボルマブとPAI-1阻害剤(TM5614)併用療法の第2相医師主導治験

¹⁾広島大学病院、²⁾岡山大学病院、³⁾鳥根大学医学部附属病院、⁴⁾広島市立広島市民病院、

⁵⁾鳥取大学病院、⁶⁾国立病院機構四国がんセンター

益田 武¹⁾、阪本 智宏⁵⁾、津端由佳里³⁾、市原 英基²⁾、上月 稔幸⁶⁾、庄田 浩康⁴⁾、平田 泰三¹⁾、隅井 允彦¹⁾、下地 清史¹⁾、山口 覚博¹⁾、坂本信二郎¹⁾、堀益 靖¹⁾、中島 拓¹⁾、岩本 博志¹⁾、濱田 泰伸¹⁾、服部 登¹⁾

一般演題3

7月20日(土) 第6会場

外科	8:30~9:18
座長 田中 俊樹 (山口大学医学部医学系研究科 器官病態外科学講座) 三崎 伯幸 (香川大学 呼吸器乳腺内分泌外科)	

H-12 陰影の増大と縮小を繰り返し、4年間経過観察した右下葉扁平上皮癌の一例

鳥取県立厚生病院 胸部外科

野坂 祐仁、高木 雄三、大田里香子

H-13 当院における3-port RATSの現状と助手の役割

愛媛大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器外科

大谷 真二、高橋 望、武田 将司、石村 孝夫、杉原 貴仁、桐山 洋介、藻利 優、坂尾 伸彦、佐野 由文、泉谷 裕則

H-14 高度分葉不全肺の葉間に発生した肺癌の切除例

愛媛大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器外科

杉原 貴仁、石村 孝夫、武田 将司、桐山 洋介、藻利 優、坂尾 伸彦、大谷 真二、佐野 由文、泉谷 裕則

H-15 胆嚢癌手術後16年を経て肺転移再発を来した症例

¹⁾松江市立病院 呼吸器外科、²⁾松江市立病院 病理診断科、

³⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器外科

荒木 邦夫¹⁾、小嶋 駿介¹⁾、吉田 学²⁾、宮本 竜弥³⁾

H-16 重複癌（膀胱癌，左肺癌，膵癌）経過中，ほぼ同時に右肺上葉内に出現した原発性肺癌と転移性肺腫瘍の合併

¹⁾松江赤十字病院 呼吸器外科、²⁾国立がん研究センター東病院
三和 健¹⁾、中西 敦之²⁾、大野 貴志¹⁾、中村 廣繁¹⁾

H-17 右上葉肺動脈のみが残存する右孤立性先天性肺動脈欠損を合併した右下葉肺癌の1手術例

岡山大学病院 呼吸器・乳腺内分泌外科

岡田 和大、田中 真、柳光 剛志、富岡 泰章、諏澤 憲、枝園 和彦、三好健太郎、
岡崎 幹生、杉本誠一郎、豊岡 伸一

7月19日(金) 第5会場

初期研修医セッション1	13:20~14:08
座長 玄馬 顕一 (公立学校共済組合中国中央病院 呼吸器内科) 矢島 俊樹 (香川大学医学部・医学系研究科 呼吸器・乳腺内分泌外科学)	

HT-01 肺転移を伴ったTypeA胸腺腫の1切除例

¹⁾香川大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、
²⁾香川大学医学部附属病院 呼吸器・乳腺内分泌外科
 平場 優介¹⁾、山田 楓²⁾、横田 直哉²⁾、松浦奈都美²⁾、三崎 伯幸²⁾、矢島 俊樹²⁾

HT-02 超音波気管支鏡ガイド下針生検で診断した上縦隔神経鞘腫の1例

国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科
 井原 康人、瀧川 雄貴、藤原 美穂、藤原 慶一、市川 健、松本奨一郎、井上 智敬、
 中村 愛理、松岡 涼果、渡邊 洋美、工藤健一郎、佐藤 晃子、佐藤 賢、柴山 卓夫

HT-03 胸腔鏡と胸骨正中切開によるハイブリッドアプローチで切除し得た原発不明縦隔リンパ節癌の一例

鳥取県立中央病院
 西村 綾華、城所 嘉輝、安田 遼太、門永 太一、前田 啓之

HT-04 ペムプロリズマブ投与中に横紋筋融解症を発症し、鑑別に苦慮した肺扁平上皮癌の一例

¹⁾大田市立病院 初期臨床研修医、²⁾大田市立病院 呼吸器内科
 清水新太郎¹⁾、吉原 健²⁾、濱口 俊一²⁾

HT-05 簡易懸濁法を用いたセルペルカチニブの投与が奏功したRET融合遺伝子陽性肺腺癌の一例

¹⁾広島市立広島市民病院 初期臨床研修医、²⁾広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科
 竹林 文¹⁾、矢野 潤²⁾、高尾 俊²⁾、岩崎 真帆²⁾、倉富 亮²⁾、清家 廉²⁾、
 三島 祥平²⁾、庄田 浩康²⁾、岩本 康男²⁾

HT-06 脳転移での肺腺癌再燃時にMET ex14 skippingを同定し良好な経過の1例

¹⁾鳥取赤十字病院 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
 岡田 捷豊¹⁾、中崎 博文¹⁾、黒田 桂介¹⁾、山崎 章²⁾

7月19日(金) 第5会場

初期研修医セッション2	14:13~14:53
座長 山本 晃義 (高松赤十字病院 呼吸器内科) 小谷 昌広 (鳥取大学医学部 統合内科医学講座 呼吸器・膠原病内科学分野)	

HT-07 認知機能低下を契機に傍腫瘍性辺縁系脳炎、小細胞肺癌、乳癌と診断し薬物治療にて神経症状の改善を得た一例

¹⁾松江市立病院 教育研修センター、²⁾松江市立病院 呼吸器内科、
³⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
 葛尾 佑美¹⁾、山本なつみ²⁾、武田 賢一²⁾、瀧河 敏行²⁾、小西 龍也²⁾、山崎 章³⁾

HT-08 S1が著効したROS1融合遺伝子変異陽性肺癌の一例

¹⁾松江市立病院 教育研修センター、²⁾松江市立病院 呼吸器内科
宮崎 洋佑¹⁾、武田 賢一²⁾、山本なつみ²⁾、新井 健義²⁾、龍河 敏行²⁾、小西 龍也²⁾

HT-09 骨髄癌腫症のみでの再発をきたした限局型肺小細胞癌放射線化学療法後再発の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 初期研修センター、²⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科
谷田 貴¹⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、長谷川泰之²⁾、松下 瑞穂²⁾、有田 紫乃²⁾、
杉本 勇二²⁾

HT-10 肺炎との鑑別が困難だった嚢胞壁発生肺小細胞癌の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院、²⁾独立行政法人国立病院機構米子医療センター
栢井 遥己¹⁾、唐下 泰一²⁾、山本 光紘²⁾、池内 智行²⁾、富田 桂公²⁾

HT-11 未分化リンパ腫キナーゼ(ALK)融合遺伝子陽性肺扁平上皮癌の1例

¹⁾松江赤十字病院 教育研修推進室、²⁾松江赤十字病院 呼吸器内科
成富桂史樹¹⁾、酒井 浩光²⁾、末田悠里子²⁾、徳安 宏和²⁾

7月19日(金) 第5会場

後期研修医セッション	14:58~16:02
座長 見前 隆洋 (広島大学原爆放射線医科学研究所 腫瘍外科) 瀧川奈義夫 (川崎医科大学 総合内科学4教室)	

HT-12 化学放射線療法とデュルバルマブ治療後の気管支狭窄を伴った対側肺癌に対してECMO下に肺切除を行った1例

山口大学医学系研究科 器官病態外科学講座
岡本 昌樹、田中 俊樹、村上 順一、山田 城、濱野 公一

HT-13 高度不全分葉を伴う肺癌に対し肺門部先行処理で左肺舌区切除を施行した1例

松江市立病院
小嶋 駿介、荒木 邦夫

HT-14 右側大動脈弓を伴ったロボット支援下右上葉切除の2例

鳥取大学医学部 呼吸器外科
和田 杜甫、窪内 康晃、山崎 雅也、安田 健悟、藤原和歌子、宮本 竜弥、松居 真司、
春木 朋広

HT-15 胸腺腫摘出術後に出血性心タンポナーデをきたした一例

鳥取県立中央病院
安田 遼太、城所 嘉輝、門永 太一、前田 啓之

HT-16 腫瘍崩壊に伴う肺膿瘍・皮下膿瘍の治療中にサイトカイン放出症候群を発症し救命し得た肺扁平上皮癌の1例

鳥根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学
加藤 将、中尾 美香、津田 洸旬、天野 芳宏、沖本 民生、濱口 愛、津端由佳里、
磯部 威

HT-17 ALK阻害剤による化学療法後にKRAS G12C遺伝子が同定されソラシブが著効した肺腺癌の1例

広島大学病院 呼吸器内科

三上 英吾、坂本信二郎、中島 拓、下地 清史、山口 覚博、堀益 靖、益田 武、岩本 博志、藤高 一慶、濱田 泰伸、服部 登

HT-18 左下葉肺癌術後の経過観察中に発症した原発不明癌の1例

NHO岩国医療センター

白羽 範昭、塩谷 俊雄、渡邊 元嗣

HT-19 EGFR G719X変異を有する肺多型癌の小腸転移に対してAfatinibを導入した一例

¹⁾ 国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、

²⁾ 国立病院機構山口宇部医療センター 腫瘍内科、³⁾ 国立病院機構山口宇部医療センター 外科

渡邊 倫哉¹⁾、上原 翔¹⁾、末竹 諒¹⁾、坂本 健次¹⁾、恐田 尚幸¹⁾、近森 研一²⁾、青江 啓介²⁾、前田 忠士²⁾、亀井 治人²⁾、沖田 理貴³⁾、平澤 克敏³⁾

7月20日(土) 第1会場

メディカルスタッフセッション	9:23~9:55
座長 堀田 尚誠 (島根県立中央病院 呼吸器科) 奥野 梨沙 (鳥取大学病院医学部附属病院 看護部)	

- MS-1 COVID-19感染症病棟での看護管理 ～ローテーション勤務する看護師のNHF経験に着目して～
¹⁾ 県立広島病院 看護部、²⁾ 県立広島病院 呼吸器内科
 結城 友美¹⁾、黒田 夕子¹⁾、中村 健一¹⁾、田中 貴寛²⁾、高下 花梨²⁾、川本 真由²⁾、
 村井 智一²⁾、鳥井 宏彰²⁾、上野沙弥香²⁾、益田 健²⁾、谷本 琢也²⁾、石川 暢久²⁾
- MS-2 多職種で介入し在宅NHFを導入した特発性肺線維症の一例
¹⁾ 中国労災病院 看護部、²⁾ 中国労災病院 呼吸器内科
 木村真裕子¹⁾、塩田 直樹²⁾、河合 麻衣¹⁾、井村 純子¹⁾、黒住 悟之²⁾、香川 慧²⁾、
 秋田 慎²⁾
- MS-3 EGFR-TKIによる爪囲炎のケアに関する効果的な患者指導を目指した取り組み
 鳥取大学医学部附属病院 7A病棟
 柳瀬 広和、堀人 法子、松本 美和
- MS-4 術後合併症を発症し長期入院となった肺がん患者・家族への看護
 鳥取大学医学部附属病院
 小林 裕樹、奥野 梨沙、北垣 真奈

7月20日(土) 第1会場

学生セッション	8:30~9:18
座長 田村 昌也(高知大学医学部 呼吸器外科学講座) 橋 さやか(愛媛県立中央病院 呼吸器内科)	

- SS-1 甲状腺がんの加療中に発症した、柴胡加竜骨牡蛎湯による薬剤性肺障害の一例**
¹⁾岡山大学医学部 医学科、²⁾岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、
³⁾岡山大学病院 乳腺・甲状腺外科、⁴⁾岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、
⁵⁾岡山大学病院 高齢者総合医療講座、⁶⁾岡山大学病院 新医療研究開発センター、
⁷⁾岡山大学病院 腫瘍センター
 北内 真衣¹⁾、大森 洋樹²⁾、槇本 剛²⁾、高橋 侑子³⁾、原 尚史²⁾、二宮貴一朗⁴⁾、
 肥後 寿夫²⁾、藤井 昌学⁵⁾、頼 冠名⁶⁾、市原 英基⁷⁾、堀田 勝幸⁶⁾、宮原 信明²⁾、
 田端 雅弘⁷⁾、大橋 圭明²⁾
- SS-2 既往歴が診断につながった非結核性抗酸菌症合併先天性嚢胞状腺腫様形成異常の1例**
¹⁾島根大学医学部 医学科、²⁾島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学
 足立 和哉¹⁾、沖本 民生²⁾、田中 聖子²⁾、奥野 峰苗²⁾、谷野 明里²⁾、濱口 愛²⁾、
 津端由佳里²⁾、栗本 典昭²⁾、磯部 威²⁾
- SS-3 全身性強皮症に伴う間質性肺炎を有する左下葉肺癌に対しロボット支援胸腔鏡下左肺底区域切除を施行した1例**
¹⁾鳥取大学医学部 医学科 5年、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器・乳腺内分泌外科
 開 葉太郎¹⁾、藤原和歌子²⁾、山崎 雅也²⁾、和田 杜甫²⁾、安田 健悟²⁾、宮本 竜弥²⁾、
 松居 真司²⁾、窪内 康晃²⁾、春木 朋広²⁾
- SS-4 早期からの画像経過を確認できた小細胞肺癌4例の検討**
¹⁾島根大学医学部、²⁾島根大学医学部 内科学講座・呼吸器臨床腫瘍学
 貴島有佳梨¹⁾、中島 和寿²⁾、津田 洸旬²⁾、堀江 美香²⁾、西 祐未²⁾、幡 高次郎²⁾、
 中尾 美香²⁾、沖本 民生²⁾、濱口 愛²⁾、長尾 大志²⁾、津端由佳里²⁾、磯部 威²⁾
- SS-5 オシメルチニブ投与後に小細胞癌への形質転換をきたした肺腺癌の1例**
¹⁾鳥取大学医学部 医学科 6年生、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
 堀 正典¹⁾、矢内 正晶²⁾、野中 喬文²⁾、仲田 達弥²⁾、森山 士朗²⁾、原田 智也²⁾、
 舟木 佳弘²⁾、阪本 智宏²⁾、木下 直樹²⁾、山口 耕介²⁾、小谷 昌広²⁾、山崎 章²⁾
- SS-6 左肺上葉ダブルスリーブ切除により切除し得た肺門型気管支カルチノイドの一例**
¹⁾鳥取大学医学部 医学科 6年、²⁾鳥取大学医学部 呼吸器外科
 角岡ひかり¹⁾、松居 真司²⁾、和田 杜甫²⁾、山崎 雅也²⁾、安田 健悟²⁾、藤原和歌子²⁾、
 宮本 竜弥²⁾、窪内 康晃²⁾、春木 朋広²⁾

会長特別企画（呼吸器）

KP-1

弱者の兵法：多施設共同研究のすゝめ

鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
阪本 智宏

医師になって16年目、そのうち大学勤務が13年超を占めているというやや特殊な状況の私だが、「研究するべし」、「学会発表すべし」、そして「論文書くべし」という諸先輩方からのありがたいお言葉は、それこそ耳に聳腑ができるほど聞いて育ってきた。しかし、片田舎の地方大学病院では、寂しいかなでことに限りがあるというのは歴とした事実である。これは何も鳥取、山陰地方、はたまた中国四国地方に限った話ではない。臨床研究における最大の武器である症例数において、結局のところ日本は欧米や中国には逆立ちしても勝てないのである。弱者が強者に立ち向かうには、どうすればいいのか。それには、卓越したアイデアで勝負するか、そうでなければ「みんなで協力する」しかないのである。

本企画では、現在私が主に臨床研究に関する仕事をさせていただいている西日本がん研究機構(WJOG)での経験、そして鳥取大学の関連施設のみなさまと共に立ち上げたばかりの“BIRD”というグループについてもご紹介させていただきたい。ご参加いただいた若い先生たちに、臨床研究の面白さを少しでも伝えられたら幸いである。

KP-2

研究デザインの視点から考える医学論文査読の勘所

福島県立医科大学附属病院 臨床研究教育推進部
大前 憲史

論文は様々なエビデンス・ユーザーとの間で行う科学的コミュニケーションのための最も重要な媒体であり、雑誌への掲載の可否を決める査読はEvidence-Based Medicineの根幹を成すプロセスである。論文執筆にあたっては、IMRAD (I：なぜその研究を始めたのか、M：実際どのように研究したのか、R：研究の結果何を見つけたのか、D：その発見は何を意味するのか)という定められた形式に準じて述べるべき事項が「報告のためのガイドライン」にまとめられている。他方、査読にあたっては、そこに確固たる指針があるわけではなく査読者個人の裁量に大いに委ねられるが、査読者の多くは自身が著者として受けた経験に基づき査読に臨んでいることがこれまでの調査で明らかになっている。演者は、臨床疫学・研究デザイン学の専門性を背景に、臨床家の疑問を研究の枠組みに落とし込んで研究疑問として昇華させ、科学的に適切な形で実行・解釈して論文化する一連の作業に一貫的・統合的に取り組んできた。こういった研究デザインの視点は査読においても極めて有用である。私が考える、科学的で客観的、教育的な査読を行うための勘所についてお伝えする機会となれば大変ありがたい。

会長特別企画（肺癌）

HP-1

広範な病巣に対して強度変調放射線治療により化学放射線療法が完遂できた III期非小細胞肺癌の1例

広島大学大学院医系科学研究科 放射線腫瘍学
今野 伸樹、勝田 剛、西淵いくの、村上 祐司

症例は78才男性、慢性硬膜下血腫加療中に、CTで右下葉に4cm大の腫瘤影、縦隔リンパ節腫大を指摘され当院紹介受診した。PET/CTでは原発巣に加え、右鎖骨上窩、右上縦隔、右下縦隔、気管分岐下に多数のリンパ節転移を疑うFDGの異常集積を認めた。気管支鏡では原発巣より腺癌が検出され、EGFR陽性、PDL-1 TPS 90%であった。以上から右下葉肺腺癌 cT2bN3M0 Stage III Bと診断された。鎖骨上から右肺下葉までの広範な病巣に対して、強度変調放射線治療により脊髄、肺、心臓の線量を低減し、weekly CBDCA+PTX併用で60Gy/30回の化学放射線療法を施行した。デュルバルマブを1年間完遂し、現在3年無再発経過観察中である。Grade1の肺臓炎、Grade2の食道炎、右胸水増加を認めたが、Grade3以上の有害事象は認めなかった。従来3次元原体照射法では根治照射不能であった広範囲の病巣に対して強度変調放射線治療により根治照射を施行し制御可能であった1例を経験した。

HP-2

血痰を伴う空洞性腫瘤病変のIII期非小細胞肺癌に対し手術、術後補助化学療法を選択した1例

国立病院機構四国がんセンター 呼吸器内科
二宮 崇、加藤 有加、原田大二郎、重松 久之、上月 稔幸

【症例】73歳、男性。【主訴】血痰。【現病歴】冠攣縮狭心症にて近医通院中、血痰あり右上葉肺癌が疑われ当院に紹介となった。【経過】CTにて右肺上葉に径6cm大の空洞を伴う不整形腫瘤影が認められ、末梢肺に浸潤影やすりガラス影、右肺門リンパ節腫大も認められた。気管支鏡検査では右B2が腫瘍でほぼ閉塞しており生検の結果腺癌であった。以上から右上葉肺癌(腺癌)cT3N1M0 stage IIIA (MET ex14 skipping mutation, PD-L1 (22C3) TPS \geq 75%)と診断した。初診1ヶ月後に右肺上葉切除術、縦隔リンパ節郭清 (ND2a-2)、気管支形成術が施行されpT3N1M0 stage IIIAであった。術後補助化学療法としてシスプラチン、ビノレルビン併用療法4コース施行後、アテゾリズマブ単剤療法が行われている。【考察】III期非小細胞肺癌でもN1症例では手術が検討される。本症例では原発巣が右主気管支に、肺門リンパ節が肺動脈に接し、手術適応であるがハイリスクと考えられた。術前補助化学療法・手術が望まれたが、喀血リスクがあることから手術・術後補助化学療法が選択された。

HP-3

EGFR陽性N2肺癌に対して集学的治療を行った1例

鳥取大学医学部附属病院 胸部外科学

窪内 康晃、山崎 雅也、和田 杜甫、安田 健悟、藤原和歌子、宮本 竜弥、松居 真司、
春木 朋広

【背景】CheckMate-816試験の結果を受け、術前治療の選択肢が増えた。一方でEGFR陽性N2肺癌に対する周術期治療としてはADAURA試験が良好な成績を示しており、術後治療の重要性が高まっているが、術前治療は実臨床では化学放射線療法（CRT）が一般的である。【症例】60代、女性。検診の胸部X線で異常陰影を指摘され、当院を受診した。胸部CTで右上葉に4.6cm大の腫瘍陰影と#4R、10、12uのリンパ節腫大を認めた。#4RへのTBNAで腺癌、EGFR L858R陽性の診断に至った。右上葉肺癌 cT3N2M0 IIIBの診断で術前CRT後の手術、外科治療後の術後補助化学療法、切除不能III期肺癌としての治療についてカンサーボードで検討したが、気管支形成を伴えば切除可能と判断し外科治療を先行する方針とした。開胸右上葉切除を実施し、気管支形成を伴わずに切除可能であった。現在術後補助化学療法としてCDDP/VNR療法中であり、今後osimertinib投与予定である。【結語】EGFR陽性N2肺癌に対して切除可能か悩むような場合、腫瘍縮小後の手術が望ましいが、肺門部へのRTで手術難易度の上昇、さらに気管支吻合では吻合部瘻などが懸念される。術前EGFR-TKIs療法は未だに予後延長効果は示されておらず、今後のNeoADAURA試験の結果が待たれる。

HP-4

胸壁浸潤を伴うPD-L1陰性の肺扁平上皮癌に対して集学的治療を行った1例

¹⁾岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、²⁾岡山大学病院 放射線科、³⁾岡山大学病院 呼吸器外科
二宮貴一郎¹⁾、田中 孝明¹⁾、市原 英基¹⁾、大橋 圭明¹⁾、渡邊 謙太²⁾、吉尾浩太郎²⁾、
諏澤 憲³⁾、枝園 和彦³⁾、豊岡 伸一³⁾、堀田 勝幸¹⁾

57歳、男性。健診の胸部X線検査で異常陰影を指摘された。胸部CT検査で左上葉に胸壁浸潤を伴う5cm大の腫瘍を認めた。PET/CT検査では、原発および#10L／#4Rリンパ節にそれぞれFDG集積を認めたが、腫大した#5リンパ節には認めなかった。#10LのTBNAで扁平上皮癌の診断となり、#4RのTBNAは悪性所見を認めず、cT3N2M0 cStage III Bと診断した。AmoyDxではいずれも陰性で、PD-L1(22C3)はTPS 1%未満であった。3科合同カンファレンスにてCRT後の根治手術の方針となった。CDDP+DTX #2 + TRT(46Gy)を完遂し、左上葉+第2・3肋骨合併切除+リンパ節郭清ND2a-2 + #4Rサンプリングが施行された。術後病理はpCRで#4Rにも悪性所見は認められなかった。以後、本人の希望も踏まえて術後補助療法は施行せず経過を見ている。

Ⅲ期非小細胞肺癌に対する集学的治療は、免疫チェックポイント阻害薬の登場により転換期にある。一方で、本例のような胸壁浸潤例やPD-L1陰性例に対する治療介入は議論の余地があり、今後は様々な背景因子に沿ったⅢ期治療の最適化が求められる。

HP-5

術前免疫チェックポイント阻害剤治療を行い左上区切除と、スリーブS9+10区域切除術を施行した一例

香川大学医学部 呼吸器外科

三崎 伯幸、矢島 俊樹、松浦奈都美、横田 直哉、山田 楓、佐藤佳代子

68歳現喫煙者の男性。咳嗽、発熱を主訴に近医を受診し左肺の腫瘤を指摘された。気管支鏡検査で左B1+2と、同時にB9+10分岐部の病変からも扁平上皮癌が検出され、多発肺癌と診断、S1+2の腫瘍は65mm、肺門リンパ節腫大を伴いcT3N1M0、stage 3Aと診断した。カンサーボードで免疫チェックポイント阻害剤を使用した術前導入化学療法を行う方針となった。カルボプラチン5AUC+パクリタキセル200mg/m²+ニボルマブ360mgを3サイクル施行し、左S1+2の腫瘍は奏功を得たが、B9+10の腫瘍は気管支鏡の観察では増悪していた。通常であれば左上葉切除と下葉切除が必要となり全摘術もしくは、底区切除でS6のみ残すようになるが、上葉病変は著効しており縮小手術でも切除は可能と判断し、上区切除、S9+10区域切除術を施行した。進行肺癌の治療では、本症例のように特に個別化が重要となり当科では個々の症例をカンサーボードで決定している。現状についても合わせて報告する。

HP-6

術前治療にて肺全摘を回避し得た非小細胞肺癌の2例

徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科

荻野 広和、西岡 安彦

【背景】近年免疫チェックポイント阻害薬を用いた周術期治療が確立され、局所進行期非小細胞肺癌の治療成績が向上している。根治切除可能例では切除が基本となるが、肺全摘を要する場合は周術期合併症、術後の呼吸機能低下、高い再発率が問題となる。今回術前治療が奏効し肺全摘を回避し得た2例を経験したので報告する。【症例】症例1:56歳女性。検診を契機に右上葉肺腺癌cT3N1M0 stage IIIA(ドライバー変異陰性、PD-L1 100%)と診断された。原発巣から右肺門リンパ節にかけて一塊となった腫瘤が右上葉枝を閉塞し、下葉浸潤も伴い右肺全摘の必要性が考慮された。Weekly CBDCA+PTX+TRTを開始したところ奏効し、右上葉楔状スリーブ切除が可能となり病理学的完全奏効(pCR)を得た。症例2:76歳男性。検診を契機に左上葉肺扁平上皮癌cT2aN1M0 stage IIB(PD-L1 95%)と診断された。左S3中枢側の葉間胸膜直下に位置する原発巣が下葉を圧排し、肺門リンパ節と一塊になっており左肺全摘の必要性が考慮された。CBDCA+PTX+Nivolumabを施行したところ奏効し、左上葉切除が可能となりpCRを得た。【考察】術前化学放射線療法、化学免疫療法により肺全摘を回避でき、pCRを得た2例を経験した。術前治療には治療法の使い分けや手術機会を逸するリスクなど課題も多く、今後症例を集積し症例毎の至適治療戦略の確立を目指したい。



JACS-NEXT セッション

JN-1

根治的化学放射線治療後の右S6区域切除に合併した術後有癭性膿胸に対するリカバリーショット

NHO 岩国医療センター

塩谷 俊雄、白羽 範昭、渡邊 元嗣

【緒言】肺癌治療戦略の拡大により、サルベージ手術を余儀なくされるケースは増加しつつある。今回、根治的化学放射線治療後に発生した局所再発疑い病変に対し手術を施行し、術後合併症に難渋したものの、リカバリーすることが出来た一例を経験したため報告する。【症例】症例は76歳男性。右上葉肺腺癌に対し、根治的化学放射線治療が行われた。その後、右続発性気胸を発症したため、OK-432による胸膜癒着療法も施行された。初回治療から3年後、右S6に14mm大の結節影が出現し、局所再発が疑われたため、治療目的に当科へ紹介となった。手術は非常に強固な全面癒着を認めたため、開胸右S6区域切除術を行った。術後6日目に胸腔ドレーンを抜去したが、術後14日目に気漏の再燃および呼吸状態の悪化を認めたため、再手術を行った。再手術後も気漏は遷延し、また胸水からMRSAが検出されたことから、有癭性MRSA膿胸と診断し、術後22日目に開窓術を行った。開窓術直後より局所陰圧療法を開始し、状態改善した後にEWSによる治療を行った。自宅退院可能な状態まで回復したため、術後72日目に退院となった。外来にて経過観察を行っているが、現在気漏は停止し、無再発経過観察中である。

JN-2

胸腔鏡下右下葉切除時に肺動脈を損傷し、開胸移行で止血した一例 ～初めての術中肺動脈出血への対処～

鳥取大学医学部附属病院 胸部外科診療科群 呼吸器外科

宮本 竜弥、山崎 雅也、和田 杜甫、安田 健悟、藤原和歌子、松居 真司、窪内 康晃、
春木 朋広

【はじめに】胸腔鏡下右下葉切除での上下葉間形成の際にA6を損傷し、開胸移行して止血が得られた一例を報告する。【症例】73歳、男性。間質性肺炎、心筋梗塞既往あり。右下葉肺癌(cT2bN0M0, stageIIA)の診断で胸腔鏡下右下葉切除を施行した。下肺静脈をステープラーで切離し、中下葉間を電気メスで切離した。葉間で肺動脈を露出し、A2とA6の間から背側に向かって鉗子を通そうとしたが、背側の抜けが悪く、鉗子先端を電気メスで焼灼した所、A6を焼灼しており出血を来した。圧迫で出血が制御でき、シリコンチューブで上下葉間の確保を試みたが、鉗子を抜く際にA6の分枝を挟み込んでおり、再度出血を来した。肺圧迫で出血制御し、開胸に移行した。圧迫を解除しても出血は認められず、底区動脈をステープラーで切離し、A6を結紮切離した。上下葉間、下葉気管支をステープラーで切離し手術を終了した。出血量は745gであった。術後5日目に間質性肺炎急性増悪を発症し、術後12日目に死亡した。【まとめ】重大な肺動脈損傷による出血およびその対処を術者として初めて経験した症例であった。術中リカバリーはできたが、反省すべき点は非常に多く、原因と対策について考察し報告する。

JN-3

心嚢内血管処理を伴う右下葉切除を要した中縦隔結核性リンパ節炎の1例

徳島大学大学院 胸部・内分泌・腫瘍外科学分野

竹内 大平、河北 直也、馬場 彩花、竹原 恵美、藤本 啓介、住友 弘幸、坂本 晋一、
宮本 直輝、森下 敦司、鳥羽 博明、滝沢 宏光

症例はフィリピン国籍の40代女性で右腹部～背部痛があり近医を受診した。CT検査で中縦隔に8cm大の充実部分を伴う嚢胞性腫瘍と右中下葉の受動性無気肺を認めた。後方視的には10数年前より縦隔腫瘍はあり、PET-CTでは右鎖骨上、#4R、腹腔内にFDG陽性リンパ節を認めた。悪性リンパ腫や奇形腫悪性転化による多発リンパ節転移、T-SPOT陽性のため結核性リンパ節炎を疑い、診断と無気肺改善を目的とした縦隔腫瘍摘出術の方針とした。腫瘍は周囲への癒着が強く、中間気管支幹を大きく損傷した。嚢胞内の充実部分は悪性腫瘍も否定できず、修復と完全切除をかねて下葉切除と中間気管支幹膜様部の手縫いでの縫合閉鎖を行なった。下肺静脈周囲の剥離は困難で心嚢内血管処理を行った。病理学的には明らかな悪性所見はなく、PCR検査により縦隔リンパ節から結核菌が検出され、総合的に結核性リンパ節炎と考えられた。現在、結核に対する多剤併用療法を開始し外来通院中である。リガバリーショットとして施行した心嚢内血管処理を伴う右下葉切除を供覧する。

JN-4

専攻医でも可能な安全かつトラブルの少ない手術を目指して —専攻医と指導医の両方の立場から—

独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院

山本 直宗、坂野 尚、田浦 洋平、明石 智樹、秋山 紀雄

山口大学第一外科では「皆が見える・皆で見せる」手術をコンセプトに安全かつ確実な手術を心掛けている。私は山口大学第一外科で手術の修練を行った後、現在は独立行政法人 地域医療機能推進機構 徳山中央病院に勤務している。呼吸器外科専門医は私のみであるが、前述の「皆が見える・皆で見せる」手術をコンセプトに安全かつ確実な手術を心掛けている。また、専攻医を指導する際には、「皆が見える・皆で見せる」手術を身につけてもらうように指導している。その他にも、専攻医が安全で質の高い手術を行うには、鉗子操作や結紮操作など手技の定型化も重要である。当院で行なっている4ポート対面倒立法による手術を紹介し、安全を担保するための工夫を提示する。また、出血を中心にトラブル症例を提示する。

舌区切除後に発生した左上葉肺腺癌に対し、残左上葉切除を施行した1例

¹⁾愛媛大学大学院医学系研究科 心臓血管・呼吸器外科学、²⁾愛媛医療センター 外科、

³⁾南松山病院 呼吸器センター・呼吸器外科

藻利 優¹⁾、高橋 望¹⁾、石村 孝夫¹⁾、杉原 貴仁¹⁾、桐山 洋介¹⁾、坂尾 伸彦¹⁾、
大谷 真二¹⁾、湯汲 俊悟²⁾、巻幡 聰³⁾、佐野 由文¹⁾、泉谷 裕則¹⁾

【はじめに】肺癌手術において、残肺葉切除は初回手術の影響でしばしば解剖学的構造が同定しづらい事がある。特に解剖学的区域切除後の残肺葉切除は、肺動静脈の思わぬ損傷を来すことがあり、心嚢内(外)で血管確保を行う技術が必要である。今回われわれは、舌区切除後に発生した左上葉肺癌に対し、残左上葉切除を行った1例を経験したため報告する。【症例】70歳台男性、16年前に肺癌疑い病変に対し前側方切開第4肋間開胸にて舌区切除の既往があった(術後病理診断：器質化肺炎)。他疾患で施行したCTで左上葉にすりガラス影を指摘され、増大傾向であったためCTガイド下肺生検を施行し、肺腺癌の診断を得た。肺腺癌 cT1cN0M0 cStage IA3で手術の方針となり、第4肋間側方開胸にて残左上葉切除を施行した。上肺静脈・上葉気管支周囲の癒着が高度であり、心嚢内で上下肺静脈・左主肺動脈を確保した上で剥離を行った。腫瘍が葉間面に近接していたため、腫瘍を触知しながら最後に肺実質を切離した。【結語】舌区切除後に残左上葉切除を行った1例を経験した。心嚢内で肺動静脈を確保しておく事で、より安全に、鋭的な剥離も行う事が可能であった。

呼吸器学会 一般演題

K-01

肺MAC症を疑ったが、気管支洗浄結果より結核菌の混合感染と診断した1例

¹⁾ 米子医療センター、²⁾ 鳥取大学附属病院 呼吸器／膠原病内科
池内 智行¹⁾、山本 光紘¹⁾、唐下 泰一¹⁾、富田 桂公¹⁾、山崎 章²⁾

【症例】77歳，男性．X-1年10月，発熱に対し近医より解熱剤処方された．食指不振の出現もあり翌月に別の近医を受診，胸部レントゲンで両側肺野網状影と右胸水を指摘され当科紹介となった．胸部CTにて右側優位の胸水と右中下葉を中心に気管支に沿った小粒状影を認めた．血液検査ではMAC抗体陽性，IGRA陰性，喀痰抗酸菌塗沫は陰性であり肺MAC症を第一に疑った．【臨床経過】X年2月の経過フォローCTでは左側肺野に粒状影が拡大，左下葉に空洞影も認めたため肺MAC症増悪と判断した．診断確定のため，左舌区で気管支洗浄を行なった．洗浄液の抗酸菌塗沫は陰性であったが，PCR検査でM.intracellulareおよびM.tuberculosisの両者が陽性で混合感染と診断した．【考察】抗酸菌の同時混合感染については，非結核性抗酸菌間での報告がなされており，MACとM.abscessusあるいはM.massilienseとの混合感染が多い．それに比較してMACと結核菌の混合感染例の報告は稀である．文献的考察を加えて発表する．

K-02

標準治療薬剤：INH、RFP、EB、PZAすべてに耐性であった多剤耐性結核の一例

¹⁾ 国立病院機構南岡山医療センター 呼吸器・アレルギー内科、
²⁾ 国立病院機構南岡山医療センター 内科
木村 五郎¹⁾、板野 純子¹⁾、藤原 努²⁾、藤井 誠¹⁾、石賀 充典¹⁾、河田 典子¹⁾、
谷本 安¹⁾

【症例】21歳 男性 外国籍。【主訴】咳、痰、胸痛。【病歴】Xpで両肺尖の陰影を指摘。空洞なし。痰検査で結核菌PCR陽性のため、肺結核と診断。X年10月入院。【経過】INH, RFP, EB, PZAの標準治療開始。入院後、発熱持続。第15病日に右胸水を認め、結核性胸膜炎として、PSL 30mgを追加し漸減。胸水は減少するも残存し、間欠的に発熱は持続。第78病日に薬剤感受性が上記4剤すべてに耐性であることが判明。薬剤をSM, LVFX, TH, BDQ, LZDの5剤に変更し、発熱、胸水は徐々に軽快した。第115病日には痰培養が陰性化し、第178病日に退院となった。【考察】近年結核蔓延地域出身者の結核が増加し、その薬剤耐性頻度も増加している。本例では、入院時の薬剤耐性遺伝子検査を行っておらず、出身地や難治性の治療経過から耐性を疑い、遺伝子検査を行えば、早期に薬剤を変更することが可能であったかもしれない。しかしその時点で、他剤の感受性が不明のため、本例のような多剤耐性の場合、無効な薬剤や、少数の有効な薬剤による治療となり、症状悪化やさらなる耐性の誘発の可能性もあり、変更する薬剤の種類や数の選択に注意が必要と考えられた。

K-03

自宅給湯設備の高温除菌により寛解を維持している Hot-tub-lung の 1 例

¹⁾ 国立病院機構浜田医療センター 呼吸器内科、²⁾ 国立病院機構浜田医療センター 呼吸器外科、

³⁾ 国立病院機構浜田医療センター 病理診断科

貴谷 夏州¹⁾、柳川 崇¹⁾、河角 敬太¹⁾、河野 謙人¹⁾、藤田 朋宏²⁾、松岡 佑樹²⁾、
長崎 真琴³⁾

症例は45歳の男性、慢性咳嗽と呼吸困難を主訴に当院を受診し、CTで両側肺野びまん性微細粒状影を認め、過敏性肺臓炎を疑った。KL-6：2156U/ml、抗トリコスポロン・アサヒ抗体陰性、抗MAC抗体は陽性であった。気管支鏡検査を行ったが、気管支肺胞洗浄（以下BAL）のみで苦痛が強く経気管支肺生検は実施しなかった。BAL液ではMycobacterium avium（以下M.avium）の培養が陽性となった。外科的肺生検では類上皮細胞肉芽腫を認め、組織のM.avium DNA（PCR法）が陽性であった。M.aviumは自宅浴槽吐出口の水の培養でも陽性であった。Hot-tub-lungと診断し、入院中は無治療で症状の軽快および酸素化の改善がみられた。自宅浴室設備とヒートポンプ式給湯器の更新を提案したが、費用の面から困難であった。患者本人の希望により70℃の熱湯を浴槽と配管に通して除菌を行い、10日毎に高温足し湯機能を使用することにより培養の陰性を継続しており、症状の再燃も起きていない。Hot-tub-lungの環境除菌が有効であった1例を経験した。

K-04

誤嚥性肺炎患者に対するリハビリテーションの効果

¹⁾ 松江市立病院、²⁾ 鳥取大学医学部 分子制御内科学

武田 賢一¹⁾、山本なつみ¹⁾、龍河 敏行¹⁾、小西 龍也¹⁾、山崎 章²⁾

【背景】摂食嚥下障害は一般高齢者の13%、施設高齢者の51%で認めるという報告がある。高齢者はもともと低栄養な状態であり、肺炎を起こした際には呼吸不全を併発し、致命的になることがある。摂食嚥下機能障害のある患者に対するリハビリテーションは専門的知識が必要で介入効果ないこともある。【目的と方法】2018年4月～2019年3月までに松江市立病院に入院となった肺炎患者360例のうち、主治医が誤嚥性肺炎と診断した症例、入院時のADLが低く、嚥下機能に問題があった症例156例を対象にリハビリテーションの効果を後方視的に検討した。【結果】156例のうち、19例の患者が死亡した。改善群と死亡群を比較したところ、BMIが低いこと、血清蛋白、アルブミンが低いことが関連をみとめた。死亡群を除きさらに検討したところ、137例中69例にリハビリテーションを行っていた。リハビリなし群とリハビリあり群を比較したところ入院期間（13日と22日 $p < 0.0001$ ）と食事再開率（87%と97% $p = 0.046$ ）で有意差を認めた。【まとめ】誤嚥性肺炎で入院し、リハビリができる患者にはリハビリ導入を行った方がよいと思われた。

K-05

吸気時の胸痛を主訴に受診した化膿性脊椎炎の1例

¹⁾鳥取赤十字病院 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 整形外科、

³⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科

黒田 桂介¹⁾、中崎 博文¹⁾、池田 大樹²⁾、山崎 章³⁾

症例は62歳男性。1週間続く吸気時の右胸痛を主訴に受診された。炎症反応高値、右少量胸水を認め胸膜炎が疑われた。外来でAMPC/CVAを2週間投与するも改善乏しく、精査加療のため入院となった。入院時に血液培養を提出し、ABPC/SBTの投与を開始した。第2病日に黄色ブドウ球菌を疑うグラム陽性球菌を検出し、抗菌薬をVCMへ変更した。胸膜炎の経過で黄色ブドウ球菌菌血症を発症することは一般的ではなく、脊椎MRIを追加したところ化膿性脊椎炎(Th8/9)、および椎体右側に膿瘍形成を示唆する所見を認めた。グラム陽性球菌はMRSAと判明し、VCMを継続したが次第に吸気時の左胸痛が出現した。再検したCTでは椎体周囲の軟部陰影が左側まで拡大し、左胸水も出現した。化膿性脊椎炎が傍椎体膿瘍へ進展、隣接する胸膜に炎症波及し、胸膜炎症状を呈していたと判断した。その後硬膜外膿瘍悪化に伴う下肢麻痺症状が出現し、外科的治療目的に近隣の総合病院へ転院となった。稀ではあるが化膿性脊椎炎は周囲への炎症波及により、二次性に胸膜炎を発症することがある。胸膜炎の経過で血液培養より黄色ブドウ球菌を検出した場合は、化膿性脊椎炎の存在を考慮すべきである。

K-06

特発性胸膜肺実質線維弾性症に対してニンテダニブを使用した1例

松江赤十字病院 呼吸器内科

末田悠里子、酒井 浩光、徳安 宏和

症例は64歳女性。数年前から呼吸困難、体重減少進行あり医療機関を受診された。CTで間質性肺炎や縦隔気腫を認めニンテダニブを導入されたが、貧血進行し胃潰瘍が指摘された。一旦休薬し貧血改善後に減量再開された。その後当院に紹介された。初診時うい瘦あり。KL-6およびSP-D上昇を認めた。胸部単純写真で上肺野主体に胸膜直下網状影、帯状影を認め、両側肺門は挙上していた。胸部CTで気胸、縦隔気腫を認め、胸膜直下肺実質に楔状影あり。肺底部には陰影はなかった。初診時すでに気胸や縦隔気腫がみられていたことから呼吸機能検査や外科的肺生検は施行できていないが臨床的に特発性胸膜肺実質線維弾性症と診断した。ニンテダニブ開始によりSP-D低下などの一定の効果を認め、中断により悪化し、再開により再度改善する経過であった。また治療中は気胸持続しており、下痢や体重減少を認めたことから投与量は適宜増減し経過をみている。KL-6値およびSP-D値は投与量と概ね反比例する推移を示しており、ニンテダニブは用量依存性の効果を示しているものと考えられた。特発性胸膜肺実質線維弾性症に対してニンテダニブが奏功した症例の報告は稀であり、文献的考察を加え報告する。

K-07

非典型的な病理所見を呈した肺ランゲルハンス組織球症 (PLCH) の 1 例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、
²⁾近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター 客員研究員、³⁾鳥取大学医学部 病理学講座、
⁴⁾鳥取大学医学部 呼吸器・乳腺内分泌外科、⁵⁾神奈川県立循環器呼吸器病センター 病理診断科
石川 博基¹⁾、森田 正人¹⁾、西上 美侑¹⁾、乾 元気¹⁾、河野 紘輝¹⁾、舟木 佳弘¹⁾、
高田 美樹¹⁾、原田 智也¹⁾、岡崎 亮太¹⁾、井上 義一²⁾、尾崎 佳苗³⁾、大島 祐貴⁴⁾、
武村 民子⁵⁾、山崎 章¹⁾

症例は39歳女性。20XX年1月に胸痛を契機に前医を受診され、両側上葉嚢胞性病変を指摘されたため同年3月に当科へ受診された。胸部CTでは両肺上葉優位に小結節や形状不整な嚢胞を認めており、肺ランゲルハンス組織球症 (PLCH) が疑われた。病変が上葉末梢優位であり経気管支肺生検での診断は困難と考え、8月にVATS右上葉部分切除が施行された。病理所見では気腫肺を背景に癒痕組織が散在性に出現するものの、S-100陽性やCD1a陽性の組織球様細胞の集簇を認めず、PLCHには非典型的な所見であった。非典型的な病理所見であり他院にコンサルトしたところ、CD1aの集簇所見はないものの呼吸細気管支粘膜にはCD1a陽性の組織球様細胞が散見され、線維化を伴う嚢胞病変にはCD1a陽性細胞は認めておらず、進行したPLCHの嚢胞期にみられる所見であるとのことであり、PLCHと確定診断できた。【考察】PLCHは細胞増殖期、線維化期、嚢胞形成期の病理形態に分類され、本症例では嚢胞形成期であった。本症例は病期の進行によりランゲルハンス細胞が減少し線維化で置換され非典型的な所見となるため診断に時間を要した。PLCHでは同一症例でも多彩な病理像を示す疾患であることを認識する必要がある。

K-08

当院で経験した黄連解毒湯による薬剤性肺炎の2例

KKR 高松病院 呼吸器科
市川 裕久、松岡 克浩、関 祥子、石川 眞也、荒川裕佳子、森 由弘

漢方薬は比較的副作用の少ない薬剤と考えられているが、薬剤性肺炎を時に来すことが報告されている。我々は、黄連解毒湯が原因と思われる薬剤性肺炎の2症例を経験したので報告する。症例1は60歳台男性。20XX年7月から黄連解毒湯の服用を始め、8月中旬から38～39度台の発熱が時々認められた。食欲低下、体重減少を来すようになり同年10月に近医を受診し、当科に紹介された。黄連解毒湯による薬剤性肺炎を疑い、同薬を中止した所、症状は速やかに軽快し、胸部異常陰影も改善した。症例2は60歳台男性。20XX年3月末より黄連解毒湯の服用を開始した。同年5月上旬から乾性咳嗽や37度台の発熱が出現。同5月10日に新型コロナワクチンを接種後、38℃台の発熱、呼吸困難が出現し、当科を受診。急性1型呼吸不全状態で緊急入院した。黄連解毒湯による薬剤性肺炎を疑い、同薬を中止。ステロイドパルス療法などを施行し、呼吸不全は改善、2週間後に退院した。漢方薬による薬剤性肺炎では、黄ごんを含む薬剤によるものの頻度が高く、同成分を含む漢方薬を内服中の患者に呼吸器症状や発熱を認めた場合は、本疾患を考慮すべきと考えられた。

K-09

ステロイド、シクロスポリンに対して不応の間質性肺炎急性増悪に対してリツキシマブが有効であった1例

¹⁾愛媛県立中央病院 呼吸器内科、²⁾西予市立市民病院 内科
勝田 知也¹⁾、水口 吉晃²⁾、宗石 翔¹⁾、切土 博仁¹⁾、相原 健人¹⁾、濱田 徹¹⁾、
能津 昌平¹⁾、中村 純也¹⁾、近藤 晴香¹⁾、橋 さやか¹⁾、井上 考司¹⁾、中西 徳彦¹⁾

症例は45歳男性。当院血液内科でX-6年に中枢神経原発のDLBCLを発症し寛解したものの再発したため、X-1年末梢血幹細胞移植を併用したR-MPV療法を行われ寛解し経過観察中であった。入院1週間前より発熱、呼吸困難があり当院に紹介となった。CTでは気管支牽引像を軽度伴うすりガラス陰影と一部浸潤影がびまん性に散在し酸素化も不良であった。BALのみ行いPCPを含めた感染症は否定しBALFでリンパ球が72%と増加した。ステロイドパルスで治療を開始が2週後もNHFでFiO₂ 90%を要するためシクロスポリンを併用したが改善を認めなかった。そのためステロイドパルス4回終了後からリツキシマブ375mg/m²で投与を開始した。投与後10日目にはNHFを離脱し1か月後には経鼻3Lまで減量できた。ステロイドを0.5mg/dayまで減量し外来へ移行。その後もリツキシマブを4週おきに投与しながらステロイドを0.3mg/kgまで減量し現在酸素投与は不要となり陰影もほぼ消失している。MDA5抗体陽性のような急性の間質性肺炎に対して集学的治療としてリツキシマブの投与が有効だった症例も報告されているが今回有意な自己抗体が陰性の患者に対して投与を試み改善を得られたので報告する。

K-10

イレウスで発症した肺紡錘細胞癌の1剖検例

¹⁾山陰労災病院 呼吸器・感染症内科、²⁾山陰労災病院 消化器内科、
³⁾鳥取大学病院 呼吸器内科・膠原病内科
山根 康平¹⁾、河原 史歩²⁾、星尾陽奈子¹⁾、森山 士朗³⁾、石川総一郎¹⁾、福谷 幸二¹⁾、
山崎 章³⁾

イレウスで発症し、その後急速な経過をたどった肺紡錘細胞癌の剖検例を報告する。症例は84歳の男性。前医で右胸水貯留のフォロー中に下腹部痛を主訴に前医を受診した。CTでイレウス疑う所見あり、当院消化器内科紹介となった。CTでは右下葉腫瘤影、右胸水、心嚢水、腹膜結節、腹水貯留、大腸イレウス像があり、腹膜播種によるイレウス疑われた。心嚢ドレナージや利尿剤などの治療行われたが、組織学的診断がつかないまま全身状態悪化して、第8病日に死亡した。剖検の結果、紡錘形腫瘍細胞が右下葉、腹膜および多臓器に認められ、組織の免疫染色の結果も含めて右下葉紡錘細胞癌、多臓器転移の病勢増悪による死亡と診断した。肺紡錘細胞癌は紡錘腫瘍細胞のみからなる低分化の非小細胞癌で全原発性肺癌の中でも0.2-0.3%と稀な腫瘍で予後不良として知られている。本症例においても発症後急速な経過をたどった。肺紡錘細胞癌については報告例が少数であり、今後さらなる症例の蓄積による本疾患の理解や治療法の確立が望まれる。

K-11

肺多発結節影を呈しシェーグレン症候群の関連が疑われた結節性リンパ組織過形成の一例

¹⁾東広島医療センター 呼吸器内科、²⁾東広島医療センター 呼吸器外科
西村 好史¹⁾、三宅 慎也¹⁾、三好 由夏¹⁾、川崎 広平¹⁾、宮崎こずえ¹⁾、赤山 幸一²⁾、
原田 洋明²⁾

結節性リンパ組織過形成は良性のリンパ増殖性疾患とされており、報告の多くが単発例で、多発例は稀である。症例は45歳男性。2021年6月に人間ドックの胸部単純X線で異常陰影を指摘された。胸部単純CTで両肺上葉優位に粒状影、結節影を指摘され、7月に当科へ紹介された。自覚症状はなく、サルコイドーシスや炎症後変化を疑われたが、ACEは基準値内であり、IGRAは陰性であった。経過観察したが、陰影は消失せず、2022年3月に気管支鏡検査を施行した。TBLBでは気管支壁にリンパ球浸潤がみられるのみで類上皮肉芽腫が認められず確定診断に至らなかった。その後、緩徐に結節影が増大し、PET-CTでは右肺中葉結節にFDGの集積(SUVmax 3.0)がみられた。鑑別疾患として低悪性度のリンパ腫が考慮されたため、確定診断目的に2023年1月に胸腔鏡下に右肺上葉、中葉部分切除術を行い、結節性リンパ組織過形成と診断した。背景疾患を検索したところ、抗SS-B抗体が陽性かつ唾液腺のfocus scoreが7であり、シェーグレン症候群と診断した。シェーグレン症候群と肺に多発する結節性リンパ組織過形成の関連が疑われたため、文献的考察を加えて報告する。

K-12

免疫チェックポイント阻害薬によって傍腫瘍神経症候群の悪化が見られた進展型小細胞肺癌の1例

¹⁾愛媛県立中央病院 呼吸器内科、²⁾愛媛県立中央病院 脳神経内科
濱田 徹¹⁾、井上 考司¹⁾、渡部 真志²⁾、切士 博仁¹⁾、宗石 翔¹⁾、相原 健人¹⁾、
能津 昌平¹⁾、中村 純也¹⁾、近藤 晴香¹⁾、橘 さやか¹⁾、勝田 知也¹⁾、中西 徳彦¹⁾

【背景】免疫チェックポイント阻害薬は種々の自己免疫疾患を増悪させることが知られている。【症例】73歳・女性。【症状経過】進展型小細胞肺癌の診断後、PS3のためカルボプラチン+エトポシド(CE療法)による化学療法を開始した。2コース後の効果判定でPRを確認し、全身状態もPS1に改善したため、3コース目よりアテゾリズマブを併用し治療継続した。制癌状況は維持したがアテゾリズマブ維持療法1コース後に四肢の痺れや自律神経症状が進行しPS3に低下したため維持療法は中止した。irAE神経障害を疑ったが、多数の傍腫瘍抗体陽性が判明し、感覚障害優位の神経症状なども併せて免疫チェックポイント阻害剤治療で増悪した傍腫瘍神経症候群と診断した。ステロイド、IVIgなどの介入で神経症状の経過観察中であるが、小細胞肺癌はアテゾリズマブ中止後2年経過し再燃は認めていない。【結語】免疫関連有害事象としての末梢神経障害を疑う場合、傍腫瘍症候群の増悪を鑑別に挙げる必要がある。

K-13

前縦隔に発生した骨髄脂肪腫の1切除例

¹⁾NHO 呉医療センター 呼吸器外科、²⁾NHO 呉医療センター 病理診断科
小田部誠哉¹⁾、石田 聖幸¹⁾、鍵本 篤志¹⁾、倉岡 和矢²⁾、三村 剛史¹⁾

【はじめに】骨髄脂肪腫は骨髄造血組織と成熟脂肪組織から成る良性腫瘍である。副腎発生が大半であり後縦隔発生症例も散見されるが、前縦隔発生は極めて稀である。今回、縦隔発生骨髄脂肪腫を経験したので報告する。【症例】74歳女性、4年前に自己免疫性溶血性貧血と診断された際のCTで認められていた前縦隔の19mm大の結節が、30mmへ増大したため当科紹介となった。多房性胸腺嚢胞やMALTリンパ腫を疑い、診断治療目的に手術を行う方針とした。ステロイドの影響で前縦隔脂肪織が豊富であり視野確保に難渋することが危惧されたため、胸骨正中切開への移行も考慮しながら、両側胸腔アプローチにて、腫瘍を含めた前縦隔組織の切除を完遂した。摘出検体の肉眼所見では3cm大の褐色充実性腫瘍が認められ、病理組織学的には成熟脂肪組織と異型の乏しい骨髄造血3系統組織が混在し、骨髄脂肪腫と診断された。【結語】骨髄脂肪腫は稀な疾患であり最も多い副腎発生では自然破裂や出血の報告が散見される。増大傾向にある前縦隔腫瘍では、積極的な外科的切除が勧められるが、適切なアプローチ選択が肝要である。

K-14

Endobronchial ultrasound-guided intranodal forceps biopsyで診断が得られた濾胞性リンパ腫の1例

¹⁾国立病院機構岡山医療センター、²⁾岡山市立総合医療センター岡山市立市民病院
松岡 涼果¹⁾、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、讓尾 昌太²⁾、市川 健¹⁾、松本奨一朗¹⁾、
井上 智敬¹⁾、中村 愛理¹⁾、藤原 美穂¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、工藤健一郎¹⁾、佐藤 賢¹⁾、
藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾

【症例】71歳男性。X年5月に限局期濾胞性リンパ腫の診断で放射線治療を施行した。定期フォローのPET-CT検査でFDG集積を伴う左縦隔リンパ節腫大(#12L)を認めX年11月に精査目的に当院へ紹介となった。リンパ節が1cm大であり縦隔鏡が検討されたが、慢性過敏性肺炎の既往があり内視鏡的診断を先行した。縦隔リンパ節に対しViziShot2 21G針を用いて超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を施行した。しかし微小検体しか得られず迅速細胞診は陰性であったため、CoreDxを用いた鉗子生検(endobronchial ultrasound-guided intranodal forceps biopsy: EBUS-IFB)を追加した。EBUS-IFBで得られた病理組織検体により濾胞性リンパ腫の診断が得られた。【考察】肺癌リンパ節転移に対するEBUS-TBNAの診断率は90%を超えるのに対し、悪性リンパ腫に対するEBUS-TBNAの診断率は60%程度である。EBUS-IFBはEBUS-TBNAの穿刺痕に沿ってmini-forcepsを超音波ガイド下に挿入し、リンパ節の鉗子生検を行う手技である。EBUS-TBNAにEBUS-IFBを追加することにより診断率が向上することが報告されており、本症例のように悪性リンパ腫が疑われる症例において有用な検査であると考えられる。

K-15

CBDCA, nab-PTX, pembrolizumab併用化学療法が奏功し、手術療法を施行できた肺扁平上皮癌の1例

¹⁾独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器センター 呼吸器内科、

²⁾独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器センター 呼吸器外科、

³⁾独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床検査部

岡野 義夫¹⁾、南城 和正²⁾、松村 有悟¹⁾、市原 聖也¹⁾、門田 直樹¹⁾、町田 久典¹⁾、
畠山 暢生¹⁾、成瀬 桂史³⁾、日野 弘之²⁾、竹内 栄治¹⁾、先山 正二²⁾

進行非小細胞肺癌に対する治療としては、プラチナ併用化学療法と免疫チェックポイント阻害薬との併用療法が推奨されている。今回、我々は、切除不能局所進行肺扁平上皮癌に対して、CBDCA, nab-PTX, pembrolizumab併用化学療法を施行し、腫瘍縮小を確認した後に手術療法を施行した症例を経験した。症例は、年齢75歳、男性、PS 1、扁平上皮癌、臨床病期は、T3N2M0 c-stageIIIB期、PD-L1 TPS 5%に対してCBDCA, nab-PTX, pembrolizumab併用化学療法を2コース投与し、腫瘍の縮小が得られたために手術療法を施行した。切除した左肺上葉の切除標本からは、腫瘍細胞は確認されず、Ef3と考えられた。CBDCA, nab-PTX, pembrolizumab併用化学療法が奏功し、残存腫瘍を認めず、現在まで再発していない症例を経験したので報告する。

K-16

術前診断が困難であった後縦隔発生骨髄脂肪腫の1例

国立病院機構浜田医療センター 呼吸器外科

松岡 佑樹、藤田 朋宏

【症例】60歳代、男性。CTで第10胸椎右側の傍脊柱に4年の経過で増大傾向を示す28×14×25mm大の比較的境界明瞭な腫瘤を認め、造影では内部にまだらの造影効果を認めた。111In骨髄シンチグラフィでは腫瘤に集積なく髄外造血巣は否定的であった。手術は左下半側臥位でCO2送気併用下に完全胸腔鏡下3ポートで行った。腫瘍は周囲浸潤なく被膜に包まれて軟な腫瘤であった。病理では成熟脂肪細胞が増生している脂肪腫の中に、多くは皮膜に囲まれた境界明瞭な正形成性の骨髄組織がみられ後縦隔骨髄脂肪腫と診断された。【考察】骨髄脂肪腫は主に副腎に3-5%の頻度で発生する良性腫瘍であり、副腎以外での発生はきわめてまれとされている。鑑別診断は髄外造血巣、神経原性腫瘍、悪性リンパ腫、脂肪肉腫、胸膜中皮腫とされる。手術適応については増大傾向、症状を有する、病理診断未確定などとされる。良性腫瘍であり診断が得られていれば経過観察可との報告もあるが、術前診断が簡単ではなく手術後に組織診断された報告が多い。【結語】後縦隔発生骨髄脂肪腫はまれな疾患だが、後縦隔腫瘍の鑑別診断の一つとして認識すべきである。

K-17

好酸球性肺炎合併type2炎症疾患に対するデュピルマブの忍容性に関する3症例の検討

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科
濱川 正光、田中 彩加、時岡 史明、石田 直

デュピルマブはIL-4、IL-13を阻害することでtype2炎症疾患に対する有用性が確立されている。デュピルマブの有害事象として一過性の好酸球増多症が知られているが、過去の症例報告ではデュピルマブ投与後に著明な好酸球増多を呈した上で、好酸球性肺炎(EP)を発症したとされるものが散見される。その一方で、慢性好酸球性肺炎(CEP)に対してデュピルマブが奏功したとする症例報告もあり、デュピルマブの投与後に好酸球性肺炎を発症した際と同薬剤の投与継続の可否は明らかではない。今回、我々はデュピルマブとEPが関連した臨床像の異なる3症例を経験した。症例1では、喘息に対してデュピルマブを投与したところEPを発症したため同薬剤を中止した。症例2では、好酸球性慢性鼻副鼻腔炎に対してデュピルマブを投与したところ既往のEPが一過性に悪化した。デュピルマブの投与継続は可能であった。症例3ではCEPに対してデュピルマブの投与が奏功した。近年は複数の生物学的製剤の上市に伴いtype2炎症疾患に対する治療戦略は劇的に進化しているが、有害事象とその対処法についての報告は少なく、文献的考察を加えた上で報告する。

K-18

免疫関連有害事象として細気管支炎を発症した耳下腺扁平上皮癌の1例

¹⁾ 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾ 鳥取大学医学部附属病院 がんセンター、
³⁾ 鳥取大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科、⁴⁾ 山陰労災病院 耳鼻咽喉科、
⁵⁾ 小波瀬病院 呼吸器内科
舟木 佳弘¹⁾、矢内 正晶^{1,2)}、小谷 昌広^{1,2)}、野中 喬文¹⁾、原田 智也¹⁾、小山 哲史³⁾、
江原 浩明⁴⁾、宮田 昌典⁵⁾、山崎 章¹⁾

【症例】73歳男性。【主訴】湿性咳嗽。【現病歴】20XX年、左耳下腺扁平上皮癌に対して、左耳下腺全摘出術及び術後放射線療法を行われたが、局所再発し、20XX+1年から光免疫療法、20XX+2年11月からは、Pembrolizumabを投与されていた。20XX+3年2月頃より湿性咳嗽と呼吸困難、食欲不振が出現し、CTで細気管支炎を認めたため、当科紹介となった。Pembrolizumab投与前には見られなかった混合性換気障害と併せてDPBに類似した細気管支炎を疑い、ICS/LABA/LAMA、エリスロマイシン、去痰薬を投与した。わずかに呼吸困難が軽減したものの、湿性咳嗽が続き、呼吸不全を呈したため、免疫関連有害事象(irAE)としての細気管支炎と診断し、PSL1mg/kg/日で治療を開始した。結果、約10日間で症状が消失し、酸素化、画像所見、換気障害の改善が得られ、PSL漸減が可能であった。【考察】irAEとしての細気管支炎は極めて稀な病態であり、既報では、軽症例では休薬と吸入ステロイド、エリスロマイシン投与で軽快するが、重症例ではステロイドや免疫抑制剤投与を要するとされている。免疫チェックポイント阻害薬投与中に難治性細気管支炎を診察した際はirAEである可能性を念頭に置くことが重要である。

K-19

Covid-19 抗原陽性で重症肺炎を併発して入院された腭頭部がん術後肝転移の患者の診療の検証

廿日市記念病院 内科 緩和ケア病棟
小原 弘之

今回我々は終末期の腭頭部がん術後再発でCovid-19抗原陽性で重症肺炎を併発していた事例を担当し、本例の診療を検証した。症例は70歳代男性、X-2年4月に腭頭部がんで幽門輪温存十二指腸切除術を受けたが、肝転移で再発した。化学療法を行うが腫瘍は増大して、X-1年12月に化学療法は終了した。X年2月に上下肢の浮腫の悪化で2週間入院、退院4日後に38.5度の発熱を認めた。Covid-19とfluの抗原検査は陰性でCTRX2g/日投与で2日後に36度台に解熱した。持続する呼吸困難にdexamethasone 2mg/日投与も症状軽減せず、発熱6日後に当院に入院された。入院時検査でcovid-19抗原検査陽性と判明した。CTで広範なすりガラス影を認め、Covid-19による重症肺炎が疑われた。RemdesivirとTAZ/PIPCを投与した。集学的治療は困難で基幹病院への転院の選択肢を提示したが、家族は希望されなかった。入院4日目に呼吸不全が悪化して死亡永眠された。本例は、がん終末期で緩和ケア病棟に入院された患者の重症肺炎の診療をどう進めていくべきか慎重な検証を行うべき事例と考えられた。

K-20

重症呼吸不全に対して気管挿管下の人工呼吸管理を行った高齢患者の予後に関する後ろ向き検討

島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学
中島 和寿、堀江 美香、奥野 峰苗、中尾 美香、天野 芳宏、濱口 愛、長尾 大志、
栗本 典昭、津端由佳里、磯部 威

【背景】高齢者の呼吸不全は日常診療でしばしば遭遇する。重症呼吸不全は気管挿管下の人工呼吸管理の適応であるが、救命に繋がらない可能性や治療後にADLを大きく損なう危険性もある。【方法】2014年11月-2020年3月に当院当科で重症呼吸不全に対し気管挿管下の人工呼吸管理を行った高齢患者について、准高齢者(65-74歳)と高齢者(75歳以上)を比較し背景因子・予後・転帰について後方視的に検討した。【結果】対象症例は准高齢者群/高齢者群：17例/32例であった。年齢中央値：69歳/84歳、発症前ADL完全自立例：13例(76%)/18例(56%)であった。両群とも発症前にAdvance care planningを受けていた症例はなかった。人工呼吸器使用日数中央値：6日/9日、院内死亡例：7例(41%)/13例(41%)、当院入院期間中央値：16日/36日であった。生存例(10例/19例)の当院退院時における、ADL完全自立例：4例(40%)/0例(0%)、寝たきり例：0例(0%)/9例(47%)、自宅退院例：7例(70%)/5例(26%)であった。【結語】高齢者群では、入院期間が長く、生存例でもADLが低下し自宅退院できなかった割合が多かった。高齢者呼吸不全における気管挿管の適応については慎重に検討する必要がある。

K-21

クライオバイオプシーが診断に寄与した、びまん性スリガラス陰影を呈したびまん性肺石灰化症の1例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科
高橋 寛、有田真知子、石田 直

【緒言】びまん性肺石灰化症(DPO)は肺胞隔壁にびまん性の石灰化を伴う稀な疾患であり、多くの症例が外科的肺生検(SLB)や解剖時に病理学的診断をうける。今回、クライオバイオプシー(TBLC)が診断に寄与しえたDPOを経験したので報告する。【症例】X-1年10月に原因不明の高カルシウム血症(補正Ca18.7mg/dL)で入院歴ある87歳女性。高カルシウム血症は補正後、その後は正常値であり。入院時点ではスリガラス陰影は認めなかった。既往歴に間質性肺疾患、心疾患、悪性腫瘍、甲状腺疾患は認めず、透析も受けていなかった。X年1月の胸部CTで偶発的に両側びまん性スリガラス陰影・微小結節を指摘されたため、無症状であったが、精査加療目的で当科紹介となった。気管支鏡検査では右主気管支内腔周囲に白色病変が点在していた。右B8, B9, 右主気管支粘膜部にTBLCを実施し、粗大な石灰化を認めたことから、DPOと診断した。その後、当科外来で無治療経過観察していたが、胸部CT検査でスリガラス陰影は改善を得られている。【考察】TBLCは他の間質性肺疾患だけでなくDPOにおいても有用な診断ツールとなりえる。

K-22

肺病変を伴い治療前の画像経過を観察しえたSweet症候群の1例

¹⁾ 国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、

²⁾ 国立病院機構山口宇部医療センター 腫瘍内科、³⁾ 国立病院機構山口宇部医療センター 内科
恐田 尚幸¹⁾、松森 耕介¹⁾、山本 佑¹⁾、水津 純輝¹⁾、原田 美沙¹⁾、上原 翔¹⁾、
兼定 晴香¹⁾、末竹 諒¹⁾、坂本 健次¹⁾、近森 研一²⁾、青江 啓介²⁾、前田 忠士²⁾、
亀井 治人³⁾

【症例】59歳女性。6週前より咳嗽持続。4週前より時々38℃台発熱。10日前、細菌性肺炎が疑われ近医入院。複数の抗菌薬で改善せず、陰影が悪化したため当院転院となった。両眼周囲・後頸部・両上肢に隆起性紅斑を認めた。WBC 7930/ μ l(好中球分画 78.6%)、LDH 615U/L、CRP 16.07mg/dl。両側下葉、胸膜直下優位にエアブロンコグラムを伴うコンソリデーションを認め器質化肺炎が疑われた。右側のみ胸水貯留を認めた。気管支鏡検査を行い、BALF細胞分画はマクロファージが99%を占めた。38~39℃台発熱が継続し消耗が激しかったため、皮膚生検後、病理結果を待たずPSL 25mg/日(0.5mg/kg/日)を開始したところ、翌日解熱し、肺病変・皮膚病変とも比較的速やかに軽快した。後日病理結果が判明し、TBLBは非特異的所見だったが、皮膚生検では好中球や組織球が真皮浅層~中層に密に分布しており、皮疹の分布からSweet症候群と考えられた。【考察】Sweet症候群は原因不明、まれな炎症性疾患で、発熱、末梢血好中球増多、典型的皮疹、真皮への好中球浸潤を特徴とする。肺病変の報告は限られるが多様な病像が指摘されている。本症例は経過・検査結果から肺病変も一連の病態と推測された。

K-23

左椎骨動脈解離で脳神経外科入院中に緑膿菌肺炎を来した1例

高松赤十字病院 呼吸器科

林 章人、川田 浩輔、松田 拓朗、六車 博昭、南木 伸基、山本 晃義

【症例】48歳、女性。【主訴】左胸痛。【現病歴】気管支喘息、アレルギー性鼻炎で近医通院中。吸入ステロイド、内服薬でコントロールされていた。20XX年1月初旬に後頸部を中心にした強い頭痛あり、当院脳神経外科受診。精査したところ左椎骨動脈解離と判明し入院。加療していたが、1月中旬病棟内を歩行中、突然の左胸痛を自覚した。胸部レントゲン、CTを撮影したところ左上葉に径17mmの空洞影を認めた。喀痰検査で緑膿菌が検出され、緑膿菌による肺炎・肺化膿症と考えられた。翌日には空洞影が40mm大に急拡大し、周囲に浸潤影も伴ってきた。CAZ、PIPC/TAZを投与したが、その後薬剤耐性を獲得してきたことと、空洞内に液体貯留を認め画像悪化も来したため、CFPM、CPFXに変更し、CTガイド下で空洞内にPIGカテーテルを挿入し排液した。排液からも緑膿菌が検出された。その後状態は徐々に改善し、空洞影も縮小、周囲の浸潤影も改善を認めたため、CPFXの内服へ変更し、3月初旬に退院、外来フォローアップとなった。【考察】若年で入院中に発症し急速な経過を辿った緑膿菌肺炎を経験した。ハイリスク患者以外への感染例はまれと考えられ、文献的考察を加えて報告する。

K-24

自宅浴槽で溺水後に重症呼吸不全を呈し死亡したレジオネラ肺炎の一例

NHO愛媛医療センター 呼吸器内科

田邊美由紀、仙波真由子、三好 誠吾、佐藤 千賀、渡邊 彰、伊東 亮治、阿部 聖裕

症例は69歳男性、重喫煙者。2021年にアテローム性血栓性脳梗塞を発症後、2回の意識消失歴があった。2024年2月に自宅浴槽で口まで浸り、意識消失している状態で発見され、当院に救急搬送された。受診時、JCS-3RI、搬送1時間後に急速なSpO₂の低下(リザーバマスクO₂ 10L/min)、単純CT画像で両肺下葉優位にすりガラス陰影を認めた。溺水に伴う誤嚥性肺炎を疑い、SBT/ABPCとmPSLの静注を開始した。入院翌日には意識レベルは回復し、SpO₂ 98% (O₂ 1L/min)と酸素化改善を認めたが、第4病日に39度の発熱、急激な呼吸状態の悪化(リザーバマスクO₂ 10L/min)を認めた。胸部単純レントゲン所見で右上肺野優位に浸潤影の拡大がみられたため、抗菌薬はMEPMとLVFXに変更しMCFGを追加した。NPPV (FiO₂ 90-100%)に変更し、好中球エラスターゼ阻害剤も併用した。同日に尿中レジオネラ抗原が陽性と判明したが、諸治療でも高熱や呼吸状態の改善は得られなかった。第8病日にAZM併用投与したが、急性腎障害、ショックを併発して第9病日に死亡した。レジオネラ肺炎は公衆浴場での発症報告は多いが、自宅浴槽でも発症することがあるため注意を要する。

K-25

ST合剤とLVFXにより治療し得た *Stenotrophomonas maltophilia* による肺炎の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾山陰労災病院 呼吸器・感染症内科
森山 士朗¹⁾、石川総一郎²⁾、山根 康平²⁾、舟木 佳弘¹⁾、山崎 章¹⁾

【症例】80歳男性。【主訴】意識障害。【現病歴】関節リウマチのためタクロリムスとフィルゴチニブ、2型糖尿病で経口血糖降下薬とインスリンを投与されていた。低血糖による意識障害のため救急搬送された際に撮影した胸部CTで右下葉を中心とした浸潤影を認め、細菌性肺炎と診断した。喀痰培養からはMSSAが検出され、その他菌種による感染も考慮してABPC/SBTやMEPMを投与するも改善が乏しく、右下葉浸潤影の悪化、左下葉浸潤影および左胸水の出現が見られたため喀痰培養を再検したところ、*S. maltophilia*が複数回検出された。これを起因菌としてST合剤9錠/日の内服を開始し、血液検査所見、画像所見ともに改善したが、食欲不振が持続したためLVFXの内服に変更した。浸潤影軽減に比して胸水減少速度が緩やかであり、免疫抑制剤投与継続による免疫抑制と併せて膿胸の可能性も否定できなかったため、胸水が消失するまで約3か月間抗菌薬を投与し、治癒した。【考察】*S. maltophilia*は免疫不全や悪性腫瘍、広域抗菌薬使用などに関連して感染を引き起こす。治療期間は通常2週間程度だが、免疫抑制状態の患者においては、長期間の治療を要することがあることに留意する必要がある。

K-26

広範なすりガラス陰影を呈した *Nocardia cyriacigeorgica* による肺ノカルジア症の1例

¹⁾岡山赤十字病院 呼吸器内科、²⁾岡山赤十字病院 検査部、
³⁾千葉大学真菌医学研究センター バイオリソース管理室

山田光太郎¹⁾、前川 玄輝¹⁾、横出 彩加¹⁾、田岡 征高¹⁾、安東 千裕¹⁾、萱谷 紘枝¹⁾、
細川 忍¹⁾、佐久川 亮¹⁾、宮本 拓実²⁾、林 加奈子²⁾、香川 麻衣²⁾、大山 智之²⁾、
小田 昌弘²⁾、林 敦志²⁾、矢口 貴志³⁾、別所 昭宏¹⁾

【緒言】肺ノカルジア症の画像所見は多彩であり浸潤影や空洞、膿瘍、結節影、胸水等を伴う場合があるとされる。今回、広範なすりガラス陰影を呈した症例を経験したため報告する。【症例】89歳男性。左上葉の空洞病変と内部の結節影、非結核性抗酸菌症に関して近医で経過を見られていた。ふらつきを主訴に近医を受診し肺炎を認めたため当院へ紹介となった。広範なすりガラス陰影が出現しており、喀痰グラム染色で放線菌を疑うグラム陽性菌を認めた。Tazobactam/PiperacillinとMinocyclineで治療したが肺炎は悪化した。入院8日目に培養で放線菌の発育を認め、Kinyoun染色でノカルジア属が疑われた。Sulfamethoxazole/Trimethoprim (ST合剤)の点滴を開始したところ肺炎は改善傾向となったが、副作用による血小板低下を認めた。*Nocardia cyriacigeorgica*と同定できたため、既報の感受性を参考にCeftriaxoneへ変更した。その後、実際の感受性結果を確認しST合剤の内服を少量から開始したところ副作用なく経過した。ADLは低下しており入院62日目に転院となった。【考察】肺ノカルジア症は多彩な肺炎像をとるため喀痰染色・培養の結果などから同疾患を疑うことが重要と思われた。

K-27

急性膿胸症例における胸水培養に対して、血液培養ボトルへの注入検体を併用する事の有用性に関する検討

社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科
石田 正之、馬場 咲歩、藤原 絵理、中岡 大士

【背景】以前より胸水培養時に血液培養ボトル注入検体を用いる事で検出感度の向上が言われているが、きちんとした検証は少ない。当院の急性膿胸症例で検討を行った。【対象・方法】2019年1月～2023年12月の間、急性膿胸と診断され、通常採取検体とボトル注入検体の両方が提出された全症例。培養陽性率、検出菌種、事前抗菌薬投与の有無による陽性率の差異を検討した。【結果】断例は112例で、両検体が提出された解析可能症例は102例で、全培養陽性例は69症(68%)。通常培養での陽性は39例(38%)で、ボトル培養の陽性は68例(67%)であったボトル培養では通常培養に比べて、特に *anginosus* group、嫌気性菌の検出例の増加が認められた。検体採取前の抗菌薬投与は45例で、うち菌の検出が得られた例は21例(46%)であった。両検体とも陽性が10例、通常検体のみ陽性1例、ボトルのみ陽性が10例であった。なお、ボトル培養にて、コンタミネーションと考えられる菌の発育が2例で認められた。【考察】膿胸において、胸水を血液培養ボトルに注入する事で、病原菌の同定率の向上が期待できる。ただし採取時のコンタミネーションやコスト面など検討すべき問題も少なくない。

K-28

肺炎像と骨破壊像を伴った化膿性胸鎖関節炎に対して内服抗菌薬のみで治癒を得た一例

愛媛大学 心臓血管・呼吸器外科
武田 将司、高橋 望、石村 孝夫、杉原 貴仁、桐山 洋介、藻利 優、坂尾 伸彦、
大谷 真二、佐野 由文、泉谷 裕則

【背景】化膿性胸鎖関節炎は稀な疾患であり診断基準や適切な治療に関する報告は少ない。これまでは、周囲への炎症波及により重症化するリスクが高いことからなるべく早期に手術介入すべきとされてきた。一方で、近年は比較的軽症のものに対しては抗菌薬による保存的加療により治癒が期待できるとする報告が散見される。【症例】59歳、男性。左鎖骨頭周囲の疼痛を主訴に前医を受診し、CTで化膿性胸鎖関節炎が疑われたため、精査加療目的に当科紹介受診となった。左胸鎖関節周囲に圧痛・腫脹を認め、CTでは左前頸筋群内部～左胸鎖関節にかけて連続する多房性の膿瘍形成を認めた。さらに左肺尖部に浸潤影を認め炎症の波及が考えられた。血液検査で炎症反応上昇は比較的軽度であったことなどから、まずは抗菌薬内服による通院での治療を開始した。創部穿刺液培養からはメチシリン感受性黄色ブドウ球菌が検出され、抗菌薬での治療継続は可能と判断した。以後1週間ごとに血液検査、頸部エコー、CTでの厳密なフォローを行った。治療開始後22日目に血液検査・理学所見の改善を確認し、抗菌薬の内服を中止とした。6か月のフォローで炎症の再燃なく経過し終診とした。

呼吸器学会 研修医セッション

KT-01

健診発見された無症状の肺胞蛋白症の1例

¹⁾川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、²⁾川崎医科大学 総合内科学4、

³⁾川崎医科大学 総合内科学1

矢杉 政人¹⁾、河原辰由樹²⁾、斎藤 貴子²⁾、三浦 貴史²⁾、三村 彩香²⁾、市山 成彦²⁾、
小坂 陽子²⁾、長崎 泰有²⁾、越智 宣昭²⁾、中西 秀和²⁾、山根 弘路²⁾、太田 浩世³⁾、
瀧川奈義夫²⁾

【症例】51歳女性。【喫煙歴】なし。【現病歴】健診の胸部X線写真で異常陰影を指摘され、当院へ紹介された。5年前に施行された胸部CTでは両側の胸膜直下にわずかなすりガラス影が散見されていた。今回は小葉間隔壁の肥厚を伴うびまん性すりガラス影が軽度増悪していた。血清KL-6値は443U/mLと正常であったが、SP-A値は54.6ng/mL、SP-D値は171ng/mLと軽度上昇していた。PaO₂ 90.6mmHg、%VC 108.3%、FEV₁%G 104.6%、DLCO 96.5%と、いずれも正常であった。気管支肺胞洗浄液はわずかに混濁した白色調であり、経気管支肺生検では淡好酸性の蛋白様物が検出され、SP-Aに対する免疫染色が陽性であった。血清抗GM-CSF抗体が陽性(48U/mL)であり、自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。7か月後も無症状でありCTでの間質影は不変であった。【考察】肺胞蛋白症の臨床像として、1)胸部異常陰影は認めるが無症状のもの、2)感染契機に突然発症するもの、3)症状が潜行性に出現するものがあり、本症例は1)に該当するが、無症状での経過が追えた症例は稀と考えられ報告する。

KT-02

小結節を呈し、肺癌と鑑別を要したアレルギー性気管支肺真菌症の一例

国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科

黒田 純、瀧川 雄貴、渡邊 洋美、市川 健、松本奨一郎、井上 智敬、中村 愛理、
藤原 美穂、松岡 涼果、工藤健一郎、佐藤 晃子、佐藤 賢、藤原 慶一、柴山 卓夫

症例は53歳、女性。気管支喘息の既往がある。左中肺野の結節影を指摘され、当院紹介となった。胸部CTでは左舌区に13mmの結節を認めた。画像上は、肺癌及びカルチノイド、過誤腫などが鑑別に挙げられた。左B5aから極細径気管支鏡(BF-MP290F)を用いてREBUSを先行させて結節内に誘導しwithinを確認した。気管支鏡を末梢へ進めると吸気時に内視鏡画面にて黄色のポリープ病変を認めた。細径鉗子では十分な組織が採取できず、極細径クライオプローブにて追加生検を行ったところ、粘液栓が疑われた。可能な限りクライオで粘液栓除去を行った。病理組織で、好酸球の集塊、Charcot-Leyden crystalを確認し、グロコット染色でY字の糸状真菌を確認した。血液検査を後方視的に検討したところ、好酸球、IgEの上昇を認め、追加検査したAsp-IgEが陽性であることから、Asanoらのアレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)の診断基準を満たした。病変が小さく、本人も現時点での追加治療希望はなかったため、経過観察となった。3か月後の胸部X線では結節は消退傾向にあり粘液栓除去の効果と考えられた。孤立性結節を認めるABPMの報告はほとんどなく、稀な症例と考えられた。

KT-03

急速に進行し中枢気道狭窄を来したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例

¹⁾ 徳島県立中央病院 初期臨床研修センター、²⁾ 徳島県立中央病院 呼吸器内科、

³⁾ 高松市立みんなの病院

福山 達也¹⁾、香川 仁美²⁾、森 彩花³⁾、村上 尚哉²⁾、山本 浩生²⁾、今倉 健²⁾、
柿内 聡司²⁾、葉久 貴司²⁾

【背景】アレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) は気管支喘息患者等の気道に腐生した真菌が I 型・III 型アレルギーを誘発し発症する慢性気道疾患である。【症例】81 歳、女性。3 週間続く乾性咳嗽・倦怠感のため X 年 2 月近医を受診した。胸部 CT で右下葉浸潤影、右底幹以遠に気管支内高吸収貯留物を認めた。去痰薬・抗菌薬で改善せず労作時呼吸困難が生じ、2 週間で気管支内貯留物が中間幹まで進展し右下葉無気肺に進行した。気管支鏡検査で粘液栓を認め、中葉支が開存するまで回収した。粘液栓内に糸状菌塊を認め、培養で *Aspergillus flavus* が検出された。他、好酸球増多、IgE 高値、アスペルギルス特異的 IgE 陽性を認め ABPA の診断基準を満たした。ITCZ 200mg、PSL 25mg で治療を開始し、1 ヶ月後の胸部 CT で粘液栓、浸潤影の消退を確認した。【考察】本症例は喘息の既往がなく、急速に進行したため当初悪性腫瘍を疑った。速やかな気管支鏡検査の施行により早期に確定診断し、右完全無気肺に至る前に粘液栓を除去できた。既報では完全無気肺に進展した ABPA 症例のうち喘息既往例は 19 例中 7 例と少なかった。急速に進行する無気肺に対して喘息既往がなくとも ABPA を鑑別に挙げる必要がある。

KT-04

骨髄移植後に過敏性肺炎が寛解した 1 例

¹⁾ 岡山大学病院 卒後臨床研修センター、²⁾ 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、

³⁾ 岡山大学病院 血液・腫瘍内科

浦上 侑子¹⁾、犬飼 優美²⁾、肥後 寿夫²⁾、松岡 賢市³⁾、大森 洋樹²⁾、田中 孝明²⁾、
宇野 真梨²⁾、森 俊太²⁾、楨本 剛²⁾、二宮貴一朗²⁾、頼 冠名²⁾、市原 英基²⁾、
堀田 勝幸²⁾、田端 雅弘²⁾、大橋 圭明²⁾、宮原 信明²⁾

【症例】50 代男性。【現病歴】20XX-3 年 8 月、咳嗽と労作時呼吸困難の精査目的に前医を紹介受診した。CT で両肺に網状影、すりガラス影を認めたが無治療で改善した。20XX-1 年 5 月、呼吸困難と肺野陰影の悪化で前医に入院となったが、入院後自然軽快し、職場での宿泊や職場の人との接触で発熱する経過があり、過敏性肺炎が疑われた。20XX 年 3 月に職場での試験外泊が陽性であったことから過敏性肺炎と診断され、精査加療目的に当院紹介となった。【経過】同年 5 月に実施した気管支肺胞洗浄でリンパ球は 20% と上昇がみられた。プレドニゾロン (PSL) 40mg からステロイド治療を開始し、肺炎像は一時改善傾向となったが、退院後 PSL 30mg 内服中に悪化を来したため、ステロイドパルスを行った。同年 9 月、PSL 漸減中に併存疾患の骨髄異形成症候群に対して骨髄移植を行った。骨髄移植後は過敏性肺炎の再燃はなく、職場に滞在しても悪化はみられなかった。【考察】本症例では、造血幹細胞移植によって免疫細胞が置換され、III/IV 型アレルギー疾患である過敏性肺炎が寛解した可能性が考えられた。過去に同様の報告はなく、文献的考察を交えて報告する。

KT-05

外因性リポイド肺炎の治癒過程で急性過敏性肺炎を発症した1例

¹⁾ 広島大学病院 医科領域臨床教育センター、²⁾ 広島大学病院 呼吸器内科、

³⁾ 広島大学病院 救急集中治療科

二宮 昌彦¹⁾、福代 有希²⁾、堀益 靖²⁾、下地 清史²⁾、山口 覚博²⁾、坂本信二郎²⁾、
益田 武²⁾、中島 拓²⁾、岩本 博志²⁾、大下慎一郎³⁾、藤高 一慶²⁾、服部 登²⁾

【症例】58歳、男性。【現病歴】2023年12月に流動パラフィン含有嗅ぎ薬の過剰吸入によると思われる外因性リポイド肺炎を発症し当院に入院した。退院2週間後に咳嗽、喀痰、呼吸困難が増悪し、胸部CT検査で両肺にすりガラス影を認め再度入院した。酸素投与と対症療法のみで改善し入院22日目に退院したが、翌日から咳嗽、喀痰が出現し、退院8日後に胸部X線検査ですりガラス影の再増悪を認めて再度入院した。退院後に繰り返し短期間で増悪する呼吸不全であることと画像所見から急性過敏性肺炎が疑われたが各種抗体検査は陰性であり、抗原同定のため自宅環境調査が実施された。羽毛布団や浴室内のカビ、古い空気清浄機など、抗原と疑われる個所が複数認められ、環境改善の指導を受けた後に自宅退院し、以降は再増悪なく経過している。【結論】外因性リポイド肺炎と急性過敏性肺炎は、それぞれ油脂や有機・無機抗原の吸入に対する免疫応答が原因で起こる稀な肺炎である。両疾患を逐次発症した報告は検索し得た限りは過去になく、世界初の非常に貴重な症例と考えられる。両疾患に共通する病態の考察等を加えて報告する。

KT-06

RA治療中に急性発症した抗MDA5抗体陽性間質性肺炎の1例

¹⁾ 鳥取県立中央病院 臨床研修センター、²⁾ 鳥取県立中央病院 リウマチ・膠原病内科、

³⁾ 鳥取県立中央病院 呼吸器内科

加納 成優¹⁾、長谷川泰之²⁾、有田 紫乃³⁾、松下 瑞穂³⁾、上田 康仁³⁾、澄川 崇³⁾、
杉本 勇二³⁾

症例は75歳女性。X-25年にRAと診断され、以後近医で少量ステロイド、MTX等で治療を受けていた。X年11月、咳、痰の増加、胸部XP上肺炎像が認められ当院紹介受診となる。胸部CTでは、蜂巢肺を背景として浸潤影、すりガラス影が認められた。感染やMTX関連肺障害が疑われ、MTX中止、外来にて抗菌薬の投与が行われた。その10日後、呼吸苦、血圧低下を主訴に当院に救急搬送された。受診時の胸部CTでは、両肺野広範囲にすりガラス影が著明に拡大していた。当科緊急入院の上、間質性肺炎急性増悪としてステロイドパルス療法を開始したが、呼吸状態はさらに悪化し、酸素化の維持が困難となった。その後の検査にて、抗MDA5抗体陽性が判明し、抗MDA5抗体陽性間質性肺炎と診断した。明らかな皮疹、筋炎症状は認めず、肺病変先行型と考えられた。ステロイドパルス療法を2回施行し、さらにIVCYとタクロリムスの併用を行ったところ、少しずつ呼吸状態は改善に向かい、無事自宅退院された。RAの経過中に発症する抗MDA5陽性間質性肺炎は比較的稀であり、文献的考察を加え報告する。

KT-07

過敏性肺炎と鑑別を要し胸腔鏡下肺生検で診断しえた慢性リンパ性白血病の肺浸潤

¹⁾ 社会医療法人近森会近森病院 臨床研修センター、²⁾ 高知大学 呼吸器・アレルギー内科、

³⁾ 高知大学 呼吸器外科

松田 莉奈¹⁾、中谷 優²⁾、中村 優美²⁾、山根真由香²⁾、山本麻梨乃³⁾、安田早耶香²⁾、
平川 慶晃²⁾、寺田 潤紀²⁾、西森 朱里²⁾、伊藤 孟彦²⁾、大山 洸右²⁾、梅下 会美²⁾、
岩部 直美²⁾、辻 希美子²⁾、水田 順也²⁾、佃 月恵²⁾、萩野 慶隆²⁾、高松 和史²⁾、
田村 昌也³⁾、大西 広志²⁾

【症例】67歳男性。【主訴】息切れ。【現病歴】2022年12月に息切れが出現し、前医を受診した。胸部CTで両肺に多発する斑状影を認め、KL-6 2596U/mLと上昇していたため、精査目的に当科を紹介受診した。鳥特異的IgG抗体が12mgA/Lと高値で、気管支肺胞洗浄液でリンパ球比率52.2%と上昇し、経気管支肺生検では肉芽腫や炎症細胞浸潤、悪性細胞は認めなかった。鳥関連過敏性肺炎と判断し、プレドニゾロンを開始した。治療開始後に呼吸状態、肺野陰影は改善したが、末梢血リンパ球数が12780/ μ Lと上昇し、異型リンパ球を認めたため、フローサイトメトリー、骨髄穿刺、骨髄生検を行い、慢性リンパ性白血病Rai分類0期、Binet分類Aと診断した。肺病変との関連は証明できず、過敏性肺炎と血液疾患が併存したと考えた。プレドニゾロンを漸減終了した3ヶ月後に両肺多発斑状影の再燃を認めた。胸腔鏡下肺生検を行ったところ、肺生検組織は骨髄生検組織の病理像と同様の所見であり、慢性リンパ性白血病の肺浸潤と考えた。術後肺病変は自然軽快した。【考察】経気管支肺生検で採取できる組織量は微小なことも多く、正確な病理組織学的検討のために胸腔鏡下肺生検は有用である。

KT-08

同心円状に拡大したreversed halo signを呈したニボルマブによる間質性肺障害の1例

松江赤十字病院 呼吸器内科

吉岡美加子、末田悠理子、酒井 浩光、徳安 宏和

【症例】60歳、男性。【主訴】血痰。【現病歴】20XX年1月胸部食道扁平上皮癌のため食道亜全摘術が施行された(pStage IIIB)。7月胸部CTで縦隔リンパ節転移を認め、放射線治療とFP療法が施行された。転移の残存を認めたため10月よりニボルマブ(NIVO)の投与が開始されたが、20XX+1年1月胸部CTで放射線肺炎を認めNIVOは中止された。血痰も認めるため当科に紹介となり放射線肺炎に対してPSL 20mgで治療を開始し、症状と画像の改善を認めた。PSLを漸減し5月中旬に終了した。しかし1週間後の胸部CTで両側肺野のリング状陰影(reversed halo sign; RHS)の出現を認めた。気管支鏡検査を施行して、組織学的に器質化肺炎の診断で、NIVOによる間質性肺障害と診断した。6月上旬の胸部CTでRHSは同心円状に拡大を認めた。PSL治療を開始したところ速やかに肺陰影の改善を認め、20XX+2年5月にはPSL 2.5mgまで減量し継続している。【結語】免疫関連有害事象としてRHSの出現は稀であるが、同心円状に拡大したという報告はなく、大変興味深い画像のため報告する。

KT-09

両肺すりガラス影を呈した慢性血栓性肺高血圧症の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 臨床研修センター、²⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科、

³⁾鳥取県立中央病院 リウマチ・膠原病内科

大坪 直人¹⁾、松下 瑞穂²⁾、有田 柴乃²⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、長谷川泰之³⁾、
杉本 勇二²⁾

【症例】70歳代男性。1か月前からの労作時呼吸困難と微熱のため当科受診となった。胸部CT検査で両肺にモザイク状のすりガラス影を認め、心臓超音波検査では右心系の拡大、三尖弁圧格差57.5mmHgと肺高血圧所見が見られた。精査を行ったところ、肺血流シンチグラフィで辺縁主体の多発欠損像あり、右心カテーテルで平均肺動脈圧32mmHgと上昇あり、肺動脈造影で亜区域枝以下の狭窄・閉塞あり、気管支鏡検査では明らかな腫瘍性病変や他の肺高血圧の原因となりうる所見なく、慢性血栓性肺高血圧症と診断した。【考察】本症例では胸部CT上モザイク状のすりガラス影を呈していたが、モザイク状のすりガラス影は慢性血栓性肺高血圧症に見られうる所見である。慢性血栓性肺高血圧症はまれな疾患ではあるが、労作時呼吸困難や肺野にすりガラス影を見たとき、鑑別の一つとして挙げる必要があると考えられた。

KT-10

ステロイド長期投与の免疫抑制状態で発症した肺ノカルジア症の1例

広島赤十字・原爆病院

山下 大貴、谷脇 雅也、眞田 哲郎、渡 直和、泉 祐介、若林 優、松本奈穂子、
大橋 信之、山崎 正弘

症例は83歳男性。IgG4関連疾患、及び慢性腎不全に対してステロイドなどで加療されていた。X年10月3日、経過観察目的の全身CTで右肺に1cm大の空洞結節影を指摘された。肺癌、細菌、真菌感染症が疑われ当科紹介となった。β-Dグルカンの上昇、喀痰培養でノカルジア属菌が陽性となったことから肺ノカルジア症と診断し、精査、加療目的で11月9日に入院した。入院後よりST合剤内服による加療を開始した。しかし、ST合剤によるおもわれる皮疹が出現した。また、深部静脈血栓症に対してワーファリンを内服しており、ST合剤との相互作用によりPT-INR延長による出血を認めたため、内服は困難となった。培養の結果、アミカシンへの感受性が良好であったため、11月15日よりアミカシンの点滴加療に変更した。本患者はIgG4関連疾患に対しステロイドを長期間内服しており、免疫抑制状態にあったと考えた。ガイドラインに従い、その後、在宅で12ヶ月間のアミカシンによる点滴治療を行っている。本症例は比較的まれな感染症であり、免疫不全状態における感染症を考える上で貴重な症例と考え、文献的考察を加え報告する。

KT-11

Lemierre症候群の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 初期研修センター、²⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科
古川 雅大¹⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、長谷川泰之²⁾、松下 瑞穂²⁾、有田 紫乃²⁾、
杉本 勇二²⁾

症例は20歳女性，特に基礎疾患は無かった．20XX年5月19日より咽頭痛を自覚し，近医を受診し扁桃炎として抗菌薬やステロイドを投与された．しかしその後も発熱や咽頭痛が持続し改善に乏しいため，同年6月1日当院へ紹介となった．画像検査では左深頸部に膿瘍，内頸静脈血栓を認めたほか，敗血症性肺塞栓と思われる肺野の多発陰影を認めた．同日入院の上，切開排膿を行い，抗菌薬投与，抗凝固療法で治療を開始した．血液培養は陰性であったが試験穿刺，術中の膿の培養でともにFusobacteriumが検出された．また歯科的検索で左下顎骨にカリエス像があり，今回の病態への関与も疑われた．約1ヶ月の抗菌薬治療で軽快し終診となった．Lemierre症候群は，嫌気性菌による咽頭～頸部の感染に引き続いて内頸静脈血栓，敗血症性肺塞栓など全身性の膿瘍をきたす疾患である．健康な若年者での発症例が多く，抗菌薬の発達した近代では比較的まれであり，発症率は人口100万人あたり0.6-2.3人とされているが，死亡率は422%と高い．症状は咽頭痛や発熱から始まることが多く，症状が長引く場合には本疾患も念頭に置く必要があると思われた．

KT-12

Capnocytophaga属菌による肺化膿症とKlebsiella pneumoniaeによる肝膿瘍を同時に合併し、治癒できた一例

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター

西郷 聖人、小柳 太作、白羽 慶祐、梅野 貴裕、西井 和也、田村 朋季、久山 彰一

【症例】48歳、男性。【現病歴】左前胸部痛を主訴に近医を受診し、両側肺炎と多発肺結節を認めるため当院に紹介となった。CTで多発肺腫瘍と肝腫瘍を認め、炎症反応高値であったため多剤抗菌薬治療を開始した。入院2日に肺腫瘍、入院11日目に肝腫瘍に対してCTガイド下生検を行った。肺腫瘍からはCapnocytophaga属菌、肝臓からはKlebsiella pneumoniaeが同定された。肺化膿症、肝膿瘍の診断で抗菌薬治療を行い、炎症反応の減少とともに病変は縮小したため入院61日目に退院の運びとした。抗菌薬を内服に切り替え治療継続を行い、半年後の胸腹部CTで肺腫瘍、肝腫瘍はわずかに瘢痕を残すのみとなった。【考察】Capnocytophaga属菌は犬や猫などの動物やヒトの口腔内などに常在する通性嫌気性のグラム陰性桿菌であり、菌種によっては急激に敗血症に至ることが多く致死率は30%にもなる。糖尿病やアルコール依存症など慢性疾患の罹患者、脾摘後、高齢者などの免疫低下状態の患者に感染することが知られている。本例では未治療の糖尿病が本菌に罹患した一因と考える。本菌が呼吸器検体から分離・同定されるのは稀であり報告した。

KT-13

病歴と喀痰塗抹所見より、適切な治療導入が行えた、*Acinetobacter baumannii*による市中肺炎の一例

¹⁾ 社会医療法人近森会近森病院 臨床研修部、²⁾ 社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科
佐々木康介¹⁾、馬場 咲歩²⁾、藤原 絵理²⁾、中岡 大士²⁾、石田 正之²⁾

症例は78歳男性、主訴は咳嗽、血痰。フィリピン滞在中に発症し、SARS-CoV-2感染症と診断された。2日後に帰国、症状改善なく、帰国翌日に当院を受診。重喫煙歴、未診断のCOPDがあった。身体所見は右肺野にcoarse crackleを聴取し、胸部画像では右上葉を中心に結節影、すりガラス影を認めた。頻回のフィリピンへの渡航があり、喀痰塗抹ではグラム陰性球桿菌が認められた。熱帯地域の滞在、喫煙、呼吸器疾患の存在に加えて、塗抹所見から、*Acinetobacter*による市中肺炎を考え、CFPMで治療を開始し入院。なおSARS-CoV-2ワクチンは5回接種済みで、PCRは陰性。翌日には*Acinetobacter baumannii*が同定された。以後は重症化も認めず、28病日に退院となった。*Acinetobacter*は主として院内感染で問題となるが、稀ながら市中感染症の原因となり、その際は重症、劇症経過をたどる事が多く、致死率も高い。市中感染は熱帯・亜熱帯地域で多く、基礎として喫煙者、アルコール多飲、慢性呼吸器疾患を有する例に多い。本症例はこれらの特徴を有しており、加えて喀痰塗抹所見から、当初から*Acinetobacter*を想定した対応をとる事ができた事が良好な転帰に寄与したと考えられる。

KT-14

COVID-19に感染性心内膜炎を合併した1例

¹⁾ 鳥取県立中央病院、²⁾ 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
山根 尚真¹⁾、澄川 崇¹⁾、西上 美侑²⁾、松下 瑞穂¹⁾、上田 康仁¹⁾、長谷川泰之¹⁾、
杉本 勇二¹⁾

症例は51歳女性、近医でうつ病の治療中であった。新型コロナウイルスワクチンは未接種。X年6月27日より発熱、呼吸困難が出現した。6月30日にCOVID-19と診断。対症療法となっていたが呼吸困難が増悪したため7月2日に入院となった。受診時、SpO₂ 80%台で、胸部CTでは両側末梢優位のすりガラス陰影を認めた。重症と診断し、救命救急センターでレムデシビル、デキサメタゾン、バリシチニブ、トシリズマブで治療を行い、呼吸状態の改善がみられたため、第6病日に一般病棟に転棟となった。デキサメタゾン漸減等で治療を継続していたが、第14病日に再度呼吸状態が悪化したため集中治療室に転棟となった。CTでは無気肺が認められ、体位変換やHFNCで対応していたが、第18病日の昼食後に突然心肺停止となった。救命処置を行ったが心拍は再開せずに永眠された。病理解剖を行ったところ、大動脈弁に疣贅を認め、感染性心内膜炎の合併により生じた疣贅が大動脈弁口に閉塞し心肺停止となったと考えられた。COVID-19に感染性心内膜炎を併発した症例の報告は少なく、病理解剖結果をふまえ、考察する。

KT-15

特発性肺線維症に肺非結核性抗酸菌症を合併した5例

¹⁾愛媛県立中央病院 臨床研修センター、²⁾愛媛県立中央病院 呼吸器内科
古賀 裕朗¹⁾、中西 徳彦²⁾、宗石 翔²⁾、切土 博仁²⁾、相原 健人²⁾、濱田 徹²⁾、
能津 昌平²⁾、中村 純也²⁾、近藤 晴香²⁾、橘 さやか²⁾、勝田 知也²⁾、井上 考司²⁾

【背景】肺非結核性抗酸菌症 (NTM) は特発性肺線維症 (IPF) の死亡率上昇との関連が示唆されており、IPF の2%がNTMを合併すると報告されている (Park SW. J Korean Med Sci 2012)。当院で経験した、IPFにNTMを合併した5例を報告する。【症例】65-83歳、男性5例。4例に抗線維化薬投与中 (nintedanib 3例、pirfenidone 1例)、1例に急性増悪後のステロイド投与中、3例に酸素療法導入中であった。NTMの診断はIPFの診断後、0-11年。MAC 4例 (線維空洞型 3例、浸潤影 1例)、M. kansasii 1例。NTMの診断は気管支鏡による洗浄液の培養4例、喀痰培養1例であった。MACの1例は4剤 (AZM、RFP、EB、AMK)、1例は3剤 (CAM、RFP、EB)、1例は2剤 (AZM、EB) で治療中であり、もう1例は抗菌薬投与前にIPFの悪化により死亡となった。M. kansasiiの1例は3剤 (INH、RFP、EB) 治療によりNTMは軽快し抗線維化薬を継続中である。【考察】NTMは本邦でも増加傾向にあり (Namkoong H. Emerg Infect Dis 2016)、IPF患者においては予後不良因子となる可能性がある。

KT-16

急速な呼吸不全に対する全身性ステロイドの併用が有用であった、重症レジオネラ肺炎の1例

¹⁾松山赤十字病院 臨床研修センター、²⁾松山赤十字病院 呼吸器センター
越智ももこ¹⁾、茅田 祐輝²⁾、牧野 英記²⁾、佐原 咲希²⁾、片山 一成²⁾、大下 一輝²⁾、
甲田 拓之²⁾、梶原浩太郎²⁾、兼松 貴則²⁾

【症例】73歳男性。【主訴】倦怠感、食欲不振、発熱。【生活歴】飲酒、喫煙あり。【現病歴】毎日温泉に通う習慣があった。20XX/9/21から倦怠感、食欲不振、発熱が出現したため近医を受診した。左肺炎を指摘され、精査加療目的で9/27当院を紹介受診した。胸部CTで左肺上葉優位にairspace consolidationを指摘され、低Na血症、PCT・CRP上昇を伴っており、レジオネラ肺炎予測スコアは6点であった。尿中レジオネラ抗原は陽性で、第10病日にWYO-*a* 寒天培地でレジオネラ培養陽性となった。ADROP 1点、qSOFA 1点で呼吸不全はなくLVFX 500mgを開始したが、その後呼吸不全が急速に進行し、9時間後に10Lリザーバーマスクで83%まで低下し、左肺の浸潤影が増悪した。重症肺炎と診断し、ハイフローセラピー併用下でヒドロコルチゾン200mg/日を開始したところ、速やかに症状、酸素化、炎症反応、画像所見が改善し、第7病日にハイフローセラピーを離脱し第8病日に独歩退院した。【考察】重症肺炎に対する全身性ステロイドは有用とされているが、レジオネラ肺炎においてはエビデンスに乏しい。本症例は適切な抗菌薬治療に加えてステロイドを併用したことで、良好な転帰につながったと考えられた。

KT-17

治療中ST合剤変更を要したHIV関連ニューモシスチス肺炎の3症例の臨床的特徴

NHO岩国医療センター 呼吸器内科

山崎 奈波、西井 和也、白羽 慶祐、小柳 太作、梅野 貴裕、田村 朋季、久山 彰一

【背景】HIV関連ニューモシスチス肺炎(HIV-PCP)はAIDS指標疾患の一つで、HIV感染未診断の場合、診断・治療が遅れ重篤化することがあり注意が必要である。この度当院にてHIV感染未診断でHIV-PCPを発症し、ST合剤で治療を開始するも、他剤に変更を要した3症例を経験したためその臨床的特徴を報告する。【症例】年齢は40～46歳、全例男性で基礎疾患は特に無かった。HIV1-RNA量は $2.1 \times 10^5 \sim 1.1 \times 10^7$ /mLで、CD4陽性細胞数は7.5～32.6/mL。 β -Dグルカン₁は100.5～330.1pg/mLであった。2例は呼吸不全で人工呼吸器管理を要した。全例ST合剤とステロイドで治療を開始したが、それぞれST合剤投与10日目で効果不良、12日目で薬剤熱出現、14日目で薬疹出現となり2次治療に変更した。2次治療に変更後重篤な副作用は認めず、総治療期間は21日～24日間で、全例が軽快した。HIV-PCP治療中にHIVに対する治療は行わなかった。【考察】HIV-PCPに対する第一選択薬はST合剤であるが、副作用出現や効果不良となりST合剤が継続できない場合もある。治療効果不良の判断やどの程度の副作用で薬剤を変更するべきかの基準は定まったものが無く、貴重な症例と考えこの度報告することとした。

KT-18

孤立性肺結節影を呈した非結核性抗酸菌症の1例

¹⁾ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 総合診療科、

²⁾ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器内科、

³⁾ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器外科

滝瀬 悠斗¹⁾、河瀬 成穂^{1,2)}、山田 貴弘²⁾、松本 理恵³⁾、杉本龍士郎³⁾、今井 茂郎³⁾、堀田 尚克²⁾

症例は79歳、女性。他院でLDH高値の原因精査目的に胸部CT検査が行われ、右肺上葉に24mm大の結節影が認められた。精査目的に当院紹介受診した。PET-CTでは同結節に一致してSUVmax 2.4のFDG集積が認められた。気管支鏡検査では、経気管支肺生検で間質のリンパ球、形質細胞の密な浸潤が認められたものの、悪性所見は認められなかった。なお、気管支洗浄液のPCRでM. aviumが陽性であった。陰影の大きさ、性状からは悪性疾患の鑑別が必要な状況であり、胸腔鏡下右肺上葉部分切除術が行われた。摘出肺に割を入れると膿の流出があり、抗酸菌塗沫陽性、PCRでM. aviumと診断された。病理組織検査では乾酪壊死を伴う類上皮細胞肉芽腫と診断され、非結核性抗酸菌症による肺結節性病変であると診断した。現在追加治療なく経過観察中である。非結核性抗酸菌症では、画像検査で多発する陰影を呈することが多い。孤立性陰影を呈する場合、悪性腫瘍の鑑別が重要であり、示唆に富む症例であったため報告する。

KT-19

ステロイド開始後に紹介となり、気管支鏡検査にて診断した肺結核・気管支結核の一例

¹⁾ 岩国医療センター、²⁾ 岩国医療センター 呼吸器内科

吉山 大貴¹⁾、田村 朋季²⁾、小柳 太作²⁾、梅野 貴裕²⁾、西井 和也²⁾、藤本 和志²⁾、久山 彰一²⁾

症例は74歳女性。気管支喘息と診断され、その後細菌性肺炎と診断され、入院し抗菌薬治療を行われた。退院後も右肺中葉浸潤影が残存し、抗菌薬に抵抗性であることから器質化肺炎を疑われプレドニゾロン30mgを開始された。症状、画像所見ともに一旦改善したが、再度咳嗽の増加と微熱を認めた。プレドニゾロンを20mgに減量され、精査加療目的で当院紹介となった。気管支鏡検査施行し、中間気管支幹に浅在性潰瘍、右中葉入口部狭窄を認め、中葉枝に鉗子を挿入したところ膿性痰の排出を認めた。抗酸菌塗抹検査陽性でLAMP法で結核菌と同定し、肺結核・気管支結核の診断で翌日転院となった。気管支結核は若年の女性に好発する肺外結核であり、早期には疾患特有の所見に乏しく誤診・診断遅延が生じやすい。結核の可能性が考慮されないまま、病変の気管狭窄が進行し局所的な喘鳴から気管支喘息と誤診される例も報告されている。ただ本症例ではCTで明らかな浸潤影や粒状影を認めており、ステロイド投与に至る前に気管支鏡検査を施行して診断すべき症例であった。

KT-20

術後17年もの長い経過を経てから脳転移再発を来した、小細胞肺癌の1例

¹⁾ 広島市立広島市民病院 初期研修医、²⁾ 広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科、

³⁾ 広島市立広島市民病院 脳神経外科

香山 怜佳¹⁾、高尾 俊²⁾、岩崎 真帆²⁾、倉富 亮²⁾、清家 廉²⁾、矢野 潤²⁾、三島 祥平²⁾、冨田 祐介³⁾、庄田 浩康²⁾、岩本 康男²⁾

【症例】79歳女性。【現病歴】2005年、小細胞肺癌(pT1N0M0、Stage I)に対して他院で左肺下葉切除術と術後補助化学療法(CBDCA+VP-16)が施された。予防的全脳照射は行われなかった。再発なく経過し、2014年にフォローを終了された。2022年11月、構音障害を契機に多発脳腫瘍を指摘されたため、当院を紹介受診した。PET-CTでは、体幹部に明らかな腫瘍性病変は認めなかった。ProGRPが553.9pg/mLと高値であり、小細胞肺癌の脳転移を疑った。しかし、小細胞肺癌が術後17年もの長い年数を経てから再発することは極めて稀で、また本例は乳癌既往も有していたため、組織診断目的に左側頭葉病変に対して開頭腫瘍摘出術を行った。結果、小細胞癌と判明した。残存脳病変に全脳照射を施し、経過観察とした。【考察】肺小細胞癌の完全切除後5年以上経過してからの再発は稀であり、本例に生じた脳病変は新たな重複小細胞癌の可能性も考えられた。しかし、脳原発の小細胞癌はさらに稀であり、脳病変が多発している点や体幹部に新たな原発腫瘍が見当たらなかったことから、術後の晩期再発と推定した。腫瘍学上、本例は注目し得る経過を辿ったため、病理学的考察を交えて報告する。

KT-21

ソトラシブが奏効したKRAS G12C変異陽性の肺原発大細胞神経内分泌癌の一例

¹⁾徳島大学病院 卒後臨床研修センター、²⁾徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科
山田 青季¹⁾、村上 行人²⁾、坂東 弘基²⁾、中西 溪介²⁾、内藤 伸仁²⁾、荻野 広和²⁾、
佐藤 正大²⁾、埴淵 昌毅²⁾、西岡 安彦²⁾

【症例】79歳男性。X-1年5月、大腸癌術後フォローのために撮影したCTで右上葉腫瘤、対側肺結節、両側副腎結節を指摘され当科紹介となった。右上葉腫瘤に対する気管支鏡検査および全身精査をした結果、右上葉原発大細胞神経内分泌癌(LCNEC) cT2bN2M1c stage IVB (PLE, LYM, ADR, OSS) と診断した。PD-L1 TPSは10%であった。8月より1st lineとしてカルボプラチン+エトポシド+アテゾリズマブを開始したところ、最良総合効果は25%縮小のSDと一定の効果を得た。その後アテゾリズマブ維持療法中のX年1月のCTで原発巣が増大し、後腹膜に新規リンパ節転移も出現したためPDと判断した。AmoyDx^R肺癌マルチ遺伝子PCRパネルでKRAS G12C変異陽性であったことから、2nd lineとしてソトラシブを開始したところ32%縮小のPRの臨床効果を得た。【考察】本症例はKRAS G12C変異陽性のLCNECに対してソトラシブが奏効した初めての報告である。LCNECの中には非小細胞肺癌に類似する遺伝子発現パターンを示し、ドライバー遺伝子変異を有する一群が存在することが知られている。LCNEC症例に対してもマルチプレックス遺伝子検査を積極的に考慮すべきと考えられる。

KT-22

EGFR エクソン19欠失変異とKRAS G12C変異が共に陽性であった肺腺癌の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 臨床研修センター、²⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科、
³⁾鳥取県立中央病院 リウマチ・膠原病内科
秋吉 真衣¹⁾、松下 瑞穂²⁾、有田 柴乃²⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、長谷川泰之³⁾、
杉本 勇二²⁾

【症例】70歳代男性。胃腸炎症状で他院を受診した際、胸部CT検査で両肺に結節影を認めたため、当科紹介となった。その後の検査で右下葉肺腺癌、cT1cN3M1c cStageIVBと診断され、AmoyDx肺癌マルチ遺伝子PCRパネルではEGFR エクソン19欠失変異陽性およびKRAS G12C変異陽性であった。1次治療としてオシメルチニブによる治療を開始するも3か月で病勢の進行あり、2次治療としてソトラシブを投与するも3か月で病勢の進行を認めた。その後ペムブロリズマブやペメトレキセドの投与を行ったが、肺陰影指摘から2年の経過で永眠された。【考察】ドライバー遺伝子変異/転座は相互排他的に存在していると言われており、本症例のようにEGFR遺伝子変異とKRAS遺伝子変異が併存することは稀である。これらの遺伝子変異が併存した場合の治療については報告がなく、本症例の経過は貴重と思われ報告する。

KT-23

多発肺転移が疑われた肺線維平滑筋腫性過誤腫の1例

¹⁾ 県立広島病院 臨床研修センター、²⁾ 県立広島病院 呼吸器内科、³⁾ 県立広島病院 呼吸器外科
齋藤 隆至¹⁾、川本 真由²⁾、高下 花梨²⁾、田中 貴寛²⁾、村井 智一²⁾、鳥井 宏彰²⁾、
田崎 拓朗³⁾、半田 良憲³⁾、上野沙弥香²⁾、益田 健²⁾、片山 達也³⁾、谷本 琢也²⁾、
石川 暢久²⁾

【症例】43歳女性。7年前に子宮頸がんで子宮全摘術を施行した。3年前の健康診断で施行した胸部単純X線で小結節影を認め、胸部単純CTで辺縁明瞭な小結節を両肺に複数個認めた。子宮頸がんの肺転移を疑われたため、精査目的に当科に紹介受診した。PET-CT検査を施行したが、腹部に有意な集積はなく、両肺野の結節影に有意な集積を認めなかった。CTによる経過観察としたが、両肺多発結節は一部増大したため、診断目的に当院呼吸器外科を紹介受診し、右肺S3腫瘍切除術を施行した。病理診断で子宮頸がんの再発などの悪性所見を認めず、平滑筋の増生層内に細気管支様上皮の増生よりなる裂隙形成を認め、肺線維平滑筋腫性過誤腫の診断とされた。【考察】肺の良性腫瘍では過誤腫が最多であり、また大部分が軟骨性過誤腫とされている。線維平滑筋腫性は過誤腫の中でも約10%と稀であり、多くは多発性とされている。本症例では多発結節影を認め、子宮頸がんの多発肺転移による再発を疑った。確定診断のため一部切除し、病理から肺線維平滑筋腫性過誤腫と診断した。本症例は子宮頸がんの既往から転移性腫瘍も存在している可能性もあるため、今後経過を注意深く観察する必要がある。

KT-24

膿胸に隠された肺炎型肺癌の1例

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構福山医療センター 呼吸器内科、
²⁾ 独立行政法人国立病院機構福山医療センター 呼吸器外科、
³⁾ 独立行政法人国立病院機構福山医療センター 病理診断科
高田 皓平¹⁾、妹尾 賢¹⁾、二萬 英斗²⁾、松森 俊祐¹⁾、村野 史華¹⁾、杉崎 悠夏¹⁾、
谷口 暁彦¹⁾、表 梨華³⁾、高橋 健司²⁾、岡田 俊明¹⁾

【緒言】肺炎型肺癌は画像的に肺炎様の陰影を呈する肺癌と定義される。今回、膿胸の加療後に肺癌と診断した肺炎型肺癌を報告する。【症例】50歳代、男性。【現病歴】2週間前からの呼吸困難を主訴に近医を受診したところ、大量の左胸水を認めたため当院に紹介された。胸腔ドレーンを挿入し、膿性の排液を認め膿胸と診断した。排液の一般細菌培養ではA群溶連菌を検出した。ドレナージ後の胸部CTでは左肺野に浸潤影、すりガラス影を認め、空洞形成を伴っていた。後に肺痿形成によりair leakを認めた。ドレナージと抗菌薬投与で膿胸は軽快し、air leakも消失したが、肺野の浸潤影が徐々に増強した。気管支内視鏡検査で肺腺癌と診断した。骨転移、脳転移を認め、Stage IVBであった。CBDCA+PEM+Pembrolizumab療法を開始し、経過は良好である。【考察】肺炎型肺癌は肺炎との鑑別がしばしば問題となる。本症例は膿胸に肺炎型肺癌を合併したことで、肺癌の診断が当初困難であった。膿胸加療後に非典型的な経過をたどる場合には積極的に気管支内視鏡検査を含めた精査を検討すべきと考えられた。

KT-25

肺癌治療中に免疫チェックポイント阻害薬が契機となり、一過性に成人T細胞性白血病が増悪した1例

¹⁾広島赤十字・原爆病院 臨床研修部、²⁾広島赤十字・原爆病院 呼吸器内科、

³⁾広島赤十字・原爆病院 血液内科

香河 彩¹⁾、若林 優²⁾、牟田 毅³⁾、泉 祐介²⁾、松本奈穂子²⁾、谷脇 雅也²⁾、
山崎 正弘²⁾

84歳女性。倦怠感を主訴に近医を受診し、SpO₂ 74% (室内気) と低下、胸部単純X線で右肺の完全無気肺を認めためたため当院へ救急搬送された。単純CTで右大量胸水貯留を認め、ドレナージ後の造影CTで右肺S2末梢に3.4cm大の不整形腫瘤を認め、CTガイド下生検およびPET-CTによって右肺腺癌cT3N0M1a, c-stage4A (PUL, PLE), PD-L1陽性 (TPS: 70%) と診断した。初診時より衰弱が進行しておりBSCも検討されたが、治療希望ありPembrolizumabの投与を開始した。2回目投与時の血液検査で異型リンパ球増加を認め、HTLV-1抗体が陽性と判明した。末梢血の顕微鏡検査やフローサイトの結果、Pembrolizumab投与による成人T細胞性白血病 (ATL) の急性型と診断した。Pembrolizumabを中止し、ステロイド投与などによりATLの病態は安定し、肺癌も増大傾向なく経過していたが、衰弱により経口摂取困難となり第122病日に死亡した。免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) は肺癌だけでなく、現在のがん診療におけるKey drugとしてその使用機会は増加傾向にある。今回我々は肺癌治療中にICIが契機となり、一過性にATLが増悪した1例を経験した。稀な経過であり、ICIとATLの関連について文献的考察を加えて報告する。

KT-26

濾胞性リンパ腫を合併したEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の一例

¹⁾マツダ株式会社マツダ病院 卒後臨床研修センター、²⁾マツダ株式会社マツダ病院 呼吸器内科
北垣 諒太¹⁾、高橋 広²⁾、神原穂奈美²⁾、實綿 慶²⁾、大成洋二郎²⁾

症例は80歳女性。近医にて撮影された胸部単純X線写真にて右中肺野の腫瘤影を指摘されたため当科を紹介受診した。胸部CTで右肺下葉に30mm大の腫瘤影を認め、また両肺にはびまん性に粒状影を認めた。PET-CTでは右肺下葉の腫瘤に加えて、右鎖骨上窩や縦隔、右肺門部、腹部大動脈周囲や総腸骨、右鼠径のリンパ節、C4やC7-Th5, Th7-8などにも異常集積を認めた。右肺下葉の腫瘤影に対して気管支鏡検査を、右鼠径リンパ節に対して外科的生検が行われた。気管支鏡検査の結果EGFR L858R陽性右肺下葉原発肺腺癌 (cT4N3M1c Stage4B) と診断されたが、右鼠径部リンパ節生検の結果は濾胞性リンパ腫 (Grade 3A) であった。肺腺癌に対してオシメルチニブによる治療が開始され、画像上PRを維持し治療を継続されている。右鼠径リンパ節転移は肺癌としては比較的稀であり、転移先として稀な部位は積極的に組織診断を行うことで他悪性腫瘍を見逃すことなく診断できると考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

KT-27

気管支鏡検査が診断に有用であった肺MALTリンパ腫の一例

¹⁾ マツダ株式会社マツダ病院 卒後臨床研修センター、²⁾ マツダ株式会社マツダ病院 呼吸器内科
竹田 康貴¹⁾、神原穂奈美²⁾、高橋 広²⁾、実綿 慶²⁾、大成洋二郎²⁾

症例は50歳男性。2021年11月に検診で胸部レントゲン異常を指摘され、当科を受診した。胸部CT検査で右肺中葉に局限した浸潤影と左肺舌区・両肺下葉に小範囲の斑状影を認めた。中葉症候群、器質化肺炎が鑑別に挙げられたが、自覚症状なく、陰影も小範囲であったため経過観察とした。2022年8月のCTで肺陰影の範囲拡大を認め、精査目的に気管支鏡検査を施行した。右B⁴より気管支肺胞洗浄・経気管支肺生検を行い、気管支肺胞洗浄ではリンパ球分画の増多を認めた。病理組織では異型リンパ球がびまん性に浸潤し、異型リンパ球は免疫組織化学的にCD20、CD79a陽性で、AE1/AE3染色ではlymphoepithelial lesionが顕著であった。以上から、肺MALTリンパ腫と診断し、血液内科へ紹介した。その後はリツキシマブによる化学療法が計8回施行され、治療後のPET/CTで病変の集積低下を認めている。

肺悪性リンパ腫は比較的稀な疾患であるが、その多くをMALTリンパ腫が占める。肺MALTリンパ腫の多くは無症状・緩徐進行で、画像上も多彩な像を呈し、臨床像のみでは診断の困難な疾患である。我々は今回、気管支鏡検査が有用であった肺MALTリンパ腫の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

KT-28

転移性肺病変による低酸素血症のため人工呼吸器管理下で化学療法が奏効した1例

¹⁾ 川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、²⁾ 川崎医科大学 総合内科学4、
³⁾ 川崎医科大学 産婦人科
渡邊 真子¹⁾、河原辰由樹²⁾、斎藤 貴子²⁾、三浦 貴史²⁾、三村 彩香²⁾、市山 成彦²⁾、
小坂 陽子²⁾、長崎 泰有²⁾、越智 宣昭²⁾、中西 秀和²⁾、山根 弘路²⁾、本郷 淳司³⁾、
瀧川奈義夫²⁾

【症例】55歳女性。【喫煙歴】なし。【既往歴】2型糖尿病(3年前より治療を自己中断し、以降は医療機関の受診なし)。【現病歴】2週間前より呼吸困難と全身倦怠感を自覚したため近医を受診した。低酸素血症(SpO₂ 80%)のため当院へ救急搬送され、high-flow nasal cannulaでも酸素化不良であり人工呼吸器管理となった。胸部CTでは多発肺腫瘤影を認め、原発巣精査の結果、子宮体癌(類内膜癌grade3)と診断した。化学療法による治療関連死のリスクは高いと考えたが、患者本人と家族の強い希望がありcarboplatinとpaclitaxelの併用療法を開始した。Day 11に撮像したCTではすでに肺病変の縮小を認め、気管切開のもと人工呼吸器管理下で治療を継続中である。【考察】人工呼吸器管理の場合、通常は化学療法の適応とならないが、高い奏効率の期待できる造血器腫瘍や固形癌においては適応となる場合がある。本症例は類内膜癌に対する化学療法の奏効率は約60%と推定され、呼吸器以外の臓器障害を認めなかったことから、化学療法を開始した。人工呼吸器管理下で化学療法を施行した稀な症例として報告する。

KT-29

COVID-19罹患後に発症した気管支原発MALTリンパ腫の1例

¹⁾ 県立広島病院 臨床研修センター、²⁾ 県立広島病院 呼吸器内科
村上 徳崇¹⁾、川本 真由²⁾、高下 花梨²⁾、田中 貴寛²⁾、村井 智一²⁾、鳥井 宏彰²⁾、
上野沙弥香²⁾、益田 健²⁾、谷本 琢也²⁾、石川 暢久²⁾

症例は50歳代女性。検診で施行した胸部単純CTで左上葉気管支から上区・舌区の区域気管支に壁肥厚を指摘されたため、当院を紹介受診した。受診1年半前にCOVID-19に罹患し、その後咳嗽が持続していた。肺がん関連の腫瘍マーカーの上昇はなく、各種自己抗体でも特に異常は認めなかった。気管支鏡検査を施行し、左上葉入口部に白色で浮腫状・敷石状の上皮を認めた。狭窄のため、それ以上の観察は困難だった。直視下で経気管支生検を行い、気管支原発MALTリンパ腫と診断した。気管・気管支腫瘍は10万人当たり0.2人の割合で発生するとされている。そのうち、非Hodgkinリンパ腫は0.23%のみであったという報告もあり、気管支原発MALTリンパ腫はきわめて稀な腫瘍であると考えられる。一般的に、MALTリンパ腫の発生原因には持続的な炎症が関連するとされており、感染症、喫煙、自己免疫性疾患などの合併が報告されている。今回、COVID-19罹患後、咳嗽が持続し気管支鏡検査で気管支原発MALTリンパ腫と診断した一例を経験したため、報告する。

KT-30

肺の多発小結節病変で初発したホジキンリンパ腫の1例

¹⁾ 鳥取県立中央病院 初期研修センター、²⁾ 鳥取県立中央病院 呼吸器内科
二子石 想¹⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、松下 瑞穂²⁾、長谷川泰之²⁾、有田 紫乃²⁾、
杉本 勇二²⁾

症例は21歳男性。特に自覚症状は認めなかったが職場の検診で胸部レントゲン異常を指摘され、20XX年9月に当院を初診された。頰部CT検査では両肺に1-2cm大の結節影が多発していた。抗酸菌感染、肺クリプトコッカス症、サルコイドーシス、リンパ増殖性疾患を鑑別の上位に考えたが、血液検査や喀痰検査では鑑別は困難であった。内視鏡検査での診断は困難と考え同年10月に胸腔鏡下肺生検を行ったところ、古典的ホジキンリンパ腫の診断となった。当院血液内科に紹介し化学療法直前のPET-CTでは肺病変のみならず、縦隔リンパ節、腹腔内リンパ節、脾臓への病変進展を認めていた。ブレンツキシマブベドチンを含む併用療法を6サイクル施行し、CR状態となっている。ホジキンリンパ腫は悪性リンパ腫全体の8-10%の頻度である。多くは節性原発であり節外性はホジキンリンパ腫全体の1割程度とされる。また節外性ホジキンリンパ腫の4割が肺に原発することが報告されている。診断は経気管支肺生検や経皮的肺生検では困難であるとされており、正確な病理診断が重要であると思われた。

KT-31

体位変換のみにて急性呼吸不全が劇的に改善した寝たきり高齢者の無名動脈圧迫症候群の1例

¹⁾岡山市立市民病院 呼吸器内科、²⁾岡山市立市民病院 放射線科
山本 千智¹⁾、濱田 昇¹⁾、矢野 園子¹⁾、青江晃太郎¹⁾、大川 祥¹⁾、讓尾 昌太¹⁾、
羽原 理沙²⁾、洲脇 俊充¹⁾

無名動脈圧迫症候群は乳幼児に時折認められるが高齢者では稀な疾患である。今回我々は寝たきり高齢者の無名動脈圧迫症候群の稀な1例を経験したため報告する。【症例】94歳女性。【主訴】呼吸困難。【経過】呼吸困難で救急受診。右側臥位で吸気・呼気喘鳴と著明な低酸素血症及び高血圧を呈していた。喘息発作を疑いSABA吸入やステロイド点滴を試みるも症状改善しなかった。吸気性喘鳴のため中枢気道狭窄を疑い、胸部CTを実施したところ頸部の軟部影による気管圧迫所見を認めた。造影CTでは気管圧迫する軟部影は蛇行した無名動脈と判明。造影剤注射の際に体位を右側から左側臥位にしたところ、吸気性喘鳴は次第に改善し低酸素血症及び高血圧も改善した。【考察】今回蛇行した無名動脈の気管圧迫が低酸素血症を来し心拍数の上昇から高血圧を誘発。その高血圧が更に無名動脈の圧力を高め気管圧迫を強めるという悪循環を来したと考えられた。また体位変換のみで無名動脈による気管圧迫部位が変わり症状改善したことから、寝たきり状態も本病態の一因と考えられた。寝たきり高齢者が増加する現在、救急医は本病態を理解し適切な対応が求められるため報告する。

KT-32

IVRにて止血し得た肺仮性動脈瘤の1例

¹⁾NHO 呉医療センター・中国がんセンター 臨床研修部、
²⁾NHO 呉医療センター・中国がんセンター 呼吸器内科、
³⁾NHO 呉医療センター・中国がんセンター 放射線診断科
高木 大輔¹⁾、荒木 佑亮²⁾、長岡 真実²⁾、竹下 恭平²⁾、三登 峰代²⁾、梶原 賢司³⁾、
福原 和秀²⁾、妹尾 直²⁾

【症例】73歳男性。咯血を主訴に来院した。来院時発熱はなく、精査目的に撮像した胸部造影CTでは右肺下葉に内部への結節状の造影効果を伴う径80mm大の腫瘤を認め、末梢性肺仮性動脈瘤が疑われた。同日に緊急で右気管支動脈塞栓術が実施された。翌日撮像した造影CTでは血種内に再び造影CTで濃染される結節影を認めたことから、右下横隔動脈と右肺動脈に対する塞栓術を追加で施行し、良好な塞栓を得られた。その後は血痰の再燃なく経過し、退院後も再咯血することなく経過している。【考察】肺動脈瘤は稀な病態であり中枢性と末梢性に分類される。本症例のような末梢性肺動脈瘤は感染、腫瘍、外傷などを契機として発生する続発性と特発性に分けられる。肺動脈瘤は発見次第、積極的な切除や塞栓術などの治療介入が必要とされ、咯血を来した場合、予後不良となることも多い。本症例は肺動脈瘤の破綻による咯血をきたしたが、速やかにIVRを行うことで救命しえた1例である。

KT-33

急速に増大し、胸水を伴った肺梗塞の1例

¹⁾松山市民病院 臨床研修科、²⁾松山市民病院 呼吸器内科、³⁾松山市民病院 呼吸器外科
野村恭一郎¹⁾、佐伯 和彦²⁾、森高 智典²⁾、藤岡 真治³⁾、蜂須賀康己³⁾、魚本 昌志³⁾

症例は48歳男性。20XX年2月の健康診断で右下肺野の胸膜腫瘤陰影を指摘され、翌月当科を受診した。胸部単純CTで右下葉末梢に腫瘤性陰影を認めた。同年5月のフォローCTでは軽度増大を認め、抗菌薬を内服も右胸水の出現、右壁側胸膜肥厚を認めた。20XX年6月に当院呼吸器外科で診断的治療目的に胸腔鏡下生検を施行された。病理結果では明らかな悪性所見はなかったものの、肺泡等の壊死と周囲血管壁の増生や、その他検体での壊死組織様所見が認められ、肺梗塞が示唆された。追加の血液検査ではDダイマー4.7 $\mu\text{g/ml}$ であり、造影CTでは右下葉肺動脈血栓を認め、肺塞栓症による肺梗塞の診断となった。造影CTと下肢静脈エコーで深部静脈血栓症は明らかではなかった。心エコーで右心負荷所見および肺高血圧所見もなかったため、抗凝固薬のみで加療を開始した。2週間後の血液検査でDダイマーは陰性化し、フォローの胸部X線および半年後の胸部単純CTでは陰影と右胸水の改善が認められ、経過は良好であった。今回我々は右下葉の増大する腫瘤性陰影と胸水増加という経過でありながら肺塞栓症による肺梗塞であり、抗凝固薬で改善を得られた症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

KT-34

胸腔鏡補助下に切除した胸壁石灰化線維性腫瘍の1例

独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器外科
古庵 伊吹、赤山 幸一、柴田 諭、原田 洋明

【症例】34歳女性。【主訴】右胸部痛 重量物挙上時の右胸部痛を主訴に前医受診し、胸部CT施行され、第9肋間に24mm大の粗大な石灰化を伴う腫瘍性病変を指摘された。またMRI T1, T2脂肪抑制直像で低輝度を認め、加療目的で当科へ紹介となった。造影CTで辺縁平滑で内部に造影効果が見られた。胸壁原発の孤立性線維性腫瘍を第一に考え、ご本人希望あり手術施行の方針となった。胸腔鏡で胸腔内を観察したところ、胸壁腫瘍と横隔膜との癒着を認めた。横隔膜を温存し、第9肋骨と第10肋骨を含めて腫瘍を切除した。病理組織学的検査で、石灰化線維性腫瘍と診断された。術後経過は良好で9日目に退院した。【考察】石灰化線維性腫瘍は組織学的に砂粒体を伴う硝子化した豊富な膠原繊維とリンパ球・形質細胞浸潤を特徴とするマレな良性腫瘍である。若年の女性に多く報告されており、好発部位として四肢が最も多い。遠隔転移や死亡例の報告はないが、局所再発の報告は散見されており、周囲組織を含めた十分な外科的切除が必要と考えられる。

KT-35

COVID-19に合併した血清型15A肺炎球菌による重症肺炎の一例

¹⁾徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科、²⁾徳島大学病院 感染制御部 細菌検査部、

³⁾東京医科大学 微生物学分野

和田津将巳¹⁾、村上 行人¹⁾、坂東 弘基¹⁾、内藤 伸仁¹⁾、佐藤 正大¹⁾、東 桃代²⁾、
佐藤 雅美²⁾、埴淵 昌毅¹⁾、中村 茂樹³⁾、生方 公子³⁾、高田美佐子³⁾、西岡 安彦¹⁾

【症例】86歳男性。軽症COVID-19で自宅療養中に呼吸困難が出現したため発症3日目に前医へ救急搬送された。胸部CTでは左肺に広範な大葉性肺炎像を認め、重症呼吸不全であったことから人工呼吸器管理となり、同日当院へ転院した。COVID-19治療に加えてメロペネムを開始したが、入院後4日経過しても解熱しなかった。喀痰培養からは肺炎球菌が検出され、薬剤感受性試験ではメロペネムに対して耐性を示した一方で、セフトリアキソンに対しては高感受性を示した。抗菌薬をセフトリアキソンに変更したところ、速やかに解熱し、肺野の陰影も改善したため入院8日目に抜管できた。本株の菌株解析を行ったところ、血清型15Aで、*pbp1a*、*pbp2x*、*pbp2b*の遺伝子変異を有する耐性株であることが判明した。**【考察】**肺炎球菌性肺炎におけるCOVID-19の併存は重症化に寄与する可能性がある。近年は15Aを含むワクチン非含有血清型の肺炎球菌感染症が増加傾向にあり、特に15Aはペニシリンとカルバペネムに対する耐性率が高い。本症例はCOVID-19に血清型15Aの肺炎球菌性肺炎を合併した初めての報告である。

KT-36

EBUS-GS法で診断に至った肺放線菌症の一例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院
新宮 祐亮

症例：69歳男性。近医で糖尿病治療中であったが、コントロール不良のためインスリン導入を検討されていた。また食欲不振のため半年で体重が6kg低下していた。1か月前から咳嗽が出現し、鎮咳薬、去痰薬で対症療法を行っていたが改善がなく、1回のみ血痰があった。そのため近医で画像検査が施行され、右上葉に空洞を伴う不整な腫瘤影があり、当科を紹介受診した。原発性肺癌を疑いガイドシース併用気管支腔内超音波断層法 (endobronchial ultrasonography with a guide-sheath : EBUS-GS法) 併用の気管支鏡検査を施行した。組織培養で *Actinomyces odontolyticus* が分離され、肺放線菌症と診断した。治療としてアモキシシリンの内服治療を行い、著明な改善を認めた。考察：肺放線菌症の診断にあたってEBUS-GS法併用による経気管支生検は有用な検査法であると考えられる。

KT-37

インフルエンザウイルス感染に続発したMRSAによる壊死性肺炎のため急激な経過を辿った生来健康な43歳男性例

¹⁾ 山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科、²⁾ 山口大学医学部大学院 微生物講座、

³⁾ 長崎大学病院 検査部 微生物講座

沖村 昌俊¹⁾、村川 慶多¹⁾、大石 景士¹⁾、濱田 和希¹⁾、宇都宮利彰¹⁾、村田 順之¹⁾、
浅見 麻紀¹⁾、枝國 信貴¹⁾、平野 綱彦¹⁾、松永 和人¹⁾、坂本 啓²⁾、柳原 克紀³⁾

【症例】43歳、男性。**【主訴】**発熱・呼吸困難。**【現病歴】**9月13日から発熱や呼吸困難を自覚した。15日に呼吸困難増悪のため前医へ搬送された。血圧 75/51mmHg、SpO₂ 85% (RM 10L/min) とショックを伴う呼吸不全状態であり、インフルエンザウイルス・COVID19抗原陰性で胸部CTでは両肺びまん性に斑状影を認めた。肺炎による敗血症性ショックが疑われ当院へ転院した。**【臨床経過】**重篤な呼吸不全のため気管挿管・人工呼吸管理を開始した。経鼻胃管・気管支内吸引で血性排液を認め、上部消化管内視鏡検査では出血を認めず気管支鏡検査で両気管支よりびまん性に出血していた。ECMOを導入したが出血は制御不能であり22時21分に死亡した。下気道検体のフィルムアレイでインフルエンザウイルスA型陽性が判明し、喀痰培養でMRSAを検出した。遺伝子解析では病原因子として白血球破壊酵素(PVL)が同定され、インフルエンザウイルス感染に続発したMRSAによる壊死性肺炎と診断した。**【考察】**インフルエンザウイルス感染後MRSA肺炎は死亡率が高く、PVL産生型MRSAは壊死性肺炎を呈し重症化リスクが高い。インフルエンザ感染後に肺炎が重症化した場合、MRSA感染を想起する必要がある。

KT-38

菌性感染症後に敗血症性肺塞栓症、左外転神経麻痺、右難聴を生じたLemierre症候群の一例

県立広島病院

川本 真由、高下 花梨、田中 貴寛、村井 智一、鳥井 宏彰、上野沙弥香、益田 健、
谷本 琢也、石川 暢久

症例は66歳女性。左下顎骨周囲膿瘍を生じた際に撮影したCTで両肺の多発小結節影を指摘され当科に紹介された。敗血症性肺塞栓症も鑑別に挙げたが、既に歯科で排膿処置と抗菌薬投与がされており後日CTを再検する方針とした。その後、頭痛、右後頸部痛、嘔吐、食欲不振などの症状を認めたが菌性感染症の影響と判断され、抗菌薬が投与されると症状は改善した。初診の約1か月後に左目の外転神経麻痺を生じたため、近医脳神経外科で頭部単純MRIを撮影されたが異常を指摘されなかった。初診の約3か月後に右側難聴を生じ近医で突発性難聴と診断された。ステロイドを10日間投与され、投与終了の翌日に当科を再受診した。胸部単純CTで初診時に認めた小結節はほぼ消失していたが、新規の小結節影が複数出現しており、炎症反応も認めたため精査加療目的で入院した。造影CTで右内頸静脈に血栓性静脈炎を認め、血液培養が陽性であったためLemierre症候群と診断した。頭部MRIでは右側頭葉、左頭頂葉に急性期脳梗塞を認めた。Lemierre症候群は敗血症性肺塞栓症を高率に合併するため呼吸器内科医にとって重要である。菌性感染症に続発し、中枢神経症状を認めた稀な症例を経験したため報告する。

KT-39

インフルエンザの家族内感染後、ともに肺炎球菌性肺炎を合併した高齢夫婦症例

¹⁾JA 高知病院、²⁾徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域呼吸器・総合内科学分野
高橋 啓輝¹⁾、國重 道大^{1,2)}、高橋 清英¹⁾、西山 美保¹⁾、住友 賢哉¹⁾、篠原 勉^{1,2)}

【背景】肺炎球菌は市中肺炎の代表的な起炎菌であるが、肺炎球菌性肺炎の家族内発症は極めて稀である。【症例】90代の夫婦。夫がインフルエンザB型陽性となり、胸部CTで肺炎像を認めたため入院加療目的に当院へ紹介となった。また、同時期より妻にも呼吸器症状が出現し、夫の入院2日後にインフルエンザB型陽性と肺炎像を認め当院に入院となった。入院後の検査で夫は尿中肺炎球菌抗原が陽性となり、妻は喀痰培養で肺炎球菌（血清型37型；ワクチン非含有型）が検出され、尿中肺炎球菌抗原も陽性だった。ともに抗ウイルス薬と抗菌薬投与により肺炎は軽快し、自宅退院となった。【考察】本症例は、夫婦ともにインフルエンザウイルス感染から短期間で肺炎を発症したこと、および成人においては一般的に肺炎球菌の保菌のみで尿中抗原陽性とならないことから、保菌状態でインフルエンザウイルスに感染し肺炎球菌性肺炎に進展した可能性が示唆された。家族内発症の市中肺炎は、必ずしも非定型肺炎ではないことに留意する必要がある。

KT-40

経皮的肺ドレナージを施行した慢性進行性肺アスペルギルス症の一例

高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科
安田早耶香、伊藤 孟彦、梅下 会美、高松 和史、中村 優美、寺田 潤紀、平川 慶晃、
西森 朱里、中谷 優、大西 広志、横山 彰仁

【症例】78歳男性。【主訴】労作時呼吸困難、夜間発熱。【現病歴】2023年7月下旬に前医を受診し、CTで右肺の浸潤影や空洞内の液体貯留を認めた。肺化膿症に対して長期間抗生剤を投与された。気管支洗浄液や喀痰の培養では有意な所見はなく、増悪と改善を繰り返していたため、同年12月に当科に紹介され入院した。【既往歴】右肺結核術後。【経過】16 Frのドレーンチューブで経皮的右肺ドレナージを施行した。PIPC/TAZを開始し、生理食塩水100mLで連日洗浄した。膿瘍培養では*Aspergillus fumigatus*と判明し、MCFGを開始した。第17病日からはVRCZの内服を開始し、血中濃度が安定したところでMCFGを終了した。排液量は減少し、第22病日にドレーンを抜去した。 β -Dグルカンは低下得られ経過良好であり、第43病日に退院した。【考察】抗生剤に抵抗性の難治性肺化膿症に対して、手術や経皮的肺ドレナージは選択肢となりうる。本症例は右肺結核術後であり胸膜癒着のため、手術ができなかったが、経皮的肺ドレナージによって診断と治療の介入ができた。慢性進行性肺アスペルギルス症に対して経皮的肺ドレナージを行なった症例は報告が少ないが、手術不能な症例は選択肢となりうる。

KT-41

両側胸水貯留より診断した播種性クリプトコッカス感染症の1例

愛媛大学医学部 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学

福西 宥希、山本将一郎、八木 貴寛、菊池 泰輔、田口 禎浩、中村 行宏、山本 哲也、
加藤 高英、野上 尚之、山口 修

症例は糖尿病、慢性腎臓病、骨髄異形成症候群で治療中の86歳男性。20XX年12月上旬より倦怠感が出現し、12月X日当院を受診した。腎機能の急激な悪化とCRPの上昇があり、何らかの感染症に伴う慢性腎臓病の急性増悪と診断され、同日より広域抗菌薬と緊急透析を開始された。CTでは両側胸水貯留がみられたが、明らかな肺野病変はみられなかった。発熱なし、全身浮腫及び低アルブミン血症などの臨床所見及び原疾患より漏出性胸水が示唆されたが、炎症のfocusが不明であったため右胸腔穿刺を施行された。Lightの基準では漏出性に該当したが、培養にてCryptococcus neoformansを検出した。左胸水、髄液からもCryptococcus neoformansを検出し播種性クリプトコッカス感染症と診断された。12月X+3日よりアムホテリシンBリポソーム製剤+ホスフルコナゾールにて治療を開始されたが、徐々に呼吸不全進行し、12月X+14日に死亡した。稀ではあるものの本症例のような播種性クリプトコッカス感染症による両側クリプトコッカス胸膜炎の症例は報告されている。臨床的に漏出性胸水を示唆する背景であっても、細胞性免疫の低下した症例では積極的に胸腔穿刺を考慮すべきである。

KT-42

Nivolumab投与後に無顆粒球症を認めた悪性胸膜中皮腫の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科、
³⁾鳥取県立中央病院 血液内科、⁴⁾鳥取県立中央病院 リウマチ・膠原病内科
西上 美侑¹⁾、有田 紫乃²⁾、松下 瑞穂²⁾、橋本 由徳³⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、
長谷川泰之⁴⁾、杉本 勇二²⁾、山崎 章¹⁾

【症例】78歳、男性。発熱、咳嗽を主訴に近医を受診し、右大量胸水と限局性の胸膜肥厚を認め当科へ紹介となった。CTガイド下生検で採取した胸膜の組織から悪性胸膜中皮腫の診断となった。高齢者、PS 2、慢性腎不全などを考慮し、一次治療としてNivolumab単独治療を開始したが、2コース目投与後のday 14に肺野に新規の間質性陰影を認めたため3コース目は休薬した。day 36にgrade 4(420/ μ L)の好中球減少を認め、臨床経過と骨髓生検の結果から、Nivolumabによる薬剤性無顆粒球症と診断した。その後も好中球減少が遷延したため、day 50よりプレドニゾロンを30mg/日で開始し、day 65にはG-CSFを併用した。day 77以降は概ね基準値内で経過し、プレドニゾロンは漸減している。【考察】免疫チェックポイント阻害薬投与後の無顆粒球症の治療として副腎皮質ステロイドおよびG-CSFの単独もしくは併用療法が有効と報告されている。免疫チェックポイント阻害薬の単独治療による有害事象として無顆粒球症の報告は稀であるが、重篤な感染症により致死的な転帰をたどる例もあり、定期的なモニタリングと適時の治療が必要である。

KT-43

肺癌化学療法中に予防的G-CSF製剤により生じた薬剤性血管炎の一例

¹⁾公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科、²⁾日本赤十字社松山赤十字病院 緒方 康人¹⁾、甲田 拓之²⁾、横山 俊秀¹⁾、中西 陽祐¹⁾、田中 彩加¹⁾、濱川 正光¹⁾、福田 泰¹⁾、濱尾 信叔¹⁾、伊藤 明広¹⁾、有田真知子¹⁾、石田 直¹⁾

背景疾患として強皮症がありプレドニゾロン5mg内服中の78歳男性。限局型小細胞肺癌に対して手術後であり、術後化学療法としてCarboplatin + Etoposideを投与していた。1コース目でGrade4の好中球減少を認めたため、2コース目は化学療法後に予防的に顆粒球コロニー形成刺激因子（以下G-CSF）製剤であるペグフィルグラスチムを投与した。ペグフィルグラスチム投与12日後より発熱、背部痛が出現した。血液検査では炎症反応が著明高値であり、また造影CTでは腕頭動脈および大動脈弓の非連続的な壁肥厚を認めた。以上からペグフィルグラスチムによる薬剤性血管炎と診断し、プレドニゾロンを1mg/kgで開始したところ、症状の改善を認め2か月ほどで再燃なく元の内服量まで漸減できた。フォローCTで血管炎および肺癌の再発所見も認めなかったため3コース目以降の投与は行わず経過観察とした。【考察】G-CSF製剤による薬剤性血管炎の発症頻度は稀であるため、特徴的な画像所見など文献的考察を踏まえて考察する。特異的な症状はなく、本症例のように造影CTなど画像による精査が診断の決め手となる。G-CSF製剤投与後の発熱では感染症以外に薬剤性血管炎を鑑別に挙げることが肝要である。

KT-44

原発性肺癌に対する肺切除術後にHOT導入が必要となった症例の予後の検討

¹⁾愛媛大学医学部附属病院、²⁾愛媛医療センター、³⁾南松山病院
植木 貴史¹⁾、大谷 真二¹⁾、石村 孝夫¹⁾、武田 将司¹⁾、桐山 洋介¹⁾、藻利 優¹⁾、
坂尾 伸彦¹⁾、湯汲 俊吾²⁾、巻幡 聡³⁾、泉谷 裕則¹⁾

原発性肺癌に対する肺切除の術前は、心エコーや呼吸機能検査等の生理検査や6分間歩行などでそのリスク評価を行うが、呼吸機能低下や様々な合併症により在宅酸素療法(HOT)が必要となる場合ある。また、JCOG0802で肺葉切除群が区域切除群と比較して予後が劣った一因に他病死の数が多かったことが挙げられている。今回、当院における原発性肺癌に対して肺葉切除以上を行った症例のうち術後にHOT導入が必要となった症例の予後を検討することで、呼吸機能が低下することの予後への影響を考察した。2010年8月から2022年7月に原発性肺癌に肺葉切除術以上を行った843例のうち、HOT導入が必要となったのは18例(2.1%)であった。患者背景ではHOT導入群で男性($p < 0.0001$)、並存肺疾患あり($p < 0.0001$)、何らかの術後合併症あり($p < 0.0001$)で有意差を認めた。術後合併症(重複あり)としては、間質性肺炎の増悪(5例)、肺痿遷延(4例)、肺炎(4例)、不整脈(4例)気管支断端瘻(1例)、等であった。11例が死亡しており、肺癌死が3例、他病死が8例であった。他病死のほとんどは呼吸器疾患による死亡であり、呼吸機能低下が直接予後不良につながっていることが示唆された。

KT-45

肺のみに病変を認めた悪性黒色腫の1例

鳥取大学医学部附属病院 呼吸器・膠原病内科

仲田 達弥、原田 智也、乾 元気、石川 博基、野中 喬文、平山 勇毅、照屋 靖彦、
矢内 正晶、阪本 智宏、木下 直樹、山口 耕介、小谷 昌広、山崎 章

症例は82歳女性。間質性肺炎で当科通院中であった。20XX年10月のCT検査で右下葉結節影を認め、11月のCT検査で増大傾向を認めた。原発性肺癌を疑いCTガイド下生検を行ったところ、悪性黒色腫の診断となった。皮膚科診察や消化管内視鏡検査、PET-CT検査等で原発巣の検索を行ったが肺以外の病変は認めなかった。病変は肺のみに限局しており、手術も検討したが、高齢で間質性肺炎による呼吸機能低下もあり、手術は困難だと判断した。また、同様に化学療法も治療のリスクが高く、本人、家族と相談の上、BSCの方針とした。本症例では、肺原発の悪性黒色腫、または原発巣が自然消退した悪性黒色腫の肺転移の可能性が考えられたが、得られた情報から鑑別することは困難であった。肺に限局する悪性黒色腫では手術により長期生存がえられたとの報告があり、いずれの病態であっても全身検索で他の病変を認めない場合は手術を検討する必要があると考えた。

KT-46

髄注化学療法を施行した癌性髄膜炎症例の後向き検討

川崎医科大学 総合内科学4

齋藤 貴子、越智 宣昭、三浦 真史、三村 彩香、小坂 陽子、市山 成彦、河原辰由樹、
長崎 泰有、中西 秀和、山根 弘路、瀧川奈義夫

癌性髄膜炎は予後不良であり、発症後の生存期間は4～6週とされている。化学療法薬の髄注が行われる場合もあるが、予後の大きな改善は期待できない。しかしながら、分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) が主流となった昨今における、癌性髄膜炎の予後や髄注の有効性に関する報告は少ない。今回、当院にて2015年12月1日から2023年12月31日に肺癌の癌性髄膜炎と診断し、化学療法薬の髄注を行なった11例を後向きに解析した。男：女は8：3、年齢中央値は66歳 (範囲：55-73)、組織型は腺癌8例、扁平上皮癌1例、小細胞癌2例であった。EGFR 遺伝子変異陽性は4例であった。髄注開始時のPS中央値は3、髄注回数中央値は3 (範囲：1-16) であった。解析時点で1例を除いて全例死亡し、髄注開始からの生存期間中央値は3.06ヶ月 (95%CI：1.08-N.R.) で、ドライバー変異陽性例で予後良好な傾向を認めた。髄注開始時のPSやICI使用による生存への有意な影響は認められなかった。髄注後1年近く通院化学療法が可能となった症例も存在し、症例によっては予後の改善が期待できる可能性が示唆された。

KT-47

右中葉原発中枢型肺癌に対して右中葉スリーブ切除を施行した1例

鳥取大学医学部 呼吸器・乳腺内分泌外科

安田 健悟、山崎 雅也、和田 杜甫、藤原和歌子、宮本 竜弥、松居 真司、窪内 康晃、
春木 朋広

【背景】右中葉原発の中枢型肺癌では中下葉切除を選択する機会が多い。今回我々は、右中葉中枢型肺癌に対して右中葉スリーブ切除を行い、良好な結果を得たので報告する。**【症例】**60代男性、現喫煙者。血痰を契機に、CTで右中葉中枢に3.5cm大の充実性腫瘤を認め、気管支鏡で中間気管支幹内腔への突出を認めた。右中葉肺癌(cT2aN1M0, IIB)の診断で、手術を施行した。腫瘍の浸潤を認めたA5は肺動脈本幹をクランプして根部で切離し、縫合閉鎖した。中間気管支幹をメスで離断し、中葉スリーブ切除を完了した。迅速病理診断で断端陰性を確認し、テーピングした肺動脈を背側に牽引しながら、4-0PDSで後壁側を連続縫合、前壁側を単結節縫合し、気管支形成を行った。手術時間4時間40分、出血量170ml、合併症なく退院した。病理組織検査で大細胞神経内分泌癌(pT3N2M0, IIIB)と診断され、現在術後補助化学療法中である。**【結語】**右中葉原発の中枢型肺癌では、腫瘍学的因子、解剖学的因子の影響から、スリーブ切除を行った報告は少ない。中葉スリーブ切除では肺動脈の展開による視野確保、気管支の切離方向などに留意する必要がある。

KT-48

異所性縦隔内甲状腺癌の一例

香川県立中央病院 呼吸器外科

馬場 倫弘、三竿 貴彦、中嶋 章裕、森 俊介、鹿谷 芳伸、青江 基

【背景】縦隔内甲状腺腫、特に正常甲状腺と連続性がない異所性甲状腺腫は非常に稀である。今回、未診断の前縦隔腫瘍に対し外科的切除を施行し異所性縦隔内甲状腺癌と判明した一例を経験したので文献的考察を加え報告する。**【症例】**82歳男性。頸部痛、嚥下困難を主訴に前医を受診、CT/MRIで長径70mmの前縦隔腫瘍を認め当科紹介となった。CTガイド下生検行うも確定診断には至らず、治療・診断目的に外科的切除を行った。頸部襟状切開に胸骨正中切開を加え摘出術を施行した。病理検査で大部分は壊死していたが、甲状腺乳頭癌の所見を認めた。また、わずかに異所性甲状腺の組織もみられ、異所性縦隔内甲状腺癌と診断した。**【考察】**異所性縦隔内甲状腺腫の症状は嗄声、嚥下困難などがあり、無症状例も約半数存在する。CT/MRIが腫瘍の解剖学的局在部位、周囲臓器との関係、血管の描出において診断に有用とされている。治療は、良悪性の診断が困難、腫瘍増大の可能性の点から外科的切除が第一選択となっており、本症歴でも外科的切除を施行した。甲状腺潜在癌からのリンパ節転移の可能性も否定できないが、周囲に甲状腺組織を認めたことより、異所性縦隔内甲状腺癌と考えた。

KT-49

特発性肺線維症による続発性気胸に対し、硬膜外麻酔下に胸腔鏡下肺瘻閉鎖術を施行した一例

- ¹⁾ 独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、
²⁾ 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座、
³⁾ 山口大学大学院医学系研究科 器官病態外科学講座、
⁴⁾ 山口大学大学院医学系研究科 麻酔・蘇生学講座
米澤 恒成^{1,2)}、浅見 麻紀²⁾、濱田 和希²⁾、村上 順一³⁾、奥 朋子⁴⁾、宇都宮利彰²⁾、
村田 順之²⁾、大石 景士²⁾、枝國 信貴²⁾、平野 綱彦²⁾、松永 和人²⁾

58歳男性。特発性肺線維症に対して近医で抗線維化薬の投与が行われていた。X年9月24日に急性増悪で当院呼吸器内科に緊急入院となり、全身ステロイド投与とPMX-DHPで呼吸状態の改善が得られた。在宅酸素療法を導入し10月25日に自宅退院したが、10月31日に左背部痛と体動困難を自覚し、胸部単純X線で左気胸が指摘され、直ちに胸腔ドレナージを開始した。ドレナージのみでは左肺の良好な拡張が得られず、EWS気管支充填術を施行するも効果は乏しく、外科的治療の適応について検討した。重度の呼吸不全(O₂ 6L/m)の状態であり、体外循環を前提に全身麻酔下で手術を行った際、術後抜管困難や体外循環からの離脱困難に陥る可能性もあったため、患者、家族と十分話し合った結果、まずは硬膜外麻酔下で胸腔鏡下肺瘻閉鎖術を行う方針とした。11月22日に呼吸器外科で胸腔鏡下肺瘻閉鎖術を行い、術後ミノマイシンによる胸膜癒着術を施行し、12月6日に胸腔ドレーンを抜去し、12月12日に自宅退院となった。【考察】低肺機能患者の続発性気胸は全身麻酔管理が難しく、外科的治療を断念する場合がある。今回、硬膜外麻酔下肺瘻閉鎖術で治癒を得られ症例を経験したため、報告する。

KT-50

横隔膜交通症に対して4K-3D-近赤外蛍光内視鏡下に瘻孔を確認し横隔膜縫縮術を施行した2例

- ¹⁾ NHO 東広島医療センター 呼吸器外科、²⁾ NHO 呉医療センター 呼吸器外科
仲川 知樹^{1,2)}、石田 聖幸²⁾、小田部誠哉²⁾、鍵本 篤志²⁾、三村 剛史²⁾

【はじめに】横隔膜交通症は横隔膜の小孔を通じて貯留液等が交通して生じる稀な疾患である。4K-3D内視鏡下に小孔の存在を確認し、横隔膜縫縮術を施行した2例を経験したので報告する。【症例1】63歳女性。広汎子宮全摘後に右胸水貯留が認められた。リンパ管シンチで腹部リンパ節郭清に伴うリンパ漏ならびに横隔膜交通症による右胸水貯留を疑い手術を施行した。足関節付近にICG皮下注射を行った後に、4K-3D内視鏡下に、横隔膜腱中心付近に散在する5mm大の瘻孔や菲薄化した部位を確認し、横隔膜を縫縮した。胸水の再貯留なく経過している。【症例2】48歳男性。アルコール性肝硬変による腹水に対し定期的に腹腔穿刺が行われていたが、右胸水貯留も認められたため、横隔膜交通症の存在が疑われた。腹腔・静脈シャントバルブ設置術が計画され、同時に胸腔鏡下手術の方針とした。腹腔内へのICG投与後、4K-3D内視鏡下に横隔膜腱中心上に3mm大の小嚢胞状の蛍光色素増強域が認められ、同部位を含めた横隔膜縫縮を行った。胸水の再貯留なく経過している。【結語】横隔膜交通症に対する4K-3D-近赤外蛍光内視鏡を使用した手術は、小孔の確認や低侵襲な横隔膜縫縮を可能とする。

KT-51

単孔式胸腔鏡下肺部分切除におけるトリステーブル2.0 ラディアルリロードの有用性についての検討

¹⁾愛媛大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器外科、²⁾社会医療法人仁友会南松山病院 呼吸器外科
高橋 望¹⁾、植木 貴史¹⁾、石村 孝夫¹⁾、武田 将司¹⁾、杉原 貴仁¹⁾、桐山 洋介¹⁾、
藻利 優¹⁾、坂尾 伸彦¹⁾、大谷 真二¹⁾、佐野 由文¹⁾、巻幡 聰²⁾

【目的】単孔式胸腔鏡下肺部分切除術(U-VATS)は低侵襲であるが、ステープラーの挿入が一方向となるため、多孔式手術(M-VATS)や開胸手術に比べて難易度が高い。今回U-VATSにおいてトリステーブルTM2.0ラディアルリロード(ラディアルリロード)が有用であった症例を3例経験したので報告する。【症例】症例1:70代男性、右肺S3の肺癌疑い結節をラディアルリロード2本とストレートブラック1本にて切除。症例2:50代女性、左肺S9の肺癌疑い結節をラディアルリロード1本、ストレートブラック2本で切除。症例3:70代女性、右肺S5の結節に対してラディアルリロード1本、ストレートパープル1本で切除。いずれも手術時間は1時間程度で出血少量。症例1, 2は肺腺癌の診断であった。【考察・結論】ラディアルリロードは十分なMarginを得やすいという利点があるが、曲形で太く通常のportからは挿入不可能でM-VATSでは使用困難である。U-VATSでは通常2~3cmのアクセスを使用するため利用可能で、通常の自動縫合機より容易に十分なmarginをとることが可能であった。

KT-52

CPAPが有効であった慢性気管支炎を背景としたSaber Sheath Tracheaの一例

米子医療センター

山本 光紘、池内 智行、唐下 泰一、富田 桂公

患者は76歳、男性。近医にてCOPDの診断で治療されていた。下気道感染を契機に、急性増悪を起こして入院。 β 2刺激剤吸入や全身ステロイド薬投与に反応乏しく、II型呼吸不全を繰り返していたが、持続的陽圧換気(CPAP)で改善していた。胸部CTでは気管左右径の短縮と前後径の延長を認め、Tracheal Index <0.5 でSaber Sheath Tracheaの合併と診断されていた。この度は、20XX年4月9日に下気道感染を合併し緊急入院。胸部聴診で吸気時喘鳴と呼吸音減弱を認めた。CPAP導入し気道圧を漸増し、 $8\text{cmH}_2\text{O}$ で喘鳴が消失した。呼吸状態は安定していたが、2日後に再増悪したため挿管し侵襲的人工呼吸器管理に至った。胸部Xpで肺野に異常陰影無く、気管支鏡検査で気道内に分泌物貯留を認めた。5日後に抜管できたが、その後もCPAP離脱に伴い喘鳴、呼吸困難を繰り返す経過で在宅CPAP導入の上現在も通院中である。

Saber Sheath Tracheaは以前より慢性気管支炎との関連性は指摘されているが、詳細な病態は不明である。本症例ではCPAP使用前後の比較から、Saber Sheath Tracheaの慢性気管支炎に伴う末梢のair trapping、中枢気道狭窄の改善にCPAPが有効であることが示唆された。

KT-53

硬性鏡下クライオ療法による腫瘍切除術が有効であった気管支内脂肪腫性過誤腫の一例

¹⁾独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、

²⁾公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科、³⁾岡山赤十字病院 呼吸器内科
高田 正浩^{1,2)}、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、井上 智敬¹⁾、山田光太郎³⁾、松岡 涼果¹⁾、
藤原 美穂¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、工藤健一郎¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾

【症例】81歳男性。**【主訴】**咳嗽。**【経過】**X-1年10月下旬より乾性咳嗽を認め、近医で左上葉入口部腫瘤による左舌区の無気肺、閉塞性肺炎を指摘された。紹介元で気管支鏡検査、鉗子生検を施行されたが十分な組織採取ができず、岡山医療センター呼吸器内科に気道インターベンション目的に紹介となった。X年1月に全身麻酔、硬性鏡下に軟性鏡を用いて実施した。左上葉入口部に上皮血管の増生を伴わない表面平滑なポリープ状腫瘤を認めた。鉗子での腫瘍除去は困難で、高周波スネアでの分割切除を試みた。しかし茎部が同定出来ず表面が滑らかで一部しか切除できなかった。腫瘍が大きく残存しており、2.4-mm cryoprobeを用いた切除を追加で行った。凍結は内視鏡下に確認しながら3秒から10秒まで行い、左上葉支の開通を得た。病理学的に腫瘍の脂肪内に呼吸上皮に被覆された腺管を認め、気管支内脂肪腫性過誤腫と診断した。**【結論】**当院からは硬性鏡下に高周波スネアを用いた気管支腫瘍の切除を報告してきたが、高周波スネアでの切除が困難な症例にはクライオ療法は有効であった。また本症例は脂肪成分が非常に多く腫瘍周囲に滲みでるoil-dropletを認め、稀な所見であり画像を供覧する。

KT-54

左肺底動脈大動脈起始症に対して胸腔鏡下左下葉切除術を施行した一例

¹⁾山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科、²⁾山口大学医学部附属病院 第一外科
柳 大樹¹⁾、濱田 和希¹⁾、深津愛祐美¹⁾、村上 順一²⁾、田中 俊樹²⁾、宇都宮利彰¹⁾、
村田 順之¹⁾、大石 景士¹⁾、浅見 麻紀¹⁾、枝國 信貴¹⁾、平野 綱彦¹⁾、松永 和人¹⁾

【症例】生来健康な23歳男性。扁桃炎を契機に撮影した胸部単純CTで偶発的に左下葉腫瘤影と肺血管陰影の増強を指摘され、精査目的に当科紹介となった。**【臨床経過】**造影CTで胸部下行大動脈から左肺底区に流入する異常動脈を認めたこと、気管支の分岐は正常であったことから、左肺底動脈大動脈起始症と診断した。肺換気血流シンチでは左肺底区の換気、血流がともに低下していた。心エコーで肺高血圧を示唆する所見は無かったが、左心容量負荷所見が見られた。胸部合同カンファレンスの結果を踏まえ、胸腔鏡下左下葉切除術を施行した。**【考察】**本疾患は肺循環に大動脈圧がかかり、将来的に肺高血圧、心不全、大量咯血などをきたす可能性があるため治療が推奨される。治療は異常動脈切除+肺切除、異常血管切除のみ、血管内治療などがあるが、治療法選択の明確な基準はない。本例では、異常血管が左肺底区ほぼ全域に分布していたこと、肺動脈が低形成であったこと、肺底区の血流と換気は共に低下していたことなどから、肺実質の温存はせず肺切除を行った。本疾患は重篤な転帰を辿ることもあるため、本例のように症状が乏しい場合にも早期治療介入が望ましいと考える。

KT-55

繰り返す胸膜痛を主訴とした急性肺動脈塞栓症の1例

¹⁾ 島根県立中央病院 呼吸器科、²⁾ 松江市立病院 呼吸器内科、
³⁾ 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
中村 惇¹⁾、新井 健義²⁾、山崎 章³⁾

【症例】26歳女性。X-16日に発熱と吸気時に増悪する胸痛を主訴に当院救急外来を受診し、胸膜炎を伴う細菌性肺炎として抗生剤治療され、軽快した。X日に発熱と胸痛が再燃したため救急外来を受診した。胸痛は突然発症であり、来院時SpO₂ 96%、動脈血液ガス分析でPaO₂ 95Torr、PaCO₂ 30Torrであった。胸部単純CTで前回とは異なる位置に胸膜に接する浸潤影が認められた。増悪と寛解を繰り返すことから、自己免疫疾患を疑い、さらなる精査を検討したが、知的障害のため採血を含めた検査の同意が得られなかった。抗生剤治療を行うことなく症状、検査所見は改善し、未診断のまま退院となった。X+13日、心肺停止で救急搬送となった。心肺蘇生の結果自己心拍再開し、造影CTで両側肺動脈血栓が認められた。以上より、肺病変は肺血栓塞栓症に伴う肺梗塞と診断した。その後の問診でピルを服用していたことが判明した。**【結語】**肺梗塞を伴った肺塞栓では発熱と浸潤影を伴い、肺炎と誤診されやすい。症状や画像所見、血栓症を生じる臨床背景より肺梗塞及び肺塞栓を想起することが重要である。

KT-56

気道狭窄による呼吸器症状が診断に寄与した再発性多発軟骨炎の一例

¹⁾ 公立みつぎ総合病院 内科、²⁾ 公立みつぎ総合病院 外科、³⁾ 公立みつぎ総合病院 病理診断科
住本 夏子¹⁾、北島 拓真¹⁾、大谷 博³⁾、佐々木俊雄¹⁾、松本 英男²⁾

【症例】94歳女性。X-29日に左耳介痛のため耳鼻咽喉科を受診し左耳介軟骨炎と診断され抗菌薬と経口ステロイド薬、ステロイド外用で治療をされた。しかし耳介軟骨炎の症状は改善せず、X日に発熱と呼吸困難のため当院へ救急搬送された。胸部CT検査で両下葉に浸潤影を認め、誤嚥性肺炎として抗菌薬治療を開始したが発熱が持続しX+2日目から吸気性喘鳴が出現した。X+3日目にII型呼吸不全を認めたため原因精査目的に再度胸部CT検査を施行したところ主気管支の狭窄を認め再発性多発軟骨炎が疑われた。左耳介生検を施行しプレドニゾロン(PSL)約1mg/kg/日で治療を開始したところ速やかに左耳介軟骨炎は軽快し、吸気性喘鳴も消失した。左耳介軟骨の病理所見は軟骨組織内及び周囲に好中球を含む中等～高度の炎症細胞浸潤、肉芽組織形成と線維化を認め再発性多発軟骨炎として矛盾しない所見であった。**【考察】**再発性多発軟骨炎とは全身の軟骨が侵される稀な疾患であり、気道狭窄をきたすとCOPD・気管支喘息に類似した症状を呈する。片側性耳介軟骨炎の治療経過に出現した呼吸器症状が診断に寄与した一例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

KT-57

急速に増大する後腹膜嚢胞性腫瘤を呈し悪性腫瘍との鑑別を要したリンパ脈管筋腫症の1例

岡山市立市民病院 呼吸器内科

青江晃太郎、濱田 昇、山本 千智、矢野 園子、大川 祥、讓尾 昌太、洲脇 俊充

リンパ脈管筋腫症の肺病変は緩徐に進行するが、急速に増大した後腹膜嚢胞性腫瘤の報告はあまりない。今回我々は急速に増大する後腹膜嚢胞性腫瘤を呈し悪性腫瘍との鑑別を要したリンパ脈管筋腫症の稀な1例を経験した。【症例】45歳 女性。【主訴】腰痛。【経過】健康診断で胸部異常陰影を指摘され受診。精査により多発肺嚢胞と後腹膜嚢胞性腫瘤を指摘。当初からリンパ脈管筋腫症を疑い経過観察を行っていたが徐々に腰痛を呈するようになった。CT再検したところ肺嚢胞は不変であったが後腹膜嚢胞性腫瘤は急速に増大していた。悪性疾患を否定できなかつたため後腹膜嚢胞性腫瘤摘出手術を行った。病理所見では紡錘形細胞の過形成と α -平滑筋アクチン、HMB-45、プロゲステロン、エストロゲン受容体染色陽性であった。妊娠可能な女性に多発肺嚢胞を呈し後腹膜腫瘤からリンパ脈絡膜筋腫症細胞が検出されたため、リンパ脈管筋腫症と診断した。現在シロリムスの内服治療をしているが、後腹膜腫瘤の再発及び肺病変の進行は認めていない。【結論】後腹膜腫瘤を診療する医療者にとって診断に特殊免疫染色を必要とする本疾患の病態を把握することは、貴重な情報と思われたので報告する。

KT-58

喀痰検体でEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌と診断し得た一例

福山市民病院 内科

辻 涼子、岡 智彦、砂田 有哉、滝 貴大、下西 惇、小田 尚廣、三谷 玲雄、高田 一郎

【症例】80歳代男性。【主訴】呼吸困難感。【現病歴】10日前からの呼吸困難で前医を受診したが、低酸素血症と胸部CTで両肺野に粟粒影を指摘され、精査加療目的に当院に紹介された。粟粒肺内転移を有する原発性肺癌を疑われたが、呼吸不全(P/F比<100)のため侵襲的検査は困難であり、喀痰細胞診で腺癌と診断された。遺伝子変異検索のため喀痰検体からセルブロックを作成し、AmoyDx肺がんマルチ遺伝子PCR検査に提出したところ、EGFR遺伝子変異(L858R)陽性と判明した。オシメルチニブ投与により病変の縮小と呼吸状態の改善を認め、約1年9ヵ月以上治療を継続中である。【考察】粟粒肺内転移をきたす非小細胞肺癌はEGFR遺伝子変異陽性率が高いことが報告されている。喀痰は腫瘍細胞に富んだ検体を採取することが比較的困難な検体であり、変異検出率はEGFR変異を有する腫瘍を持つ患者の30-50%程度との報告もある。しかし本症例のように侵襲的検査が困難な症例においては、喀痰検体での遺伝子変異検索も一つの選択肢と考えた。

KT-59

EGFR L858R変異陽性肺腺癌に対してCBDCA + nab-PTX + Atezolizumabがpseudoprogressionを伴って著効した一例

徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科

伊藤 一輝、村上 行人、坂東 弘基、山本 浩生、塚崎 佑貴、内藤 伸仁、萩野 広和、
佐藤 正大、埴淵 昌毅、西岡 安彦

【症例】59歳男性。X-1年7月に咳嗽を主訴に近医を受診し、CTで右肺上中葉に跨る腫瘤を認めたため当科紹介となった。全身検索により右中葉原発肺腺癌(cT4N3M1c [OSS], stage IVB)と診断した。PD-L1 TPSは40%、ドライバー遺伝子はEGFR L858R変異が陽性であった。X-1年9月よりosimertinibを開始し、原発巣で30%縮小が得られPRと判定した。X年9月のCTで既存病変の40%増大でPDとなり、10月よりCBDCA + nab-PTX + Atezolizumabを開始した。その後徐々に原発巣周囲に浸潤影が拡大し、右上中葉に広範な無気肺が形成されたため、薬剤性肺障害疑いで12月に経気管支肺生検を行った。病理所見は既知の肺腺癌のみで肺臓炎を示唆する所見は認めなかった。腫瘍マーカーは低下傾向にあったことから臨床的にpseudoprogressionと診断し、同レジメンを慎重に継続したところ、右上中葉の無気肺は解除され、腫瘍も60%縮小した。【考察】EGFR変異陽性肺癌は一般的に免疫療法の有効性が低いとされるが、一部で本症例のような著効例が存在する。本会では免疫療法が奏効するEGFR変異陽性肺癌の特徴について文献的考察とともに報告する。

KT-60

EGFR/BRAF変異共陽性を呈した肺腺癌の一例

¹⁾ 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座、²⁾ 徳山中央病院 呼吸器内科
一山 康¹⁾、宇都宮利彰¹⁾、山路 義和²⁾、濱田 和希¹⁾、村田 順之¹⁾、大石 景士¹⁾、
浅見 麻紀¹⁾、枝國 信貴¹⁾、平野 綱彦¹⁾、松永 和人¹⁾

【症例】73歳、男性。【主訴】化学療法目的。【現病歴】2023年9月頃から腰痛を認めており、近医を受診した。MRIで転移性脊椎腫瘍が疑われ、CTを撮影したところ、肺癌が疑われたため当科紹介となった。2024年1月に左下葉の腫瘤よりCTガイド下生検を施行し、Amoyを提出した結果、EGFR(+): L858R、BRAF(+)の共変異を認めた。頭部MRIで脳転移を認めず、左下葉肺腺癌(cT2bN0M1c, Stage IVB)の診断となった。化学療法目的に2024年2月に当科入院となった。【臨床経過】入院後、Osimertinibで治療開始した。皮疹や消化器症状、間質性肺炎などの有害事象は見られず、投与開始1週間後の胸部Xpで原発巣の縮小が見られた。全身状態良好であり、投与開始15日目に自宅退院となった。現在、外来でOsimertinib継続中。【考察】EGFR/BRAF共変異を有する非小細胞肺癌のうち、EGFR-TKIの耐性獲得によるBRAF変異とde novo EGFR/BRAF共変異が存在するが、本症例は治療前から共変異を有し、後者に該当する。Osimertinib投与で腫瘍縮小が得られており、EGFR変異が優位に発現している可能性がある。今後はOsimertinibを継続し、2nd lineとしてはTrametinib + Dabrafenibの投与を検討している。

KT-61

術前補助化学療法が有効であったEGFR exon 20 insertion陽性のIIIA期肺腺癌の1例

¹⁾ 国立大学法人鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、

²⁾ 国立大学法人鳥取大学医学部附属病院 呼吸器外科

松岡 秀一¹⁾、矢内 正晶¹⁾、宮本 竜弥²⁾、乾 元気¹⁾、石川 博基¹⁾、野中 喬文¹⁾、
原田 智也¹⁾、平山 勇毅¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、阪本 智宏¹⁾、木下 直樹¹⁾、小谷 昌広¹⁾、
春木 朋広²⁾、山崎 章¹⁾

症例は71歳女性。20XX年9月に胸部異常陰影を指摘され当科紹介となり、胸部CT検査で左上葉結節影、縦隔リンパ節腫大を認めた。EBUS-TBNAで縦隔リンパ節(#4R、4L)から穿刺を行い、#4Lのみで腺癌を認めた。明らかな遠隔転移は認めず、左上葉肺腺癌 cT1bN2M0 stageIIIAと診断した。PD-L1は低発現(TPS 40%、ICI/TCI)で、ドライバー遺伝子検索の結果、EGFR exon 20 insertion陽性であった。EGFR遺伝子変異陽性完全切除例ではOsimertinibによる術後補助化学療法が選択肢となる。しかし、EGFR exon 20 insertionではEGFR-TKIの治療効果が乏しいことが知られていることから、キャンサーボードで協議し、Cisplatin+Pemetrexed+Nivolumabによる術前補助化学療法を選択した。3コース投与後のCT検査では、原発巣、リンパ節転移の縮小を認め、20XX+1年1月に手術を実施した。手術検体の組織学的検査ではリンパ節転移を示唆する所見は認められず、術後診断はypT1bN0M0 stageIA2であった。EGFR exon 20 insertionの周術期治療を考える上で示唆に富む症例であったため報告する。

KT-62

アレクチニブによる有害事象に対して隔日投与により安定して継続可能となった1例

¹⁾ 徳島県立三好病院 呼吸器内科、²⁾ 徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科
小倉佑一朗¹⁾、田宮 弘之¹⁾、磯村 祐太²⁾

【症例】79歳女性。ALK融合遺伝子陽性の右肺門部肺腺癌(cT4N3M1c, StageIVB)に対して、1次治療としてアレクチニブ 600mg/日の連日投与を開始した。開始1か月後にHb 7.6g/dLの貧血、直接ビリルビン上昇、直接クームス試験陽性を認め、アレクチニブによる薬剤性溶血性貧血を疑った。アレクチニブを休薬することで溶血性貧血は改善し、アレクチニブの効果は得られていたため、休薬1か月後にアレクチニブを同量で再開したが、その後も直接ビリルビン上昇による休薬と再開を繰り返していた。休薬と再開を短期間で繰り返しながらも抗腫瘍効果は維持できていたため、有害事象の軽減を目的として600mg/日の隔日投与に移行した。その後、直接ビリルビンは正常範囲内で経過し、安定して継続できている。【考察】ドライバー遺伝子変異を有する肺癌患者の分子標的薬による有害事象の軽減を目的として隔日投与が用いられることがあり、アレクチニブによる有害事象に対しても隔日投与にて継続できる可能性が考えられた。アレクチニブにもいくつかの減量方法が考えられ、薬物動態や適切な減量方法についてさらなる検討を要する。

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

¹⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、³⁾鳥取大学医学部附属病院 血液内科、⁴⁾千葉大学真菌医学研究センター 臨床感染症分野
有田 紫乃^{1,2)}、岡崎 亮太²⁾、野中 喬文²⁾、上谷 直希²⁾、河野 紘輝²⁾、舟木 佳弘²⁾、
原田 智也²⁾、前垣 雅哉³⁾、渡邊 哲⁴⁾、山崎 章²⁾

症例は61歳女性。関節リウマチで当科加療中であったが、20XX-3年9月に腹部腫瘤を認め、EUS-FNAでメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)の診断となった。MTX休薬のみで縮小が得られたが、20XX年3月に腹部腫瘤の再増大があり、CTガイド下生検で濾胞性リンパ腫と診断、6月よりベンダムスチン+リツキシマブ療法を開始した。その後、9月初旬より咳嗽症状が出現し、胸部CTで左下葉支に粘液栓と左下葉無気肺、血液検査で好酸球数増多を認めた。気管支鏡検査で左主気管支の粘液栓を回収し、培養検査及び病理標本の遺伝子解析により*Scedosporium apiospermum*によるアレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)と診断した。PSLによる治療を開始し、末梢血好酸球数減少と無気肺の改善を認めたが、漸減中に呼吸器症状の増悪を認めた。VRCZで肝障害を合併したため、PSCZの併用を開始したところ、改善が得られた。*Scedosporium apiospermum*によるABPMの国内での報告例は少なく、本症例のように病理標本の遺伝子解析を行い、起病菌であると証明した報告例はない。希少深在性真菌症は抗真菌薬の感受性がアスペルギルスとは異なるため、可能な限り起病菌の同定を行うことが重要であると考えられる。

当科で診断しえた肺胞蛋白症の4症例

¹⁾高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科、²⁾高知県立あき総合病院
中村 優美¹⁾、山崎 悠司²⁾、鈴木 太郎²⁾、安田早耶香¹⁾、寺田 潤紀¹⁾、平川 慶晃¹⁾、
伊藤 孟彦¹⁾、西森 朱里¹⁾、中谷 優¹⁾、大山 洸右¹⁾、水田 順也¹⁾、梅下 会美¹⁾、
萩野 慶隆¹⁾、佃 月恵¹⁾、山根真由香¹⁾、岩部 直美¹⁾、辻 希美子¹⁾、高松 和史¹⁾、
大西 広志¹⁾、横山 彰仁¹⁾

【背景・目的】肺胞蛋白症は比較的稀な疾患であり、臨床経過は多彩であるため診断に苦慮することがある。当科で経験した4例の肺胞蛋白症の臨床的特徴について検討した。【結果】症例は年齢中央値62歳(42歳～80歳)、男性3例、女性1例であった。初診時のKL-6の平均値は7,287U/mL(511～14,228U/mL)であった。全例で気管支鏡検査を施行し、2例は肺胞蛋白症と診断されたが、2例は他の間質性肺炎と考えられた。抗GM-CSF抗体は3例で陽性であり、1例では未測定であった。4例すべてで肺胞蛋白症の疾患重症度スコアは2であった。他の間質性肺炎と診断した2例はステロイドが導入された。のちに1例は再度気管支鏡検査を施行し、1例は胸腔鏡下肺生検で診断に至った。【結論】間質性肺炎の診療では肺胞蛋白症を鑑別にあげて必要時は再度精査を行うことが重要である。

KT-65

胃癌を合併した抗KS抗体症候群関連間質性肺疾患の一例

福山市民病院 内科

岡 智彦、辻 涼子、砂田 有哉、滝 貴大、下西 淳、小田 尚廣、三谷 玲雄、
高田 一郎

症例は82歳男性。呼吸困難で当院を紹介受診し、CTでNSIP with OP overlapパターンの間質性肺疾患を認めた。重症呼吸不全の状態であり、ステロイドパルス療法を施行した。抗ARS抗体陽性だったが皮膚所見や筋炎所見は認められず、抗ARS抗体症候群と診断した。後に抗KS抗体であることが判明した。呼吸状態改善後はプレドニゾロンとタクロリムスの併用療法を行い、day31に自宅退院した。経過中に悪性腫瘍のスクリーニングを行ったところ胃癌と診断し、腹腔鏡下胃全摘術を行った。その後、間質性肺疾患は寛解維持し、プレドニゾロンは1mgまで減量した。しかし、術後2年のフォローアップCTで胃癌が肝転移再発し、間質性肺疾患も増悪した。プレドニゾロン増量で間質性肺疾患は再度軽快したが、胃癌術後再発は化学療法が奏効せず、4か月後に死亡した。抗KS抗体症候群は慢性経過の間質性肺疾患を呈することが多いが本症例のように急性経過を呈することは稀と思われる。また、抗ARS抗体症候群と悪性腫瘍の合併について文献的考察を交えて報告する。

KT-66

潰瘍性大腸炎の治療中に発症した薬剤性肺炎の1例

川崎医科大学総合医療センター 総合内科学1

伊藤 駿、白井 亮、小山 勝正、太田 浩世、友田 恒一

【症例】69歳、男性。X年8月に潰瘍性大腸炎の診断で、メサラジン治療を開始され症状は改善傾向にあった。10月下旬から乾性咳嗽、息切れがみられるようになり、11月に胸部CT検査で両側肺にすりガラス影を認めたため紹介となった。【アレルギー歴】市販ピリン系かぜ薬で蕁麻疹。【経過】受診時SpO₂ 94%（室内気）、fine cracklesを聴取した。血液検査はWBC 7850、CRP 0.7mg/dL、KL-6 800U/mLであった。胸部X-Pおよび胸部CTで両側肺にすりガラス影とconsolidationを認めた。気管支肺胞洗浄液ではリンパ球49%、好酸球12%であった。薬剤性肺炎を疑い、被疑薬中止とし、メチルプレドニゾロンで治療を開始したところ症状と陰影の改善を認めた。DLSTでメサラジンが陽性となった。【考察】潰瘍性大腸炎などの炎症性腸疾患は増加傾向であり、サラゾスルファピリジンよりも副作用の少ないメサラジンが治療薬として頻用される。しかし使用増加に伴いメサラジンによる薬剤性肺炎の報告が散見されるようになった。一方、潰瘍性大腸炎は肺病変も呈する。これらを鑑別し治療を行う必要があると考えられた。

KT-67

重篤な喘息急性増悪に対してベンラリズマブを投与し救命し得た1例

¹⁾ 国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾ 広島市立広島市民病院 呼吸器内科
郷田 真由^{1,2)}、松岡 涼果¹⁾、工藤健一郎¹⁾、井上 智敬¹⁾、藤原 美穂¹⁾、中村 愛理¹⁾、
瀧川 雄貴¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、佐藤 賢¹⁾、藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾

喘息未治療の54歳男性。X年12月に夜間呼吸困難を認め近医を受診し、喘息の診断で短時間作用性 β_2 刺激薬(SABA)の吸入を行い、症状は一時的に改善した。近医受診6日後に再度呼吸困難を自覚し、当院に救急搬送となった。搬送時、酸素化低下、喘鳴を認めており、喘息急性増悪の診断でSABA吸入、ステロイド全身投与、0.1%アドレナリン皮下注射を行った。しかし2型呼吸不全をきたしており、初期治療の反応性に乏しかったため、人工呼吸管理を開始した。集学的治療を行うも筋弛緩薬の持続投与を必要とし、気道抵抗が高く不安定な呼吸状態が続いていたため、入院2日目にベンラリズマブを投与した。同日には呼吸状態は著明に改善し入院4日目に抜管した。吸入長時間作用性抗コリン薬/吸入長時間作用性 β_2 刺激薬/吸入ステロイド薬を導入し入院13日目に自宅退院した。

我々は重篤な喘息増悪に対してベンラリズマブの単回投与により著明な改善が得られた症例を経験した。喘息増悪時にはSABA吸入、ステロイド全身投与を行うことが基本であるが、人工呼吸管理を要する重篤な喘息増悪の場合には生物学的製剤の早期投与が有用な可能性があり、文献的考察を含めて報告する。


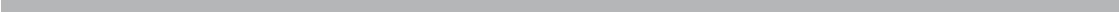
KT-68

SARS-CoV-2感染後の線維化期にnintedanibを投与した1例

愛媛県立中央病院 呼吸器内科

切土 博仁、勝田 知也、井上 考司、橘 さやか、近藤 晴香、中村 純也、能津 昌平、
濱田 徹、相原 健人、宗石 翔、中西 徳彦

今回我々は、SARS-CoV-2感染後8か月経過した線維化期にnintedanibを投与した症例を経験したので報告する。症例：60歳代男性。主訴：労作時息切れ。既往歴：なし。喫煙歴なし。職業：元消防隊員。現病歴：X年8月SARS-CoV-2感染にて入院治療を要した。病初の胸部CTでは、両側肺の多発浸潤影を認めた。蜂巣肺は認めなかった。その後も、労作時息切れが持続するために12月に当科紹介となる。胸部CTでは、左肺優位の牽引性気管支拡張症を伴うすりガラス状陰影を認めた。肺機能検査ではFVC 2.10L (59.5%)、%DLCO 75.5%と拘束性換気障害、拡散障害を認めた。気管支肺泡洗浄ではマクロファージ優位であった。SARS-CoV-2感染後の肺線維症と考え、進行性線維化性間質性肺炎(PF-ILD)に相当すると考え、X+1年4月よりnintedanibを開始した。同年6月のFVC 2.22L (63.2%)であった。考察：SARS-CoV-2感染後の抗線維化薬投与後の経過を文献を交えて報告する。



肺癌学会 一般演題

H-01

肺浸潤影を契機に診断に至った続発性気管支動脈蔓状血管腫の1例

¹⁾松江市立病院 呼吸器内科、²⁾益田赤十字病院 呼吸器内科、
³⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
新井 健義¹⁾、山崎 整児²⁾、山崎 章³⁾

【症例】74歳女性。胸部異常陰影精査目的に当科受診した。胸部単純CTで左下葉の肺容積減少を伴う浸潤影を認めた。急性炎症所見に乏しく、無気肺を伴う肺癌や浸潤性粘液性腺癌、肺抗酸菌症、慢性進行性肺アスペルギルス症を疑った。造影CTを行った結果、気管支動脈の屈曲・蛇行・拡張した異常血管の左下葉浸潤影への還流と造影効果が目立つ領域、異常な気管支動脈と肺動脈が直接吻合している所見が認められた。浸潤影精査目的に気管支鏡を行ったが、腫瘍性病変はみられず、左下葉気管支の腫脹・膿性分泌物を認めた。気管支洗浄・ブラシ擦過を行い、悪性所見や抗酸菌、真菌は確認できず、洗浄液培養で*Pasteurella multocida*が分離された。検査後に問診すると、10年前から湿性咳嗽が続いていた。以上より*Pasteurella multocida*による慢性下気道感染症及び続発性気管支動脈蔓状血管腫と診断した。【結語】肺浸潤影診断のため経気管支鏡的生検を検討していたが、検査前の造影CTにより生検に伴う重篤な出血合併症を避けることができた。続発性気管支動脈蔓状血管腫に関する報告は数例の症例報告のみと稀な病態であり、貴重な症例を経験したため報告する。

H-02

ニボルマブ中止1ヵ月後インフルエンザA型罹患を契機にサイトカイン放出症候群を発症した肺腺癌の1例

¹⁾米子医療センター 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器膠原病内科
唐下 泰一¹⁾、山本 光紘¹⁾、池内 智行¹⁾、富田 桂公¹⁾、山崎 章²⁾

患者は68歳、女性。主訴は意識障害。20XX-4年12月にEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌Stage IVAと診断しオシメルチニブで治療を開始。4次治療でニボルマブを選択し、投与中に免疫関連有害事象は認めなかった。9サイクル投与後に腹膜播種が増悪したため、20XX年1月23日から5次治療 ゲムシタビン、ペバシズマブを開始。2月9日の定期受診に来院しなかったため家族に連絡。自宅で起床できない状態を発見し救急車で来院。発熱はなく、血圧低下(収縮期血圧70~80mmHg)、頻脈、頻呼吸、呼吸不全の状態を繰り返していた。インフルエンザA型陽性でありCRP 30mg/dLと高度の炎症反応を認めた。サイトカイン放出症候群(CRS)を疑い、同日ステロイドパルス療法開始。投与12時間後には収縮期血圧120mmHg以上を保っていた。数日後に意識障害が改善し問診すると、入院当日朝まで体調不良はなく家事を行っており、短時間で急変した状況だった。CRSはCAR-T療法や抗CTLA-4抗体併用化学療法の有害事象で注目されるようになったが、ニボルマブ単剤療法での報告は少ない。この度、ニボルマブ単剤療法終了1ヵ月後に、インフルエンザ感染を契機に急速にCRSに至った症例を経験したので報告する。

H-03

硬膜転移によって視力障害をきたした肺腺癌の一例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院

天野 明彦、濱尾 信叔、濱川 正光、福田 泰、横山 俊秀、石田 直

【症例】62歳，女性。【現病歴】肺腺癌cT4N3M1c cStageIVBに対して1st lineとしてCarboplatin+Pemetrexed+Pembrolizumab併用療法，2nd lineとしてDocetaxel単剤療法を行われたがPD (Progressive Disease)判定となり，3rd lineとしてX日からS-1単剤療法が開始された。薬剤投与当日から右眼視力障害出現し，症状が悪化傾向であるためX+3日目に当院を受診した。眼球運動障害は認めなかったが右眼下方に手動弁以下の視力低下を指摘された。頭部MRI検査で，頭蓋内に広がる右視神経管を圧迫する軟部組織増生を認めたことから肺腺癌の硬膜転移による視力障害と診断した。その後X+7日から緩和的放射線療法(30Gy/10Fr)を開始したことにより視力は速やかに改善した。【考察】転移性脳腫瘍の多くは脳実質内転移であり，硬膜への転移は頭蓋内のみに限ると4%程度との報告がある。そのうち視力障害をきたすものは10%程度である。今回，硬膜転移によって視力障害をきたした肺腺癌の一例を経験したので，文献的考察を加え報告する。

H-04

ペムブロリズマブ投与中に腫瘍形成性膵炎を呈した1例

¹⁾鳥取赤十字病院 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
中崎 博文¹⁾、黒田 桂介¹⁾、山崎 章²⁾

【症例】79歳男性。【病歴】20XX-2年3月に1月からの血痰を主訴に来院。胸部CTにて右肺上葉に68mm大、右肺下葉に45mm大の腫瘍影を認め肺癌が疑われた。精査の結果、肺腺癌(cT3N2M1c ADR OSS BRA)、stageIV Bの診断となった。ドライバー遺伝子変異なし、PD-L1(22C3)TPS 100%と高発現にて初回化学療法としてペムブロリズマブ単剤を選択した。以後32コース投与してnear CRの状態であった。20XX年4月のCTにて膵鉤部に32mm大の腫瘍、主膵管拡張が出現。原発性膵癌、肺癌転移、腫瘍形成性膵炎が疑われた。FNAを行った結果、腫瘍細胞は認めず腫瘍形成性膵炎の診断となった。ペムブロリズマブによる免疫関連有害事象(irAE)を考慮し、休薬の上経過観察を行ったところ腫瘍は消退傾向となった。肺癌病変は明らかな増悪を認めず経過観察を継続中である。【考察】本症例では腫瘍形成性膵炎は臨床経過からペムブロリズマブによるirAEと考えられた。irAEのうち膵障害を呈する頻度は低く1-4%とも言われている。腫瘍を形成する頻度はさらに低く、また肺癌再燃との鑑別が重要である。

H-05

肺腺癌に対するベバシズマブ、アテゾリズマブ併用維持療法中にシェーグレン症候群を発症した1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 がんセンター
木下 直樹¹⁾、西上 美侑¹⁾、乾 元気¹⁾、石川 博基¹⁾、野中 喬文¹⁾、平山 勇毅¹⁾、
河野 紘輝¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、矢内 正晶^{1,2)}、舟木 佳弘¹⁾、阪本 智宏¹⁾、原田 智也¹⁾、
高田 美樹¹⁾、岡崎 亮太¹⁾、山口 耕介¹⁾、森田 正人¹⁾、小谷 昌広^{1,2)}、山崎 章¹⁾

症例は75歳、男性。20XX-5年左上葉肺腺癌cT1bN2M0 stageIIIA（ドライバー遺伝子異常陰性、PD-L1低発現）に対してシスプラチン、ドセタキセル併用の化学放射線療法を施行した後、デュルバルマブで1年間治療し経過観察をしていた。20XX年3月右鎖骨上窩リンパ節や右頸部リンパ節が腫大し、経皮針生検で肺腺癌の再発と診断した。5月からカルボプラチン、パクリタキセル、ベバシズマブ、アテゾリズマブ併用療法を開始し腫瘍の縮小を認め、4サイクル施行した後、ベバシズマブ、アテゾリズマブ併用維持療法を行っていた。10月ごろから唾液が出ず嚥下困難の訴えがあり精査したところ、抗SS-A抗体、抗SS-B抗体とも陽性、ガムテストで唾液分泌量低下、口唇生検やシルマーテストでシェーグレン症候群に矛盾しない結果でありシェーグレン症候群と診断した。併用維持療法を中止した後、症状は改善し無治療で経過観察している。本症例では経過からirAEとしてのシェーグレン症候群の発症を疑った。irAEとしての口腔乾燥の報告は散見されるようになったが、軽微であれば患者から訴えられず見過ごされやすい病態であり今回報告する。

H-06

根治切除不能胸腺癌に対してレンバチニブが有効であった1例

高松赤十字病院 呼吸器センター

中川 靖士、監崎孝一郎、山本 清成、久保 尊子、法村 尚子、三浦 一真、川田 浩輔、
林 章人、南木 伸基、六車 博昭、山本 晃義

症例は60歳代の女性。X年の定期健診で前年までに見られなかった左下肺野の浸潤影を指摘され前医を受診した。胸部CTで前縦隔腫瘍を指摘され精査加療目的に当院を紹介された。前縦隔に心膜や左主肺動脈と接する不整形の腫瘍を認めた。X年11月に胸骨正中切開による摘出術を行ったが左主肺動脈に浸潤した腫瘍が遺残した。術後の病理診断は低分化扁平上皮癌で正岡病期4a期であった。術後にADOC療法4コースおよび50Gyの放射線照射を追加した。X+3年6月に胸膜播種、胸水が出現し、ADOC療法をさらに5コース追加した。X+5年に両側乳癌に対して手術およびパクリタキセルによる化学療法が4コース行われた。X+7年2月のCTで胸膜播種の増大、胸水の増加が出現し制御困難となったためレンバチニブを開始した。高血圧症、手足症候群、血小板減少などの副作用のため8mg/日まで減量したが、投与開始後3か月のCTで胸水の減量と胸膜播種巣の縮小が得られSDと判断した。その後、4mg/日に減量して約1年10か月投与を継続し、病巣の制御が得られた。再発胸腺癌に対するレンバチニブは有効で忍容性があると考えられた。

H-07

ROSE陽性時の鉗子洗浄液を用いた肺がんコンパクトパネルの有用性の検討

香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学

大原 靖弘、渡邊 直樹、井上 卓哉、溝口 仁志、小森 雄太、金地 伸拓

【背景】肺がんコンパクトパネルDxマルチコンパニオン診断システム(以下、肺がんコンパクトパネル)では組織検体のみではなく細胞検体を用いた解析が可能である。気管支鏡検査の迅速細胞診(ROSE)陽性時のブラシや鉗子の洗浄液には癌細胞が少数ながら含まれており、コンパクトパネルで遺伝子解析が可能かもしれない。**【方法】**気管支鏡検査のROSE陽性時の鉗子洗浄液を肺がんコンパクトパネル用の細胞検体として保存しておき、組織検体の採取が不十分のために他のマルチ遺伝子検査に提出できない場合に、肺がんコンパクトパネルに提出した。当院で2023/6から2024/3に気管支鏡で非小細胞肺癌の診断に至りマルチ遺伝子検査を行った47例で、肺がんコンパクトパネルへの提出状況と解析成功率を後方視的に検討した。**【結果】**遺伝子解析毎の症例数はオンコマイン 10例、Amoy 20例、肺がんコンパクトパネル 17例であった。肺がんコンパクトパネルでは17例全例で解析が成功しており、EGFR 5例(exon19del 4例, L858R 1例, T790M 1例)、KRAS 3例の遺伝子異常が検出され、治療方針決定に有用だった。**【結論】**ROSE陽性時の鉗子洗浄液を用いた肺がんコンパクトパネルは有用である。

H-08

肺がんコンパクトパネルにてMET Exon14 skipping陽性を検出した肺扁平上皮癌の一例

国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科

藤原 美穂、瀧川 雄貴、佐藤 晃子、大後戸智也、北野 統己、笹埜 侑斗、市川 健、松本奨一朗、井上 智敬、松岡 涼果、渡邊 洋美、工藤健一郎、佐藤 賢、藤原 慶一、柴山 卓夫

【症例】83歳女性。**【主訴】**咳嗽。**【現病歴】**X-1年4月に右上葉腫瘍に対して超音波気管支鏡ガイド下針生検(endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: EBUS-TBNA)を行い右上葉非小細胞肺癌stageIIIAと診断した。同時化学放射線療法、Durvalumab維持療法を行ったが、X年2月に原発巣が増大し、再発が疑われたためEBUS-TBNAによる再生検を行った。組織診、細胞診にて扁平上皮癌と診断した。腫瘍割合が少なく、PD-L1の測定は不能であったが、生検針の洗浄液を肺がんコンパクトパネルに提出し、MET Exon14 skipping陽性が判明した。tepotinibを開始し、縮小効果が得られている。**【考察】**肺がんコンパクトパネルは細胞診検体でも複数の遺伝子解析が可能かつ感度の優れたマルチプレックス遺伝子検査である。扁平上皮癌によるMET Exon14 skipping陽性は稀だが、洗浄液検体を肺がんコンパクトパネルに提出し、少ない検体量でも遺伝子異常を検出することが出来た。tepotinibによる治療につながった貴重な症例と考えられたため文献的考察を加えて報告する。

H-09

Afatinibが長期に奏効しているEGFR遺伝子変異陽性進行肺扁平上皮癌の1例

鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科

野中 喬文、阪本 智宏、西上 美侑、平山 勇毅、照屋 靖彦、矢内 正晶、原田 智也、
木下 直樹、山口 耕介、小谷 昌広、山崎 章

症例は65歳女性。20XX年2月1日に左下葉腫瘤影の精査目的に当科紹介受診。縦隔リンパ節に対してEBUS-TBNAを施行し、肺扁平上皮癌の診断となった。オンコマインDx Target TestマルチCDxシステムでEGFR E709K変異、EGFR G719A変異が検出された。EGFR遺伝子変異陽性肺扁平上皮癌cT4N3M1c(ADR、LYM、OSS、PLE)stageIVBに対して2月22日より1次治療：Afatinibを開始。その後、腫瘍は著明に縮小し1年以上経過しているが投与継続中である。EGFR遺伝子変異は主に腺癌で検出され、扁平上皮癌では約3-4%程度であったと報告されている。また、EGFR-TKIの有効性と安全性を検討した多くの臨床試験では、組織型のほとんどが腺癌であり扁平上皮癌に対するEGFR-TKIの有効性に関するデータは限定的である。本症例は扁平上皮癌であったがドライバー遺伝子検査によりEGFR遺伝子のuncommon/compound変異が検出され、Afatinibによる長期的な治療効果が得られている。本症例のように扁平上皮癌においても分子標的薬の恩恵を受けることができるドライバー遺伝子陽性の患者が存在するため、進行非小細胞肺癌の治療前には組織型によらずドライバー遺伝子検査をおこなうことが必要であると考えらる。

H-10

オシメルチニブによる薬剤性肺障害後にステロイド併用下で再投与を行った肺腺癌の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 がんセンター
矢内 正晶^{1,2)}、野中 喬文¹⁾、舟木 佳弘¹⁾、松岡 秀一¹⁾、平山 勇毅¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、
阪本 智宏¹⁾、木下 直樹¹⁾、山口 耕介¹⁾、小谷 昌広^{1,2)}、山崎 章¹⁾

症例は、71歳女性。EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌に対して20XX-3年11月5日より1次治療：オシメルチニブを開始した。治療開始後、腫瘍は縮小したが、同年12月21日に労作時呼吸困難を自覚し、胸部CTで両側肺野にすりガラス影が出現した。Grade2の薬剤性肺障害としてステロイド治療を開始し、速やかに陰影は改善した。その後、20XX-2年2月より2次治療：アファチニブを開始し、薬剤性肺障害の再燃はなく、腫瘍の縮小がえられた。20XX-1年8月ごろより原発巣、肺内転移巣が緩徐に増大していたが、本人の希望でアファチニブを継続していた。20XX年10月には髄膜癌腫症によりADLが急速に低下した。Liquid biopsyでT790M変異が陽性となり、リスクを十分に説明したが、本人、家族がオシメルチニブ再投与を強く希望された。近年、ステロイド併用下でEGFR-TKI再投与が可能であったとの報告が散見されており、同年11月より3次治療としてステロイド併用下でオシメルチニブの再投与を開始した。治療開始後も薬剤性肺障害の再燃なく、病勢制御が得られている。EGFR-TKIによる薬剤性肺障害後にやむを得ずEGFR-TKIの再投与を行う場合にはステロイドの併用を考慮するべきだと考えた。

H-11

非小細胞肺癌におけるニボルマブとPAI-1阻害剤(TM5614)併用療法の第2相医師主導治験

¹⁾ 広島大学病院、²⁾ 岡山大学病院、³⁾ 島根大学医学部附属病院、⁴⁾ 広島市立広島市民病院、⁵⁾ 鳥取大学病院、⁶⁾ 国立病院機構四国がんセンター

益田 武¹⁾、阪本 智宏⁵⁾、津端由佳里³⁾、市原 英基²⁾、上月 稔幸⁶⁾、庄田 浩康⁴⁾、平田 泰三¹⁾、隅井 允彦¹⁾、下地 清史¹⁾、山口 覚博¹⁾、坂本信二郎¹⁾、堀益 靖¹⁾、中島 拓¹⁾、岩本 博志¹⁾、濱田 泰伸¹⁾、服部 登¹⁾

【背景】進行非小細胞肺癌(NSCLC)の初回標準治療は複合免疫療法であり、2次治療ではドセタキセルなどが投与されるが、3次治療以降の標準治療は定まっていないため、有効な治療開発が喫緊の課題である。3次以降の治療として、化学療法よりも毒性の軽い抗PD-1抗体も選択肢となるが、抗PD-1抗体治療歴のある患者では、その効果が限定的である。よって、抗PD-1抗体の効果を増強させる何らかの戦略が必要である。我々は、抗PD-1抗体の効果を増強させ且つ安全性の高い併用薬として、plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1) 阻害剤「TM5614」に着目して研究を進め、PAI-1が抗PD-1抗体の耐性に関与すること、TM5614が抗PD-1抗体の効果が発揮されるように腫瘍微小環境を改善することも明らかにした。実際に肺癌マウスモデルにおいて、抗PD-1抗体とTM5614の併用投与は有意に高い抗腫瘍効果を示した。【方法と進捗】令和5年9月より、2次治療無効のNSCLCに対するニボルマブとTM5614併用療法の多施設共同単群第2相医師主導治験を開始した。主要評価項目は客観的奏効割合であり、2024年4月15日時点で、16/39例を登録している。本会では、基礎研究データと治験の進捗状況を提示する。

H-12

陰影の増大と縮小を繰り返し、4年間経過観察した右下葉扁平上皮癌の一例

鳥取県立厚生病院 胸部外科

野坂 祐仁、高木 雄三、大田里香子

【症例】80歳代、男性。X年9月に他疾患経過フォローのCTで右肺下葉に1cm大の結節影を認めた。その後胆管炎を発症しERBDを施行された。X+1年9月のCTで軽度増大を認めたが、3か月後のX+2年1月には軽度縮小を認めた。X+2年6月にはさらに縮小傾向であったが、X+2年11月に軽度増大を認めた。X+3年11月には、同部位の陰影は縮小を認めたが、新たに複数の粒状影が出現した。X+4年11月に増大を認めたため気管支鏡下生検を施行したところ、扁平上皮癌の診断に至った。右下葉扁平上皮癌(cT2aN0M0 stage1B)の診断で、X+5年1月に右肺下葉切除+ND1bリンパ節郭清術を施行した。術後病理結果は、右下葉扁平上皮癌(non-keratinizing type)(pT1cN0M0 stage1A3)であった。現在、外来経過観察中である。【まとめ】悪性腫瘍の自然退縮の原因としてはホルモンの影響、感染症合併、腫瘍の生検、外科的侵襲、遺伝、精神状態などの報告があるが一定の見解を得ていない。本症例では画像経過観察中に胆管炎を発症しており、これによる免疫応答の賦活化が腫瘍の縮小を引き起こした可能性は考えられる。肺癌が自然退縮した場合でも再増大する例もあるため、慎重な経過観察が必要と考えられた。

H-13

当院における3-port RATSの現状と助手の役割

愛媛大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器外科

大谷 真二、高橋 望、武田 将司、石村 孝夫、杉原 貴仁、桐山 洋介、藻利 優、
坂尾 伸彦、佐野 由文、泉谷 裕則

当院では2022年7月以降、Reduced portとなる3-portのロボット支援呼吸器手術(RATS)を開始するとともに、CO2送気を併用した5-port RATSも行ってきた。当院の3-port RATSは3cmのアシストポートに8mmのダビンチポートを挿入して行っている。助手の主な役割は場の展開および吸引であるが、単孔式胸腔鏡手術と同様に狭い孔から内外のアームと干渉しない様に行う必要があり、曲がりの鉗子が有用である場合が多い。当院で2023年12月までに行った非小細胞肺癌に対する肺葉切除ND2a以上のRATS症例において、3ポート群(n=9)と5ポート群(n=13)の比較で、手術時間(以下中央値、211分vs.202分、 $p=0.75$)、コンソール時間(133分vs.133分、 $p=0.51$)、出血量(135ml vs.55ml、 $p=0.10$)、ステープラー使用回数(6.5回vs.7回、 $p=0.33$)と明らかな有意差はなかった。しかし、軽微なものも含めた術中の出血イベントは3-port RATSで多い傾向があり助手も比較的困難なため、チームで対応を共有しておく必要がある。

H-14

高度分葉不全肺の葉間に発生した肺癌の切除例

愛媛大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器外科

杉原 貴仁、石村 孝夫、武田 将司、桐山 洋介、藻利 優、坂尾 伸彦、大谷 真二、
佐野 由文、泉谷 裕則

【はじめに】分葉不全部に発生した肺癌では、局在に応じた術式選択や手順の工夫が必要となる。また、肺癌手術において葉間肺動脈の露出は重要な工程の一つだが、肺気腫や分葉不全などの症例では葉間肺動脈への到達が困難な場合もしばしば経験する。電気メスやエナジーデバイスで無理に葉間を割っていく操作は出血や術後肺瘻につながるため、可能な限り避けるべきである。今回、高度不全分葉の葉間に存在した肺癌の1切除例を提示する。【症例】81歳女性。術前CTで左肺は高度分葉不全でありS4とS6の境界部に全体径4.2cm、充実成分径2.3cmの陰影を認めた。また、B8近傍に軽度腫大したリンパ節を認め、転移の可能性が否定できなかった。これらの所見より手術はまず術中針生検で肺腺癌の診断を得たのちに胸腔鏡下左舌区+下葉切除を行った。腫瘍の局在から葉間肺動脈への到達は困難と判断し肺門処理を先行、最後に区域間および葉間を作成した。【結語】Fissureless techniqueを用い、不全分葉肺の葉間に発生した肺腺癌を切除した1例を経験した。

H-15

胆嚢癌手術後16年を経て肺転移再発を来した症例

¹⁾松江市立病院 呼吸器外科、²⁾松江市立病院 病理診断科、³⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器外科
荒木 邦夫¹⁾、小嶋 駿介¹⁾、吉田 学²⁾、宮本 竜弥³⁾

87歳・男性。16年前に胆嚢癌の手術治療歴あり。血清CEA値の軽度上昇を契機にCT検査が行われたところ、右肺下葉S6に19mm大の空洞を伴う結節陰影を指摘された。PET検査で同部に高度の集積がみられたため気管支鏡下生検を勧められたが同意されず、3ヶ月間経過をみたところ陰影は24mmに増大。肺癌が強く疑われたため、本人と相談した上で手術治療を行った。高齢をふまえ右肺S6区域切除の予定で切除を試みるもB6周囲リンパ節の硬化が強く剥離困難であったため、右肺下葉切除の方針に切り替え実施した。切除標本の病理検索で肺門リンパ節転移および肺内に広範囲にリンパ行性の進展を伴う腺癌と診断。腫瘍細胞は豊富な粘液を含み印鑑細胞型ないし充実型の増生を示し、免疫組織化学的にCK7, CK20, CDX-2が陽性、肺腺癌マーカーのTTF-1, NapsinAは陰性であった。胆嚢癌組織を見直したところ肺病変に類似した組織形態を示し、免疫組織化学所見も肺病変と一致したことより、胆嚢癌再発の診断に至った。悪性度が高いと考えられる胆嚢癌の晩期での遠隔再発例は文献的に希有であること、さらにリンパ行性の肺転移再発形式が推定された点が興味深いことから、考察を加え報告する。

H-16

重複癌(膀胱癌, 左肺癌, 睪癌)経過中, ほぼ同時に右肺上葉内に出現した原発性肺癌と転移性肺腫瘍の合併

¹⁾松江赤十字病院 呼吸器外科、²⁾国立がん研究センター東病院
三和 健¹⁾、中西 敦之²⁾、大野 貴志¹⁾、中村 廣繁¹⁾

【はじめに】重複癌の経過中、同一肺葉内に2カ所の新規結節をほぼ同時に認めた場合、通常は多発肺転移と想定する。今回、原発性肺癌と転移性肺腫瘍の合併例を経験したので報告する。【症例】症例は70代、男性。膀胱腫瘍で精査中、CTで左肺葉に径47mmの腫瘍を認め、気管支鏡生検で肺腺癌cT2aN0M0, StageIBと診断された。膀胱癌に対して腎尿管膀胱全摘術を施行、肺癌に対する手術を予定したが、尿管ステント閉塞による高熱でステント交換を繰り返した。さらにCOVID-19に罹患、続いて発熱の精査で睪癌と診断された。経過中、右肺上葉に2カ所(S1は10mm, S2は4mmでともにsolid)新たに腫瘍が出現し、PETではS1の腫瘍のみにSUVmax12.16と強い集積を認めた。2カ所の腫瘍に対してVATS右肺部分切除を施行した。病理診断はS1の腫瘍が膀胱癌の転移、S2の腫瘍が原発性肺癌(AIS)であった。開胸時の胸水洗浄細胞診で膀胱癌の細胞が陽性であった。膀胱癌に対する化学療法を開始したが、重度の弁膜症を指摘されBSCの方針となった。【まとめ】重複癌の経過中、同一肺葉内に原発性肺癌および転移性肺腫瘍の出現を認めた1例を経験した。

右上葉肺動脈のみが残存する右孤立性先天性肺動脈欠損を合併した右下葉肺癌の1手術例

岡山大学病院 呼吸器・乳腺内分泌外科

岡田 和大、田中 真、柳光 剛志、富岡 泰章、諏澤 憲、枝園 和彦、三好健太郎、
岡崎 幹生、杉本誠一郎、豊岡 伸一

症例は69歳，女性．腎癌の術後フォローのCTで右下葉の結節影を指摘され，精査加療目的で当科に紹介となった．右S7に19mmの充実性結節を認め，CTガイド下生検で腺癌の診断となった．また，中葉と下葉の肺動脈は欠損しており，肺への側副路として右内胸動脈，気管支動脈，肋間動脈，下横隔動脈が発達していた．以上より，上葉肺動脈のみが残存する右孤立性先天性肺動脈欠損に伴う右下葉肺癌cT1bN0M0 StageIA2と診断した．酸素化に寄与せず，下葉切除により気管支合併症のリスクとなり得る中葉も合併切除する方針とした．また，開胸時の出血リスクを考慮し，術前日にInterventional Radiology (IVR)で外側胸動脈，内胸動脈，右第5，6肋間動脈を塞栓した．術中所見は中葉と下葉はほぼ全面癒着であり，臓側胸膜には多数の新生血管を認めた．しかし，IVRにより剥離時の出血を軽減することができた．右中下葉切除，ND2a-1を施行し，病理診断はpT2aN0M0 StageIBであった．術後は左上葉の肺動脈血栓症を発症したが，術後10日目に退院となった．この度，右上葉肺動脈のみが残存する右孤立性先天性肺動脈欠損を合併した右下葉肺癌の手術例という非常に稀な症例を経験したため，報告する．

肺癌学会
研修医セッション

HT-01

肺転移を伴ったTypeA胸腺腫の1切除例

¹⁾香川大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、

²⁾香川大学医学部附属病院 呼吸器・乳腺内分泌外科

平場 優介¹⁾、山田 楓²⁾、横田 直哉²⁾、松浦奈都美²⁾、三崎 伯幸²⁾、矢島 俊樹²⁾

【背景】TypeA胸腺腫は全胸腺腫の11.5%を占め、多くは限局性で完全切除後の予後は良好である。しかし近年、多数の細胞分裂像や部分的な壊死を伴う異型亜型がWHO分類に加えられ、病理学的特徴と臨床経過との関連について議論されている。今回、胸腺腫と右肺部分切除術を同時に施行し、肺転移を伴うTypeA胸腺腫と診断された症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。**【症例】**66歳女性。他疾患の精査中、右上葉に増大傾向の結節影を指摘され当院紹介となった。右上葉に9mmの境界明瞭な小結節影、さらに前縦隔に石灰化を伴う20mm大の軟部影を認め、いずれも2015年と比較して増大傾向であった。精査で右上葉の良性腫瘍または低悪性度腫瘍疑いと胸腺腫疑いと診断し、胸腔鏡下胸腺切除+右上葉部分切除術を施行した。術後の経過は良好で、術後3日目に退院となった。病理組織診断でTypeA胸腺腫と胸腺腫の肺転移(pT1aN0M1b IVb期)と診断され、核分裂像や静脈浸潤を複数認めた。追加治療は施行せず、定期的に経過観察を行う予定である。

HT-02

超音波気管支鏡ガイド下針生検で診断した上縦隔神経鞘腫の1例

国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科

井原 康人、瀧川 雄貴、藤原 美穂、藤原 慶一、市川 健、松本奨一朗、井上 智敬、中村 愛理、松岡 涼果、渡邊 洋美、工藤健一郎、佐藤 晃子、佐藤 賢、柴山 卓夫

【症例】87歳、男性。**【主訴】**なし。**【経過】**X年12月に肺がん検診で近医を受診し、異常影を指摘され、精査目的に当科紹介となった。造影CTで上縦隔に33mmの辺縁平滑で境界明瞭な腫瘤を認め、気管支鏡検査目的に入院となった。MRIでは、腫瘍内部がT2W1で低～高信号の腫瘤および一部嚢胞変性を考える明瞭な高信号域を複数認めた。喘息、慢性咳嗽があることから超音波気管支鏡を用いて経食道アプローチによるEUS-B-FNAを行った。左梨状窩より侵入し、33mm大の腫瘤を描出し、腫瘤端の嚢胞成分を避けながら22G針で6回穿刺し、有害事象なく終了した。塗抹標本で、紡錘形核や類円形核を有する間質細胞を集塊状に多数認め、非上皮性腫瘍が疑われた。また、組織診では、免疫染色でその多くがS100陽性であった。以上から縦隔神経鞘腫と診断した。Ki-67は染まらず、外来で経過観察の方針となった。**【考察】**神経鞘腫の多くは後縦隔発生し、残りのほとんどは中縦隔と前縦隔と報告されており、上縦隔の神経鞘腫は非常に稀である。超音波気管支鏡を用いて診断した神経鞘腫の報告は少なく、貴重な症例と考えられたため報告する。

HT-03

胸腔鏡と胸骨正中切開によるハイブリッドアプローチで切除し得た原発不明縦隔リンパ節癌の一例

鳥取県立中央病院

西村 綾華、城所 嘉輝、安田 遼太、門永 太一、前田 啓之

【はじめに】血管浸潤を伴う縦隔腫瘍では、局在によってアプローチを工夫する必要がある。【症例】60歳代、男性。検診にて胸部異常陰影を指摘され受診した。CTで#4Rリンパ節のみが34mmに腫大しており、生検で神経内分泌癌と診断された。PET/CTでは同部位以外にはFDG集積はみられず、原発不明癌の#4R単独転移と診断した。腫瘍は気管右側とSVC背側に位置しており、SVCおよび奇静脈への浸潤が疑われた。手術はまず、側臥位で胸腔鏡下に観察を行った。奇静脈背側を切離して、気管浸潤がないことを確認し、気管より剥離した。分岐下リンパ節を郭清して仰臥位へ体位変換して胸骨縦切開した。左腕頭静脈および右心耳に10mmのePTFEグラフトでバイパスをおいて、SVCを合併切除して腫瘍を切除した。手術時間は5時間38分、出血量は460mL、術後は良好に経過した。【結語】SVC背側の腫瘍は、胸骨正中切開では視野が不良で、本症例のように周囲浸潤を伴う場合はSVC背側の操作に難渋すると予想される。胸腔鏡による側方アプローチであらかじめ背側の操作を行っておくことは有用であると考えられた。

HT-04

ペムブロリズマブ投与中に横紋筋融解症を発症し、鑑別に苦慮した肺扁平上皮癌の一例

¹⁾大田市立病院 初期臨床研修医、²⁾大田市立病院 呼吸器内科
清水新太郎¹⁾、吉原 健²⁾、濱口 俊一²⁾

【症例】74歳男性。【主訴】下肢脱力。【現病歴】X-7年肺扁平上皮癌に対して根治的放射線化学療法を行い、X-1年10月肺癌再発に対しカルボプラチン+ナブパクリタキセル+ペムブロリズマブ(Pembro)による化学療法を開始し、X年11月15日Pembro 15コース目を投与した。11月28日下肢脱力が出現し転倒した。翌日受診し血液検査でCK 5125U/Lと上昇しており、横紋筋融解症と診断した。スタチン製剤や脱水、Pembroによる免疫関連有害事象(irAE)を鑑別として、薬剤中止、補液、プレドニゾン(PSL)60mgでの加療を開始した。徐々に症状改善しCKも低下したため、PSL漸減し自宅退院した。【考察】irAEとして横紋筋融解症は0.1%未満に発症するものの、一般的には1か月以内に発症することが多く、遅くとも3か月以内に発症すると報告されている。本症例のように1年以上経過してから発症した症例は既報がなく、ここに報告した。スタチン誘発性と断定することも難しくirAEとしての対応も行ったが、両者を鑑別する方法があればPembro継続の判断の一助となったと考えられる。

HT-05

簡易懸濁法を用いたセルペルカチニブの投与が奏功したRET融合遺伝子陽性肺腺癌の一例

¹⁾広島市立広島市民病院 初期臨床研修医、²⁾広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科
竹林 文¹⁾、矢野 潤²⁾、高尾 俊²⁾、岩崎 真帆²⁾、倉富 亮²⁾、清家 廉²⁾、
三島 祥平²⁾、庄田 浩康²⁾、岩本 康男²⁾

【背景】非小細胞肺癌におけるRET融合遺伝子陽性の頻度は1～2%と言われており、本邦では分子標的薬としてセルペルカチニブが承認されている。しかし経口摂取困難例におけるセルペルカチニブ投与の報告はない。【症例】54歳男性。2016年7月に右上葉肺腺癌(cT1cN3M0 Stage3B)と診断され、化学放射線療法を行った。2018年8月に再発し、以降化学療法を継続していた。単一遺伝子検査やオンコマインDxでは遺伝子変異を認めず、2023年5月から8次治療としてのビノレルビン投与を開始した。しかし病勢を制御できず、下部食道リンパ節腫大による食道圧迫にて食事摂取が困難となり、8月下旬に入院の上で胃瘻を造設した。レジメンを再検討するため、退院後に遺伝子パネル検査を提出したところ、RET融合遺伝子変異が陽性であることが判明した。経口では水分摂取も難しい状態ではあったため、10月より簡易懸濁法を用いて胃瘻からセルペルカチニブの投与を行ったところ、腫瘍の著明な縮小を認め、現在は経口内服での投与が続いている。【考察】経口摂取不良の症例では、簡易懸濁法によるセルペルカチニブ投与は有用な方法となりえると考えるが、今後のさらなる症例集積が必要である。

HT-06

脳転移での肺腺癌再燃時にMET ex14 skippingを同定し良好な経過の1例

¹⁾鳥取赤十字病院 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
岡田 捷豊¹⁾、中崎 博文¹⁾、黒田 桂介¹⁾、山崎 章²⁾

【症例】71歳男性。【病歴】20XX-4年4月に前立腺癌術後フォローのための胸部CTにて右肺下葉に18mm大の結節影を指摘。CTガイド下生検等の結果、肺腺癌(cT1cN3M0 stageIIIB)の診断。EGFR遺伝子変異陰性、ALK IHC陰性、PD-L1高発現。根治治療困難にて化学療法を施行。初回治療でカルボプラチン、ペメトレキセド、パンプロリズマブを4コース施行し、その後維持療法を37コース施行。薬剤性肺炎出現のため休薬、経過観察となった。20XX年3月に頭部MRIにて多発脳腫瘍を指摘。他院脳神経外科にて摘出術とガンマナイフを施行。摘出検体はHE染色、免疫染色より肺腺癌の転移の診断。AmoyDxパネル検査を行ったところMET ex14 skipping陽性の結果であった。同年6月より二次治療としてテポチニブを投与し、以後再燃なく治療継続中である。【考察】MET ex14 skippingは肺腺癌の3-4%を占めるとされ、希少な遺伝子変異の一つである。MET阻害薬であるテポチニブは2019年11月19日に承認された薬剤で、本症例の初回診断はそれよりも前であった。新たなドライバー遺伝子の発見や薬剤の進歩により進行期肺癌でもさらなる長期生存が見込めるようになっている。

HT-07

認知機能低下を契機に傍腫瘍性辺縁系脳炎、小細胞肺癌、乳癌と診断し薬物治療にて神経症状の改善を得た一例

¹⁾松江市立病院 教育研修センター、²⁾松江市立病院 呼吸器内科、

³⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科

葛尾 佑美¹⁾、山本なつみ²⁾、武田 賢一²⁾、瀧河 敏行²⁾、小西 龍也²⁾、山崎 章³⁾

【症例】70歳、女性。**【現病歴】**X年5月に自宅前で倒れているところを発見され、当院に救急搬送となった。来院時に認知機能低下があり、低Na血症の診断で内分泌代謝内科に入院となった。Na補正後も神経症状が遷延し、全身検索を行った。胸部CTでは中葉結節影、縦隔リンパ節腫大、また右乳腺結節影を認め、当科に転科となった。それぞれ生検をしたところ限局型小細胞肺癌、右浸潤性乳管癌の診断となった。また頭部MRIではDWI、FLAIRで左側頭葉内側の高信号を認めた。髄液検査では抗Hu抗体、抗SOX1抗体が陽性となり、傍腫瘍性辺縁系脳炎と診断した。小細胞肺癌に対してCBDCA+VP-16療法、右浸潤性乳管癌に対してホルモン療法を開始すると、腫瘍はそれぞれ縮小し、神経症状も改善した。**【考察】**傍腫瘍性辺縁系脳炎は傍腫瘍神経症候群の一つである。合併する悪性腫瘍としては肺小細胞癌、睾丸癌、乳癌の順に多く、治療は悪性腫瘍に対する治療である。肺癌と乳癌を合併した傍腫瘍性辺縁系脳炎は稀であり、それぞれ薬物治療を行い、腫瘍縮小と神経症状の改善が得られた。

HT-08

S1が著効したROS1融合遺伝子変異陽性肺癌の一例

¹⁾松江市立病院 教育研修センター、²⁾松江市立病院 呼吸器内科

宮崎 洋佑¹⁾、武田 賢一²⁾、山本なつみ²⁾、新井 健義²⁾、龍河 敏行²⁾、小西 龍也²⁾

【症例】50代男性。**【主訴】**労作時呼吸困難。**【現病歴】**9年前に胸部CTで右下葉に異常陰影を指摘され紹介となった。精査で副腎転移を伴うEGFR、ALK陰性肺腺癌stageIVと診断した。ドライバー遺伝子異常のない肺癌として標準治療を行ったが、治療経過中にLC-SCRUMでROS1融合遺伝子異常が判明した。エヌトレクチニブやクリゾチニブ、ペメトレキセド(PEM)による治療を行い、それぞれの治療は一定期間効果を認めたが、転移、腫瘍増大で中止となった。全身状態は良好のため、第12次治療としてS1導入となった。治療は効果あり、PETで多発転移巣の著明な縮小を認めた。**【考察・まとめ】**ドライバー遺伝子異常を有する患者であっても、分子標的薬の治療効果がなくなった場合は他に有効な治療法がないことがある。ROS1融合遺伝子に異常を認める肺癌では分子標的薬以外にもPEMの効果が高いことが知られており、肺がん組織のThymidylate synthase (TS)の発現が低いからといわれている。本症例では腫瘍のTSの発現は確認できていないが、S1使用前にPEMを使用しており、奏功していた。S1が効果を示したのはTSの発現が低かったからと考えられた。現在腫瘍組織のTS免疫染色を検討中である。

HT-09

骨髄癌腫症のみでの再発をきたした限局型肺小細胞癌放射線化学療法後再発の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 初期研修センター、²⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科
谷田 貴¹⁾、上田 康仁²⁾、澄川 崇²⁾、長谷川泰之²⁾、松下 瑞穂²⁾、有田 紫乃²⁾、
杉本 勇二²⁾

症例は76歳男性。20XX-1年3月に右上葉原発肺小細胞癌stage3Bの診断で、放射線化学療法(カルボプラチン+エトポシド+加速過分割照射45グレイ)を施行した。同年10月に腫瘍マーカーの上昇あり、CTでは明らかな再発病変を認めなかったが、PET-CTでは骨盤、椎体へのわずかなFDG集積を認めため、骨転移再発を疑った。Sensitive relapseとしてカルボプラチン、エトポシド、アテゾリズマブの化学療法を施行した。しかし20XX年2月より腫瘍マーカーのさらなる上昇を認め、同時に汎血球減少傾向も認めた。骨髄穿刺を施行したところ、骨髄液中には小細胞がん細胞が散見され骨髄癌腫症と判断した。PET-CTを取り直したが、単純CTで指摘できる骨変化は無いものの、PET-CTではFDG集積が骨髄に集中しており骨髄癌腫症を反映しているものと思われた。現在三次治療としてアムルピシンを開始している。肺小細胞癌は骨髄癌腫症を併発することはまれではないが、それ単独で再発する事例は希少なケースであると思われたため報告する。

HT-10

肺炎との鑑別が困難だった嚢胞壁発生肺小細胞癌の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院、²⁾独立行政法人国立病院機構米子医療センター
柘井 遙己¹⁾、唐下 泰一²⁾、山本 光紘²⁾、池内 智行²⁾、富田 桂公²⁾

【症例】71歳、男性。【現病歴】限局型肺小細胞癌に対して20XX-2年から同時化学放射線療法開始。1年後に再発し全身化学療法開始。デュルバルマブ維持療法中に右下葉の既存の肺嚢胞周囲に浸潤影を認めCRPが上昇していた。細菌性肺炎と放射線肺炎を鑑別に、レボフロキサシンとプレドニゾロン投与開始。1週間後には右胸痛と咳嗽が出現し、CRPがさらに上昇していた。さらに右下葉嚢胞内に液体貯留を認めため、嚢胞内感染と診断し入院。【入院後経過】抗生剤投与でCRPは低下したが、発熱と湿性咳嗽は持続しており、画像所見も悪化していた。気管支鏡検査で気管支内腔に隆起性病変の悪化を認め、病理検査で小細胞癌を検出した。洗浄液から表皮ブドウ球菌と腸球菌を検出していたが、小細胞がん増悪と判断しアムルピシンを開始したところ、投与開始から10日で症状と浸潤影の改善を認めた。【考察】小細胞癌は腫瘤を呈することが多いが、症例は浸潤影や嚢胞の壁肥厚、液体貯留といった特異な画像所見を示した。本症例に似た画像所見のものとして嚢胞壁発生肺癌がある。症例は小細胞肺癌として非典型的な画像を示し、炎症反応や発熱・湿性咳嗽があり感染との鑑別が困難だった。

HT-11

未分化リンパ腫キナーゼ (ALK) 融合遺伝子陽性肺扁平上皮癌の1例

¹⁾松江赤十字病院 教育研修推進室、²⁾松江赤十字病院 呼吸器内科
成富桂史樹¹⁾、酒井 浩光²⁾、末田悠里子²⁾、徳安 宏和²⁾

【症例】66歳、女性。**【主訴】**咳嗽、喀痰。**【病歴】**20XX年9月初旬から咳嗽、白色の喀痰が出現。10月に近医を受診し胸部X線検査にて異常を認め、当院へ紹介受診。胸部CT検査で右上葉・右下葉に軟部影、縦隔リンパ節腫大を認めた。気管支鏡検査等の検査を行い、ALK融合遺伝子陽性肺扁平上皮癌cT4N3M1c Stage4Bと診断した。1次治療としてアレクチニブを開始したが、治療後約4か月で増悪を認めた。2次治療としてブリグチニブを開始した。治療開始約5か月で増悪を認め治療中止となり、診断から約12か月で永眠された。**【考察】**ALK融合遺伝子陽性例の多くは肺腺癌であるが、稀に扁平上皮癌でも認められる。扁平上皮癌でも遺伝子の検索は必要である。ALK融合遺伝子陽性肺扁平上皮癌に対する治療効果について文献的考察を加え報告する。

HT-12

化学放射線療法とデュルバルマブ治療後の気管支狭窄を伴った対側肺癌に対してECMO下に肺切除を行った1例

山口大学医学系研究科 器官病態外科学講座
岡本 昌樹、田中 俊樹、村上 順一、山田 城、濱野 公一

【症例】67歳、男性。65歳時にIIIC期の左肺門部肺癌と診断され、化学放射線療法後にデュルバルマブ維持療法(Pacificレジメン)が行われた。治療開始から14ヶ月目のCTで右上葉のGGNが増大し、新規肺癌が疑われた。術前CTにて左側葉気管支レベルでの高度狭窄を認め、分離肺換気困難が予想された。化学放射線治療の照射野と重なるため定位放射線治療は不適と判断され、ECMO(extracorporeal membrane oxygenation)準備下で外科的切除を行う方針とした。全身麻酔下に左片肺換気を試みたが酸素化が維持されず断念し、大腿静脈から送血管をSVC、脱血管をIVCに留置しECMOを開始した。胸腔鏡下に標的病変の部分切除を行った。両肺換気下でECMOからの離脱は容易であった。術後経過良好で、術後4日目に軽快退院した。**【考察】**本症例のように治療対側の肺癌に対して外科的切除が必要となった場合、V-V ECMOを用いることで安全に手術可能と考えられた。**【結語】**PACIFICレジメン後気管支狭窄を伴った対側肺癌に対して、ECMO補助下に胸腔鏡下肺部分切除を施行し得た1例を経験した。

HT-13

高度不全分葉を伴う肺癌に対し肺門部先行処理で左肺舌区切除を施行した1例

松江市立病院
小嶋 駿介、荒木 邦夫

【はじめに】高度不全分葉を伴う左上葉肺癌に対し肺門先行処理で舌区切除を実施した症例において、術前予測を行った上で3D構築画像を用いてあらかじめ手術手順を想定して臨んだ工夫、および得られた知見について文献を加え報告する。【症例】60歳代女性。肺癌に対し右肺上葉切除後長期経過観察中、左肺上葉舌区のスリガラス陰影が結節化したため、異時多発肺癌を疑い診断的治療目的で手術の方針とした。画像上高度不全分葉であることが予測され、3D構築画像を作成し舌区に分岐・流入する気管支・血管走行を確認した上で手術に臨んだ。3D画像の術中ナビゲーション及びICGを用いての区域間描出ラインを参考にしながら、肺門側から舌区に流入する2本の肺静脈-舌区気管支-3本の肺動脈-上下葉間-区域間肺実質の順に切離し舌区切除を完遂した。病理検査で微小浸潤性腺癌と診断、葉間側の切除マージンは7.5mmと計測された。【まとめ】左肺の不全分葉はしばしば遭遇するが、高度不全分葉の際の舌区切除は肺葉切除と比べ狭く通常見慣れない視野での肺門先行処理操作を要し、特に舌区へ流入する肺動脈の同定・処理が手術を安全に実施する上で重要であることをあらためて認識した。

HT-14

右側大動脈弓を伴ったロボット支援下右上葉切除の2例

鳥取大学医学部 呼吸器外科
和田 杜甫、窪内 康晃、山崎 雅也、安田 健悟、藤原和歌子、宮本 竜弥、松居 真司、
春木 朋広

【はじめに】右側大動脈弓は約0.1%に発生する稀な先天性奇形であるが、右側大動脈弓を伴った右上葉肺癌に対してRATS右上葉切除を施行した2例を経験したので報告する。【症例1】60代、男性。胃癌術後のフォローCTで右上葉に1.7cm大の結節影を指摘され、肺癌疑いで当科紹介となった。左鎖骨下動脈起始部にkommerell憩室を伴うStewart Type IIの右側大動脈弓を合併していた。右上葉肺癌(cT1bN0M0 IA2)疑いでRATS右上葉切除+ND2a-1を実施した。肺動静脈や気管支の走行異常は認めなかった。上縦隔リンパ節郭清では、大動脈弓下に反回神経を同定、温存できたが、大動脈弓が妨げとなり#2Rの郭清は省略した。【症例2】70代、男性。癒着性イレウス精査のCTで右上葉に3.1cm大の結節影を認め当科紹介となった。経気管支肺生検にて右上葉腺癌(cT2aN1M0 IIB)と診断されRATS右上葉切除+ND2a-1を実施した。Type IIの右側大動脈弓を合併し、反回神経は大動脈弓下で同定、温存し得た。【まとめ】右側大動脈弓を伴う肺癌手術の場合、大動脈弓や奇静脈の存在、反回神経の走行異常などから右上縦隔郭清が困難であることが報告されている。また先天性心疾患や肺静脈の走行異常を伴う場合があり、慎重に評価しておく必要がある。

HT-15

胸腺腫摘出術後に出血性心タンポナーデをきたした一例

鳥取県立中央病院

安田 遼太、城所 嘉輝、門永 太一、前田 啓之

【はじめに】胸腺腫術後の心タンポナーデは極めてまれである。今回、手術後に心タンポナーデを経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】60歳代、女性。前縦隔腫瘍に対して前医で生検され、胸腺腫の診断で当科紹介、剣状突起下アプローチでのロボット支援下胸腺胸腺腫摘出術を施行した。術中所見では、腫瘍は心膜への浸潤は見られなかったが、周囲は浮腫状で、心膜と胸腺との間には新生血管が多数見られた。術後は良好に経過し術後5日目に合併症なく退院した。病理結果はB1型胸腺腫、正岡分類I期であった。術後9日目の定期受診時には背部痛と軽度の労作時呼吸苦があったが心拡大は見られなかった。術後18日目には、労作時呼吸苦の増悪があり、胸部CTで心嚢液貯留を認め、心タンポナーデと診断した。心嚢ドレナージを実施したところ、心嚢液のHbは13.9g/dLで遅発性の心嚢内出血と判断した。持続性の出血は見られず、排液は漿液性となり3日目に心嚢ドレーン抜去、8日目に退院した。【結語】本症例では術中所見では心膜周囲に炎症が強かったことから、炎症と手術操作に伴う心嚢内のわずかな出血が経時的に貯留し、心タンポナーデを発症したと考えられた。

HT-16

腫瘍崩壊に伴う肺膿瘍・皮下膿瘍の治療中にサイトカイン放出症候群を発症し救命し得た肺扁平上皮癌の1例

島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学

加藤 将、中尾 美香、津田 洸旬、天野 芳宏、沖本 民生、濱口 愛、津端由佳里、磯部 威

【症例】70代、男性。【主訴】発熱、疼痛。【現病歴】左上葉原発肺扁平上皮癌に対し、PD-1阻害薬／細胞傷害性抗腫瘍薬／治療薬の投与を開始した。2コース目day 3に崩壊した腫瘍から左前胸部皮下にかけて肺瘻を認め、同部位の腫脹・疼痛・発熱が出現した。皮下ドレナージ及び抗菌薬治療を行い経過良好であったが、第12病日に再度発熱し、肝・腎障害が出現し、その後に呼吸循環不全を認めICUへ入室した。膿瘍部の感染兆候は改善傾向であり、同時に薬剤性肺炎を疑う陰影が増悪していたことから、敗血症性ショックよりもPD-1阻害薬によるサイトカイン放出症候群(CRS)を疑った。mPSLパルス療法(1000mg/日、3日間)を開始し、呼吸循環動態及び肺陰影は改善した。【結語】CRSは致死率の高い免疫関連有害事象であり、敗血症との鑑別が問題となる。感染症の経過の適切な評価および、CRSを常に念頭に置いておくことが早期治療介入において重要であると考えられる。

HT-17

ALK阻害剤による化学療法後にKRAS G12C遺伝子が同定されソトラシブが著効した肺腺癌の1例

広島大学病院 呼吸器内科

三上 英吾、坂本信二郎、中島 拓、下地 清史、山口 覚博、堀益 靖、益田 武、
岩本 博志、藤高 一慶、濱田 泰伸、服部 登

【症例】70歳，男性，既喫煙者。**【現病歴】**2022年5月，前医にて左上葉肺腺癌stage 4B(免疫染色でALK陽性)と診断された。2022年11月からアレクチニブ，2023年1月からロルラチニブによる治療が行われるも治療効果は認められなかった。2023年3月から殺細胞性抗癌剤が開始され，2023年4月から当院で治療が継続されたが，その後の殺細胞性抗癌剤や免疫チェックポイント阻害剤による治療も含め治療効果は認められなかった。遺伝子検査の再評価目的に胸水にて肺がんコンパクトパネルが提出され，検体不良であったがKRAS遺伝子が認められる可能性が示唆された。そのため2023年8月に頸部リンパ節生検が行われ，KRAS G12C変異が同定されたため，ソトラシブが開始され，腫瘍の著明な縮小が得られ，現在も治療継続中である。**【考察】**ALK阻害剤の耐性機序としてKRAS遺伝子の新規出現が報告されているが，患者背景やALK阻害剤の治療効果を考えると，診断時からKRAS遺伝子陽性肺癌であった可能性が考慮される。遺伝子検査は診断時に全ての遺伝子の検査が推奨されており，本症例のように検体の問題で十分な検査ができない症例もあるが，検査を行うために検体採取と検査方法の工夫が必要である。

HT-18

左下葉肺癌術後の経過観察中に発症した原発不明癌の1例

NHO岩国医療センター

白羽 範昭、塩谷 俊雄、渡邊 元嗣

【緒言】原発不明癌は十分な検索にも関わらず，原発巣が不明で組織学的に転移巣と判明している悪性腫瘍である。頻度は悪性腫瘍の約1-5%とされており，その中でも癌性胸膜炎で発症する原発不明癌は稀とされている。今回，左下葉肺扁平上皮癌術後に右癌性胸膜炎を発症した原発不明癌の1例を経験したので，若干の文献的考察を踏まえて報告する。**【症例】**78歳男性。左下葉肺扁平上皮癌(pT1bN0M0, Stage IA2)に対し左S6区域切除術を施行した。術後2年目に労作時呼吸困難を認め，胸部レントゲンにて右胸水貯留を指摘された。胸腔ドレナージを施行し，細胞診でClass 5(adenocarcinoma)を認め，右癌性胸膜炎と診断された。原発巣検索のためにPET-CTを施行したが，右胸膜以外にFDGの異常集積は認めなかった。頭部MRI等を施行したが，原発巣の特定には至らなかった。免疫染色では，CK7(+), CK20(-), CEA(+), TTF-1(-), Napsin A(-), D2-40(-), Calretinin(-), WT-1(-)であり原発巣の特定は困難であり，原発不明癌と診断した。現在は患者の希望に沿い，無治療で経過観察中である。

EGFR G719X変異を有する肺多型癌の小腸転移に対してAfatinibを導入した一例

¹⁾ 国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、

²⁾ 国立病院機構山口宇部医療センター 腫瘍内科、³⁾ 国立病院機構山口宇部医療センター 外科
渡邊 倫哉¹⁾、上原 翔¹⁾、末竹 諒¹⁾、坂本 健次¹⁾、恐田 尚幸¹⁾、近森 研一²⁾、
青江 啓介²⁾、前田 忠士²⁾、亀井 治人²⁾、沖田 理貴³⁾、平澤 克敏³⁾

症例は46歳男性。遷延する発熱の精査で施行されたCT検査で、右上葉嚢胞内腫瘍を認め当科紹介となった。原発性肺癌が鑑別として考えられ、全身精査を目的に造影CT検査を行ったところ小腸腫瘍を指摘した。ダブルバルーン内視鏡検査の結果、低悪性度の上皮性腫瘍が疑われた。同病変からの出血と慢性炎症による消耗性の貧血を呈しており、感染や腸閉塞の続発が懸念されたため小腸腫瘍摘出術を施行し、炎症所見や貧血は改善した。腫瘍は上部空腸に存在し、回腸間膜、虫垂間膜、S状結腸間膜への浸潤が認められたため、それぞれの腸管を合併切除し、未分化癌の診断を得た。PET-CTを含む全身精査にて、右上葉腫瘍以外に明らかな病変が認められなかったため、続いて右上中葉部分切除術を施行する方針とした。小腸腫瘍と類似した未分化癌の所見で、肺病変の方が分化度が低かったことから、右上葉多型癌の小腸転移と診断した。標的病変は完全切除後であるが、IV期肺癌に準じた化学療法追加が望ましいと判断した。EGFR G719X陽性変異を有していたため、Afatinibの導入を行った。新規病変出現の兆候なく、外来治療を継続中である。

**呼吸器学会・肺癌学会
メディカルスタッフ
セッション**

MS-1

COVID-19感染症病棟での看護管理 ～ローテーション勤務する看護師のNHF経験に着目して～

¹⁾ 県立広島病院 看護部、²⁾ 県立広島病院 呼吸器内科
結城 友美¹⁾、黒田 夕子¹⁾、中村 健一¹⁾、田中 貴寛²⁾、高下 花梨²⁾、川本 真由²⁾、
村井 智一²⁾、鳥井 宏彰²⁾、上野沙弥香²⁾、益田 健²⁾、谷本 琢也²⁾、石川 暢久²⁾

当院は、県の基幹病院として、COVID-19発生当初からCOVID-19患者の受け入れを行ってきた。感染症法の5類移行後は、一般病棟として、ゾーニングしながら、COVID-19患者と一般の患者の受け入れを行った。看護スタッフは、各病棟から数名を2ヶ月ごとにローテーションする体制とした。また、状況に応じて、ゾーニング変更を行い、煩雑な状況下での病棟運営となった。COVID-19患者は、超高齢者で、COVID-19関連肺炎と誤嚥性肺炎を合併している患者や多くの慢性疾患を持つ重症化リスクの高い患者が多く、重症度も増していた。そのため、高流量カニューラ酸素療法 (high flow nasal cannula、以下NHF) を装着し、呼吸管理をする患者も多くみられた。看護スタッフは、看護技術は自立して実施できる能力はあるが、NHFの経験がないスタッフも多かった。支援により、当病棟担当の終了時には、NHFの管理に自信をもって行え、また自身の病棟でも行えるようになった。今回の経験が各個人様々な学びとなり、今後の看護へ活かされ、呼吸管理の習熟度向上にも有益な結果となったので報告する。

MS-2

多職種で介入し在宅NHFを導入した特発性肺線維症の一例

¹⁾ 中国労災病院 看護部、²⁾ 中国労災病院 呼吸器内科
木村真裕子¹⁾、塩田 直樹²⁾、河合 麻衣¹⁾、井村 純子¹⁾、黒住 悟之²⁾、香川 慧²⁾、
秋田 慎²⁾

【背景】在宅NHFは障壁が多く実現できない事も多い。今回我々は多職種で介入し在宅NHF導入を試みた。【症例】200X年にIPFの診断を受け200Y年に在宅酸素の導入をした60代男性。【経過】201X年に急性増悪にて入院し労作時の呼吸困難が強くなり何とかトイレ歩行ができる状態であった。入院中にNHF使用にて呼吸困難感が軽減し在宅用のNHFで帰宅したが翌日、急性増悪で再入院した。NHFを導入して自宅でうまく使用できなかった理由として「酸素濃縮器との連結と使用方法がわからなく困った」と言われ退院調整看護師、理学療法士、医師、在宅酸素メーカーと連携し帰宅できるよう介入した。具体的には、在宅用の酸素濃縮器とNHFを使用し本人が労作時に調整できるように設置した。また病室のレイアウトを自宅で過ごす部屋とほぼ同じ間取りに変更した。トイレ歩行は労作時呼吸困難が強くとポータブルトイレを使用した。自宅までの介護タクシーへの移乗時間を調査し、同じ時間だけの酸素同調時間と経皮的酸素飽和度の変化を評価した上で帰宅した。【考察】在宅機器導入の際には、患者や家族が装着後の生活をイメージできるようなかわりが必要であり、多職種で介入する意義がある。

MS-3

EGFR-TKIによる爪囲炎のケアに関する効果的な患者指導を目指した取り組み

鳥取大学医学部附属病院 7A病棟
柳瀬 広和、堀人 法子、松本 美和

【目的】A病院B外来ではEGFR-TKIを使用する肺がん患者が2022年度は新規7名、継続17名であった。当院は病棟外来が一元化であり、B外来では緩和ケア認定看護師が所属し、爪囲炎ケアの患者指導を実施しているが、未指導の事例もあり、Grade2以上の爪囲炎が発症後に患者指導をすることもあった。爪囲炎のケアは治療継続の為に重要であり、昨年度に効果的な爪囲炎ケアをする為の仕組み作りに取り組んだため、効果を報告する。【実践方法】1. 緩和ケア認定看護師より病棟看護師に対し爪囲炎ケアの勉強会(清潔、保湿、スクエアカットやテーピング方法)を実施し、その動画をいつでも確認できるようにした。2. 同一の指導ができる様に指導パンフレットを修正した。3. 指導対象患者であることをカルテに表記し、病棟看護師により指導した。4. 外来で継続的に介入し、経過を確認した。【結果】EGFR-TKI新規導入患者7名全員に入院中に爪囲炎ケアの指導ができた。患者は退院後も継続してケアができており、Grade2以上の爪囲炎は発症していなかった。【考察】早期から患者に効果的な爪囲炎ケアの指導ができ、患者は退院後もケアができていた。現在Grade2以上の爪囲はなく、取り組みは有効であった。

MS-4

術後合併症を発症し長期入院となった肺がん患者・家族への看護

鳥取大学医学部附属病院
小林 裕樹、奥野 梨沙、北垣 真奈

【目的】肺癌術後に合併症を発症し長期入院となった患者・家族への看護介入が有効であったかを振り返り考察する。【事例】A氏、70代男性。左下葉肺癌、右寛骨転移を認めたが、オリゴ転移として手術、放射線治療、薬物療法を実施する方針となり、左下葉肺癌に対し左下葉スリーブ切除(左主気管支-上葉気管支吻合)+リンパ節郭清を施行された。術後、気管支吻合部瘻を発症し開窓術を施行。呼吸状態が悪化し気管切開施行、その後も肺炎を繰り返し、肺癌に対する治療はすすまない状況であった。長期入院となり先が見えず、A氏とパートナーシップを築き、A氏が自身の病気と向き合い病気と共に生きる意味を見出せるようなエンパワーメントアプローチを行った。また、A氏の「家に帰りたい」という思いをかなえるために、自宅に帰ることを長期目標に掲げ、実現可能な短期目標を共に設定し、目標を達成するという経験を積み重ねていった。【考察】厳しい病状の中でA氏が自分のもつ力を取り戻し希望をもって生活できるようになったことから、看護介入の効果があったと考える。



**呼吸器学会・肺癌学会
学生セッション**

SS-1

甲状腺がんの加療中に発症した、柴胡加竜骨牡蛎湯による薬剤性肺障害の一例

¹⁾岡山大学医学部 医学科、²⁾岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、

³⁾岡山大学病院 乳腺・甲状腺外科、⁴⁾岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、

⁵⁾岡山大学病院 高齢者総合医療講座、⁶⁾岡山大学病院 新医療研究開発センター、

⁷⁾岡山大学病院 腫瘍センター

北内 真衣¹⁾、大森 洋樹²⁾、楨本 剛²⁾、高橋 侑子³⁾、原 尚史²⁾、二宮貴一郎⁴⁾、
肥後 寿夫²⁾、藤井 昌学⁵⁾、頼 冠名⁶⁾、市原 英基⁷⁾、堀田 勝幸⁶⁾、宮原 信明²⁾、
田端 雅弘⁷⁾、大橋 圭明²⁾

【症例】76歳、女性。【主訴】発熱、呼吸苦。【現病歴】甲状腺がんStageIVに対してレンバチニブを約1年前より開始したが倦怠感のため2か月前に休薬した。1カ月前より呼吸苦を生じ、経皮的動脈血酸素飽和度88%の低酸素血症および両側びまん性すりガラス陰影を認め緊急入院した。【治療経過】入院後の問診で、1カ月前に他院より不安症に対して柴胡加竜骨牡蛎湯が処方されていることが判明した。その他に同時期に開始した薬剤、健康食品等はなく、臨床経過から同薬による薬剤性肺障害の可能性を考え、休薬した。気管支肺胞洗浄液でリンパ球分画の増加を認め、漢方薬による薬剤性肺障害と診断した。休薬で病状が改善せず、呼吸不全の進行が懸念され、副腎皮質ステロイドで加療を開始し、酸素化及びすりガラス陰影は著明に改善し、治療20日目に自宅退院した。外来でステロイドを漸減するも症状の再燃はない。【考察】当初は分子標的薬での薬剤性肺障害が考慮されたが、追加の情報聴取により他院からの漢方薬の処方判明したため、薬剤性肺障害を疑う場合は併用薬の詳細な問診が必要である。また、被疑薬の休薬のみで改善しない場合は、速やかなステロイドによる加療が肝要である。

SS-2

既往歴が診断につながった非結核性抗酸菌症合併先天性嚢胞状腺腫様形成異常の1例

¹⁾島根大学医学部 医学科、²⁾島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学

足立 和哉¹⁾、沖本 民生²⁾、田中 聖子²⁾、奥野 峰苗²⁾、谷野 明里²⁾、濱口 愛²⁾、
津端由佳里²⁾、栗本 典昭²⁾、磯部 威²⁾

【背景】先天性嚢胞状腺腫様形成異常が成人で診断されることは稀であり鑑別診断に挙がることは少ない。【症例】27歳女性。2歳、3歳、10歳の時に肺炎で入院歴がある。健康診断で胸部異常陰影を指摘され当院を受診した。胸部CTでは右下葉に35mm大の腫瘍影を認めた。胸部MRIでは多房性の嚢胞性腫瘍の形態を示し、内部はT2強調画像で高信号だった。血液検査では腫瘍マーカーの上昇は認めず、T-SPOTは陰性、抗MAC抗体は陽性であった。気管支鏡検査では確定診断には至らなかったが、臨床的に先天性嚢胞状腺腫様形成異常に非結核性抗酸菌症を合併したと診断した。7か月間CAM + RFP + EBによる治療を行い、腫瘍の軽度縮小と内部の気腔出現を確認し、右下葉切除術を行った。切除検体では内部に粘調な液体成分を含む嚢胞性病変を認め、病理学的に先天性嚢胞状腺腫様形成異常と診断した。組織培養では有意な菌は認めず、抗菌薬治療の影響と考えた。【考察】先天性嚢胞状腺腫様形成異常では、小児期に肺炎を繰り返すことが多いとされている。本症例でも小児期に肺炎を繰り返しており鑑別診断に挙がったため、肺癌診療では行われない胸部MRIや術前の抗菌薬治療につながった。

SS-3

全身性強皮症に伴う間質性肺炎を有する左下葉肺癌に対しロボット支援胸腔鏡下左肺底区域切除を施行した1例

¹⁾鳥取大学医学部 医学科 5年、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器・乳腺内分泌外科
開 葉太郎¹⁾、藤原和歌子²⁾、山崎 雅也²⁾、和田 杜甫²⁾、安田 健悟²⁾、宮本 竜弥²⁾、
松居 真司²⁾、窪内 康晃²⁾、春木 朋広²⁾

【背景】全身性強皮症 (Systemic sclerosis, 以下SSc) は、皮膚硬化をはじめとした全身臓器の線維化を特徴とする原因不明の自己免疫疾患である。約半数に間質性肺炎を合併し、悪性腫瘍発生のリスク、なかでも肺癌の合併頻度は高いとされる。今回、SScに伴う間質性肺炎を合併した原発性肺癌に対してロボット支援胸腔鏡下肺区域切除術を施行したので報告する。【症例】70代、女性。SSc(限局皮膚硬化型)に伴う間質性肺炎のフォローCTで左下葉S9b末梢に増大する結節を指摘、精査で原発性肺腺癌cT1cN0M0 stageIA3の診断となり、手術目的に当科紹介。呼吸機能検査は正常範囲内であったが、CT所見でSScに伴う間質影の経時的な増悪を認めたため、呼吸機能温存の目的で区域切除を選択した。腫瘍局在からはS8+9区域切除も検討したが、間質影の広がりやを考慮しロボット支援胸腔鏡下左肺底区域切除+ND1aを施行した。コンソール時間111分、手術時間159分、出血量5mlであった。術後経過は良好で、翌日にドレーン抜去、術後6日目に退院された。【結語】SScに伴う間質性肺炎を合併する肺癌患者の手術では、呼吸機能や急性増悪リスク、根治性を総合的に評価し、適切な術式を決定する必要がある。

SS-4

早期からの画像経過を確認できた小細胞肺癌4例の検討

¹⁾鳥根大学医学部、²⁾鳥根大学医学部 内科学講座・呼吸器臨床腫瘍学
貴島有佳梨¹⁾、中島 和寿²⁾、津田 洗旬²⁾、掘江 美香²⁾、西 祐未²⁾、幡 高次郎²⁾、
中尾 美香²⁾、沖本 民生²⁾、濱口 愛²⁾、長尾 大志²⁾、津端由佳里²⁾、磯部 威²⁾

【症例1】77歳男性。喫煙歴は40本×43年。間質性肺炎合併。CTで左肺底部の蜂巣肺内に9mmの不整結節を指摘された。4ヶ月後に20mmに増大し、当科に紹介となり、小細胞肺癌IIIB期と診断された。【症例2】65歳男性。喫煙歴は40本×43年。COPD合併。右下葉肺扁平上皮癌への放射線治療6か月後のCTで左上葉に9mm大の扁平な結節が見られた。5か月後に増大し、小細胞肺癌IB期と診断された。【症例3】79歳男性。喫煙歴は15本×59年。COPD、間質性肺炎合併。健診で異常陰影を指摘された。CTで右上肺に27mm大の結節が認められ、小細胞肺癌IVB期と診断された。振り返ると8か月前のCTで右上葉のブラに接して10mm大の不整結節があった。【症例4】63歳男性。喫煙歴は15本×30年。左腎細胞癌術後のフォローCTで右肺中葉に7mm大の分葉状の小結節を指摘された。1か月後の再検で増大傾向があり、当科に紹介された。小細胞肺癌IIB期と診断された。【考察】いずれの症例でも肺末梢の小結節から発生していた。肺小細胞癌は肺門部肺癌として知られているが、リンパ節病変が目立つためにそのように判断されている可能性がある。肺小細胞癌の原発巣の同定には肺末梢を十分に検索する必要がある。

SS-5

オシメルチニブ投与後に小細胞癌への形質転換をきたした肺腺癌の1例

¹⁾鳥取大学医学部 医学科 6年生、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科
堀 正典¹⁾、矢内 正晶²⁾、野中 喬文²⁾、仲田 達弥²⁾、森山 士朗²⁾、原田 智也²⁾、
舟木 佳弘²⁾、阪本 智宏²⁾、木下 直樹²⁾、山口 耕介²⁾、小谷 昌広²⁾、山崎 章²⁾

症例は、61歳女性。20XX-1年1月にEGFR遺伝子変異陽性(exon19 del)の4期肺腺癌と診断し、同年2月より1次治療としてオシメルチニブを開始した。その後、腫瘍は縮小していたが、20XX年11月ごろより右背部の皮下結節を自覚するようになり、筋肉転移を疑い耐性機序の評価目的で再生検を行う方針とした。同病変に対するCTガイド下生検で小細胞癌の病理診断となり、遺伝子検査を行ったところEGFR遺伝子変異陽性であったため、小細胞癌への形質転換と診断した。その後は小細胞肺癌に準じた治療を行っている。EGFR-TKIはEGFR遺伝子変異陽性肺癌に対して高い治療効果を示すが、1年程度で耐性化することが知られている。現時点ではオシメルチニブ耐性後に治療標的となる二次性変異はなく、再生検が行われないことも多い。しかし、本症例のように初回のオシメルチニブ耐性後は10-15%で小細胞肺癌などへの形質転換をきたすことが知られている。形質転換した小細胞肺癌に対する治療は確立されていないが小細胞肺癌に準じた治療が有効であったとの報告もあり、治療方針を決定するうえで再生検についても考慮する必要があると考えた。

SS-6

左肺上葉ダブルスリーブ切除により切除し得た肺門型気管支カルチノイドの一例

¹⁾鳥取大学医学部 医学科 6年、²⁾鳥取大学医学部 呼吸器外科
角岡ひかり¹⁾、松居 真司²⁾、和田 杜甫²⁾、山崎 雅也²⁾、安田 健悟²⁾、藤原和歌子²⁾、
宮本 竜弥²⁾、窪内 康晃²⁾、春木 朋広²⁾

今回我々は左肺門部に発生した気管支カルチノイドに対して左肺上葉ダブルスリーブ切除を行った一例を経験したため報告する。症例は70代女性。肝細胞癌治療後のフォローCTで左肺上葉に4cm大の肺門部腫瘍陰影と末梢の無気肺を指摘された。気管支鏡検査で左上葉支から主気管支内腔に突出する腫瘍を認め、生検でカルチノイドと診断された。全身精査でcT2bN0M0、臨床病期IIA期と診断し、左上葉ダブルスリーブ切除+下葉部分合併切除+ND2a-2を施行した。術中迅速病理検査で気管支断端に悪性所見を認めないことを確認した。腫瘍は左下葉S8末梢側へ進展していたが、下葉を合併切除することで切除可能であった。術後経過は良好で、術後9日目に気管支鏡検査で吻合部治癒に問題ないことを確認した。病理診断は異型カルチノイド、pT2bN2M0でIIIA期であった。カルチノイドは低悪性度腫瘍であるが、時に中枢気道に発生し、術式選択に難渋することがある。肺全摘は肺葉切除術と比べて予後が悪く、呼吸機能が正常でも肺動脈形成や気管支形成により肺全摘を回避することが推奨されている。本症例では左上葉ダブルスリーブ切除を行うことによって肺全摘を回避し、呼吸機能の温存を可能とした。

謝 辞

アストラゼネカ株式会社
株式会社アムコ
アムジェン株式会社
インスメッド合同会社
エーザイ株式会社
MSD株式会社
小野薬品工業株式会社
杏林製薬株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
コヴィディエンジャパン株式会社
サノフィ株式会社
第一三共株式会社
大鵬薬品工業株式会社
武田薬品工業株式会社
チェスト株式会社
中外製薬株式会社
帝人ヘルスケア株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
日本イーライリリー株式会社
ノバルティス ファーマ株式会社
ファイザー株式会社
フクダライフテック中国株式会社
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

2024年5月23日現在

本学会の開催にあたり、上記の企業・団体の皆様よりご協賛をいただきました。
ここに深くお礼申し上げます。

第70回日本呼吸器学会中国・四国地方会
会長 山崎 章
鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野
第62回日本肺癌学会中国・四国支部学術集会
会長 中村 廣繁
松江赤十字病院 呼吸器外科／鳥取大学 名誉教授

**第70回日本呼吸器学会 中国・四国地方会
第62回日本肺癌学会 中国・四国支部学術集会
プログラム・抄録集**

発行 2024年7月

編集 第70回日本呼吸器学会中国・四国地方会 事務局
鳥取大学医学部 統合内科医学講座 呼吸器・膠原病内科学分野
〒683-8504 鳥取県米子市西町36-1
TEL：0859-38-6537 FAX：0859-38-6539

第62回日本肺癌学会中国・四国支部学術集会 事務局
鳥取大学医学部 器官制御外科学講座 呼吸器・乳腺内分泌外科学分野
〒683-8504 鳥取県米子市西町36-1
TEL：0859-38-6731 FAX：0859-38-6730

制作 株式会社メッド
〒701-0114 岡山県倉敷市松島1075-3
TEL：086-463-5344 FAX：086-463-5345