

第 259 回日本呼吸器学会関東地方会 プログラム・抄録集

会 長 福島 康次（獨協医科大学埼玉医療センター呼吸器・アレルギー内科）

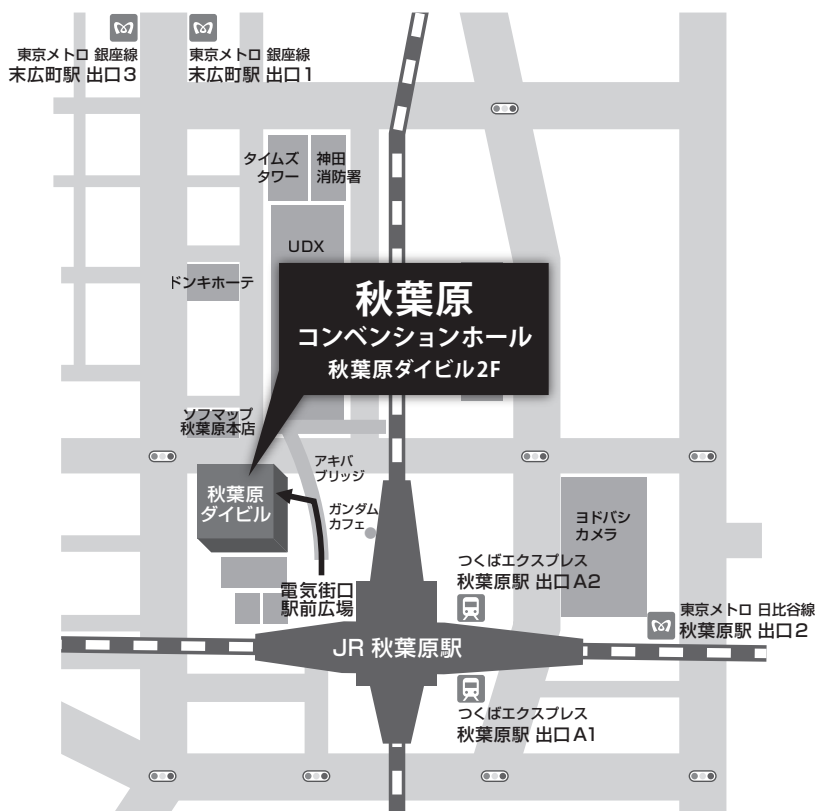
日 時 2024 年 5 月 11 日（土）

開催方式 ハイブリッド開催 [会場 +WEB（ライブ配信）]

会 場 秋葉原コンベンションホール
〒101-0021 東京都千代田区外神田 1-18-13

参加費 1,000 円
【無料】医学生（大学院生除く）・初期研修医

交通案内図



電気街口駅前広場のエスカレーターから歩行者デッキ（アキバブリッジ）に上がって左に曲がり、ダイビルの 2F 入口をご利用ください。

交通アクセス

電車

- JR 秋葉原駅（電気街口）徒歩 1 分
- 東京メトロ銀座線 末広町駅（1 番出口）徒歩 3 分
- 東京メトロ日比谷線 秋葉原駅（2 番出口）徒歩 4 分
- つくばエクスプレス 秋葉原駅（A1 出口）徒歩 3 分

◆参加受付

1. 本会は、現地会場（秋葉原コンベンションホール）とWEB（ライブ配信）の両方で参加可能なハイブリッド方式で開催いたします。
ご参加には本会ホームページ（<https://www.jrs.or.jp/shibu/kanto/no259/>）からオンライン参加登録が必要です。参加登録および参加費のお支払いが完了した方に、当日の視聴ページのURLとパスワードをメールでお送りいたします（5月2日（木）頃）。
<参加登録期間>5月11日（土）17時まで
当日、現地会場で参加受付も可能ですが、オンラインでの参加登録を推奨いたします。
<参加受付時間>5月11日（土）10時から17時まで
なお、現地会場では感染対策に万全を期して運営いたしますが、体調に少しでも不安を感じる方は、WEB（ライブ配信）でのご参加のご検討をお願いいたします。
演題の発表は、可能な限り現地会場を基本といたしますが、難しい場合はリモートも可能です。
演題発表を行う方も、オンライン参加登録を必ず行ってください。
2. 参加費 1,000円
ただし、医学生（大学院生除く）と初期研修医は無料です。
オンライン参加登録時に、医学生・初期研修医を証明できる書類（証明書、ネームプレートなど）をスキャンまたは撮影したデータ（JPEG・PDFなど）のアップロードが必要となります。
領収書は、参加費の決済が完了した後、オンライン参加登録ページからダウンロード（保存・印刷）してください。
3. 参加証明書
 - ・日本呼吸器学会員
オンライン参加登録の際に、会員番号のご入力があった場合、学会ホームページのマイページ（会員専用）にて会期の約1週間後からダウンロード（保存・印刷）が可能となります。
 - ・非会員
5月末日頃までに、オンライン参加登録時に入力された住所宛てに郵送いたします。
4. 現地会場で参加される方へ
参加受付にてネームカード（兼参加証明書）をお渡ししますので、所属・氏名をご記入のうえ、会場内では必ずご着用ください。なお、ネームカード（兼参加証明書）の再発行はいたしませんのでご注意ください。また、日本呼吸器学会員で、オンライン参加登録を完了されている場合は、会員カードの提示は不要です。
5. 参加で取得できる単位
 - ・日本呼吸器学会 呼吸器専門医 5単位（筆頭演者 3単位）
 - ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 7単位（筆頭演者 7単位）
 - ・3学会合同呼吸療法認定士 20単位
 - ・ICD制度協議会 5単位（筆頭演者 2単位）
6. 参加にあたっての注意事項
 - ・抄録ならびにオンライン視聴で掲載されるスライド・画像・動画等に関して、ビデオ撮影・録音・写真撮影（スクリーンショットを含む）は禁止いたします。
 - ・参加登録後の取り消しは、お受けいたしかねます。お支払いされた参加費は理由の如何に関わらず返金いたしません。また、二重登録にご注意ください。

◆座長、演者の先生方へ

1. (WEB（ライブ配信）のみ) セッションの開始60分前から指定のURLへ接続して、待機してください。
2. 座長紹介のアナウンスを行いますので、その後、セッションを開始してください。
3. 演者の紹介は所属と氏名のみとし、演題名は省略してください。

4. 発表5分、質問2分です。時間厳守でお願いいたします。

◆利益相反（COI）申告のお願い

日本呼吸器学会では、医学研究に関する発表演題での公明性を確保するため、筆頭演者および共同演者はCOI（利益相反）申告書の提出が義務付けられます。COI申告書の提出がない場合は受付できません。申告方法は、1) 演題登録画面での利益相反事項の入力、2) 発表データでの利益相反事項の開示となります。

◆PC発表についてのご案内

[現地会場での発表の場合]

- ・発表形式はPC発表のみです。
- ・発表スライドの2枚目（タイトルスライドの次）にCOI状態を記載した画面を掲示してください（必須）。
- ・会場で使用するパソコンのOSおよびアプリケーションはWindows11、Microsoft Office 365（PowerPoint）です。
- ・発表データは、USBメモリでご持参ください。PCの持ち込みはできません。
- ・Windows標準フォントを使用してください。
- ・動画は必ずWindows Media Player形式とし、データは作成したPC以外で動作を確認してください。念のため、ご自身のPCもバックアップとしてご持参ください。
- ・発表予定時刻の30分前までにスライド受付をお済ませください。
- ・演台にはキーボードとマウスをご用意しておりますので、ご自身で操作をお願いいたします。
- ・発表者ツールは使用できません。

[WEB（ライブ配信）での発表の場合]

- ・発表はZoomを使用して行います。
- ・マニュアルと手順を運営事務局よりご案内しますので、内容を必ず確認のうえ、当日ご発表ください。なお、セッションの開始60分前から通信状況とスライド共有の確認を行います。
- ・発表スライドの2枚目（タイトルスライドの次）にCOI状態を記載した画面を掲示してください（必須）。
- ・発表スライドの事前提出（アップロード）は不要です。

◆医学生・初期研修医セッション 表彰式

5月11日（土）17時37分～17時52分 A会場

医学生・初期研修医セッションの演題を対象に、優秀者を表彰いたします。

現地会場でご参加の演者および指導医の方は、表彰式にご出席ください。

WEB（ライブ配信）でご参加の演者の方は、賞状と記念品を後日郵送いたします。

採点結果は後日、日本呼吸器学会ホームページにて発表いたします。

◆その他注意事項

1. プログラム・抄録集は、本会ホームページ（<https://www.jrs.or.jp/shibu/kanto/no259/>）で閲覧（ダウンロード・印刷）が可能です（現地会場での配付はありません）。
2. 現地会場での掲示・印刷物の配布・ビデオ撮影等は、会長の許可が無い場合ご遠慮ください。
3. 発言は全て座長の指示に従い、必ず所属・氏名を述べてから簡潔に発言してください。
4. 会場内の呼び出しは、緊急でやむを得ない場合以外行いません。
5. 責任者は本会の会員に限ります。ただし、筆頭著者・共著者は非会員でも可とします。

◆発表演題等に関する個人情報の取り扱いについて

講演内容あるいはスライド等において、患者個人情報に抵触する可能性のある内容は、患者あるいはその代理人からインフォームド・コンセントを得たうえで、患者個人情報が特定されないよう十分留意して発表してください。不必要な年月日の記載は避ける、年齢表記は40歳代などとする、など十分にご配慮ください。個人情報が特定される発表は禁止します。

◆プログラム・抄録集の会員への事前発送について

関東地方会のプログラム・抄録集は、2021年度開催の地方会より事前発送を控えさせていただくこととなりました。恐れ入りますが、本会ホームページ (<https://www.jrs.or.jp/shibu/kanto/no259/>) よりPDFデータにてご取得をお願い申し上げます。

◆当日の問い合わせ

会期当日は問い合わせ窓口を設置いたします。
連絡先は参加登録時のメールアドレスに会期前にお知らせいたします。

第 259 回日本呼吸器学会関東地方会 日程表

	A 会場	B 会場
	開会式 10:30~10:35	
11:00	セッションⅠ 感染症（結核、NTM、他） 1~5 座長：上田 航大	セッションⅤ 肺癌（治療、免疫関連疾患） 22~26 座長：塚田 義一
	セッションⅡ 11:15~11:50 感染症（真菌、他） 6~10 座長：田中 徹	セッションⅥ 11:15~11:50 全身性疾患に伴う肺病変 27~31 座長：家永 浩樹
12:00	ランチョンセミナーⅠ 12:00~13:00 肺の“線維化”を考える ～抗線維化薬時代の disease behavior を加味した 間質性肺疾患治療の考え方～ 演者：佐々木信一 座長：石井 晴之 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Ⅱ 12:00~13:00 重症喘息における生物学的製剤による治療 演者：中込 一之 座長：多賀谷悦子 共催：アストラゼネカ株式会社
13:00	医学生・初期研修医セッションⅠ 13:05~13:40 感染症（NTM、他） 研1~研5 座長：鍵山 奈保	医学生・初期研修医セッションⅢ 13:05~13:40 肺癌（免疫関連肺疾患、他） 研12~研16 座長：椎原 淳
14:00	医学生・初期研修医セッションⅡ 13:45~14:27 希少肺疾患、他 研6~研11 座長：楠本壮二郎	医学生・初期研修医セッションⅣ 13:45~14:27 肺癌（診断、治療） 研17~研22 座長：新井 良
15:00	教育セミナーⅠ 14:35~15:35 クライオバイオプシーの発展と現状のエビデンス 演者：丹羽 崇 座長：松島 秀和 共催：株式会社アムコ	教育セミナーⅡ 14:35~15:35 ICI時代の非小細胞肺癌の治療戦略 演者：笠原 寿郎 座長：水谷 英明 共催：中外製薬株式会社
16:00	特別講演 15:40~16:10 自己免疫性肺胞蛋白症に対するGM-CSF 吸入療法を開始する前に 知っておきたいこと—診断、有効性、医療費、吸入器、吸入方法について 演者：中田 光 座長：赤坂 圭一	若手向け教育セッション 15:40~16:10 臨床研究のための統計的ポイント～基礎固めから応用解析まで～ 演者：森田 智視 座長：福島 康次
17:00	セッションⅢ 16:15~16:50 ウイルス感染症、PCP、他 11~15 座長：大木 隆史	セッションⅦ 16:15~16:50 肺癌（分子標的薬） 32~36 座長：平田 博国
	セッションⅣ 16:55~17:37 希少肺疾患、他 16~21 座長：高山 賢哉	セッションⅧ 16:55~17:30 サルコイドーシス、薬剤性肺障害 37~41 座長：毛利 篤人
	医学生・初期研修医セッション表彰式・閉会式 17:37~17:52	

A 会場

セッション I 感染症（結核、NTM、他） 10：35～11：10

座長 上田航大（国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター内科診療部呼吸器内科）

1. 中葉舌区結核の2例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター内科診療部呼吸器内科¹、同病理診断科²、同臨床研究部³

○渡邊 岐¹、齋藤武文¹、松本紘明¹、武石岳大¹、上田航大¹、野中 水¹、
荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、南 優子²、薄井真悟³、大石修司¹、
林原賢治¹、石井幸雄¹

87歳女性。近医での胸部CTで中葉舌区に粒状影を認め、MAC抗体陽性であり経過観察中の方。胸部CTから4ヶ月後、喀痰検査でTB-PCR陽性を示し当院へ転院となった。2例目は29歳女性。喀血を認め当院へ紹介。胸部CTで左肺舌区に粒状影・浸潤影を認め原因検索目的で気管支鏡を施行。洗浄液は集菌法で陰性だったが、TB-PCR陽性を示した。中葉舌区結核の画像所見について文献学的考察を加えて報告する。

2. 外科的切除により診断された増大と縮小を繰り返す結核腫の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター呼吸器内科¹、
自治医科大学附属さいたま医療センター呼吸器外科²

○甘利ひかり¹、椎原 淳¹、糸川勝博¹、田原浩樹¹、齋藤健也¹、前田悠希¹、
太田洋充¹、山口泰弘¹、峯岸健太郎²、大関雅樹²、遠藤俊輔²

58歳女性。右上葉結節影を指摘され前医受診。喀痰・胃液抗酸菌培養陰性、QuantiFERON TB-2G陰性。陰影の縮小を認め経過観察となったが再増大し当院紹介。T-SPOT陰性、胃液抗酸菌培養・PCR陰性。気管支鏡検査施行し気管支洗浄液の抗酸菌塗抹、培養、PCR陰性。右上葉部分切除術を施行し、壊死性類上皮肉下腫を認めZiehl-Neelsen染色で抗酸菌を認めた。検体の結核菌PCR陽性で結核腫と診断した。

3. 結核菌による腸腰筋膿瘍を来した一例

公益財団法人結核予防会複十字病院

○長谷川哲平、児玉達哉、大澤武司、田中良明、奥村昌夫、吉山 崇、
吉森浩三、尾形英雄、大田 健

90歳代女性。約2年前に化膿性椎体炎と診断され、前医で抗菌薬治療が行われた。炎症反応は一度は改善したが、徐々に増悪傾向を認めた。骨盤部CT検査で腸腰筋膿瘍を認め、T-SPOTが陽性と判明したため、当院に紹介された。膿瘍部を穿刺し結核菌が検出されたため、結核菌による腸腰筋膿瘍と診断された。膿瘍ドレナージと抗結核薬による標準治療を行い軽快した。結核菌による腸腰筋膿瘍は稀であり、文献的考察を交えて報告する。

4. 最近の自験肺 *M. abscessus subsp. abscessus* 症の検討

国立病院機構茨城東病院呼吸器内科¹、国立病院機構茨城東病院臨床研究部²

うえだ こうだい

- 上田航大¹、齋藤武文¹、高須美香¹、松本紘明¹、武石岳大¹、渡邊 峻¹、
野中 水¹、荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、薄井真悟²、林原賢治¹、
大石修司¹、石井幸雄¹

肺 *M. abscessus species* 症は現在増加傾向であり治療が難しい菌種である。特に肺 *M. abscessus subsp. abscessus* 症はマクロライド誘導耐性のため有効な薬剤が限られており難治とされている。肺 MAC 症治療後に生じた同症に対して、イミペネム・シラスタチン＋アミカシン＋クロファジミンを中心とした多剤併用療法で治療を行った 2 症例を中心に、最近の自験肺 *M. abscessus subsp. abscessus* 症について文献的考察を含め検討し報告する。

5. *Parvimonas micra* と *Prevotella species* による Lemierre 症候群の一例

埼玉県立病院機構埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科

まるやま ともや

- 丸山智也、高久洋太郎、古野 肇、小野寺葉子、武内裕希、伊藤弘毅、
磯野泰輔、小島彩子、西田 隆、小林洋一、石黒 卓、鍵山奈保、
倉島一喜、柳澤 勉

82 歳女性。歯科治療後から発熱、後頸部痛が出現し、体動困難のため近医入院。偽痛風が疑われたが高熱が遷延し呼吸不全も認めため、当センターに転院。CT で両側内頸静脈の血栓、両肺野の多発結節、胸水貯留を認め、前医での血液培養結果より、*Parvimonas micra* と *Prevotella species* による Lemierre 症候群、敗血症性肺塞栓症、細菌性胸膜炎と診断した。これらの細菌による Lemierre 症候群の発症は稀であり、報告する。

セッションⅡ 感染症（真菌、他） 11：15～11：50

座長 田中 徹（日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野）

6. ペムブロリズマブ投与中に発症したアレルギー性気管支肺真菌症の一例

日本医科大学多摩永山病院呼吸器・腫瘍内科¹、日本医科大学多摩永山病院病理診断科²、

日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野³

かどま なおひろ

- 門間直大¹、渥美健一郎¹、新分薫子¹、二島駿一¹、久金 翔¹、永田耕治²、
清家正博³、廣瀬 敬¹

症例は 85 歳、女性。膀胱癌にペムブロリズマブ療法を 1 年半継続中であった。1 か月前から発熱、湿性咳嗽が出現し、末梢血好酸球数の増多、CT で両肺上葉に濃度上昇を伴う粘液栓を認めた。直視下生検で好酸球性粘液栓、洗浄液で糸状菌培養陽性を認め、アレルギー性気管支肺真菌症（ABPM）と診断、PSL 20 mg（0.5 mg/kg）を開始し陰影・症状の改善を得た。免疫チェックポイント阻害薬投与中の ABPM 発症は稀であり文献的考察を加え報告する。

7. 気管支鏡吸引痰のアスペルギルス抗原が陽性となった、β-D-グルカン陰性侵襲性肺アスペルギルス症の1例

獨協医科大学呼吸器・アレルギー内科¹、血液・腫瘍内科²、呼吸器内視鏡センター³、放射線医学⁴、病理診断学⁵

てつか たかとし
○手塚尊俊¹、中村祐介¹、瀬尾幸子²、後藤優斗¹、矢澤那奈¹、塚田伸彦¹、池田直哉^{1,3}、新井 良¹、武政聡浩^{1,3}、荒川浩明⁴、大和田温子⁵、石田和之⁵、三谷絹子²、清水泰生^{1,3}、仁保誠治¹

70歳男性。急性骨髄性白血病（AML-MRC）に対して化学療法中。左上葉に増大傾向を示す50mm大の腫瘤影を認め、抗菌薬不応性のため紹介。血清β-D-グルカン（BDG）は陰性であったが、気管支鏡吸引痰のアスペルギルス抗原とBDGが陽性であった。生検から壊死組織とアスペルギルス様形態の真菌を認め、侵襲性肺アスペルギルス症と診断した。真菌症の早期診断において気管支鏡吸引痰の抗原検査やBDG測定が有用な可能性があり報告する。

8. びまん性肺胞出血の治療中、ムーコル症による肺化膿症を発症した一例

日本医科大学付属病院呼吸器内科

いいだ ひろき
○飯田博紀、恩田直美、倉持絵梨、松木 覚、村田亜香里、田中 徹、松本 優、武内 進、宮永晃彦、神尾孝一郎、笠原寿郎、清家正博

82歳、男性、咯血、呼吸困難を主訴に救急救命センターに搬送。ITPを背景とした肺胞出血の診断でステロイド、免疫グロブリン投与開始した。経過中肺化膿症を疑う結節影を認め抗菌薬とVRCZを開始した。結節影増大し内部に空洞出現したため腔内にカテーテル挿入。洗浄液からRhizopus spが検出され、AMPH-Bを開始したところ呼吸状態と陰影の改善を認めた。ムーコル症による肺化膿症の報告は希少であり、文献的考察を加えて報告する。

9. 土壌曝露を伴う病歴の聴取が診断の一助となったレジオネラ肺炎の2例

国保直営総合病院君津中央病院

やとう ゆうき
○矢藤優希、小柳 悠、佐藤嵩浩、稲崎稔明、中村尚人、鈴木健一、漆原崇司

症例1は55歳男性、土木業でダム補修に従事。症例2は62歳男性、ゴルフ場の芝整備業に従事。2症例とも特記すべき併存症はなく、循環式浴槽の使用歴もなかった。肝・腎機能障害等の肺外臓器障害を伴う浸潤影を呈し、尿中レジオネラ抗原陽性であった。レジオネラ肺炎は尿中抗原が偽陰性になる一方で、重症化しても適切な治療介入により治癒しうる。肺炎診療において土壌への曝露や職歴を聴取する重要性が示唆された。

10. 肺癌化学療法中の腫瘍穿破により発症した有癭性膿胸に対して、EWSによる気管支充填術を施行した一例

君津中央病院呼吸器内科¹、千葉大学医学部附属病院呼吸器内科²

いなざきとしあき
○稲崎稔明¹、笠井 大²、矢藤優希¹、佐藤嵩浩¹、中村尚人¹、鈴木健一¹、
漆原崇司¹

75歳男性。左上葉扁平上皮肺癌 cT4N2M1a StageIVA に対して CBDCA + nab-PTX で加療を開始したところ、投与8日目に niveau を伴う多房性胸水が出現した。胸水培養から *S.anginosus* が検出され、腫瘍の胸腔穿破による有癭性膿胸と診断した。胸腔ドレナージと ABPC/SBT 投与に加え、EWS による気管支充填術を行ったところ、改善が得られ、第38病日に退院した。腫瘍穿破による有癭性膿胸に対して気管支充填術は有効な手段となりえる。

ランチョンセミナー I 12:00~13:00

座長 石井晴之 (杏林大学医学部呼吸器内科学)

「肺の“線維化”を考える～抗線維化薬時代の disease behavior を加味した間質性肺疾患治療の考え方～」

演者：佐々木信一 (順天堂大学医学部附属浦安病院呼吸器内科)

タバコという同じ外来攻撃因子に対して、肺は“気腫化”と“線維化”という、一見全く違う異常反応を呈する。前者が「肺気腫症」、後者は「肺線維症」と呼ばれる。いったい肺の線維化とは何なのであろうか？

肺線維症における“線維化”は、種々の攻撃因子による上皮障害に対する修復機転の異常と理解されている。肺の中で“気相”と“液相”を非常に薄い膜で隔てている I 型肺胞上皮細胞の障害は、通常であれば II 型肺胞上皮細胞から I 型肺胞上皮細胞への分化補填により正常修復される。しかしながら、例えば II 型肺胞上皮細胞のテロメアが尽きて、I 型肺胞上皮細胞への分裂・分化ができなくなった箇所 (i.e., *fibroblastic foci*) では、“線維化”という異常な手段で修復が行われる。そして、その異常修復の蓄積・拡大が“肺線維症”という疾患を進行させていくのである。

近年、肺線維症において、基礎疾患特異的“早期相”と共通の自己永続的な線維化が進行する“後期相”の概念が提唱されている。前者は、遺伝的な素因をベースに、各種原因疾患特異的な“攻撃因子”が肺胞上皮細胞障害を来す相で、喫煙、バイオマス、不顕性誤嚥、ウイルスなど外的要因の他に、過敏性肺炎における原因抗原暴露や、自己免疫性肺疾患における自己抗体などの要因も関与する。この早期相では、勿論、正常修復も繰り返されていると考えられる。しかしながら後期相に入ると、正常修復はできなくなり、慢性持続的な線維化サイクルが回るようになり、自己永続的に線維化が進行する。この相に入った肺組織は、もはや攻撃因子の除去を行っても線維化の進行は止まらない。自己永続的に進行する非可逆的線維化にブレーキをかけることが必要となってくる。

現在、難治性進行性の肺線維症に対して、抗線維化薬が適応できる時代となっている。我が国においては、特発性肺線維症 (IPF) に対して、2008 年 10 月～ピルフェニドン、2015 年 7 月～ニンテダニブが承認された。さらにニンテダニブは 2019 年 12 月～強皮症 (SSc)-ILD、2020 年 5 月～PF-ILD に対し使用できるようになっている。自己永続的な“後期相”に入る“disease behavior”を呈する肺線維症においては、可能な限り早期から抗線維化薬の適応を図るべきと考えられる。

本講演では、肺の線維化メカニズムや、線維化における早期相、後期相の考え方を解説し、肺線維症における抗線維化薬の適応や治療タイミングについて概説してみる。

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

研 1. 局所麻酔下胸腔鏡検査の胸膜生検で診断した *M.avium* による胸膜炎の 1 例

日本赤十字社長野赤十字病院呼吸器内科¹、日本赤十字社長野赤十字病院病理部²

やすだ なるき

○安田成希¹、近藤大地¹、轟 有希¹、神津侑希¹、廣田周子¹、山本 学¹、
倉石 博¹、小山 茂¹、伊藤以知郎²

症例は 70 歳男性。左大量胸水精査目的に当院へ紹介となった。胸腔穿刺はリンパ球優位で、ADA は 44.8U/L と軽度上昇し結核性胸膜炎が疑われた。喀痰、胃液、胸水培養は陰性で、診断目的に局所麻酔下胸腔鏡検査を施行した。内腔には一部不整な結節を認め、同部位を生検した。病理組織では granuloma を認め、組織培養で後日 *M.avium* が陽性となった。非結核性抗酸菌による胸膜炎は比較的稀であり文献的考察を加えて報告する。

研 2. 肺非結核性抗酸菌症の増悪を疑った *Pasturella maltocida* 肺炎の 1 例

東京都立多摩南部地域病院初期臨床研修医¹、東京都立多摩南部地域病院呼吸器内科²、
杏林大学医学部呼吸器内科³

みよしの はじめ

○三吉野一¹、本多紘二郎^{2,3}、大谷咲子²、橘 俊一²、皿谷 健³、石井晴之³

78 歳女性。中葉舌区域の気管支拡張像及び抗 MAC 抗体陽性から肺非結核性抗酸菌症を疑うも確定診断に至らず、通院を自己中断していた。2 か月前から湿性咳嗽を、胸部 CT では右中葉に新たなコンソリデーションを認めた。右中葉の気管支洗浄液の抗酸菌培養/PCR は陰性であったが *Pasturella maltocida* を検出した。猫の飼育歴があり *P.maltocida* 肺炎と診断し、amoxicillin の治療で咳嗽及び画像所見は改善した。文献的考察を加え報告したい。

研 3. A 型インフルエンザウイルス感染後に肺炎・膿胸を来した劇症型 A 群溶血性レンサ球菌感染症の一例

日本赤十字社東京都支部大森赤十字病院初期研修医¹、
日本赤十字社東京都支部大森赤十字病院呼吸器内科²

みなみさわけんし

○南澤憲史¹、太田宏樹²、石塚貴之²、太田智裕²

症例は 61 歳男性。入院 4 日前より発熱、異常行動を伴ったため救急要請。A 型インフルエンザウイルス抗原陽性であり入院。第 6 病日 胸部 CT にて右下葉に浸潤影・胸水貯留を認め、肺炎・膿胸と診断し抗菌薬を開始した。第 7 病日 血圧低下・低酸素血症を来し人工呼吸器管理を行った。喀痰・右胸水培養から *Streptococcus pyogenes* が検出され、劇症型 A 群溶血性レンサ球菌感染症と診断した。文献的考察を加えて報告する。

研 4. イトラコナゾール治療中に心嚢水貯留を認めた慢性進行性肺アスペルギルス症の 1 例
東京慈恵会医科大学附属柏病院呼吸器内科¹、東京慈恵会医科大学附属柏病院循環器内科²、
東京慈恵会医科大学内科学講座呼吸器内科³

なかがわ なおや
○中川直哉¹、川尻寿季¹、中山 稜²、千田健太郎¹、長谷川愛梨¹、稲木俊介¹、
戸根一哉¹、高木正道¹、荒屋 潤³

80 代男性。10 年前より慢性進行性肺アスペルギルス症に対して、VRCZ 内服開始し病勢は安定していた。有棘細胞癌の発症を契機に ITCZ へ変更したが、1 ヶ月後に両下腿浮腫が出現し、胸部 CT と心エコーで心嚢水貯留を認め入院となった。ITCZ 内服中止と利尿薬投与により、心嚢水は改善した。ITCZ の心毒性に関する過去の検討では、心嚢水貯留は稀とされている。呼吸器内科領域で頻用される ITCZ の心毒性・心嚢水貯留に関して考察し報告する。

研 5. 遷延するリツキシマブ投与後 COVID-19 肺炎に対してレムデシビルとエンシトレルビルを併用した一例

聖マリアンナ医科大学病院呼吸器内科¹、聖マリアンナ医科大学感染症学²

よしむらかおるこ
○吉村薫子¹、鶴岡 一¹、西山和宏¹、國島広之²、峯下昌道¹

マクログロブリン血症に対してリツキシマブで治療した 66 歳男性。受診 1 ヶ月前に COVID-19 感染しモルヌピラビルで治療された。呼吸困難が持続したため当院を受診し、胸部 CT 所見で両側びまん性にすりガラス陰影を認め、COVID-19 肺炎の遷延と診断した。プレドゾロン 30mg で治療するも改善なく、PCR 陽性が持続したためレムデシビルとエンシトレルビルを併用して治療し、胸部陰影の改善とともに呼吸不全の改善をきたした。

医学生・初期研修医セッションⅡ 希少肺疾患、他 13:45~14:27

座長 楠本壮二郎（昭和大学医学部内科学講座呼吸器・アレルギー内科学部門）

研 6. 安定期の慢性閉塞性肺疾患患者における実臨床での治療薬選択の検討

聖マリアンナ医科大学医学部医学生¹、聖マリアンナ医科大学呼吸器内科²

たかはし みきの
○高橋樹乃¹、西根広樹²、西田 真²、金子省太郎²、西 由紘²、西山和宏²、
田中智士²、篠崎勇輔²、鶴岡 一²、石田敦子²、森川 慶²、古屋直樹²、
木田博隆²、半田 寛²、粒来崇博²、峯下昌道²

安定期の慢性閉塞性肺疾患では症状の軽減、生活の質の改善、増悪の予防などを目的に気管支拡張薬を中心とする薬物療法が行われる。外来での治療内容とガイドラインを比較する目的に、当院外来通院中の患者 100 人で重症度と治療内容の関係を調査した。治療内容がガイドラインの推奨と異なる症例が、長時間作用性抗コリン薬で 4 例、吸入ステロイド薬で 1 例存在した。実臨床での治療薬選択について、文献的考察を加えて報告する。

研 7. 全肺野に無数の病変を伴った遺伝性出血性毛細血管拡張症 (HHT) に合併した多発性肺動静脈瘻 (PAVM) の 1 例

千葉大学医学部¹、千葉大学医学部附属病院呼吸器内科²

したか あすみ

○志鷹彩純¹、笠井 大²、杉浦寿彦²、丸山香苗²、葉山奈美²、鈴木拓児²

18 歳女性。7 歳時に低酸素血症を指摘され、肺血流シンチで高度の右左シャントおよび鼻出血や脳膿瘍の家族歴から HHT と PAVM が疑われた。徐々に低酸素血症が進行し、16 歳時には SpO₂ 70% 台まで低下し、18 歳時に精査目的に当科を受診した。肺血流シンチでシャント率 43%、造影 CT 4D 構築画像で全肺葉に広がるびまん性多発 PAVM を認め、HHT に伴う多発 PAVM と診断した。コイル塞栓の適応はなく、肺移植を考慮し、慎重に経過観察を行っている。

研 8. 気管支アミロイドーシスの 1 例

帝京大学医学部附属病院臨床研究センター¹、帝京大学医学部内科学講座呼吸器・アレルギー学²、帝京大学医学部病院病理部³

わだ あやの

○和田彩乃¹、石井 聡²、中原拓海²、富樫祐介²、永田真紀²、田中悠太郎²、石塚眞菜²、服部沙耶²、上原有貴²、鈴木有季²、竹下裕理²、井本早穂子²、豊田 光²、大島康利³、小林このみ²、小泉佑太²、杉本直也²、斉藤光次³、笹島ゆう子³、長瀬洋之²

81 歳男性。2 年前より近医 CT にて主気管支に隆起性病変を認め、今年になり増大を認め当院紹介。気管支鏡検査にて血流が豊富な腫瘍性病変を認めた。主気管支の病変であり出血に注意が必要であり、赤色光観察 (RDI) も使用し深部血管の有無も観察した後で生検を施行した。病理組織所見にて骨化を伴う好酸性無構造物の沈着が認められ Congo red 染色で陽性であり、アミロイドーシスの診断に至った。文献的考察を含めて報告する。

研 9. 自己免疫性膵炎と胸膜炎を同時発症した IgG4 関連疾患

東海大学医学部内科学系呼吸器内科学¹、東海大学医学部外科学系呼吸器外科学²

かたぎり まさき

○片桐正貴¹、鈴木海輝¹、滝口寛人¹、田中 淳¹、端山直樹¹、伊藤洋子¹、増田良太²、岩崎正之²、小熊 剛¹、浅野浩一郎¹

71 歳男性。数ヶ月前から呼吸困難、背部痛を自覚。右大量胸水、血清エラスターゼ高値で当院紹介。PET-CT で FDG 集積を伴う膵腫大を認め、膵性胸水を疑い胸腔穿刺を施行したところ、リンパ球優位の滲出性胸水、ADA 高値であったがアマラーゼは正常であった。外科的胸膜生検を施行したところ、病理検査で IgG4 陽性形質細胞の高度浸潤を伴う線維性胸膜炎の診断となった。膵炎の所見を伴う大量胸水では IgG4 関連疾患を疑う必要がある。

研 10. レミエール症候群による有癭性膿胸・気胸に対して EWS が有用であった一例

国立国際医療研究センター病院呼吸器内科¹、国立国際医療研究センター病院呼吸器外科²

もりしま しゅう
○森島 憧¹、橋本理生¹、頓所安祐美¹、杉野美緒¹、楠本実沙¹、波多野裕斗¹、
植木裕太郎¹、岩崎美香¹、石田あかね¹、仲 剛¹、泉 信有¹、
前屋舗龍男²、長阪 智²、放生雅章¹

20代女性。発熱、咽頭痛、呼吸困難、胸痛を主訴に受診。CTでは肺化膿症、膿胸、左内頸静脈血栓を認め、病歴とあわせてレミエール症候群と診断した。治療経過中に有癭性膿胸・気胸となり、感染コントロールはついていたものの肺拡張が得られず、エアリークが持続した。EWSを留置したことで外科手術を回避でき、退院することができた。レミエール症候群による有癭性膿胸・気胸に対してEWSが有用であった一例を経験したので報告する。

研 11. 頭部血管肉腫に併発した続発性気胸の1例

医療法人鉄蕉会亀田総合病院卒後研修センター¹、医療法人鉄蕉会亀田総合病院呼吸器内科²、
医療法人鉄蕉会亀田総合病院腫瘍内科³

たてべ としこ
○建部都志子¹、出光玲菜²、林 潤²、森本康弘²、永井達也²、大槻 歩²、
伊藤博之²、大竹健人³、宮地康僚³、中島 啓²

頭部血管肉腫に対して形成外科にて手術予定であった75歳男性。転移検索目的のCTにて偶発的に右2度気胸が判明し、当科入院となった。CTで薄壁空洞性病変と周囲のすりガラス影を認め、頭部血管肉腫の肺転移による続発性気胸と臨床診断した。脱気を実施し、その後胸腔ドレーンによる管理を実施、肺の拡張が得られたためドレーンを抜去した。血管肉腫の肺転移に併発する続発性気胸の症例報告は稀であり、文献的考察を加え報告する。

教育セミナー I 14:35~15:35

座長 松島秀和（さいたま赤十字病院呼吸器内科）

「クライオバイオプシーの発展と現状のエビデンス」

演者：丹羽 崇（神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科/
喀血・肺循環・気管支鏡治療センター）

2017年に経気管支鏡下クライオバイオプシーが本邦で薬事承認されてから、およそ7年が経過した。古くは2009年にドイツからその有用性が最初に報告され、そこから遡るとクライオバイオプシーの歴史は15年におよぶものがある。その間、安全性についての議論から臨床応用にむけての議論が世界的に交わされてきており、肺癌領域、びまん性肺疾患領域を中心に多くのエビデンスが報告されている。極めて大きな変化としては、2022年に公表されたATS/ERS/JRSのIPF診療ガイドラインにおいて、外科的肺生検の代替としてTBLCを実施することが条件付きとはいえ認められたことであるが、それ以外にもさまざま、診断だけでなくインターベンション、そして治療の領域など、新たな試みが各国で行われている。

そのような中、本邦で使用されるクライオプローブはリユーザブルのものからディスポーザブルのものへ移行し、あまり目立たないながらもちょっとずつ臨床現場では留意すべき変更点がでてきている。安全な施術と、これまでに得られたエビデンスをpracticeの現場で再現するには、そういったアップデートも重要であると考ええる。

本セッションでは、これまでのエビデンスを総覧するとともに、安全性を担保する上で必要な情報をまとめ、今後の展望についても述べたい。

共催：株式会社アムコ

特別講演 15:40~16:10

座長 赤坂圭一（さいたま赤十字病院呼吸器内科）

「自己免疫性肺胞蛋白症に対する GM-CSF 吸入療法を開始する前に知っておきたいこと—診断、有効性、医療費、吸入器、吸入方法について」

演者：中田 光（新潟大学医歯学総合病院高度医療開発センター先進医療開拓部門）

自己免疫性肺胞蛋白症に対する酵母由来組換え GM-CSF 吸入療法は、2024 年 3 月 26 日に薬事承認となった。2000 年に東北大学で田澤、貫和らが本邦第一例を成功させてから 24 年、気が遠くなるくらい沢山の挫折を経て医師主導でエビデンスを積み、それに基づきノーベルファーマ社のスタッフが粘り強く申請、承認までたどり着いた。関係した全ての方の努力に敬意を表したい。薬価収載は、承認から原則 60 日以内、発売は、薬価収載日から 3 ヶ月以内となっている。適応患者さんを診られている医師は、発売時期を想定して患者さんとよく話合って準備を進めていただければと思う。まず、診断であるが、血清抗 GM-CSF 自己抗体濃度が 1.7 U/ml 以上であることが必須である。次に重症度は、添付文書上は必須ではないが、公的医療費助成制度のうち、指定難病医療費助成制度に申請するには、管理区分重症度が 3 以上であることが必要である。有効性は、過去の臨床試験から 70% 程度である。効かなかった時のことも考え、全肺洗浄法のことも患者さんとよく話合ってほしい。吸入器は、メッシュ式あるいはジェット型が使えるが、それぞれ一長一短があるので、ホームページから情報を得て欲しい。吸入方法としては、多くの患者で病変が下肺優位であることを考えると、下肺によく吸入粒子が到達するゆっくりとした腹式呼吸が望ましい。

セッションⅢ ウイルス感染症、PCP、他 16:15~16:50

座長 大木隆史（日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野）

11. SARS-CoV-2 持続感染による難治性 COVID-19 肺炎にニルマトレビル/リトナビル長期投与が奏功した一例

東京医科歯科大学病院呼吸器内科¹、

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科微生物・感染免疫解析学分野²、

放射線影響研究所分子生物科学部免疫学研究室³、

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科ハイリスク感染症研究マネジメント学分野⁴

やすだ ともか

○安田朋加¹、島田 翔¹、園田史朗¹、澤田 淳¹、青木 光¹、柴田 翔¹、
榊原里江¹、本多隆行¹、白井 剛¹、古澤春彦¹、立石知也¹、岡本 師¹、
田中ゆきえ²、谷本幸介³、武内寛明⁴、宮崎泰成¹

56 歳女性。濾胞性リンパ腫に対しオピヌツズマブで加療中に COVID-19 肺炎を発症。一旦改善も再燃し 5 か月に及び肺炎を反復した一例を経験した。レムデシビル、ステロイド治療を反復したが高ウイルス量が持続した。ニルマトレビル/リトナビルに切り替え 20 日間投与し速やかなウイルス量低下と肺炎の改善を認めた。ゲノム解析の結果、同一株の持続感染と考えられた。SARS-CoV-2 持続感染例の治療は確立しておらず、考察を加え報告する。

12. 咽頭結膜熱後に健常成人に発症した胸膜肺炎の一症例

千葉西総合病院呼吸器内科

こみねしょうへい

○小嶺将平、小林真純、岩瀬彰彦

40代男性。2週間前に咽頭痛で溶連菌感染を疑われ、AMPC投与を受けた。1週間前に発熱、眼瞼結膜の充血が出現。2日前に胸部X線で肺炎が疑われ紹介入院。結膜充血、咽頭発赤があり眼科診察で咽頭結膜熱の診断。胸部CTで左下葉の浸潤影と胸水を認めABPC/SBTを開始した。経過中に胸水が増加し黄色胸水400ml廃液し改善。細菌感染による胸膜肺炎と考えられた。咽頭結膜熱後の胸膜肺炎の報告は稀で、文献的な考察を加え報告する。

13. 肺癌化学療法中に発症したニューモシスチス肺炎の一例

日本大学医学部付属板橋病院

すがさわよしひさ

○菅澤義悠、中川敬志、花村瑞季、浮谷瑛子、日鼻 涼、中本匡治、津谷恒太、大木隆史、中川喜子、清水哲男、權 寧博

85歳男性。肺腺癌cT3N0M1b Stage4Aの患者でweekly nabPTXを行っていた。経過中に発熱および倦怠感で救急外来を受診した。胸部CTで両側肺野にびまん性のGGOを認め入院とした。精査の結果*P.jirovecii* DNA-PCR陽性を認めた。肺癌に対する化学療法の制吐目的で毎週デキサメタゾン6.6mgを投与されており、今回の感染の原因と考えられた。近年、抗がん剤の制吐剤のガイドラインが変更され今後レジメンの再考なども検討しうる。

14. 健診の胸部異常陰影を契機に診断されたHIV関連ニューモシスチス肺炎の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院呼吸器内科

たなか さとき

○田中志樹、荒井雄太、加藤元康、香丸真紀子、田所千智、片岡峻一、葛 航晨、宮脇太一、光石陽一郎、高橋和久

30歳代男性。健診で胸部異常陰影を指摘された。胸部CTで両肺上葉優位の浸潤影を認め、 β -D-グルカン高値と気管支肺胞洗浄液のPCR検査で*P.jirovecii*が陽性かつHIV-RNA陽性でありAIDSに合併したニューモシスチス肺炎(PCP)と診断した。ST合剤とステロイドの投与により陰影は著明に改善した。健診契機のPCPの診断であり、非典型的な画像所見を呈していたことから文献的考察を加え報告する。

15. 気管支喘息におけるインフルエンザワクチンフルービックHAの有用性について

聖隷横浜病院アレルギー内科¹、東京アレルギー・呼吸器疾患研究所²

わたなべ なおと

○渡邊直人^{1,2}

【目的】気管支喘息(BA)におけるフルービック(FB)の有用性について検討した。【方法】インフルエンザワクチン(InfV)接種に躊躇していたBA患者60名にFBを接種した。【結果】アスピリン喘息(AIA)9名、食物アレルギー(FA)合併17名、薬剤過敏症(DH)合併14名で、InfVを5年以上接種していない者が44名だった。53名(88%)が接種して良かったと回答した。【結論】FBはAIAやFA・DH合併例には有用であると考えられる。

16. 肺底動脈大動脈起始症の1例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター呼吸器科

ふじた ひろき
○藤田弘輝、箭内英俊、高瀬志穂、山岸哲也、羽鳥貴士、沼田岳士、
太田恭子、遠藤健夫

38歳女性。右季肋部痛で近医を受診し、腹部には異常を認めなかったが、胸部異常陰影を認め当院へ紹介された。造影CTおよび3D-CTで、胸部下行大動脈から直接分岐して左下葉に流入する異常血管を認めた。分画肺は明らかでなく、気管支鏡検査で気管支の分岐異常は認めなかった。肺底動脈大動脈起始症と診断し、胸腔鏡下手術を行った。肺分画症との鑑別も含め、文献的考察を加え報告する。

17. 潰瘍性大腸炎の肺病変と考えられた器質化肺炎の1例

さいたま赤十字病院

いとう けん
○伊東 謙、赤坂圭一、町田蓉子、中谷大輔、浅見 優、野牧 萌、
村上若香奈、山田堯徳、宇塚千紗、太田啓貴、草野賢次、大場智広、
川辺梨恵、山川英晃、佐藤新太郎、天野雅子、松島秀和

症例は63歳女性。検診で胸部異常陰影を指摘され当院受診。胸部CTで両側びまん性網状影と一部細気管支の牽引性拡張を認め、経気管支肺生検ではNSIP+OPの病理診断であった。既往には2年前に潰瘍性大腸炎と診断されていて、ほか自己免疫性疾患などはなかった。その後のステロイド加療にも反応は良好であった。潰瘍性大腸炎の肺病変としては、気道疾患のほか器質化肺炎の報告例もあり、本症例もその可能性が考えられた。

18. 肺移植手術時の摘出肺から偶発的に肺癌 StageIV が見つかった間質性肺炎の1例

東京大学医学部附属病院呼吸器外科¹、東京大学医学部附属病院臓器移植医療センター²

かわしまみつあき
○川島光明¹、長野匡晃¹、村岡達哉¹、油原信二¹、中尾啓太¹、叢 岳¹、
大坪巧育¹、山谷昂史¹、山口美保¹、此枝千尋^{1,2}、佐藤雅昭^{1,2}

50代男性、特発性間質性肺炎(分類不能型)に対し肺移植待機登録した際、全身検索で悪性腫瘍は除外された。3年の待機期間の後に脳死両肺移植を行った。直前のCTで肺結節を認めたが間質性肺炎による線維化で説明可能だと思われた。術中には明らかな腫瘍、播種や胸水は認めなかった。経過良好で術後27日目に自宅退院した。摘出肺の病理診断は腺癌、pT3N0M1a(胸膜播種)-pStageIVaだった。

19. 多発浸潤影を呈した肺腺癌の一例

東京女子医科大学病院内科学講座呼吸器内科¹、東京女子医科大学病院病理診断学分野病理診断科²

しおた ゆの
○塩田悠乃¹、荒川直緒子¹、鬼澤 史¹、三好 梓¹、小林 文¹、赤羽朋博¹、
辻真世子¹、有村 健¹、八木理充¹、近藤光子¹、桂 秀樹¹、多賀谷悦子¹、
山本智子²、長嶋洋治²

73歳女性。2か月前からの咳嗽を主訴に受診し、CTですりガラス陰影、小葉間隔壁肥厚、多発浸潤影を認めた。抗菌薬で加療をおこなうも陰影は増悪し、呼吸不全が進行。好酸球性肺炎等を疑い、ステロイドパルス療法を行なった。陰影はやや改善し、呼吸状態も安定したため確定診断のため気管支鏡検査を行い、非粘液産生性置換型腺癌と推定された。浸潤影をきたす疾患は多岐にわたるが、肺癌にも留意する必要がある。

20. 多発肺転移を来した心臓原発血管肉腫の一例

東京医科大学病院

くらかたあきおみ

○倉片彬臣、水島麗生、本橋 遥、小野いつか、山口優樹、塩入菜緒、古川佳奈子、石割茉由子、菊池亮太、小林研一、富樫佑基、河野雄太、阿部信二

33才男性。心窩部痛、呼吸困難を認め前医受診。心膜炎が疑われ入院加療するも、血痰および両肺びまん性にすりガラス状陰影を認め、当院当科受診。造影CTで、右房に造影不良域を認めたため、カテーテルを用い、同部より生検施行。心臓原発血管肉腫の診断となった。心臓原発血管肉腫は稀な疾患であるが、肺転移を来しやすく予後不良である。呼吸器科医が初療を行う可能性の高い疾患でもあり、文献的考察を加え報告する。

21. TBLCにて診断され治療後、陰影残存部位に対して再度TBLCを行った肺MALTリンパ腫の1例

獨協医科大学埼玉医療センター呼吸器・アレルギー内科

おおいずみ まりな

○大泉真理奈、佐藤英幸、草間春菜、岡田 郷、佐藤 泉、島本和季、宮内昭滉、吉崎千夏、能美詩穂、岩住衣里子、伊藤祐香理、廣川尚慶、尾崎敦孝、多田和弘、佐藤淳哉、杉立 溪、渡邊浩祥、高山賢哉、平田博国、福島康次

58歳、男性。2009年両側肺野の多発結節性陰影を指摘され、当院および他施設にて2回気管支内視鏡検査が施行されたが組織学的確定診断に至れなかった。2022年他施設より当科へ紹介され、2023年経気管支肺凍結生検(TBLC)を施行し、肺MALTリンパ腫と診断し治療(R-CHOP 6コース)されたが陰影の残存を認めた。リンパ腫の形質転換等も懸念され再度TBLCを行った症例を報告する。

B 会場

セッションV 肺癌（治療、免疫関連疾患） 10：35～11：10

座長 塚田義一（草加市立病院呼吸器内科）

22. 呼吸不全を呈した進展型小細胞肺癌に対しハイフローネーザルカヌラ併用下で化学療法を行い軽快し得た1例

日本鋼管病院呼吸器内科¹、日本鋼管病院病理診断科²

うめもと しんたろう

○梅本真太郎¹、田中希宇人¹、山本峻大¹、倉林 瞭¹、由井照絵¹、藤岡美結¹、
山村啓之¹、新家葉子¹、原田尚子¹、入江理絵²、宮尾直樹¹

60歳男性。呼吸不全のため来院した。肺門部腫瘍と右閉塞性肺炎を認めた。入院後急速に呼吸状態が悪化し、ハイフローネーザルカヌラでFiO₂ 60%以上を要する状態となった。ProGRP 498単位、右胸水セルブロック検体からシナプトフィジン、クロモグラニンA陽性で小細胞肺癌と診断した。PS 4であったがCBDCA+ETP療法を行った。速やかに酸素投与から離脱でき、画像上右肺の透過性は改善した。化学療法後第17病日に独歩で退院となった。

23. 肺腺癌化学療法中に左腋窩リンパ節転移を来とし切除後SDを維持している症例

獨協医科大学日光医療センター呼吸器内科

いとう ひろし

○伊藤 紘、知花和行、原 昇平、原澤 寛、戸田正夫

85歳、女性。IV期肺腺癌に対して二次治療としてドセタキセル投与中であった。経過中に左腋窩リンパ節腫大をみとめ外科的切除を行いリンパ節転移の診断となった。切除後も病勢落ち着いておりオリゴ転移と判断した。さらにKRAS遺伝子変異陽性であることも判明した。Synchronous oligometastatic disease以外のオリゴ転移に対する外科切除症例であり貴重な症例と考え報告する。

24. 進行期肺腺癌に対してドセタキセル+ラムシルマブ48コース投与後に治療関連急性骨髄性白血病を発症した一例

医療法人鉄蕉会亀田総合病院呼吸器内科

いのしま なおき

○猪島直樹、伊藤博之、川上博紀、佐藤勇気、山路創一郎、出光玲菜、
河合太樹、藤岡遙香、林 潤、本間雄也、栃木健太郎、窪田紀彦、
森本康弘、永井達也、大槻 歩、金子教宏、中島 啓

79歳女性。EGFR陽性右中葉肺腺癌cT3N2M1c cStageIVBの診断となり、チロシンキナーゼ阻害薬を含めた複数のレジメンで加療後、7次治療としてドセタキセル+ラムシルマブ併用療法を開始し、長期間病勢の制御が得られていた。49コース目投与前の血液検査で、著明な血小板減少および末梢血内の芽球が出現し、治療関連急性骨髄性白血病の診断となった。同併用療法における治療関連白血病の報告は少なく、文献的考察も含めて報告する。

25. デュルバルマブ投与中に自己免疫性脳炎をきたした肺小細胞癌の一例

北信総合病院呼吸器内科¹、東京医科歯科大学病院呼吸器内科²、北信総合病院脳神経内科³

よし い さお
○由井沙和^{1,2}、芳賀右京¹、副島将史¹、森田有紀³、千秋智重¹

69歳男性。X-1年7月に肺小細胞癌 cT1bN3M0 StageIIIc と診断、根治照射が困難であり CDDP+VP-16+Durvalumab を開始、Durvalumab を継続し完全奏功を維持していた。X年10月に不穏、不眠などが出現し、精査の結果、自己免疫性辺縁系脳炎と診断した。抗Hu抗体が陽性であったが、ステロイドパルスや免疫グロブリン大量静注により精神症状が改善した。免疫関連有害事象として抗神経抗体陽性の脳炎をきたした報告はまれであり発表する。

26. Pembrolizumab 投与中に遅発性に免疫関連胆管炎・膵炎を発症した肺腺癌の1例

信州大学医学部内科学第一教室¹、信州大学医学部内科学第二教室²、信州大学医学部病理組織学教室³

すぎやま ふみか
○杉山芙美花¹、荒木太亮¹、平林太郎¹、鈴木祐介¹、曾根原圭¹、北口良晃¹、
牛木淳人¹、鎌倉雅人²、滝沢桃子³、花岡正幸¹

62歳男性。X-1年2月に右上葉肺線癌 (stageIIIB) と診断し、1次治療として CBDCA+PEM+pembrolizumab を導入した。最良効果 PR で4cycle の導入療法後、PEM+pembrolizumab 維持療法を16cycle 施行した。X年9月、心窩部痛のため施行した胸腹部CTで胆管壁肥厚と膵腫大をみとめ、精査の結果 irAE 胆管炎・膵炎と診断した。PSLを開始後、速やかに心窩部痛は改善した。irAE 胆管炎・膵炎は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

セッションⅥ 全身性疾患に伴う肺病変 11:15~11:50

座長 家永浩樹 (越谷市立病院呼吸器科)

27. MESACUP anti-ARS テスト陰性、EUROLINE 法陽性を示した抗ARS抗体 (抗OJ抗体) 症候群の1例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター内科診療部呼吸器内科¹、同病理診断科²、
同臨床研究部³

たけいしたかひろ
○武石岳大¹、高須美香¹、松本紘明¹、上田航大¹、渡邊 峻¹、野中 水¹、
荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、南 優子²、薄井真悟³、大石修司¹、
林原賢治¹、石井幸雄¹、齋藤武文¹

症例は66歳女性。X年3月ごろに咳嗽が出現した。間質性肺炎急性増悪疑われ、紹介・入院となった。精査の結果、抗OJ抗体陽性であり、抗ARS抗体症候群に伴う間質性肺炎と診断した。現在保険収載されているMESACUP anti-ARSテストでは抗ARS抗体の5-7%を占める抗OJ抗体を測定できず、注意が必要である。文献的な考察を含めて報告する。

28. Sjogren 症候群に伴う胸水に甲状腺機能低下を合併し診断と治療に難渋した 1 例

越谷市立病院呼吸器科¹、順天堂大学医学部附属順天堂医院呼吸器内科²

ながい こうじ

○長井浩二^{1,2}、松本直久^{1,2}、佐久間歩^{1,2}、大島啓亮^{1,2}、三道ユウキ^{1,2}、
門屋講太郎^{1,2}、家永浩樹^{1,2}、高橋和久²

76 歳男性。リンパ球優位の胸水を認め胸膜生検と胸水の抗体価から Sjogren 症候群に伴う胸水と判断した。初回ステロイドによる治療は効果不十分であり投与は中止、その後甲状腺機能低下と心不全の合併を経過中に合併していたことが判明し治療を行った。一時的に小康状態となるも胸水は残存したためステロイド投与を再開すると胸水の改善を得た。Sjogren 症候群に伴う胸水は稀であり、多彩な合併症により診断と治療には難渋することがある。

29. 顕微鏡的多発血管炎に伴う胸膜炎と診断した一例

草加市立病院呼吸器内科¹、草加市立病院呼吸器外科²

しまや かずひろ

○島矢和浩¹、大塚弘貴¹、佐藤万瑛¹、遠藤 智¹、杉田祐介²、越智淳一¹、
塚田義一¹

77 歳男性。検診で間質性肺炎および右片側胸水を指摘された。胸水穿刺の結果、滲出性胸水で感染に伴う胸膜炎として抗生剤を投与したが効果を認めず、胸腔鏡下胸膜搔把術を施行した。尿検査で急速進行性糸球体腎炎が示唆され、抗好中球細胞質抗体 (MPO-ANCA) が陽性となったこと、胸水の細菌培養が陰性だったことから顕微鏡的多発血管炎に伴う胸膜炎と診断した。血管炎に伴う胸膜炎は報告が少なく貴重な症例であるため報告する。

30. 初発時と再発時で異なる胸部画像所見を呈した多発血管炎性肉芽腫症の 1 例

さいたま赤十字病院

まちだ ようこ

○町田蓉子、草野賢次、太田啓貴、大場智広、川辺梨恵、山川英晃、
佐藤新太郎、赤坂圭一、天野雅子、松島秀和

62 歳女性。肺浸潤影を伴う形で発症した多発血管炎性肉芽腫症に対しステロイドおよびシクロホスファミド併用療法で寛解導入療法を開始。およそ 6 ヶ月後に左肺に新たに多発結節が出現し増大、内部に空洞形成も生じた。初発時と異なる画像所見で日和見感染症も鑑別に挙げられたため胸腔鏡下肺部分切除術を施行。病理で壊死性肉芽腫性血管炎の所見を確認し再発と診断、その後免疫抑制治療を強化した。興味深い画像経過と考え報告する。

31. 関節リウマチに続発した自己免疫性肺胞蛋白症の一例

埼玉医科大学呼吸器内科¹、さいたま赤十字病院呼吸器内科²

ほりうち いさく

○堀内功久¹、内田義孝¹、柚 知行¹、片山和紀¹、高原雅和¹、橋本尚仁¹、
内田貴裕¹、中込一之¹、赤坂圭一²、仲村秀俊¹、永田 真¹

73 歳女性。1 年前に近医で関節リウマチ (RA) と診断され加療中であった。2 ヶ月前から労作時呼吸困難を自覚し、胸部 X 線写真で異常陰影を認めたため当院紹介受診。間質性肺炎急性増悪と臨床診断しステロイドパルス療法を開始したが改善に乏しく気管支鏡検査を施行し、白濁した肺胞洗浄液を回収、病理組織で好酸性の蛋白様物質を認めた。抗 GM-CSF 抗体陽性が判明し自己免疫性肺胞蛋白症 (aPAP) と診断した。RA 関連 aPAP は稀なため報告する。

ランチョンセミナーⅡ 12:00~13:00

座長 多賀谷悦子（東京女子医科大学内科学講座呼吸器内科学分野）

「重症喘息における生物学的製剤による治療」

演者：中込一之（埼玉医科大学呼吸器内科）

重症喘息とは、コントロールに高用量吸入ステロイド薬に加えてその他の長期管理薬を要する喘息と定義される。年4回以上の経口ステロイド（OCS）頓用使用は有害事象リスク増加と関連し、生物学的製剤の導入を積極的に考慮する必要がある。

抗IgE抗体オマリズマブは、環境アレルゲン感作陽性重症喘息が適応であるが、末梢血好酸球数が低値でも、効果が期待できる。抗IL-5抗体メポリズマブ、抗IL-5受容体抗体ベンラリズマブともに、末梢血好酸球高値で増悪頻度が高い、重症好酸球型喘息患者で、より高い効果を有する。ベンラリズマブは、好酸球性炎症をより強力に抑制し、特に組織好酸球と呼気NOに対する効果が知られる。抗IL-4受容体抗体デュピルマブは、末梢血好酸球または呼気NO高値で、高い効果を発揮し、アトピー性皮膚炎やポリープを伴う副鼻腔炎に適応がある。抗TSLP抗体テゼペルマブは、どのフェノタイプでも、喘息増悪を抑制することが知られる。

近年臨床的寛解の議論が進み、一般に増悪ゼロOCSゼロ症状ゼロで定義される。罹病期間が短い症例や呼吸機能が保たれている症例では、寛解を誘導しやすい。さらに末梢血好酸球高値、呼気NO高値など、type2マーカー優位な症例や、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎合併例も寛解を誘導しやすいことが報告されている。ベンラリズマブによる早期治療介入は、臨床的寛解達成の重要な治療戦略となりえると考えられる。

共催：アストラゼネカ株式会社

医学生・初期研修医セッションⅢ 肺癌（免疫関連肺疾患、他） 13:05~13:40

座長 椎原 淳（自治医科大学附属さいたま医療センター呼吸器内科）

研12. 右扁平上皮肺癌に対するペムブロリズマブ投与後早期に重症筋無力症と心筋炎を発症した一例

埼玉医科大学国際医療センター臨床研修センター¹、埼玉医科大学国際医療センター呼吸器内科²

しまむら ひかる
○島村 光¹、毛利篤人²、片山和紀²、橋本康佑²、三浦 雄²、塩野文子²、
山口 央²、今井久雄²、解良恭一²、各務 博²

症例は61歳女性。心嚢液貯留による呼吸困難にて紹介受診となった。癌性心膜炎を伴う右扁平上皮肺癌（cT4N2M1a）と診断し、PD-L1高発現にてペムブロリズマブを投与した。投与後15日目に複視、眼瞼下垂が出現したため外来受診となり、CK上昇、心電図異常を認め、重症筋無力症と診断した。呼吸不全に対してステロイドパルス療法および血漿交換療法を併用し、人工呼吸器管理下で改善が得られた。本症例について考察を加えて報告する。

研 13. 肺腺癌の免疫療法中に複数の免疫関連有害事象（大腸炎、心筋炎、重症筋無力症）を呈し、治療に難渋した 1 例

帝京大学医学部内科学講座腫瘍内科¹、帝京大学医学部内科学講座消化器内科²、
帝京大学医学部内科学講座循環器内科³、帝京大学医学部内科学講座脳神経内科⁴、
帝京大学医学部麻酔科学講座⁵

○鈴木 光¹、石原昌志¹、山本慎一郎¹、佐藤洪平¹、磯野朱里²、井関洋成³、
和田彩令奈⁴、張 京浩⁵、星谷 齊¹、風張広樹¹、落合亮介¹、丹澤 盛¹、
本田 健¹、市川靖子¹、渡邊清高¹、関 順彦¹

症例は 70 歳、男性。202X 年 X 月から肺癌に対して免疫併用化学療法（カルボプラチン＋ナブパクリタキセル＋抗 PD-L1 抗体＋抗 CTLA4 抗体）療法を開始した。治療開始 24 日後に下痢（Grade2）で入院となり、翌日から心室頻拍および CO2 ナルコーシスを呈したため挿管し ICU 管理となった。免疫関連有害事象による大腸炎、心筋炎、重症筋無力症と診断しステロイド療法と免疫抑制療法を行った症例を報告する。

研 14. MRI で早期診断を得た、イピリムマブ＋ニボルマブ療法による免疫関連有害事象筋炎の 1 例

昭和大学医師臨床研修センター¹、昭和大学医学部内科学講座呼吸器アレルギー内科学部門²、
昭和大学医学部内科学講座リウマチ膠原病内科学部門³

○大島 研¹、楠本壮二郎²、柳井 亮³、後藤唯子²、山本成則²、眞鍋 亮²、
神野恵美²、田中明彦²、矢嶋宣幸³、相良博典²

76 歳男性。進行肺腺癌でイピリムマブ＋ニボルマブによる薬物療法を開始した。投与開始 2 ヶ月後、無症状であったが CK 軽度上昇を認めた。その後に漸増したため、大腿部 MRI を施行、複数筋で異常信号を認め、筋炎と診断した。薬物療法を中止、ステロイドの投与を行わずに軽快した。免疫関連有害事象としての筋炎は稀であるが、重篤化する例もあり、血液検査や MRI を含めた早期検査にて診断することが重要である。

研 15. 右上葉肺癌再発に対し抗 PD-L1 抗体＋抗 CTLA4 抗体＋細胞障害性抗癌薬療法による irAE 大腸炎治療に難渋した一例

帝京大学医学部附属病院内科学講座腫瘍内科¹、帝京大学医学部附属病院内科学講座消化器内科²

○佐藤洪平¹、山本慎一郎¹、鈴木 光¹、落合亮介¹、風張広樹¹、石原昌志¹、
丹澤 盛¹、本田 健¹、磯野朱里²、市川靖子¹、渡邊清高¹、関 順彦¹

53 歳男性。右上葉肺癌術後再発に対しカルボプラチン＋ナブパクリタキセル＋抗 PD-L1 抗体＋抗 CTLA4 抗体 3 コース投与後に irAE 大腸炎 Grade4 を呈した。ステロイド難治性であり、インフリキシマブを 2 回投与した。治療後腸炎症状は治まっていたが、再度腸炎症状が増悪した。精査でサイトメガロウイルス大腸炎と診断し、抗ウイルス薬治療を行った。irAE 治療とその合併症について文献的考察と共に報告する。

研 16. ペムブロリズマブが長期に奏功した肺癌肉腫の 1 例

相模原協同病院初期臨床研修医¹、相模原協同病院呼吸器内科²、北里大学病院呼吸器内科³

○藤本理世¹、蛭田ゆり野²、眞邊英明²、赤澤悠希³、中野真生人³、山本倫子²

肺癌肉腫は、肺悪性腫瘍全体の約 0.3% を占める希少肺癌である。従来の殺細胞性抗がん剤による化学療法は効果が期待できず、予後不良な腫瘍であるとされる。今回、喫煙歴のない女性で、肺癌肉腫と診断された患者に対して、抗 PD-1 抗体薬（ペムブロリズマブ）による治療で長期間にわたって効果を認めた症例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

研 17. 左房内浸潤を伴い左中大脳動脈への腫瘍塞栓/脳梗塞で発症した肺腺癌の一例

杏林大学医学部医学科

○飯田 翔、石川周成、秋澤孝虎、阿部太郎、高木 涼、家城恵梨子、
麻生純平、布川寛樹、中元康夫、石田 学、佐田 充、中本啓太郎、
高田佐織、皿谷 健、藤原正親、石井晴之

78歳男性。突然発症の失語症で発症し、頭部MRI/MRAにて左中大脳動脈閉塞（左MCA）による脳梗塞と診断した。血栓回収療法で回収した血栓内に腺癌を認めたこと、CTで左房内浸潤を伴う右肺下葉腫瘍の存在から、左MCAへの肺腺癌の腫瘍塞栓/脳梗塞と診断した。肺癌の脳腫瘍塞栓を血栓内から検出した報告は少なく、文献的考察と合わせて報告する。

研 18. ACTH依存性Cushing症候群（CS）によりサイトメガロウイルス（CMV）肺炎を来した小細胞肺癌の一例

東京通信病院¹、千葉大学医学部附属病院呼吸器内科²、

千葉大学医学部附属病院糖尿病・代謝・内分泌内科³、成田赤十字病院呼吸器内科⁴

○葛 里南^{1,2}、葉山奈美²、齋藤 合²、齋藤幹人²、荒野貴大²、王 莉莉³、
類家裕太郎³、笠井 大²、平間隆太郎²、安部光洋^{2,4}、内藤 亮²、川崎 剛²、
寺田二郎⁴、鈴木拓児²

70歳代男性。進展型小細胞肺癌の加療のため受診した。著明なACTH・コルチゾール高値や低K血症を伴い、ACTH依存性CSと診断した。カルボプラチン+エトポシド+アテゾリズマブ、メチラポンで加療を開始したが、第9病日にすりガラス影の急速な拡大を認めた。末梢血CMV C7-HRP陽性よりCMV肺炎と診断し、バルガンシクロビル投与で改善した。複数の病態が重なり、診断・治療に難渋した示唆に富む症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

研 19. 全肝照射が著効して化学療法再開が可能となったPS不良・進展型小細胞肺癌の1例

群馬大学医学部附属病院呼吸器・アレルギー内科¹、群馬大学医学部附属病院腫瘍センター²、

群馬大学大学院保健学研究科³

○吉田大祐¹、三浦陽介¹、小林夏緒¹、久野花凜¹、若松郁生¹、武藤壮平¹、
増田友美¹、鶴巻寛朗¹、矢富正清¹、櫻井麗子²、古賀康彦¹、砂長則明¹、
久田剛志³、前野敏孝¹

26歳男性。左肺上葉原発、進展型小細胞肺癌 cT4N3M1c、stage IVB に対しシスプラチン+エトポシド+デュルバルマブ療法2コース行うも治療効果はPDであった。肝転移増悪により全身状態悪化しPS=3となったため、一旦はBSCを提案した。症状緩和目的に全肝照射（8Gy/1fr）を行ったところPS=1まで改善したため、アムルピシン療法を開始した。5コース施行して、現在も外来にて継続中である。全肝照射は全身状態改善に有効な手段となり得る。

研 20. 心嚢穿刺後の心膜減圧症候群による心原性ショックを呈するも集学的治療によって救命し得た胸腺癌の一例

自治医科大学卒後臨床研修センター¹、自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門²、
自治医科大学内科学講座循環器内科学部門³、自治医科大学内科学講座総合診療内科学部門⁴

こ う びん さ
○洪 敏莎¹、黒崎綾子²、奥山顕子²、高崎俊和²、瀧上理子²、中山雅之²、
間藤尚子²、小古山由佳子³、村松宏紀⁴、前門戸任²

41 歳男性。食思不振と下腿浮腫を主訴に近医より紹介され、CT で前縦隔腫瘍と心嚢水貯留を認め入院した。心嚢穿刺後に心膜減圧症候群による心原性ショック、多臓器不全を呈した。人工呼吸器、体外式膜型人工肺による全身管理下で縦隔生検を行い、胸腺癌と診断した。抜管後に原発巣に対する姑息照射と全身化学療法を行い、腫瘍の縮小を得た。心膜減圧症候群は稀な病態であり、集学的治療により救命し得た胸腺癌の一例を報告する。

研 21. 大量胸水で発症し急速に進行した胸腔内未分化小円形細胞肉腫の 1 例

横浜市立みなと赤十字病院臨床教育研修センター初期研修医¹、
横浜市立みなと赤十字病院呼吸器内科²、横浜市立みなと赤十字病院病理診断科³

あみおか としき
○網岡俊樹¹、菅原麻莉²、岩永翔子²、北川翔大²、登坂瑞穂²、石川利寿²、
岡安 香²、河崎 勉²、熊谷二郎³

40 代男性、2 ヶ月前からの呼吸困難感が 1 週間で左胸痛と共に増悪し、近医にて左大量胸水を認め当科へ紹介。左胸水の細胞像は悪性間葉系腫瘍で、その後左胸痛の増悪と胸腔内腫瘍の増大、腫瘍崩壊症候群が急速に進行し約 1 ヶ月で死亡。剖検では腫瘍は左胸腔全体を占め、組織は Ewing 肉腫類似の小円形細胞肉腫であり、転座解析で EML4-ALK 融合遺伝子を認めた。胸腔内の腫瘍として希少であり文献的考察を加えて報告する。

研 22. 左肺上区域切除の断端に生じた腫瘍の鑑別に苦慮した一例

聖路加国際病院呼吸器センター¹、聖路加国際病院病理診断科²、聖路加国際病院放射線科³

ささもり ちえ
○笹森千愛¹、徐クララ¹、平川奈美²、若井理可子³、田中三千穂¹、中村友昭¹、
岡藤浩平¹、北村淳史¹、富島 裕¹、仁多寅彦¹、小島史嗣¹、板東 徹¹、
西村直樹¹

左上葉肺癌疑いで左肺上区域切除後の 74 歳女性。術後 8 年目に健康診断で胸部異常陰影を指摘され当院受診となった。自覚症状はなかったが胸部 CT 検査にて残存左上葉の縦隔側に肺尖部から肺門にかけて手術痕を含む腫瘍影を認め PET-CT 検査で同部位に集積を認めた。気管支鏡検査では陰影に到達できず、CT ガイド下生検を施行した。組織所見は炎症性変化であり、術後の炎症性変化による腫瘍性の陰影と判断し保存的に経過観察を行っている。

教育セミナーⅡ 14:35~15:35

座長 水谷英明 (埼玉県立がんセンター呼吸器内科)

「ICI時代の非小細胞肺癌の治療戦略」

演者：笠原寿郎 (日本医科大学呼吸器内科学)

21世紀になり非小細胞肺癌 (NSCLC) の治療戦略は大きく変化し、予後も延長した。これを可能ならしめたのは、一つはドライバー遺伝子異常陽性肺癌に対する分子標的薬もう一つは免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) である。ドライバー遺伝子異常陰性 NSCLC に対していくつもの臨床試験でプラチナ併用化学療法に比して同等以上の効果を実証してきた。抗 PD-1 抗体/抗 PD-L1 抗体は単剤で、または細胞障害性抗癌薬との併用で生存期間を延長し、以前はかなえられなかった5年以上の長期生存が得られるようになった。今やIV期 NSCLC の一次治療として欠く事のできない存在である。その一方でこの優れた治療法にも有害事象は見られ、いわゆる免疫関連有害事象 (irAE) が発現する。多くの irAE は軽微であるが、時に心筋炎、脳炎、サイトカイン放出症候群などの重篤なものが発現する。よってその適応は慎重に検討すべきと考えられる。例えば高齢者に対する ICI の適応を考えると、いくつかの臨床試験のサブグループ解析では高齢者症例においては ICI の上乘せが見られていないものもある。高齢者を暦年齢で定義することの妥当性には問題がある。「fit elderly patients」と「unfit elderly patients」を区別し治療戦略を考える必要があるであろう。このような高齢者治療を考えるうえでの Geriatric 8 (G8) screening tool や Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) を組み込んだ治療戦略の立案も施行されている。本セミナーではこのような現状について概説したい。

共催：中外製薬株式会社

若手向け教育セッション 15:40~16:10

座長 福島康次 (獨協医科大学埼玉医療センター呼吸器・アレルギー内科)

「臨床研究のための統計的ポイント～基礎固めから応用解析まで～」

演者：森田智視 (京都大学大学院医学研究科医学統計生物情報学)

「統計の勉強をしたいが何かよい教科書はあるか?」という質問をよく受ける。「残念ながら求めているような‘よい教科書’は見当たらない」、が回答になってしまう。実際に臨床研究者が求めているのは統計学そのものを理解することではないだろう。自ら抱いている臨床的疑問に対して答えを出していくために、目の前にある臨床データをどのように解析していけばよいのか、であるように思う。本講演では、臨床研究を計画・実施していくうえで役立つ統計的知識について出来る限り分かりやすく解説する。臨床研究デザインとしてランダム化による治療法群間比較は最上のものであることは間違いない。しかしながら、ランダム化比較試験だけで患者治療に必要なすべての臨床的疑問が果たして解決されるのだろうか。本講演では、できる限り事例を用いながら、ランダム化比較試験結果を解釈する際の注意点を最初にまとめ、臨床現場に近い (通常診療のもとで得られる) データ (最近では Real World Data と呼ばれる) を用いた治療法群間比較を考える。具体的には、最近その適用事例が急速に増えている「プロベンシティ (傾向性) スコア」を用いた解析手法を解説する。

32. EGFR 遺伝子変異陽性の G-CSF 産生肺癌の 1 例

埼玉医科大学国際医療センター呼吸器内科¹、防衛医科大学校内科学講座（感染症・呼吸器）²

いとう こうき
○伊藤弘毅^{1,2}、解良恭一¹、橋本康佑¹、三浦 雄¹、塩野文子¹、西原冬実¹、
毛利篤人¹、山口 央¹、今井久雄¹、各務 博¹

症例は 66 歳女性。左上肺野の腫瘍影を指摘され、当院へ紹介された。左上葉非小細胞肺癌 cT2N1M1c stageIVB EGFR exon19 欠失、PD-L1 90%と診断した。血中の白血球および G-CSF の高値及び腫瘍内の G-CSF 免疫染色が陽性のため、G-CSF 産生肺癌と診断した。オシメルチニブやアファチニブは奏効せず、複合免疫療法に限定的な効果を示した。G-CSF 産生肺癌に EGFR 遺伝子変異を認めることは極めて稀であり、文献的考察を含めて報告する。

33. EGFR 遺伝子変異（exon21 L858R）陽性肺腺癌から小細胞肺癌（exon19 deletion）へ転化した 1 例

獨協医科大学埼玉医療センター呼吸器・アレルギー内科

さとう いずみ
○佐藤 泉、平田博国、大泉真理奈、岡田 郷、宮内昭滉、島本和季、
草間春菜、近藤智香、見代健太、高橋智美、色川正洋、吾妻早瀬、
長谷川智貴、佐藤淳哉、尾崎敦孝、小林貴行、多田和弘、杉立 溪、
有福 一、福島康次

82 歳女性。近医で胸部 CT 施行され、左下葉に結節が認められ当科へ紹介受診。気管支鏡下肺生検を施行し、EGFR 遺伝子変異陽性（exon21 L858R）IV 期肺腺癌と診断した。Osimertinib を開始し病勢は安定していた。2 年後左胸水が出現し、胸水穿刺にて EGFR 遺伝子変異陽性（exon19 deletion）小細胞肺癌と診断されたが、1 カ月後に急性心不全を発症し死亡した。肺腺癌の小細胞癌への転化を認めた症例を経験し、文献的考察を加えて報告する。

34. ステロイド反応性が良好であったオシメルチニブによる間質性肺疾患の 3 症例

昭和大学医学部内科学講座呼吸器アレルギー内科学部門

もちづき かおる
○望月 薫、眞鍋 亮、楠本壮二郎、後藤唯子、菅沼宏充、秋本佳穂、
賀嶋絢佳、三國肇子、宮田祐人、田中明彦、相良博典

EGFR-TKI 使用において、間質性肺疾患は最も注意すべき副作用である。オシメルチニブは、他の EGFR-TKI と比較して間質性肺疾患の発症頻度がやや高いとの報告がある。治療には全身性ステロイドが使用されるが、投与量、期間について一定の見解はない。今回、ステロイド反応性が比較的良好であったオシメルチニブによる間質性肺疾患の 3 症例を提示する。合併症の観点からも症例に応じ、短期間投与も考慮される。

35. CT でびまん性粒状影、すりガラス影を呈し、診断に苦慮した ALK 陽性肺癌の 1 例

横須賀共済病院呼吸器内科¹、横須賀共済病院化学療法科²

なつめ いちろう

○夏目一郎¹、山田貴之¹、熊谷 隆¹、泉 誠¹、細谷龍作¹、山本 遼¹、
鴨志田達彦¹、安田武洋¹、富永慎一郎¹、坂下博之²

症例は 56 歳女性。咳嗽、夜間喘鳴で前医にて治療を行うも改善が得られず、当院に受診。CT でびまん性に粒状影、すりガラス影を認め、原発巣を疑う所見は見られなかった。びまん性肺疾患を疑い、精査加療目的で入院。TBLB+BAL を予定するも低酸素血症の悪化あり、BAL のみ実施した。細胞診、セルブロックで ALK 陽性肺癌と診断した。ALK 陽性肺癌でびまん性陰影のみである症例は比較的稀であり、考察を加え報告する。

36. RET 融合遺伝子陽性肺癌患者に対するセルペルカチニブの使用状況

栃木県立がんセンター¹、上都賀総合病院²、獨協医科大学大学院³

こんの こうだい

○金野晃大^{1,2,3}、笠井 尚¹、中村洋一¹、杉山智英¹、岸川孝之¹

昨今、非小細胞肺癌に対する治療薬はドライバー遺伝子変異の有無や種類に基づいて選択され、その中でも希少な変異である RET 融合遺伝子が陽性の肺癌患者に対しては、RET 阻害薬のセルペルカチニブが投与される。当院では 2023 年中に 3 名の患者にセルペルカチニブを投与し、いずれの患者でも部分寛解を得られている。その 3 名の患者の治療経過や有害事象について、文献的考察を加えて報告する。

セッションⅧ サルコイドーシス、薬剤性肺障害 16:55~17:30

座長 毛利篤人 (埼玉医科大学国際医療センター呼吸器内科)

37. PET で広範な骨格筋連続性集積を認めた結節型筋サルコイドーシスの 1 例

埼玉医科大学総合医療センター呼吸器内科¹、東京大学医学部附属病院老年病内科²

たかはしともゆき

○高橋智之¹、阿部公俊²、石井 繁¹、川野悠一郎¹、桑原由樹¹、
佐々木麻衣子¹、小川由美子¹、菊池 聡¹、平田優介¹、坂井浩佑¹、
教山紘之¹、森山 岳¹、小山信之¹、植松和嗣¹

51 歳男性。胸部 X 線、CT にて両側肺門リンパ節主張を認め、EBUS-TBNA にて非乾酪性類上皮肉芽腫が検出された。さらに前胸部に疼痛が出現し、PET/CT で全身の骨格筋に広範な集積がみられ、結節型筋サルコイドーシス（以下サ症）と診断した。有症状の筋サ症はサ症全体の 0.2-2.5% と少なく、中でも結節型は稀である。また広範な連続性 PET 集積を示した症例はほとんどなく、今回文献的考察とともに報告する。

38. 空洞が出現したサルコイドーシスの一例

さいたま赤十字病院

あさみ ゆう

○浅見 優、伊東 謙、中谷大輔、町田蓉子、野牧 萌、村上若香奈、
山田堯徳、太田啓貴、宇塚千紗、草野賢次、大場智広、川辺梨恵、
山川英晃、佐藤新太郎、赤坂圭一、天野雅子、松島秀和

73 歳男性。40 歳時より胸部異常陰影と両側肺門部リンパ節の腫大を指摘され、サルコイドーシスが疑われていたが、病理学的な診断がつかず経過観察が行われていた。73 歳時、既知の左上肺野の陰影に新規の空洞が出現した。TBLB を行い、空洞部から肉芽腫の病理所見を得て、サルコイドーシスと確定診断した。空洞を伴うサルコイドーシスの症例について考察を含め報告する。

39. ポスチニブによる薬剤性肺障害の1例

牛久愛和総合病院呼吸器内科

かねもと こうじ
○金本幸司

症例は75歳女性。慢性骨髄性白血病に対してX年8月よりポストニブ内服開始。同年10月より呼吸困難感、倦怠感、12月にSpO₂ 91%に低下、両肺びまん性すりガラス影を認め入院。KL-6 4673 U/mlと高値、BALFリンパ球増多、TBLBで肺腔内に幼若な線維化巣を認めた。ポストニブ中止後軽快し自宅退院後も再燃を認めず、ポストニブによる肺障害と診断した。同薬で胸水貯留は知られているが肺障害は稀であり、文献的考察を加え報告する。

40. 薬疹既往のある柴苓湯の再投与により、薬剤性肺障害を発症した一例

永寿総合病院呼吸器内科¹、永寿総合病院呼吸器外科²

ふかさわ ゆり
○深沢友里¹、楠本竜也¹、池田隼樹¹、大芦彩野¹、宮脇正芳¹、山本 純²

【症例】67歳男性【現病歴】メニエール病で通院中でありX-6年に柴苓湯の投与後に皮疹が出現し、同薬は中止され五苓散に変更となった。X年に五苓散から柴苓湯に再度変更となり、内服開始日に下痢・発熱・呼吸困難が出現した。薬剤性肺障害の診断となりステロイドの全身投与で改善を認めた。【考察】柴苓湯が含有する黄ごんは免疫・アレルギー反応を起こしやすく、薬疹を併発した薬剤性肺障害は黄ごんの関与を考える必要がある。

41. Dupilumab 導入後に好酸球性肺炎を来した重症好酸球性副鼻腔炎合併気管支喘息の一例

昭和大学藤が丘病院呼吸器内科

のうみ しほ
○能美詩穂、中本真理、草鹿砥るい、吉崎千夏、郷 佳洋、吉田有毅、
平田健人、丁 一澤、神崎満美子、林 三奈、川村さおり、新 健史、
張 秀一、山口史博、横江琢也

59歳男性。重症好酸球性副鼻腔炎に対してステロイド長期投与をしていた。Dupilumab 導入し症状軽快したが、3ヶ月後に発熱や咳嗽が出現し、末梢血好酸球数の上昇、抗菌薬不応の肺炎を認めた。気管支鏡検査は施行困難であったが、ステロイド著効し、経過から Duplumab による好酸球性肺炎と臨床的に診断した。本邦において Duplumab による好酸球性肺炎の副作用は少なく、文献的考察を加えて報告する。

今後のご案内

□第 260 回日本呼吸器学会関東地方会

- 会 期：2024 年 7 月 6 日（土）
- 会 場：秋葉原コンベンションホール＋WEB（ライブ配信）
- 会 長：清家 正博（日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野）

□第 261 回日本呼吸器学会関東地方会

（合同開催：第 186 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会関東支部学会）

- 会 期：2024 年 9 月 28 日（土）
- 会 場：秋葉原コンベンションホール＋WEB（ライブ配信）
- 会 長：吉山 崇（公益財団法人結核予防会複十字病院結核センター）

□第 262 回日本呼吸器学会関東地方会

- 会 期：2024 年 11 月 30 日（土）
- 会 場：秋葉原コンベンションホール＋WEB（ライブ配信）
- 会 長：阿部 信二（東京医科大学病院呼吸器内科）

□第 263 回日本呼吸器学会関東地方会

（合同開催：第 187 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会関東支部学会）

- 会 期：2025 年 2 月 8 日（土）
- 会 場：秋葉原コンベンションホール＋WEB（ライブ配信）
- 会 長：潤間 励子（国立大学法人千葉大学総合安全衛生管理機構）

※初期研修医ならびに医学生の発表を積極的に受け付けています。

初期研修医・医学生には入会義務はありません。

多数のご参加をお待ちしています。

謝 辞

旭化成ファーマ株式会社
アストラゼネカ株式会社
株式会社アムコ
インスメッド合同会社
MSD 株式会社
小野薬品工業株式会社
協和キリン株式会社
ギリアド・サイエンシズ株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
クラシエ薬品株式会社
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
田辺三菱製薬株式会社
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
日本化薬株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
日本イーライリリー株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

(五十音順)

2024年4月1日現在

本会を開催するにあたり、上記の皆様よりご協賛いただきました。
ここに厚く御礼申し上げます。

第 259 回日本呼吸器学会関東地方会
会長 福島 康次
(獨協医科大学埼玉医療センター呼吸器・アレルギー内科)