

第 260 回日本呼吸器学会関東地方会 プログラム・抄録集

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）

日 時 2024 年 7 月 6 日（土）

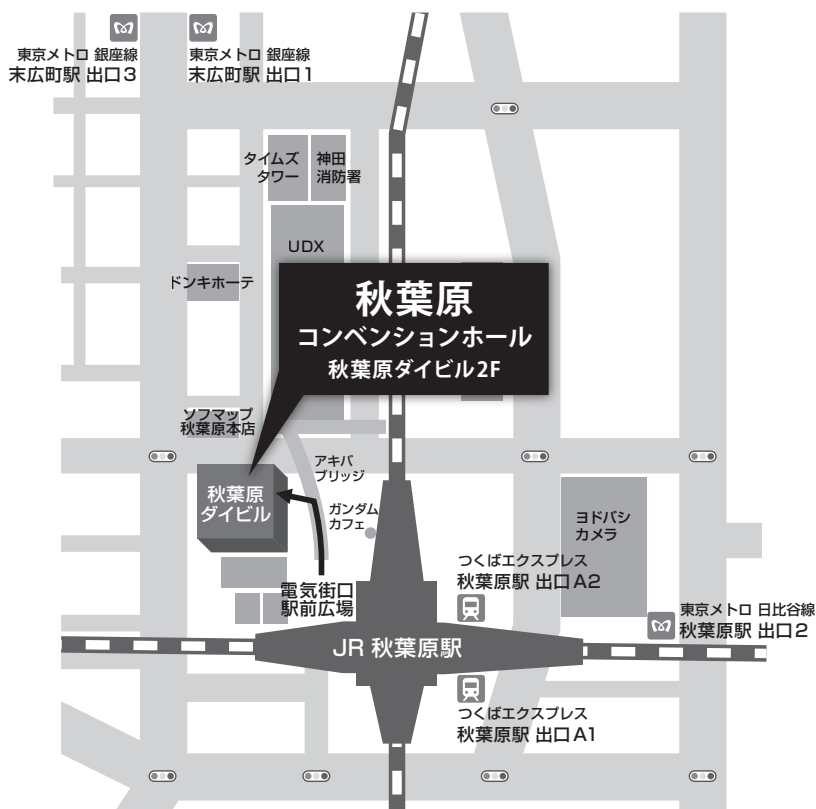
開催方式 現地開催 ※WEB（ライブ配信）は無し

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）で開催いたします。ライブ配信（ハイブリッド開催）はございませんので、ご了承ください。
ご参加には本会ホームページ（<https://www.jrs.or.jp/shibu/kanto/no260/>）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、支払完了メールをお送りいたします。
＜参加登録期間＞7月6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＞7月6日（土）10時から17時まで
演題の発表は、現地会場のみとなります（今回よりリモートでの発表はありません）。
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
現地会場でお渡しいたします（日本呼吸器学会員、非会員共通）。
4. 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. 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。
2. 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。
3. 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

- ・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。

◆医学生・初期研修医セッション 表彰式

7月6日（土）17時34分～17時49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。

演者および指導医の方は、表彰式にご出席ください。

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。

なお、優秀者は第 65 回日本呼吸器学会学術講演会企画「ことはじめ甲子園」でもご発表いただく予定です。詳細は、本会ホームページ（<https://www.jrs.or.jp/shibu/kanto/no260/>）をご確認ください。

◆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/no260/>）で閲覧（ダウンロード・印刷）が可能ですが、オンライン参加登録完了時にメールでお知らせするパスワードが必要です。また、現地会場での配付はありません。
2. 会場内での掲示・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、オンライン参加登録を完了いただいた後、本会ホームページ（<https://www.jrs.or.jp/shibu/kanto/no260/>）より PDF データにてご取得をお願い申し上げます。

第 260 回日本呼吸器学会関東地方会 日程表

	A 会場	B 会場	市民公開講座会場 (5B)
	開会式 10:15~10:20		
	セッションⅠ 10:20~10:55 びまん性肺疾患Ⅰ 1~5 座長：渥美健一郎	セッションⅤ 10:20~10:55 腫瘍性疾患Ⅰ 23~27 座長：四方田真紀子	
11:00	教育セミナーⅠ 11:00~11:50 自己免疫性肺胞蛋白症の克服にむけて —GM-CSF吸入療法の重要性— 演者：石井 晴之 座長：田澤 立之 共催：ノーベルファーマ株式会社	教育セミナーⅡ 11:00~11:50 肺 MAC 症の病態生理と治療戦略 演者：松山 政史 座長：齋藤 好信 共催：インスメッド合同会社	
12:00	ランチョンセミナーⅠ 12:00~12:50 肺癌化学療法関連 演者：東 陽子 福泉 彩 座長：水谷 英明 共催：中外製薬株式会社	ランチョンセミナーⅡ 12:00~12:50 好酸球性粘液の物理学的性状と喘息 演者：植木 重治 座長：神尾孝一郎 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 12:55~13:44 腫瘍性疾患 研1~研7 座長：森川 慶 高田 佐織	医学生・初期研修医セッションⅡ 12:55~13:37 感染症・希少肺疾患 研8~研13 座長：児玉 裕三 間藤 尚子	
14:00	セッションⅡ 13:49~14:24 びまん性肺疾患Ⅱ 6~10 座長：馬場 智尚	セッションⅥ 13:42~14:24 腫瘍性疾患Ⅱ 28~33 座長：森山 岳	13:30~15:30 肺の日 市民公開講座 「あなたの咳は大丈夫？ ～様子をみて良い咳、悪い咳～」 座長：清家 正博 演者：清水あゆみ 山口 朋禎 武内 進 神尾孝一郎 司会：小熊 美香
15:00	教育セミナーⅢ 14:30~15:20 非小細胞肺癌の診断と治療の進歩 ～扁平上皮癌の臨床的特徴～ 演者：森川 慶 座長：栗本 太嗣 共催：日本化薬株式会社	教育セミナーⅣ 14:30~15:20 進行性の肺線維化病態について考える 演者：荒屋 潤 座長：鹿毛 秀宣 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	
16:00	若手向け教育セッション 15:25~16:00 喘息の個別化診療のための バイオマーカー活用の仕方 演者：柚 知行 座長：白杵 二郎	セッションⅦ 15:25~16:00 腫瘍性疾患Ⅲ 34~38 座長：本多 隆行	
	セッションⅢ 16:05~16:47 感染症Ⅰ 11~16 座長：笠井 昭吾	セッションⅧ 16:05~16:47 希少肺疾患Ⅰ 39~44 座長：一色 琢磨	
17:00	セッションⅣ 16:52~17:34 感染症Ⅱ 17~22 座長：奥村 昌夫	セッションⅨ 16:52~17:27 希少肺疾患Ⅱ 45~49 座長：菊池 亮太	
	17:34~17:49 医学生・初期研修医セッション表彰式・閉会式		

A 会場

セッション I びまん性肺疾患 I 10:20~10:55

座長 渥美健一郎（日本医科大学多摩永山病院呼吸器・腫瘍内科）

1. 当院の抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎 8 症例の検討

公立昭和病院呼吸器内科

かど ひろゆき

○加戸宏幸、吉田悠貴、長谷見次郎、佐久間翔、岩崎吉伸

2 週間前から労作時呼吸困難が出現し経時的に症状増悪し近医を受診し、間質性肺炎を指摘され当科に紹介された。初診時に手指に爪周囲紅斑、血液検査で LDH 393、KL-6 1418 と高値を認めた。胸部 CT で両肺に牽引性気管支拡張を伴う浸潤影を認め、プレドニゾロン (PSL) 40mg を開始した。投与後には症状と画像共に改善傾向を認めたが、抗 ARS 抗体陽性と判明し、タクロリムスを併用した。以後は経過良好であり、適宜 PSL を漸減している。

2. 治療経過中に抗 ARS 抗体が陰性化/陽性化した 2 症例の検討

湘南鎌倉総合病院呼吸器内科

あらまき ひろえ

○荒牧宏江、野間 聖、福井朋也

症例 1 は 84 歳女性。抗 ARS 抗体症候群の診断で、ステロイドとタクロリムスによる治療を開始したところ、治療開始 1 ヶ月後に抗 ARS 抗体が陰性化した。症例 2 は 86 歳女性。画像上 probable UIP を認め、ニンテダニブが開始となったが、治療開始 5 ヶ月後に抗 ARS 抗体の陽性化が判明した。抗 ARS 抗体が陰性化あるいは陽性化する経過を追えた症例は稀であるため、文献的考察を加え報告する。

3. C-ANCA 陽性の間質性肺炎例に対して TBLC を行った 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

いとう ゆかり

○伊藤祐香理、大泉真理奈、岡田 郷、佐藤 泉、島本和季、宮内昭滉、草間春菜、吾妻早瀬、高橋智美、能美詩穂、吉崎千夏、岩住衣里子、廣川尚慶、尾崎敦孝、佐藤淳哉、多田和弘、長谷川智貴、高山賢哉、平田博国、福島康次

76 歳、男性。他医整形外科、術前検査にて胸部異常影を指摘され当科紹介。背部にて fine crackles を聴取、CT 所見は両側下葉優位にすりガラス影、一部浸潤影と牽引性気管支拡張像を認めた。KL-6 3,382~14,389U/mL、SP-D 470ng//mL、C-ANCA 103U/mL、P-ANCA 1.0U/mL 以下。TBLC、BAL を施行し、細胞性間質性肺炎 (c-NSIP 疑い) の所見で、肺胞出血像は認められなかった。経口ステロイド薬による治療反応は良好であった。

4. クライオ肺生検で診断し得た珪肺に合併したサルコイドーシス様肉芽腫性肺疾患の1例

日本医科大学附属病院呼吸器内科¹、日本医科大学大学院医学研究科解析人体病理学²、
日本医科大学附属病院病理部³

いしばしゆうすけ
○石橋祐輔¹、鏑木翔太¹、齊藤 翔¹、田中 徹¹、谷内七三子¹、神尾孝一郎¹、
田中庸介¹、功力しのぶ²、寺崎康弘³、笠原寿郎¹、清家正博¹

症例は72歳男性。発熱、倦怠感にて当科を受診した。胸部CTで両側多発粒状影が指摘され、クライオ肺生検を施行した。組織病理では、肉芽腫の混在や炭粉沈着、偏光下でシリカの他四角状物質を伴った組織球浸潤を伴う線維化病変の所見が得られた。ガラス繊維の粉塵吸入歴があり、サルコイドーシス様肉芽腫性肺疾患を合併する珪肺症と診断した。過去の報告は3例のみで稀な病態であり、文献的考察を加えて報告する。

5. 自己免疫性肺胞蛋白症に対するGM-CSF吸入療法普及のための全国行脚

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

なかた こう
○中田 光

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。吸入の巧拙に理論があるので、全国行脚して効率のよい吸入法を説いてまわっているが、その行脚の途中にこの地方会に寄って皆さんにGM-CSF吸入療法を始めるには何を準備しなくてはならないか、医療費助成制度への申請のしかた、治療効果をどう判断するかという治療アルゴリズムの話もする予定である。

教育セミナー I 11:00~11:50

座長 田澤立之（東京医科歯科大学保健管理センター）

「自己免疫性肺胞蛋白症の克服にむけて—GM-CSF吸入療法の重要性—」

演者：石井晴之（杏林大学医学部呼吸器内科学）

肺胞蛋白症（pulmonary alveolar proteinosis：PAP）は、1958年にRosenらにより初めて報告された疾患である。臨床的には気管支肺胞洗浄液（BALF：broncho alveolar lavage fluid）の白濁した外観、そして病理組織学的には肺胞や肺胞道を主体とした気腔内に無構造物質であるサーファクタントが貯留していて、進行すると呼吸不全を呈する原因不明で確立した治療法がない難治性疾患である。

この難治性稀少肺疾患に対して唯一の標準的治療であった全肺洗浄は、全身麻酔下の管理を要する侵襲性の高い治療である。しかし、2024年3月26日に自己免疫性PAPに対する新たな治療法として、GM-CSF吸入療法が薬事承認された。本治療は吸入器を用いて1週間連日投与・1週間休薬という隔週投与を、6か月間1クールとして行っていく。臨床試験では重症度3もしくは4の自己免疫性PAPに対して、7割の症例で治療効果がみとめられた。重症化する前に、より導入しやすい薬物療法が可能になったことは臨床的に非常に重要なことである。

このGM-CSF吸入療法を施行する上で注意すべきことは、血清中の抗GM-CSF自己抗体を確認すること、つまり抗GM-CSF自己抗体陽性のPAP以外は対象外であることを把握しておく必要がある。また吸入器の使用も含め、正しい吸入方法を指導してから導入する必要がある。本講演においては、自己免疫性PAPの診断および、治療方針の決定、さらにはGM-CSF吸入療法のポイントについて解説していきたい。

共催：ノーベルファーマ株式会社

「肺癌周術期治療～外科的立場から～」

東 陽子 (東邦大学医学部外科学講座呼吸器外科学分野)

現在肺癌に対する手術療法は、術式選択・周術期治療の双方において大きな転換期を迎えている。本邦の大規模臨床試験 (JCOG0802/WJOG4607L) において小型早期肺癌に対する区域切除を主体とした縮小手術の有効性が示され、今後早期肺癌に対する標準術式が細分化する可能性がある。また、新たな手術アプローチとしてロボット支援下手術が普及し適用術式も年々拡大している。時を同じくして局所進行肺癌に対する周術期治療もまさにパラダイムシフトを迎えている。免疫チェックポイント阻害剤、ドライバー遺伝子変異に対する分子標的治療薬など、進行肺癌に対して目覚ましい治療効果を示した薬物が周術期治療へとシフトし、手術療法による治療率向上に寄与する事が期待される。新たなエビデンスが次々と報告される一方、局所進行肺癌に対する治療戦略は複雑化しており、個々の患者に応じて手術のタイミング・術式・薬剤を適切に選択する必要がある。目覚ましい発展を遂げている肺癌周術期診療において最大限の治療効果を提供するためにも、これまで以上に診療科の垣根を越えた連携が重要である。本セミナーでは、呼吸器外科領域におけるトピックをはじめ、当院における肺癌周術期治療の現状と院内連携、肺癌手術症例の特徴と治療成績を中心に提示する。

「肺癌周術期治療～内科的立場から～」

福泉 彩 (日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野)

非小細胞肺癌の周術期治療は免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) やドライバー遺伝子異常に対する分子標的薬の登場により多岐にわたる治療戦略が検証され、まさにパラダイムシフトを迎えている。

ICIを使用した術後補助療法においては IMpower010 試験の結果が明らかとなり、既に本邦においても術後病理病期 IIB-III A 期 (第 8 版) の PD-L1 陽性例に対してプラチナ製剤併用療法による補助療法後に Atezolizumab の 1 年間の投与が可能となっている。一方で、CheckMate816 試験の結果を受けて、臨床病期 II-III A 期 (第 8 版)、EGFR 遺伝子変異/ALK 融合遺伝子陰性もしくは不明例に対して、術前にプラチナ製剤併用療法と Nivolumab を併用した治療を行うことが可能となった。KEYNOTE671 試験や AGEAN 試験、CheckMate77T 試験の結果が発表され、Pembrolizumab や Durvalumab、Nivolumab の術前および術後両方で ICI の使用が可能となる見込みである。他方、現状では①外科切除で根治している真の非担癌状態の患者、②外科切除では根治していない潜在的な担癌状態で薬物療法により治療する患者、③外科切除後と周術期治療を行っても治療しない患者の 3 つの集団に一樣に同じ薬物療法を実施している状況にあり、真の治療対象者を見出すことが今後の課題といえる。

共催：中外製薬株式会社

研 1. EGFR 陽性進行肺癌治療中に片側性肩痛・上肢麻痺・横隔膜麻痺を呈した腕神経叢炎：多要因の検討

湘南藤沢徳洲会病院初期研修医¹、湘南藤沢徳洲会病院呼吸器内科²、
湘南鎌倉総合病院リウマチ膠原病内科³

なかち さき
○仲地 咲¹、日比野真²、比嘉ひかり²、渡邊茂弘²、鎌田理子^{2,3}、前田一成²、
堀内滋人²、近藤哲理²

症例：74歳女性、肺腺癌IV期。頸椎緩和照射及び免疫化学療法後、右肩痛が出現。MRIで腕神経叢に炎症を認め、髄液検査/抗神経自己抗体は正常であった。右上肢/右横隔膜麻痺も認め、腕神経叢炎の診断の下、ステロイド投与及びIVIgが行われた。疼痛は改善したが、麻痺は改善しなかった。考察：腕神経叢炎の要因に放射線治療とirAEが考えられた。結論：肺癌治療中の末梢神経障害は、その型を理解し、要因を多角的に検討する必要がある。

研 2. Tepotinib が著効した肉腫様成分を有する MET exon 14 skipping 陽性肺癌の一例

東京大学医学部附属病院呼吸器内科¹、東京大学医学部附属病院病理部²

たけだ なおひさ
○武田直久¹、槇田広佑¹、野口智史¹、西村 拓¹、近藤篤史²、鈴木理樹²、
福田健介¹、三谷明久¹、鹿毛秀宣¹

75歳女性。CTガイド下生検で肉腫様成分を有するPD-L1 TPS 100%の非小細胞肺癌 cStage IV と診断した。腫瘍塊による閉塞性肺炎を来し、抗菌薬投与下でPembrolizumabを開始した。その後MET 遺伝子変異陽性と判明し、1コース終了時点で治療効果不十分と判断されたためTepotinibを導入した。臨床症状・画像所見の改善を認め、day59時点でPRであった。MET 遺伝子変異陽性肺多形癌に対する最新の治療戦略に関する考察を交えて報告する。

研 3. 小細胞肺癌に対する Durvalumab 投与で顕在化した抗 TIF1-γ 抗体陽性皮膚筋炎の 1 例

日本赤十字社長野赤十字病院初期研修医¹、同呼吸器内科²、同膠原病リウマチ内科³

こみやま ひろむ
○小宮山広望¹、近藤大地²、牛島祐哉²、小澤亮太²、廣田周子²、野村 俊³、
山本 学²、倉石 博²、小山 茂²

症例は75歳男性。他院で小細胞肺癌の診断となりDurvalumabを含む化学療法が施行された後皮膚症状や筋症状が出現したため当院へ紹介となった。血液検査で抗TIF1-γ抗体陽性となり皮膚筋炎と診断しステロイド加療を開始した。本症例はもともと潜在的に皮膚筋炎が存在しており、Durvalumab投与で顕在化したものと考えられた。同様の症例の報告は比較的稀であるため報告する。

研 4. Pembrolizumab による irAE ギラン・バレー症候群 (GBS) の肺癌術後再発の一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター呼吸器科

きくち しゅうた

○菊池柊汰、山岸哲也、平 晃誠、藤田弘輝、羽鳥貴士、沼田岳士、
太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

73 歳男性。右上葉肺腺癌 Stage IIIA に対する右上葉切除術と補助化学療法後に約 8 か月で再発し、Pembrolizumab 開始の約 1 か月後より下肢脱力や前腕の疼痛・しびれが出現。各種検査より irAE-GBS (Grade 3) と診断し、経口ステロイドと免疫グロブリン静注により寛解した。ICIに関連した末梢神経障害の頻度は 1%前後と考えられ、典型的 GBS とやや異なる特徴を有する。殺細胞性抗癌剤による末梢神経障害や傍腫瘍症候群との鑑別が問題となる。

研 5. 免疫チェックポイント阻害剤を含む化学療法中に発症したペグフィルグラスチムによる薬剤性大動脈炎の 1 例

筑波大学呼吸器内科¹、筑波大学腫瘍内科²

うしだ こうたろう

○牛田晃太郎¹、吉田和史¹、中川龍星¹、中嶋真子¹、前沢洋介¹、砂辺浩弥¹、
會田有香²、矢崎 海¹、北澤晴奈¹、谷田貝洋平¹、松山政史¹、塩澤利博¹、
中澤健介¹、増子裕典¹、小川良子¹、際本拓未¹、森島祐子¹、関根郁夫²、
檜澤伸之¹

症例は 66 歳男性。進展型小細胞癌に対し CBDCA+ETP+Durvalumab を開始。1 コース目に grade4 の好中球減少を来し、2 コース目からペグフィルグラスチム (PEG-rhG-CSF) を併用した。4 コース目 day14 に発熱を主訴に受診。CRP 上昇と CT の胸腹部大動脈の壁肥厚から PEG-rhG-CSF による大動脈炎が疑われた。PEG-rhG-CSF の大動脈炎の報告は散見されるが、免疫チェックポイント阻害薬の併用が発症に関与するか不明であり、文献的考察を加え報告する。

研 6. 経気管支生検で診断し得た気管支原発 MALT リンパ腫の一例

がん・感染症センター都立駒込病院呼吸器内科¹、がん・感染症センター都立駒込病院病理科²

かなざわたくひろ

○金沢高弘¹、小林孝行¹、浅井麻依子¹、箱崎泰貴¹、川合祥子¹、渡邊景明¹、
成田宏介¹、四方田真紀子¹、比島恒和²、細見幸生¹

86 歳女性。X 年 4 月に検診 CT で左下葉に長径 30mm 大の腫瘤を認めた。肺癌が疑われ、5 月に当科を紹介受診した。気管支鏡検査で左下葉枝入口部に表面平滑な隆起性病変を認め、内腔は狭窄していた。経気管支生検により腫瘤は MALT リンパ腫であることが判明した。気管支を原発とする MALT リンパ腫は稀な疾患であり、経気管支生検で確定診断が困難なこともあるため、文献的考察を報告する。

研7. 食道癌による気管下部の壁外性狭窄に対して硬性鏡下 Dumon stent 留置を施行した一例
東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野

やまぐちともゆき
○山口智之、工藤勇人、雨宮亮介、内田正之、大野凌平、高田一樹、
高橋 聡、古本秀行、大場太郎、嶋田義久、萩原 優、垣花昌俊、
大平達夫、池田徳彦

症例は50歳男性。主訴は喘鳴。CTで気管下部と食道近傍の5cmの縦隔を主座とする腫瘍を認め当院紹介。腫瘍による高度気道狭窄を認め、硬性鏡下ステント留置術を予定。窒息回避のため、ECMO導入後に硬性鏡を挿入。気管は腫瘍による壁外性狭窄を認め、同部位の生検で扁平上皮癌の診断を得た。狭窄部にDumon stent留置し、気道確保を行なった。気道狭窄に対しステント留置により救命出来た一例を経験し、文献的考察を加え報告する。

セッションⅡ びまん性肺疾患Ⅱ 13:49~14:24

座長 馬場智尚 (神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科)

6. 無治療で比較的急速に改善した肺サルコイドーシスの一例

国立病院機構茨城東病院呼吸器内科

なわ ひなこ
○名和日向子、中村研太、手島 修、山崎健斗、渡邊 峻、野中 水、
荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、南 優子、大石修司、林原賢治、
石井幸雄、齋藤武文

63歳女性。3カ月前から咳嗽、喀痰症状が持続したため近医を受診し、胸部異常陰影を認め当院紹介となる。紹介時の胸部CTで縦隔・肺門リンパ節腫大と両側上肺野優位の広範な粒状影、気管支壁の肥厚あり。しかし、約1か月半後に精査目的に入院時には、自然軽快していた。経気管支肺生検で類上皮肉芽腫の検出あり、眼、心病変を認めず、肺サルコイドーシスと診断した。文献的考察を加え報告する。

7. 縦隔リンパ節からの経気管支縦隔クライオ生検で診断に至ったサルコイドーシスの2例

神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科¹、東京慈恵会医科大学呼吸器内科²、
神奈川県立循環器呼吸器病センター放射線科³、神奈川県立循環器呼吸器病センター病理診断科⁴

やまだ ちえり
○山田千枝里^{1,2}、大川亮太¹、丹羽 崇¹、馬場智尚¹、岩澤多恵³、澤住知枝⁴、
武村民子⁴、小倉高志¹

経気管支縦隔クライオ生検(TMC)は縦隔リンパ節腫大の診断能がEBUS-TBNAより高いとされる。今回TMCで診断できたサルコイドーシスの2例を報告する。症例1:64歳男性、検診異常で紹介。EBUS-TBNAの組織検体では診断に至らず。経過観察するも心病変を認めたためTMCを行った。症例2:53歳女性、主訴は体重減少。リンパ節腫大に対しEBUS-TBNA行うも組織採取できず、TMCで診断に至った。

8. 悪性リンパ腫長期寛解期に自己免疫性溶血性貧血を合併し、気管支アミロイドーシスが顕在化した一例

埼玉医科大学呼吸器内科¹、埼玉医科大学アレルギーセンター²

さとう ひであき
○佐藤秀彰¹、柚知行^{1,2}、内田貴裕¹、宮内幸子^{1,2}、中込一之^{1,2}、仲村秀俊¹、
永田真^{1,2}

症例は70歳女性。52歳時悪性リンパ腫を発症し治療により寛解となっていた。57歳時に自己免疫性溶血性貧血、60歳時気管支喘息を発症し通院していた。健診の胸部エックス線写真で右下肺野に腫瘤影を認めたため、精査加療の為入院となった。気管支鏡検査にて気道に粘膜不正、白苔を認めた。同部の生検組織よりアミロイド沈着を認め気管支アミロイドーシスと診断した。以降閉塞性肺炎を合併するようになり注意深く経過観察をしている。

9. 術前に指摘困難であり肺癌手術検体で診断に至った肺アミロイドーシスの1例

昭和大学横浜市北部病院呼吸器センター呼吸器内科¹、

昭和大学横浜市北部病院呼吸器センター呼吸器外科²

はるき はるな
○春木陽菜¹、瀧島弘康¹、三成卓也¹、岸野壮真¹、酒井翔吾¹、柿内佑介¹、
林誠¹、植松秀護²、松倉聡¹

症例は72歳の男性。全身性野生型アミロイドーシスの加療中に左肺尖部陰影の急速増大がみられ、気管支鏡検査で非小細胞肺癌 cT2aN0M0 stage IB された。本症例は術前の画像所見では想定していなかった肺アミロイドーシスを診断し得た稀有な症例であり、若干の文献的な考察と共に報告する。

10. 肺腺癌と同時に診断された遺伝性 ATTR アミロイドーシスの一例

さいたま赤十字病院

いとがわかつひろ
○糸川勝博、佐藤新太郎、宇塚千紗、草野賢次、大場智広、川辺梨恵、
山川英晃、赤坂圭一、天野雅子、松島秀和

76歳男性。偶発的に指摘された右下葉結節影に対して、胸腔鏡下右肺 S8+S7 区域切除術を施行した。病理所見で肺腺癌の他、胞隔と血管壁の一部に DFS 染色陽性及び偏光顕微鏡像で緑色複屈折を呈するアミロイド沈着を認め、さらに TTR 遺伝子変異が確認されたことから、遺伝性 ATTR アミロイドーシスと診断した。肺癌に合併するアミロイドーシスは稀であり、文献的考察を含めて報告する。

教育セミナーⅢ 14:30~15:20

座長 栗本太嗣 (公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器内科)

「非小細胞肺癌の診断と治療の進歩～扁平上皮癌の臨床的特徴～」

演者：森川 慶 (聖マリアンナ医科大学呼吸器内科)

肺癌の組織型分類は、近年は免疫組織化学染色の情報も追記される場合が多く、病変の一部しか反映しない比較的小さな生検材料であっても、治療選択の判断基準としてまず基本となる情報である。非小細胞肺癌の場合、治療効果の予測因子としては、腫瘍の遺伝子変異の有無やPD-L1の発現程度が、より確証度の高い治療選択のため必須の追加検査項目となっている。腺癌だけでなく、扁平上皮癌であっても、検出率は低い。遺伝子変異を確認することは重要であり、また tumor proportion score も、免疫チェックポイント阻害薬使用前に確認しておくべき情報として認知されている。気管支鏡での病変アプローチ法や安全な生検手技についても解説する。扁平上皮癌の場合、遺伝子変異陽性でも分子標的薬の治療効果がやや低下する可能性がある。同様に免疫チェックポイント阻害薬も、腺癌との比較において、臨床試験や real-world data いずれも劣る傾向が示されており、この要因を私見も交えて解説する。すなわち、進行期扁平上皮癌の治療はまだ途上にある。免疫複合治療が最良と考えられながら、実診療では閉塞性肺炎の合併や performance status 不良など、臨床試験上のエビデンスがそのまま還元されにくいケースも多く、症例に応じた治療を考慮する必要がある。奏効率を優先し、局所制御にもちこむストラテジーを、扁平上皮癌の治療経過において、特にフロントラインで念頭においておきたい。

共催：日本化薬株式会社

若手向け教育セッション 15:25~16:00

座長 臼杵二郎 (東京臨海病院呼吸器内科)

「喘息の個別化診療のためのバイオマーカー活用の仕方」

演者：柚 知行 (埼玉医科大学呼吸器内科/埼玉医科大学病院アレルギーセンター/
同病院予防医学センター)

気管支喘息は日常診療で比較的頻度の高い疾患で、咳と軽度の呼吸困難を示す程度の軽症から呼吸不全を伴うような重症の急性増悪と、重症度が様々である。そのためガイドラインの診断アルゴリズムは、他の疾患の鑑別を踏まえ緊急性を考慮し、治療による臨床的診断を優先することを示している。

喘息は「気道の慢性炎症を本態とし、変動性を持った気道狭窄による喘鳴、呼吸困難、胸苦しさや咳などの臨床症状で特徴付けられる疾患」と定義づけられている。すなわち基本病態である、呼吸生理学的特性としての気道の可逆性と過敏性、それを形成するアレルギー性気道炎症を捉えることが重要である。そして、その指標となるバイオマーカーを活用することがより良い診療に結び付くと考えられる。

喘息の診断や評価に活用される指標としては、呼吸機能に係わるスパイログラフと気道可逆性検査、気道過敏性検査、また気道炎症評価に係わる末梢血好酸球、喀痰好酸球、FeNOがある。さらに総IgEやアレルギー特異的IgE抗体もアレルギー性気道炎症のタイプを識別するために重要である。

喘息は環境の影響を受けやすく多様性を有する。軽症は画一的治療でほとんどの患者に対応できるが、重症では多様性を考慮した個別化治療が求められる。バイオマーカーは、診断に加え個別化医療に有用な手段である。当日は喘息の診療をより効果的に行えるように、バイオマーカーの効用性とその手段について述べていく。

11. インフルエンザ感染に劇症型溶連菌感染症および肺炎を合併し CT で reversed halo sign を呈した 1 例

国家公務員共済組合連合会立川病院

ほらだ こはる

○原田小春、船津洋平、光石彬史、溝部政仁、柿本知勇、福井崇大、黄 英文

Streptococcus pyogenes は A 群 β 溶連菌に属し、一般に咽頭炎や軟部組織感染症を引き起こす。特に咽頭炎はインフルエンザ感染合併症として知られている。我々はインフルエンザ感染後に *S.pyogenes* 咽頭炎から劇症型溶連菌感染症 (STSS) を発症し、肺炎を呈した 44 歳女性の 1 例を経験した。*S.pyogenes* による肺炎の報告は珍しく、また胸部 CT で特徴的な reversed halo sign を呈していたため、文献的考察を踏まえて報告する。

12. ニューモシスチス肺炎にサイトメガロウイルス肺炎を合併した HIV 感染症の 1 例

東京山手メディカルセンター呼吸器内科¹、JR 東京総合病院²

すずき ゆうへい

○鈴木祐平^{1,2}、東海林寛樹¹、井村慎吾¹、田中健太¹、吉永忠嗣¹、小堀朋子¹、服部元貴¹、笠井昭吾¹、大河内康実¹、柳 富子¹

40 歳男性。発熱・倦怠感で当科に受診し、胸部 CT でニューモシスチス肺炎 (PCP) が疑われ HIV の診断となった。気管支肺胞洗浄液 (BALF) から PCP と確定診断し ST 合剤を開始したが、発熱と肺炎が遷延した。血中抗原と BALF からサイトメガロウイルス肺炎 (CMVP) の合併と診断し、バルガンシクロビルを追加して病態は改善した。HIV 患者の PCP・CMVP の合併は稀であり、その画像所見の改善過程を二期的に観察できた貴重な症例として報告する。

13. 器質化肺炎との鑑別に難渋した慢性活動性 EB ウイルス症 (CAEBV) の一例

医療生協さいたま生活協同組合埼玉協同病院呼吸器内科¹、

医療生協さいたま生活協同組合埼玉協同病院リウマチ・膠原病内科²、

医療生協さいたま生活協同組合埼玉協同病院病理科³

まつむら あや

○松村 綾¹、松村憲浩²、仲谷美穂¹、章 浩博¹、石津英喜³、原澤慶次¹

【症例】78 歳男性 【経過】X 年 8 月末より発熱と咳嗽が出現したため 9 月初旬に当院へ救急搬送された。右上葉にすりガラス状陰影を伴う浸潤影を認めた。抗菌薬に反応がなく、器質化肺炎としてステロイド治療をしたが改善に至らなかった。EBV 核酸定量と組織検査の結果から総合的に検討し CAEBV と診断した。従来 CAEBV は小児や若年に多いとされるが、老年での報告もみられ予後不良であるため浸潤影の鑑別として想起する必要がある。

14. リツキシマブ使用歴がある SARS-CoV-2 抗原定量高値持続例にレムデシビルに他の治療薬を併用した一例

川崎市立多摩病院呼吸器内科¹、聖マリアンナ医科大学病院呼吸器内科²、
聖マリアンナ医科大学病院感染症講座³、川崎市立多摩病院血液内科⁴

にしだ こうへい

○西田皓平¹、松澤 慎¹、伏屋愛加⁴、玉井勇人⁴、國島広之³、棚橋淳子¹、
峯下昌道²

COVID-19 感染症の治療は、中等症以上はステロイドの投与とレムデシビルの投与が推奨されている。リツキシマブ投与後は COVID-19 発症時の死亡リスクの上昇や、ワクチン接種後の抗体産生を阻害する可能性が指摘されている。今回、SARS-CoV-2 抗原定量高値が数ヶ月に渡り持続したリツキシマブ使用歴のある患者にウイルス量減少を期待してエンシトレルビル 5 日間などを併用した経験について報告する。

15. COVID-19 罹患後の器質化肺炎治療中に多発空洞影を認めた侵襲性肺アスペルギルス症の 1 例

東千葉メディカルセンター呼吸器内科¹、千葉大学大学院総合医科学講座²

ごとう ひろき

○後藤弘樹¹、江間亮吾^{1,2}、西村倫太郎^{1,2}、笠原靖紀^{1,2}

症例は 77 歳男性。関節リウマチに対して JAK 阻害薬、ステロイドを内服していた。COVID-19 罹患後に器質化肺炎の診断となり、ステロイドパルスを施行し後療法を行った。ステロイドの漸減中の CT にて多発する GGO が短期間に空洞化し、血液検査で β -D グルカン上昇、ガラクトマンナン抗原陽性であり、侵襲性肺アスペルギルス症の診断となった。器質化肺炎との鑑別を要し、初期からの画像経過を確認し得た一例を経験した。

16. 重症 COVID-19 肺炎に合併したサイトメガロウイルス肺炎の一例

済生会宇都宮病院呼吸器内科¹、済生会宇都宮病院救急・集中治療科²

ふじえだきょうすけ

○藤枝恭介¹、岡森 慧¹、吉田賢太¹、中野亮介¹、神澤暁弘¹、亀井亮平¹、
馬場里英¹、荒井大輔¹、高橋秀徳¹、萩原祥弘²、小倉崇以²、仲地一郎¹

75 歳男性。COVID-19 肺炎に対し前医でレムデシビルおよびステロイドパルス療法で治療された。呼吸状態悪化のため当院に転院し、侵襲的人工呼吸器および VV-ECMO 管理が開始された。一旦は改善傾向となるも、肺野すりガラス影が再増悪した。血中アンチゲネミア法および気管支肺胞洗浄液の PCR 法でサイトメガロウイルス (CMV) が陽性であり、CMV 肺炎と診断した。重症 COVID-19 肺炎治療と合併症について考察を加える。

セッションⅣ 感染症Ⅱ 16:52~17:34

座長 奥村昌夫 (結核予防会複十字病院呼吸器センター)

17. シェーグレン症候群の治療中に発症した岡病型 IIB 型肺結核の 1 例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育センター呼吸器内科

やまざき けんと

○山崎健斗、中村研太、名和日向子、手島 修、渡邊 峻、野中 水、
荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、林原賢治、石井幸雄、大石修司、
齋藤武文

X-1 年 3 月にシェーグレン症候群に対して PSL による治療が開始された 80 歳女性。X 年 2 月に胸部 CT で粒状影を認め、喀痰抗酸菌塗抹 1+、結核菌 PCR+ より肺結核と診断され当院へ転院となった。両肺びまん性に大小不同の粒状影・結節影が分布し、粟粒結核に類似していた。しかし細葉性病変が主体であり、慢性細葉性散布肺結核 (岡病型 IIB 型) と考えられた。全肺結核の 0.5% 程度とされており、文献的考察を交え報告する。

18. 肺非結核性抗酸菌症（肺 NTM 症）を疑うコントロール不良胸水に対して、診断的治療が奏効した一例

日本医科大学千葉北総病院呼吸器内科¹、日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野²

くらもち えり
○倉持絵梨¹、加藤泰裕¹、山口 玲¹、新分薫子¹、青山純一¹、林 宏紀¹、
岡野哲也¹、清家正博²

81 歳女性。関節リウマチ治療中、中葉舌区に粒状影と抗 MAC 抗体陽性を認め肺 NTM 症が疑われたが確定診断に至らなかった。経過中に右胸水貯留を認め、胸水は滲出性でリンパ球優位、ADA 高値だった。血清学的に IGRA 陰性、抗 MAC 抗体強陽性であり肺 NTM 症による胸膜炎を疑って種々の細菌学的検査を行ったが、菌体の証明は困難であった。胸水排液が連日多量であり、診断的治療として RFP・EB・CAM を開始し胸水は減少し現在治療継続中である。

19. 胸部画像上、浸潤影を主体とした下肺野結核の一例

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病理診断科²

なかむら けんた
○中村研太¹、名和日向子¹、手島 修¹、渡邊 峻¹、松本紘明¹、野中 水¹、
平野 瞳¹、荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、林原賢治¹、大石修司¹、
石井幸雄¹、南 優子²、齋藤武文¹

症例は 80 歳男性。胸部異常陰影を指摘され当院へ紹介された。胸部造影 CT では左肺下葉に CT angiogram sign を伴う浸潤影を主体とした広汎な陰影を認めた。浸潤性粘液性腺癌などを鑑別に挙げ、気管支鏡検査で生検を施行したが悪性所見を認めなかった。一方、気管支洗浄液の塗沫・PCR・培養検査より結核菌が検出され、肺結核と診断した。滲出期を反映した画像所見を呈する下肺野結核の症例であり、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

20. SLE に対して生物学的製剤を導入後、肺結核を発症した 1 例

三井記念病院呼吸器内科

みやしたりょうた
○宮下稜太、岡田尚子、清水理光、峯岸裕司

症例は 36 歳女性。X-7 年に SLE の診断となり経過観察を行っていた。X-3 年にベリムマブを開始、X 年 5 月に胸膜炎を発症しコルヒチンが開始となった。X 年 12 月に胸部 CT で右上葉に粒状影を認め紹介となった。X+1 年 1 月に気管支鏡検査を施行し、気管支洗浄液培養から肺結核の診断となった。X+1 年 2 月より標準治療が開始となり、再発を認めていない。生物学的製剤の使用が肺結核の発症に関与することが知られており、文献的考察を加え報告する。

21. 肺結核の既往がある喘息患者に対し、増悪因子の再評価と介入により全身性ステロイド投与を終了できた一例

結核予防会複十字病院呼吸器内科

おおえ たかし
○大江 崇、伊藤優志、島矢未奈子、藤原啓司、児玉達哉、古内浩司、
大澤武司、下田真史、森本耕三、菅原玲子、國東博之、田中良明、
奥村昌夫、大田 健

症例は47歳女性。X年11月より咳嗽が持続、全身性ステロイドの頻回投与でも改善せず、肺結核再燃疑いで当院紹介、活動性肺結核の可能性は低く、喘息の増悪として入院。入院後に増悪因子を再評価の上で介入し、以降は病勢安定した。ステロイド治療は喘息の再増悪や入院を減らすことから推奨されるが、結核発病のリスクを上げることが知られている。投与前に増悪因子の再評価を適切に行うことで投与を最小限に抑えることが出来る。

22. 気管支喘息と抗結核薬による薬剤性好酸球性肺炎合併例に対して Benralizumab が著効した1例

結核予防会複十字病院呼吸器センター

こだま たつや
○児玉達哉、奥村昌夫、田中良明、森本耕三、吉山 崇、大田 健

62歳男性。20年来の気管支喘息に対して高用量ICSを含めた加療施行中に活動性肺結核症を発症した。抗結核薬投与後から呼吸状態の増悪、経時的な末梢血好酸球数の増加、両側に新規のすりガラス影の出現を認めた。経気管支肺生検で好酸球性肺炎に矛盾しない所見を認め、抗結核薬による影響と考えられ薬剤性好酸球性肺炎と診断した。Benralizumab投与を行ったのち症状改善、陰影の消退を認めた。文献的考察を加えて報告する。

セッションV 腫瘍性疾患 I 10:20~10:55

座長 四方田真紀子 (東京都立駒込病院呼吸器内科)

23. オンコロジーエマージェンシーで判明しアレクチニブによる薬剤性肺障害を発症した ALK 陽性肺腺癌の 1 例

湘南鎌倉総合病院呼吸器内科

かみいし ひでき
○上石英希、野間 聖、荒牧宏江、福井朋也

症例は 61 歳女性。背部痛と歩行困難を主訴に救急車で搬送となった。頸椎への腫瘍浸潤と肺腫瘤影を認め、オンコロジーエマージェンシーと判断し、緊急椎弓切除術を施行し、摘出した腫瘍検体から ALK 陽性肺腺癌が検出された。アレクチニブによる治療を開始したが、3 ヶ月後に薬剤性肺障害を発症したためステロイド治療を行い、ブリグチニブへ変更し、治療を継続中である。その後の経過および文献的考察を加え報告する。

24. テポチニブによる薬剤性肺障害が出現した MET 陽性肺癌の一例

日本医科大学多摩永山病院呼吸器・腫瘍内科¹、日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野²

いいた ひろき
○飯田博紀¹、渥美健一郎¹、高嶋紗衣¹、白倉ゆかり¹、鈴木彩奈¹、清家正博²、
廣瀬 敬¹

症例は 77 歳、女性、非小細胞肺癌 (favor-adenocarcinoma)、cT2bN0M1c StageIVB (MET exon14 skipping 変異陽性) と診断、テポチニブ 500mg 内服開始となるも、投与 31 日目に Grade3 の薬剤性肺障害が出現、テポチニブ中止、ステロイド療法で改善を得た。MET 阻害薬による薬剤性肺障害後の化学療法に関する文献的考察を加え報告する。

25. 器質化肺炎との鑑別に難渋した NRG1 融合遺伝子陽性浸潤性粘液腺癌の 1 例

国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院呼吸器内科¹、

国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院化学療法科²

かもした たつひこ
○鴨志田達彦¹、石川氷介¹、安井 渉¹、熊谷 隆¹、山本 遼¹、安田武洋¹、
富永慎一郎¹、夏目一郎¹、坂下博之²

69 歳女性。細菌性肺炎として抗菌薬治療されたが陰影残存したため経気管支肺生検行うも悪性所見認めず。器質化肺炎として全身性ステロイドが投与されるも増悪。外科的肺生検により浸潤性粘液腺癌 IMA (CD74-NRG1 融合遺伝子陽性) と診断された。NRG1 融合遺伝子は肺癌において比較的稀であるが IMA では 5-30% 程度にみられるとされる。予後不良な組織型で早期治療介入が望ましいが本症例の様に診断に難渋することも多く考察も交え報告する。

26. 異所性 ACTH 症候群を呈した肺大細胞神経内分泌癌の 1 例

群馬県済生会前橋病院呼吸器内科¹、群馬県済生会前橋病院内分泌糖尿病内科²

うつぎ みつよし

○宇津木光克¹、河俣貴也¹、萩原貴之²

74 歳女性。皮膚色素沈着、満月様顔貌、左副腎腫瘍、血中 ACTH およびコルチゾール高値にて当院紹介。腋窩リンパ節転移からの生検で肺大細胞神経内分泌癌と診断。生検組織での ACTH 免疫染色は陰性であったが、化学療法や増大後の左副腎転移への放射線療法による腫瘍縮小により腫瘍マーカーのみならず血中 ACTH も低下しており、異所性 ACTH 症候群が考えられた。化学療法開始後 20 か月が経過しているが、現在も化学療法を継続中である。

27. 根治的化学放射線療法とデュルバルマブの地固め療法が長期奏功した肺多形癌の 1 例

信州大学医学部内科学第一教室

ごとう のりひこ

○後藤憲彦、生山裕一、荒木太亮、小松雅宙、赤羽順平、曾根原圭、立石一成、北口良晃、牛木淳人、花岡正幸

57 歳女性。X 年 12 月に咳嗽を主訴に近医を受診し、肺癌が疑われ、当科へ紹介された。精査の結果、肺多形癌 (cT3N2M0 Stage IIIA、PD-L1 TPS 1%) と診断し、X+1 年 1 月から根治的化学放射線療法 (シスプラチン + ドセタキセル + 同時放射線治療) を行った。最良治療効果は PR であったため、デュルバルマブによる地固め療法を 1 年間継続し、以後 5 年間増悪なく経過している。一般的に肺多形癌は予後不良であり、文献的考察を交えて報告する。

教育セミナー II 11:00~11:50

座長 齋藤好信 (日本医科大学武蔵小杉病院呼吸器内科)

「肺 MAC 症の病態生理と治療戦略」

演者：松山政史 (筑波大学医学医療系呼吸器内科)

肺非結核性抗酸菌 (NTM) 症は難治性の慢性肺感染症であり、その罹患率は過去 20 年間で著しく増加している。日本では、*Mycobacterium avium* あるいは、*Mycobacterium intracellulare* (両者をまとめて MAC、あるいは MAI と呼ぶ) が原因菌の約 90% を占めている。環境常在菌である NTM は、健常者にも暴露されているが、肺 NTM 症を発症する人は限られている。本症の病態生理は、十分に明らかにされていないが、大きく菌側 (環境) の問題と宿主側の問題に分けられる。宿主要因に関しては、免疫、気道の問題に分けられると考えられる。この、菌、免疫、気道の 3 角関係が本症の病態生理に重要であると発表者は推測している。また、本症の予後を予測するための BACES (BMI, age, cavity, erythrocyte sedimentation rate [ESR], and sex)、スコアが提唱されている。

現在、肺 NTM 症の治療は NTM を殺菌する抗生剤治療がメインである。症状が強く、胸部 CT で病変が高度であったり、BACES スコアが高い症例には、クラリスロマイシン (CAM) あるいはアジスロマイシン (AZM) + エタンプトール (EB) + リファンピシン (RFP) の 3 剤を用いた標準治療を開始することが望ましい。6 カ月以上標準治療を行っても喀痰培養が陰性化しない場合、難治性肺 MAC 症と診断され、予後不良であることも示されている。難治性肺 MAC 症にはアミカシンリポソーム吸入用懸濁液 (アリケイス) の追加を検討する必要がある。本セミナーでは、肺 MAC 症の病態生理と治療戦略について、自験例も含めて説明させていただきたいと思う。

共催：インスメッド合同会社

ランチョンセミナーⅡ 12:00~12:50

座長 神尾孝一郎（日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野）

「好酸球性粘液の物理学的性状と喘息」

演者：植木重治（秋田大学大学院総合診療・検査診断学講座）

現在では喘息での死亡は著しく減少しているが、かつて喘息死は大きな問題だった。古い喘息死の剖検例などの報告をひもといてみると、重篤な喘息における粘液栓がいかに重要な病態なのかを認識することができる。非可逆性の気道収縮、もしくはリモデリングによる慢性的な気道の変化だけではなく、粘液による気道内腔閉塞が問題になるケースは確実に存在する。喘息死の多かった数十年前と今で喘息そのものの病態が変わるわけではないとすると、治療が進化した現在では、コントロールされずに残存した病態がさまざまな形の「重症喘息」を作り上げているのではないかと思われる。最近では、画像解析の進歩から好酸球と粘液栓の関連が注目されるようになってきている。粘液栓の「成分」として好酸球を考えると、好酸球の持つ特徴的な物理学的性状が関与していることがわかってきた。このセミナーでは、好酸球の持つ特性と粘液の関係を会場の先生方と共有して議論できればと考えている。

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Ⅱ 感染症・希少肺疾患 12:55~13:37

座長 児玉裕三（順天堂大学医学部附属順天堂医院呼吸器内科）

間藤尚子（自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門）

研8. 特発性食道破裂と診断した膿気胸の1例

亀田総合病院呼吸器内科¹、亀田総合病院消化器外科²

すがの よしや
○菅野義也¹、猪島直樹¹、青木沙弥佳²、宮崎彰成²、中島 啓¹

特記すべき既往のない79歳男性。体動困難を主訴に救急搬送され、胸腹骨盤部単純CTで左気胸と胸水を認め、膿気胸が疑われ呼吸器内科に紹介となった。しかし、急性発症であることや、食道周囲に縦隔気腫を併発していることから、食道破裂を疑い、消化器外科で緊急手術が施行された。早期に食道破裂の診断が得られ、適切なマネジメントを行えた症例であり、膿気胸や食道破裂に関する文献的考察を含めて報告する。

研9. 徐放性硫酸鉄剤の不顕性誤嚥による気管支上皮損傷の一例

JA 長野厚生連長野松代総合病院¹、長野赤十字病院²

いがらし ゆうま
○五十嵐悠真¹、宮原隆成¹、横関万里¹、小澤亮太²、轟 有希¹

80歳代女性。X年2月発熱咳嗽を訴え当院に救急搬送された。胸部CTで右下葉に気管支狭窄を伴った腫瘤影を認めた。気管支鏡検査では、中間幹に黄褐色泥状の物質が隙間なく付着し、わずかに残存する上皮にはビランが認められた。病理組織検査にて鉄沈着による上皮組織変性を認めたため、徐放性硫酸鉄剤の不顕性誤嚥による気管支上皮損傷と診断した。上記疾患は稀であり若干の文献的考察を含めて報告する。

研 10. 咯血で発症し Goodpasture 症候群との鑑別を要した胸部大動脈瘤肺内穿破の一例

日本医科大学付属病院呼吸器内科

きよはら ことの

○清原琴乃、恩田直美、宮寺恵希、佐藤陽三、鎗木翔太、田中 徹、
宮永晃彦、谷内七三子、田中庸介、神尾孝一郎、清家正博

71 歳、男性。2 度の多量咯血を来し、集中治療室管理を要した。抗 GBM 抗体陽性であったこと、気管支肺胞洗浄で濃度勾配を伴った血性所見を認めたことから、当初 Goodpasture 症候群を考え治療開始した。しかし再咯血を生じ、CT 上胸部大動脈グラフト置換術後の吻合部仮性瘤を認め、同部位からの肺内穿破が疑われステント留置術を行った。診断に難渋した症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

研 11. SARS-CoV-2 感染と同時発症したニューモシスチス肺炎疑いの一例

東海大学医学部内科学系呼吸器内科学

さこむら ほだか

○迫村穂貴、友松克允、石丸正美、山崎 海、杏澤直賢、堀尾幸弘、
端山直樹、伊藤洋子、小熊 剛、浅野浩一郎

PMR に対し PSL/MTX で治療中の 76 歳女性。発熱、呼吸困難を認め、救急搬送された。小葉間隔壁の肥厚を伴うびまん性すりガラス影を認め、非典型的と考えたが、SARS-CoV-2 抗原強陽性であり、COVID-19 肺炎として加療を開始した。入院時の β D グルカンが著明高値であり、画像所見と合わせて PCP と診断し、ST 合剤及びステロイドパルス療法を施行し軽快した。SARS-CoV-2 感染と同時に発症した PCP に関して、文献的考察を加え報告する。

研 12. 結核症と M.abscessus 症に対して、同時に治療を行った外国出生結核患者の一例

国立国際医療研究センター病院

はまざき りんたろう

○濱崎麟太郎、橋本理生、岩崎美香、波多野裕斗、植木裕太郎、石田あかね、
泉 信有、放生雅章

20 代女性、東南アジア出身。右鎖骨上窩リンパ節腫脹で受診し塗沫陽性の結核と診断された。CT で縦隔リンパ節腫大、左上葉の浸潤影・粒状影を認め学会分類 bIII2H の肺・リンパ節結核として入院し標準療法を開始された。入院 16 日目に入院時痰培養より M.abscessus 検出、結核との混合感染として同時に抗菌薬加療とした。その後左上葉の浸潤影、縦隔リンパ節腫大は改善した。外国人患者に対する結核治療上の問題にも触れつつ報告する。

研 13. アミカシン・リポゾーム吸入用懸濁液 (ALIS) 導入後に菌陰性化を達成し得た CAM 耐性肺 M.avium 症の一例

千葉大学医学部医学科¹、千葉大学医学部附属病院呼吸器内科²

かせ まいか

○加瀬舞香¹、稲崎稔明²、笠井 大²、塩谷 優²、村井優志²、葉山奈美²、
川崎 剛²、鈴木拓児²

72 歳女性。8 年前に前医で肺 M.avium 症と診断され、CAM、RFP、EB が開始された。3 年前に胸部 CT で肺野所見の悪化を指摘され、喀痰培養で CAM 耐性 M. avium が同定された。当院紹介後、難治性肺 M.avium 症に対して ALIS を追加し、2 ヶ月後に菌陰性化が得られた。ALIS 導入 1 年半後に抗菌化学療法を中止したが、無再発で 8 カ月間経過している。CAM 耐性肺 M. avium 症は難治性かつ予後不良であるが、ALIS 追加が奏功した貴重な症例であり、報告する。

28. シスプラチン+ペメトレキセド併用療法の再投与が奏効した悪性胸膜中皮腫の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院呼吸器内科学講座

まつもと たくや
○松本卓也、小池建吾、岡島耀史、葛 航晨、住吉一誠、香丸真紀子、
片岡峻一、宮下洋佑、宿谷威仁、高橋和久

65歳男性。悪性胸膜中皮腫に対し術前化学療法シスプラチン(CDDP)+ペメトレキセド(PEM)療法を3コース投与したが奏効せず、複数の肋骨浸潤の為に切除困難と判断された。1次治療ニボルマブ+イピリムマブ療法を開始したが7コース投与後にPDの判定となった。2次治療CDDP+PEM療法を4コース再投与施行したところ50%以上の縮小が得られた。免疫チェックポイント阻害薬前後に同一レジメンの効果が変化した貴重な症例であり報告する。

29. 内視鏡的に診断した心臓原発の悪性腫瘍の2例

東京都立広尾病院

なかにし あすか
○中西明日香、三上恵莉花、齋藤 均、楢戸律子、山本和男

81歳女性。呼吸困難の精査で施行された造影CTで縦隔リンパ節腫大・右房内腫瘤影あり。EBUS-TBNA施行し心臓原発悪性リンパ腫の診断となった。63歳男性。気胸のドレナージ後、胸部CTで右肺に多発結節影と肺動脈内に腫瘤影を認めた。難治性気胸のため局麻下胸腔鏡を行い、血管肉腫の診断となった。内視鏡にて診断に至った心臓原発悪性腫瘍の2例であり文献学的考察を交えて報告する。

30. 著明な気管支狭窄、肺動脈狭窄をきたした原発不明縦隔リンパ節癌の一例

平塚共済病院呼吸器内科¹、横浜市立大学附属病院病理診断科・病理部²

やましたしょうへい
○山下将平¹、富田佐綾¹、近藤弘美¹、山本実央¹、原 哲¹、島田裕之¹、
井上幸久¹、小林亜紀子¹、稲瀬直彦²、上田優加子²、村岡枝里香²、
山中正二²、神 靖人¹

症例は85歳女性。主訴は咳嗽と食思不振。血液検査で炎症反応の上昇を認め、CTで右主気管支・肺動脈への浸潤を疑う縦隔腫瘍および肝臓にリング状の造影効果を伴う占拠性病変を認めた。全身状態が悪く生前の精査が困難であった。病理解剖を行い、組織型が扁平上皮癌の原発不明縦隔リンパ節癌と診断した。著明な気管支狭窄、肺動脈狭窄をきたす原発不明縦隔リンパ節癌は珍しいので報告する。

31. 多発肺転移像を呈し診断に苦慮した肺軟骨腫の一例

群馬大学医学部附属病院呼吸器・アレルギー内科¹、国立病院機構渋川医療センター呼吸器内科²、
国立病院機構渋川医療センター病理診断科³

あらい ふひと
○新井史人¹、村田圭祐²、申 悠樹²、落合麻衣²、大崎 隆²、桑子智人²、
鈴木 司³、吉井明弘²、渡邊 覚²、斎藤龍生²

症例は49歳女性。既往歴、家族歴に特記事項なし。検診にて多発肺転移病変を指摘され当院紹介受診。全身精査上は他臓器に原発となりうる腫瘍は指摘できず、病理学的検索目的に外科的肺生検を施行したところ、軟骨様の基質をもつ異型細胞の胞巣状増殖を認め肺軟骨腫と診断した。現時点でCarneyの3徴の合併は認めない。良性腫瘍である肺軟骨腫が血行性転移像を呈した報告は過去に乏しく、文献的考察を加えて報告する。

32. 有茎ポリープ様の内視鏡所見を呈した気管腺様嚢胞癌に対し放射線照射を行った一例

千葉医療センター呼吸器内科

こまつ ようすけ
○小松洋介、渡邊みのり、田島弘貴、野口直子、西村大樹、安田直史、
江渡秀紀

81歳女性。呼吸苦の精査目的で当院紹介となった。胸部CTで左主気管支内に結節影を認め気管内腫瘍を疑った。気管支鏡検査を施行し左主気管支に有茎性のポリープ様の腫瘍を認めた。高周波スネアで腫瘍を切除し、病理組織診や免疫染色に加えFISHによりMYB遺伝子変異を有する腺様嚢胞癌（ACC）の診断となった。部位的に手術困難で放射線照射を行った。ACCは稀な肺腫瘍であり、内視鏡所見や遺伝子変異について文献的考察を交え報告する。

33. 大動脈内血栓との鑑別を要した右胸壁原発未分化多形肉腫の胸部下行大動脈転移性腫瘍の1例

埼玉医科大学総合医療センター呼吸器内科¹、東京医科大学病院呼吸器内科²、
東京大学医学部附属病院老年病科³

いしい しげる
○石井 繁¹、坂井浩佑¹、白石浩大¹、松本いつか^{1,2}、横須賀伸¹、阿部公俊^{1,3}、
川野悠一郎¹、高橋智之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、教山紘之¹、森山 岳¹、小山信之¹、植松和嗣¹

症例は86歳男性。右少量胸水貯留を伴う右側腹部痛のため受診した。胸部造影MRIにて右第8/9肋骨を巻き込む腫瘍及びT1強調像で高信号を呈する長径55mmの下行大動脈内血栓が示唆された。初診から第32病日に死亡したため剖検を行い、右胸壁原発未分化多形肉腫及び胸部下行大動脈の転移性腫瘍の診断となった。速い血流のため大動脈内に発生する転移性腫瘍は稀であるが、血管壁の粥状硬化が転移巣形成に寄与したと考える。

教育セミナーⅣ 14:30~15:20

座長 鹿毛秀宣（東京大学呼吸器内科）

「進行性の肺線維化病態について考える」

演者：荒屋 潤（東京慈恵会医科大学呼吸器内科）

PF-ILD（進行性線維化を伴う間質性肺疾患）は、肺の線維化進行により、呼吸器症状、呼吸機能検査、及び高分解能CT（HRCT）所見の悪化をきたす病態である。PF-ILDには特発性に加え、膠原病に伴う間質性肺疾患や過敏性肺炎、原因不明の間質性肺炎などが含まれる。これら様々な原因によるPF-ILDに対して、特発性肺線維症（IPF）と同様に抗線維化薬の有効性が報告されている。このことは抗原曝露や自己免疫反応など病態が異なっても、その後の肺線維化進展において共通の機序が存在する可能性を示唆する。Usual interstitial pneumonia（UIP）パターンはIPFに典型的な病理組織及び画像パターンであるが、IPF以外のPF-ILDにおいてもUIPパターンは認められることがある。実際にIPF以外のPF-ILDに対して抗線維化薬であるニンテダニブの有効性を検討したINBUILD試験において、約3分の2の症例はUIP様の画像パターンを呈していたことが示されている。またUIPパターンを呈した場合には、IPF以外のPF-ILDであっても、IPFに類似した予後不良の臨床経過をたどる可能性も報告されている。つまりIPFとUIPパターンを呈するPF-ILDとの間の相違を明らかにすることは、基礎的な難治性肺線維化病態の解明だけではなく、新規治療法の探索の上でも興味深い検討課題である。そこで臨床経過、遺伝的要素、シングルセル遺伝子発現解析など、これまでの報告をもとにUIPパターンについて考察したい。

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

34. 二相型悪性胸膜中皮腫に対しニボルマブ+イピリムマブ併用療法が奏効し、2年以上の完全寛解が得られた一例

順天堂大学医学部附属浦安病院呼吸器内科

くらしげたくま
○倉重拓馬、舩井嘉大、巾麻奈美、田辺悠記、金森幸一郎、鈴木洋平、
牧野文彦、長島 修、佐々木信一

69歳女性。右季肋部痛を主訴に胸膜肥厚を指摘され、二相型悪性胸膜中皮腫の診断となった。初回治療としてニボルマブ+イピリムマブ併用療法を開始した。経過中に免疫関連有害事象によるACTH単独欠損、リウマチ性多発筋痛症を発症したが、原病に関しては2年以上の長期奏効が得られた。現在も無治療経過観察中であるが完全寛解を維持している。悪性胸膜中皮腫における長期生存の報告は少なく、文献的考察も含めて考察する。

35. アテゾリズマブ投与中に皮膚筋炎関連間質性肺炎を発症した一例

東京医科歯科大学病院

さわだ あつし
○澤田 淳、岡本 師、島田 翔、安田朋加、園田史朗、青木 光、
榊原里江、柴田 翔、本多隆行、白井 剛、古澤春彦、立石知也、宮崎泰成

65歳男性。右上葉肺腺癌の術後化学療法としてアテゾリズマブを8コース投与後、CTで左肺下葉に新規の網状影が出現した。薬剤性肺障害と考え休薬したが陰影は悪化し、両手背にゴットロン丘疹が出現した。ステロイド単剤で治療開始するも効果は乏しかった。筋炎関連自己抗体は陰性であったが、四肢近位筋の筋力低下、筋原性酵素上昇、皮膚生検から皮膚筋炎の診断に至り、タクロリムスを併用し軽快した。文献的考察を加え報告する。

36. 免疫チェックポイント阻害薬による小腸炎を呈した肺腺癌の1例

公立館林厚生病院呼吸器内科¹、新松戸中央総合病院呼吸器内科²

まつざきしんいち
○松崎晋一¹、猪島一朗¹、平澤康孝²

【症例】55歳男性【現病歴】検診異常で当院紹介され、肺腺癌：KRAS G12C陽性、PD-L1陰性の診断。Durvalumab+Tremelimumab+CDDP+PEMで治療開始し、3コース目D14より下痢症状が改善なく約1kgの体重減少が認められ当院入院。【入院後経過】CTで小腸炎所見を認め、PSL 1.0mg/kg/日で治療開始。投与2週後から下痢症状は改善あり、以後PSL漸減中に再発は認めず。【考察】免疫チェックポイント阻害薬による小腸炎を経験した。

37. 肺腺癌治療中に水疱性類天疱瘡を含む多彩な irAE を発症した一例

杏林大学医学部付属病院呼吸器内科¹、杏林大学医学部付属病院皮膚科²、
杏林大学医学部付属病院病理診断科³

たしろ じゅんき
○田代隼基¹、家城恵梨子¹、麻生純平¹、阿部太郎¹、高木 涼¹、秋澤孝虎¹、
石川周成¹、布川寛樹¹、小林 史¹、黒川のぞみ¹、中元康雄¹、石田 学¹、
佐田 充¹、中本啓太郎¹、高田佐織¹、皿谷 健¹、石井晴之¹、倉田麻衣子²、
大山 学²、磯村杏那³

肺腺癌 (stage4A 期) の 76 歳男性。X-2 年 1 月より 2 次治療で Pembrolizumab 治療歴あり。18 コース投与後に PD 判定、X 年 2 月より 3 次治療で Docetaxel+Ramucirumab での治療を開始。同年 3 月に両側下腿浮腫と水疱が出現し、抗 BP180 抗体陽性と皮膚生検にて水疱性類天疱瘡 (itAE) と診断した。副腎不全、甲状腺機能低下、肝炎も併発したが、プレドニゾンと MMF で加療し軽快した。irAE を含む皮膚病変の鑑別を主体に考察したい。

38. タルク懸濁液が関与した Pembrolizumab による片側性薬剤性肺障害の 1 例

地域医療振興協会練馬光が丘病院呼吸器内科¹、地域医療振興協会練馬光が丘病院病理診断科²

まるやまそういち
○丸山総一¹、足立雄太¹、高橋太郎¹、松山俊一¹、久朗津尚美¹、小林大輔²、
早瀬ヨネ子²、大石展也¹、杉山幸比古¹

70 歳男性。X-2 年に右大量胸水に対しタルク懸濁液の胸膜癒着を施行。遺伝子変異不明の切除不能肺腺癌と診断し CBDCA+PEM+Pembrolizumab の化学療法を 4 コース実施。以後、Pembrolizumab 含む維持療法を 11 コース実施。X 年 1 月の CT で右下葉に限局するすりガラス影が新出した。経気管支肺生検の病理組織でポリリーブ状器質化を認めた。タルク懸濁液が関与した薬剤性肺障害の報告は稀であるが、今後増加してくることが考えられ注意を要する。

セッションⅧ 希少肺疾患 I 16:05~16:47

座長 一色琢磨 (東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科)

39. 不定愁訴で発症し、肺結節影の精査で診断した、喘息症状を認めない EGPA の 1 例

東京都立広尾病院

みかみ えりか
○三上恵莉花、齋藤 均、中西明日香、須賀実佑里、楢戸律子、山本和男

症例は 71 歳、男性。食思不振や全身倦怠感などの不定愁訴で心療内科受診予定だった。その際、偶発的に CT で肺結節影を認めた。喘息症状はないが、好酸球増多と MPO-ANCA 陽性を認め、気管支鏡検査で好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の診断に至った。ステロイド治療後、症状は速やかに改善。EGPA の臨床経過は多彩で、喘息症状のない非典型的な経過の EGPA の 1 例を経験し、文献的考察を加えて報告する。

40. 家族性地中海熱非典型例に器質化肺炎を合併した一例

自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門¹、自治医科大学医学部感染・免疫学講座感染症学部門²、自治医科大学内科学講座アレルギー膠原病学部門³、自治医科大学外科学講座呼吸器外科学部門⁴、自治医科大学病理学講座統合病理学部門⁵、神奈川県立循環器呼吸器病センター病理診断科⁶

うちやま あゆみ
○内山 歩¹、山内浩義¹、坂東政司¹、南 建輔²、山本翔太郎³、坪地宏嘉⁴、
仁木利郎⁵、澤住知枝⁶、武村民子⁶、久田 修¹、中山雅之¹、間藤尚子¹、
前門戸任¹

63歳男性。X年より約1か月毎に1-2日間続く発熱を認め、MEFV遺伝子解析等の精査の結果、家族性地中海熱（FMF）非典型例と診断された。X+2年からコルヒチン投与し、間欠的な発熱の頻度は低下したが、CTで両側肺野にすりガラス影が出現し、出現と消退を繰り返したため、X+3年に当科紹介となった。その後、外科的肺生検を施行し、器質化肺炎（OP）を認めた。OPを合併するFMF症例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

41. 多発血管炎性肉芽腫症の加療中に間質性肺炎急性増悪を合併した1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院呼吸器内科¹、同膠原病内科²、同病理診断科³

さくらい あきこ
○櫻井亜妃子¹、加藤元康¹、原真理子²、田所千智¹、黒田優実¹、片岡峻一¹、
松原奈穂¹、牧山彩子²、宮脇太一¹、林 絵利²、林大久生³、光石陽一郎¹、
田村直人²、高橋和久¹

68歳女性。間質性肺炎の経過観察中にPR3-ANCA陽性及び両肺多発結節を認めた。胸腔鏡下肺生検を施行し壊死性肉芽腫病変とUIPパターンの間質性肺炎の所見が見られた。多発血管炎性肉芽腫症（GPA）の診断となり免疫抑制剤及び間質性肺炎に対して抗線維化薬投与を開始した。診断4年後に間質性肺炎の急性増悪を発症したが治療は奏効せず死亡した。GPAに合併した間質性肺炎の急性増悪は稀であり報告する。

42. 感染性心内膜炎による感染性肺動脈瘤の一例

東邦大学医学部医学科内科学講座呼吸器内科学分野（大森）¹、
東邦大学医学部内科学講座循環器内科学分野（大森）²

いづか のぼる
○飯塚 昇¹、卜部尚久¹、吉澤孝浩¹、山崎優華²、白井優介¹、清水宏繁¹、
関谷宗之¹、三好嗣臣¹、一色琢磨¹、坂本 晋¹、岸 一馬¹

36歳女性。4歳時に心室性中隔欠損症手術歴あり。X年3月から咳嗽が出現。4月に胸部異常影を指摘され、抗菌薬不応性のため当科を紹介受診した。胸部CT検査では両側多発肺結節を認め、造影CTで肺動脈瘤と診断された。血液培養から α -streptococcus属が陽性となり、心臓超音波検査で感染性心内膜炎の所見を認めたため、感染性心内膜炎による感染性肺動脈瘤と診断した。本疾患は稀であり、経過も含めて報告する。

43. 病理解剖で診断に至った間質性肺炎急性増悪治療中に発症した肺ムコール症の一例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科¹、埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科²、
千葉大学真菌医学研究センター³

いしだ あきひろ

○石田晃啓¹、小島彩子¹、小野寺葉子¹、磯野泰輔¹、西田 隆¹、小林洋一¹、
石黒 卓¹、高久洋太郎¹、鍵山奈保¹、河端美則²、清水禎彦²、渡邊 哲³、
倉島一喜¹

69歳男性。血痰・呼吸困難を主訴に受診。間質性肺炎急性増悪と診断し、入院日より人工呼吸管理およびステロイドパルス療法を開始し、改善が得られ抜管した。抜管後再度血痰・陰影の増悪を認め、2回目のステロイドパルス療法に加え免疫抑制剤、抗菌薬で治療を行ったが死亡した。病理解剖を行い、肺ムコール症と診断した。経過中の画像などから肺ムコール症も積極的に疑うべきであった教訓的な症例として報告する。

44. 胸腔鏡下胸膜肺生検により診断した傍椎体領域に発生した AVM が疑われた症例

聖路加国際病院

たなか みちほ

○田中三千穂、板東 徹、小島史嗣、熊谷遼介、壁村慎作、牛草 健、
西村直樹、仁多寅彦、富島 裕、北村淳史、岡藤浩平、徐クララ、中村友昭

60代男性。右季肋部痛の精査目的で実施したCTで右下葉末梢に12mm大の結節影があり3か月後の経過観察で増大傾向を認めたため当科紹介受診となった。経気管支生検では診断に至らなかった。胸腔鏡検査では右下葉は壁側胸膜と癒着しており結節は胸膜内に局在していた。胸腔鏡下に右壁側胸膜切除+右下葉部分切除を行いその病理所見では悪性疾患や血管腫を示唆する所見はなく胸膜を貫通する血管が目立ち動静脈奇形が第一に考えられた。

セッションⅩ 希少肺疾患Ⅱ 16:52~17:27

座長 菊池亮太（東京医科大学病院呼吸器内科）

45. 肺移植後患者の腎障害に対する Sodium glucose co-transporter 2 (SGLT2) 阻害薬の当院における使用経験

東京大学医学部附属病院呼吸器外科

やまぐち みほ

○山口美保、山谷昂史、叢 岳、中尾啓太、川島光明、此枝千尋、佐藤雅昭

【背景】肺移植後は薬剤性腎障害がしばしば問題となるが、これに対する SGLT2 阻害薬の腎保護効果は不明である。【方法】当院の肺移植後腎機能障害を有す患者への SGLT2 阻害薬開始前後の腎機能を調べた。【結果】対象は5名、SGLT2 開始6か月前、開始時、1年の eGFR (mL/min/1.73m²)、median (IQR) はそれぞれ 51.4 (50.7-78.1)、41.7 (36.5-41.8)、42.6 (40.9-48.6) だった。【考察】SGLT2 阻害薬は肺移植後も腎保護に有用な可能性がある。

46. 静脈合流部に胸管狭窄を認めた特発性乳び胸の一例

慶應義塾大学病院呼吸器内科¹、慶應義塾大学病院放射線診断科²

はまべ けんた

○浜辺健多¹、加畑宏樹¹、松山笑子¹、鎌田浩文¹、井上政則²、大久保祐¹、朝倉啓介¹、福永興壱¹

77歳女性。労作時に呼吸困難を自覚し、乳び胸と診断された。各種検査の結果、明らかな乳び胸の原因は見つからず、特発性乳び胸が疑われた。経静脈的胸管塞栓術を試みたところ、胸管-鎖骨下静脈合流部に狭窄を認めた。そのため、呼吸器外科に転科し、胸管結紮術を施行し、以降は胸水貯留なく経過している。本症例は特発性乳び胸の原因を考察する上で貴重な症例であり、文献的考察を含めて報告する。

47. デュルバルマブ投与後にIgA血管炎を発症した一例

東京医科大学病院呼吸器内科

いまさと だいご

○今里大吾、小林研一、松本いつか、本橋 遥、塩入菜緒、水島麗生、古川佳奈子、菊池亮太、河野雄太、阿部信二

症例は74歳男性。右肺門部扁平上皮癌（cT4N2M0 Stage3B）に対し、同時化学放射線療法後、デュルバルマブによる地固め療法を施行。放射線肺臓炎の悪化のため2コースで中止、ステロイドの内服開始。漸減中に紫斑、浮腫を認め、皮膚生検にてIgA血管炎の診断。肺癌の進行は認められず、irAEとしてのIgA血管炎と考えられた。免疫チェックポイント阻害剤関連の血管炎の中でIgA血管炎の報告は稀であり文献的考察を交えて報告する。

48. インフルエンザワクチン接種が原因と考えられた肺胞出血の一例

日本医科大学武蔵小杉病院呼吸器内科¹、日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野²、日本医科大学千葉北総病院³

すずき たかひろ

○鈴木貴大¹、谷内七三子²、斎藤 翔²、青山純一³、西島信彦¹、佐藤純平¹、清家正博²、斎藤好信¹

症例は50歳女性、X年11月20日にインフルエンザワクチンを接種。11月23日から血痰出現、症状改善せず27日に前医受診、胸部X線で両肺に多発浸潤影あり当科紹介、入院となった。入院後も血痰は持続したため、12月9日気管支鏡検査を施行、肺胞出血と診断した。各種検査から腫瘍や血管炎などは否定的であり、直前に接種されたインフルエンザワクチンが誘因と考えられ、文献的考察を含めて報告する。

49. 咯血を契機に診断に至った血管型 Ehlers-Danlos 症候群の一例

済生会川口総合病院

おおに としひこ

○大荷俊彦、松井元介、杉谷帆波、吉川仁美、小村萌起、西野宏一、関谷充晃、南條友央太

44歳女性。特発性樹枝状肺骨形成の診断で通院中、咯血で入院となったが止血剤投与で改善し退院となった。くも膜下出血や内頸動脈海綿静脈洞瘻などの既往歴に加え、特徴的な身体所見から血管型 Ehlers-Danlos 症候群（vEDS）を疑い、遺伝子解析の結果3型プロコラーゲン遺伝子（COL3A1）の異常を認め診断に至った。vEDSは常染色体優性遺伝形式をとる稀な遺伝性疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

今後のご案内

□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
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
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
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)

□第 264 回日本呼吸器学会関東地方会

会 期：2025 年 5 月 24 日 (土)
会 場：秋葉原コンベンションホール
会 長：猶木 克彦 (北里大学医学部呼吸器内科学)

※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。

※今後、開催方式が変更になる場合もあります。

謝 辞

アストラゼネカ株式会社

インスメッド合同会社

MSD 株式会社

大鵬薬品工業株式会社

中外製薬株式会社

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

ノーベルファーマ株式会社

ブリistol・マイヤーズ スクイブ株式会社

(五十音順)

2024年6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 260 回日本呼吸器学会関東地方会

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)