

第 262 回日本呼吸器学会関東地方会 プログラム・抄録集

会 長 阿部 信二（東京医科大学病院呼吸器内科）

日 時 2024 年 11 月 30 日（土）

開催方式 ハイブリッド開催 [現地会場＋ライブ配信]

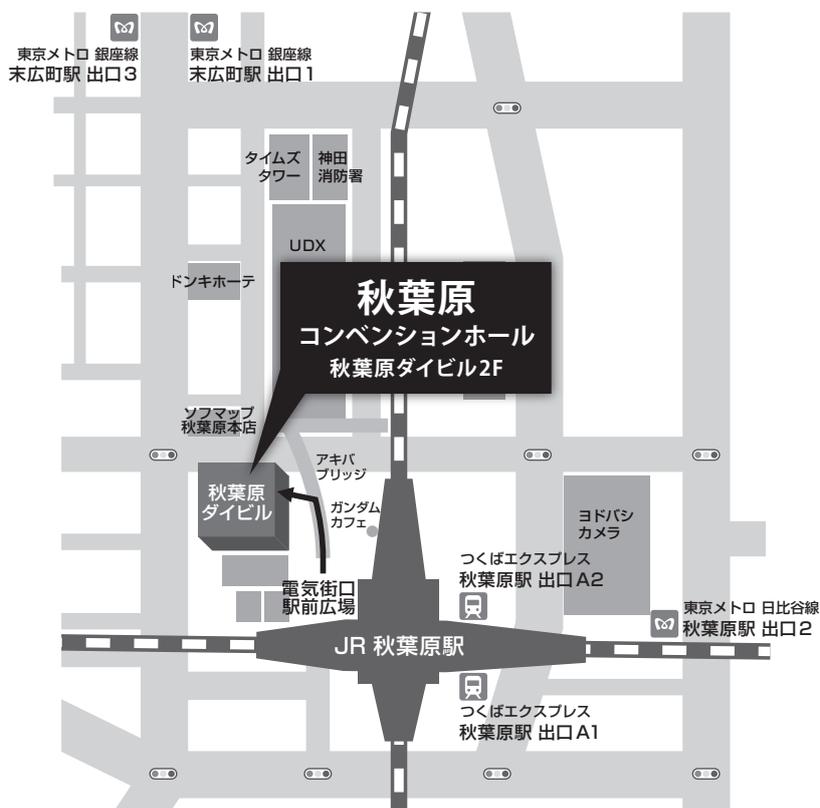
会 場 秋葉原コンベンションホール

〒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/no262/>）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（11月中旬頃）。
＜参加登録期間＞11月30日（土）16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＞11月30日（土）9時30分から16時まで
演題の発表は、現地会場のみとなります（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。
領収証は、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
[現地会場でご参加の場合]
参加受付でお渡しいたします。
[ライブ配信でご参加の場合]
日本呼吸器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
[現地会場でご参加の場合]
参加受付でお渡しいたします。
[ライブ配信でご参加の場合]
12月中旬頃までに、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
 - ・抄録ならびにライブ配信の視聴画面で表示されるスライド・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. 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

- ・発表は、現地会場のみとなります（リモートでの発表はありません）。
- ・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

11月30日（土）16時47分～17時02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。

◆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/no262/>）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

関東地方会の抄録集については、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/no262/>）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 262 回日本呼吸器学会関東地方会 日程表

	A 会場	B 会場
10:00	開会式 10:00~10:05 10:05~10:47	
	セッションI 1~6 座長：河越淳一郎	セッションIV 19~24 座長：福泉 彩
11:00	セッションII 7~12 座長：石割菜由子	セッションV 25~30 座長：石田 学
12:00	ランチョンセミナーI EGFR 遺伝子変異陽性肺がんにおける初回治療の最新治療戦略 ～FLAURA2 試験を中心に～ 演者：齋藤 良太 座長：瀧 玲子 共催：アストラゼネカ株式会社	ランチョンセミナーII アリケイス [®] がもたらす難治性肺 MAC 症への新たな治療戦略 演者：戸根 一哉 座長：阿部 信二 共催：インスメッド合同会社
13:00	医学生・初期研修医セッションI 研1~研6 座長：端山 直樹	医学生・初期研修医セッションIII 研13~研18 座長：宿谷 威仁
14:00	医学生・初期研修医セッションII 研7~研12 座長：古澤 春彦	医学生・初期研修医セッションIV 研19~研24 座長：河野 雄太
15:00	教育セミナーI 腫瘍免疫微小環境から考える複合免疫療法の治療戦略 演者：吉田 達哉 座長：解良 恭一 共催：プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社/ 小野薬品工業株式会社	教育セミナーII 進行性線維化を伴う間質性肺疾患の診断と治療の進展 演者：神尾孝一郎 座長：中村 博幸 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 呼吸管理における気管支鏡の意義—診断および治療の有用性について— 演者：鈴木 学 座長：阿部 信二	セッションVI 31~35 座長：中川 喜子
	セッションIII 13~18 座長：大利 亮太	セッションVII 36~39 座長：岩田 裕子
17:00	医学生・初期研修医セッション表彰式・閉会式 16:47~17:02	

セッション I 10:05~10:47

座長 河越淳一郎（かわぐち心臓呼吸器病院呼吸器内科）

1. 気管支内視鏡検査時に声門部狭窄を呈した再発性多発軟骨炎の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

よしざき ちなつ
○吉崎千夏、大泉真理奈、岡田 郷、佐藤 泉、島本和季、宮内昭滉、
草間春菜、能美詩穂、伊藤祐香理、岩住衣里子、廣川尚慶、尾崎敦孝、
佐藤淳哉、多田和弘、杉立 溪、有福 一、大和田高義、高山賢哉、
平田博国、福島康次

68歳、男性。X-1年12月より嘔声、労作時呼吸困難、X年1月CRP高値を認めた。FDG-PET検査を行い多発性多発軟骨炎の診断となった。精査加療目的に7月に当科入院、気管支内視鏡検査行ったところ、観察中に声門部狭窄による上気道狭窄を発症したため気管挿管となった。その後呼吸管理を行ったが、上気道狭窄の改善乏しく気管切開術を施行した。気管切開術で気管軟骨の病理学的検査を行い、ステロイド治療を開始した1例を報告する。

2. ステロイドが著効した再発性多発軟骨炎の一例

昭和大学藤が丘病院呼吸器内科

よしだ ゆうき
○吉田有毅、中本真理、鹿島彰人、谷口太郎、宮本宰太、猪村亘平、
丁 一澤、平田健人、安部貴志、小野崎翔太、北野はるか、白取 陽、
新 健史、川村さおり、小菅美玖、張 秀一、山口史博、横江琢也

54歳男性。1か月前から発熱、咳嗽が持続し抗菌薬治療で病状改善せず、当院へ紹介となった。気管支鏡検査で中枢側優位の気管・気管支粘膜の高度な炎症所見を認め、経気管支鏡下肺生検を施行したが診断に至らなかった。その後、嘔声が出現したため気管切開術を施行した。気管軟骨組織で軟骨炎の所見を認め、再発性多発軟骨炎の診断に至った。その後ステロイド治療で著明に改善した。希少な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

3. 高度気道狭窄を来した甲状腺内胸腺癌の一例

信州大学医学部内科学第一教室¹、信州大学医学部病理組織学教室²、

日本赤十字社諏訪赤十字病院呼吸器内科³

すぎやま ふみか
○杉山美美花¹、柳沢克也¹、小沢陽子¹、矢崎達也³、市川 棕³、後藤憲彦¹、
小松雅宙¹、曾根原圭¹、岩谷 舞²、花岡正幸¹

症例は52歳男性。X-1年12月から継続する咳嗽と息切れを主訴にX年5月に近医を受診した。CTにて甲状腺右葉下極に高度気道狭窄を伴う約60mmの腫瘍を認めたため、精査加療目的に当院へ紹介となった。経皮的針生検の結果、甲状腺内胸腺癌と診断した。治療は浸潤が広範囲のため切除不能であり、化学療法を選択した。非常に稀な腫瘍である甲状腺内胸腺癌の1例を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。

4. 頸部への放射線治療の晩期合併症として発症したびまん性嚥下性細気管支炎の一例

JR 東京総合病院呼吸器内科¹、JR 東京総合病院臨床検査科²、
神奈川県立循環器呼吸器病センター病理診断科³

すずき ゆうへい
○鈴木祐平¹、川述剛士¹、山本光洋¹、鈴木峻輔¹、田中健介¹、福岡みずき¹、
鈴木未佳¹、大友梨恵²、武村民子³、河野千代子¹

62歳男性。慢性咳嗽で当科を受診し胸部CTで両肺下葉のすりガラス影を認めた。軽度の改善と悪化を繰り返して陰影消失しないため、外科的肺生検を施行し、病理学的にびまん性嚥下性細気管支炎と診断した。耳鼻科での精査で左声帯不全麻痺と嚥下機能の低下を認めた。14年前に頸部の原発不明癌で放射線治療の既往があり、その晩期合併症としての嚥下機能障害が原因と考えられた。稀な病態であり文献考察を交えて報告する。

5. ステロイド、メボリスマブ投与中に再燃したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) の1例

日本赤十字社長野赤十字病院呼吸器内科

しらい ゆうすけ
○白井祐介、倉石 博、牛島祐哉、近藤大地、小澤亮太、廣田周子、
山本 学、小山 茂

症例は74歳の女性、2016年12月から難治性気管支喘息のためメボリスマブで加療中であった。2020年11月にABPAと診断、経口ステロイドと抗真菌薬で改善しステロイドの漸減中であった。定期外来受診時、偶発的に胸部異常影を認め精査加療目的に入院とした。気管支鏡検査では粘液栓を認めABPAの再燃と診断し、ステロイドの増量により改善した。粘液腺には真菌の菌糸と好中球を認めた。文献学的な考察も含めて報告する。

6. 鉄剤誤嚥による気管支上皮障害をきたした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、平 晃誠、山岸哲也、羽鳥貴士、沼田岳士、
太田恭子、遠藤健夫

症例は75歳、男性。胸痛のため当院へ救急搬送された。胸部CTで左下葉支内に高吸収物質を認めた。緊急気管支鏡検査を施行し、左下葉支入口部で壊死を伴う全周性狭窄を認め、易出血性であった。気管支生検をしたところ、ガムナガンディ（鉄石灰化物）様と思われる茶褐色から紫色調の索状物との病理所見であり、内服薬を確認したところ、鉄剤誤嚥による気管支上皮障害と考えられた。文献的考察を含めて報告する。

7. MDA5 抗体陽性皮膚筋炎による急速進行性間質性肺炎に対する新規治療レジメン

東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科¹、東京ベイ・浦安市川医療センター呼吸器内科²、
東京ベイ・浦安市川医療センター救急集中治療科³、東京ベイ・浦安市川医療センター膠原病内科⁴、
東京ベイ・浦安市川医療センター腎臓・内分泌・糖尿病内科⁵

ひらもと たくや
○平本琢也¹、伊藤 光^{2,3}、藤本裕太郎^{2,3}、江原 淳^{1,2}、則末泰博^{2,3}、岩波慶一⁴、
鈴木利彦⁵

本疾患の治療は従来、シクロホスファミドを軸とした多剤免疫抑制療法を第1選択とすることが多く、重篤な感染症合併が課題となっている。我々は46歳男性例に対し、自己抗体産生と1型IFN活性化の病態生理に基づき、ステロイド・タクロリムス・バリシチニブによる初期治療と血漿交換を早期に併用し、感染症合併なく速やかな改善を得た。この治療レジメンは速効性及び副作用の点で、従来型治療よりも優れている可能性がある。

8. 閉塞性細気管支炎に対する脳死両肺移植後の繰り返す陰影に対してクライオ生検で慢性拒絶と診断した一例

神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科¹、東京医科大学病院呼吸器内科²、
東京大学医学部附属病院呼吸器外科³

おおくま たかし
○大熊 堯^{1,2}、大川亮太¹、萩原恵理¹、熊谷こすみ¹、池田 慧¹、北村英也¹、
馬場智尚¹、小松 茂¹、小倉高志¹、永田宗大³、此枝千尋³、佐藤雅昭³

27歳男性。1歳時麻疹罹患を契機に閉塞性細気管支炎を発症し在宅酸素導入となった。26歳時にECMO下で脳死両肺移植を施行したが、移植後半年間で発熱・酸素化低下・新規陰影出現を繰り返し細菌性肺炎の疑いで5回入院。その都度抗菌薬だけでは改善乏しく、ステロイドの増量またはパルスを要した。診断目的にクライオ生検を施行したところ、細気管支に炎症細胞浸潤を伴う線維性閉塞を認め、閉塞性細気管支炎型の慢性拒絶と診断した。

9. 気管支鏡で診断がつかなかったリンパ節腫大を伴う肺結節に外科的肺生検を施行し診断したIgG4関連疾患の1例

慶應義塾大学医学部呼吸器内科¹、佐野厚生総合病院内科²、佐野厚生総合病院呼吸器外科³、
佐野厚生総合病院病理診断科⁴

いづか しん
○飯塚 紳¹、浅見貴弘²、中山真吾²、堀切映江³、手塚憲志³、松岡亮介⁴、
井上 卓²、福永興壱¹

75歳女性。健康診断での胸部X線検査で右下肺野網状影を指摘され撮影した胸部単純CTで、右S7結節および縦隔リンパ節腫大を認めた。肺結節に対しての経気管支生検およびリンパ節に対しての経気管支針生検では診断がつかず、診断目的に外科的肺生検を施行した。病理所見でIgG4/IgG比の上昇、閉塞性静脈炎の所見がみられ血清IgG4の上昇と併せてIgG4関連疾患の診断に至った。肺結節を契機に診断されるIgG4関連疾患は稀であり報告する。

10. 局所麻酔下胸腔鏡にてリウマチ性胸膜炎と診断した1例

自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門

あがた ゆきこ
○縣 侑子、高橋初美、間藤尚子、高崎俊和、奥山顕子、佐藤春奈、
瀧上理子、山内浩義、久田 修、中山雅之、前門戸任

61歳男性。関節リウマチに対し免疫抑制剤と生物学的製剤投与中に左胸水を生じ当科紹介となった。胸水はリンパ球優位でADA84U/Lであり、確定診断のため局所麻酔下に胸腔鏡下胸膜全層生検を施行した。その結果、壁側胸膜に広範囲な肉芽腫形成とリンパ球浸潤、線維性肥厚を認め、抗酸菌関連検査は陰性であり、リウマチ性胸膜炎と確定診断した。炎症性疾患に随伴する胸膜炎において胸膜全層生検は診断に有用であり報告する。

11. サルコイドーシスの発症に関節リウマチに対する短期的なステロイド投与が関与した一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院呼吸器内科¹、順天堂大学医学部附属順天堂医院循環器内科²、
順天堂大学医学部附属順天堂医院眼科³、順天堂大学医学部附属順天堂医院膠原病内科⁴、
順天堂大学医学部附属順天堂医院皮膚科⁵、順天堂大学医学部附属順天堂医院病理診断科⁶

いたみ たつひろ
○伊丹竜大¹、加藤元康¹、三道ユウキ¹、上村諒子¹、中島由貴¹、砂山 勉²、
黒田浩平³、林 絵利⁴、吉原 渚⁵、林大久生⁶、渡邊 玲⁵、高橋和久¹

69歳女性。関節リウマチと診断された4年後に症状の悪化がありプレドニゾロン2.5mgを6ヶ月間投与された。投薬終了2か月後より縦隔リンパ節腫脹、ぶどう膜炎、皮疹などを生じ、皮膚と縦隔リンパ節の生検より類上皮肉芽腫が検出されサルコイドーシスと診断された。ステロイド点眼薬や対症療法で諸臓器のサルコイドーシスは改善に至った。ステロイドの中止がサルコイドーシス発症に関与したと考えられた一例である。

12. 経過中にサルコイドーシスの合併が疑われた HTLV-1 関連肺疾患の1例

聖路加国際病院内科¹、聖路加国際病院呼吸器内科²

しょうじ はるか
○庄司 悠¹、藤原絵理²、平川 良²、盧 昌聖²、岡藤浩平²、北村淳史²、
富島 裕²、仁多寅彦²

【症例】75歳女性【現病歴】X年、視力低下にて眼科受診しHTLV-1関連ぶどう膜炎と診断された。X+4年、CTで気管支拡張、多発粒状影を認めHTLV-1関連肺疾患としてエリスロマイシン内服を開始した。X+11年、ぶどう膜炎の再燃あり胸部CTにて肺門リンパ節腫脹を認め経気管支縦隔リンパ節生検で類上皮細胞肉芽腫を認めサルコイドーシスの合併も疑われた。【結語】HTLV-1関連肺疾患治療中にサルコイドーシスの合併も疑われた1例を経験した。

ランチョンセミナー I 11:45~12:45

座長 瀧 玲子 (武蔵野赤十字病院呼吸器内科)

「EGFR 遺伝子変異陽性肺癌における初回治療の最新治療戦略～FLAURA2 試験を中心に～」

演者：齋藤良太 (山梨県立中央病院呼吸器内科)

上皮成長因子受容体 (EGFR) 遺伝子変異を有する肺癌は、本邦を含む東アジア人で頻度が高く、EGFR チロシンキナーゼ阻害剤を主軸とした治療戦略の構築が重要である。EGFR 遺伝子変異の約 90% を占めるエクソン 19 欠失変異とエクソン 21L858R 変異、いわゆる common mutation に対しては、FLAURA 試験の結果から第 3 世代の EGFR チロシンキナーゼ阻害薬であるオシメルチニブが標準治療となっている。EGFR 遺伝子変異陽性肺癌において、チロシンキナーゼ阻害剤による治療開発だけではなく、近年は他の治療モダリティ、具体的には細胞障害性抗癌剤、血管新生阻害剤、免疫チェックポイント阻害剤、その他の抗体製剤、さらには抗体薬物複合体が登場している。それに伴い、中心的位置を占めてきた経口分子標的薬だけではなく、経口分子標的薬と、前述のさまざまな治療モダリティとの併用療法を含む、実に多様な選択肢から患者さんとともに治療選択をする時代が到来しつつある。最近発表された FLAURA2 試験結果から、オシメルチニブとプラチナ化学療法の併用治療も、予後不良因子である脳転移を有する場合を初めとした、強力な一次治療を要する集団に対する有望な治療選択肢となることが期待される。ゲフィチニブの登場以来、20 年間にわたって絶えず劇的な進歩を遂げてきた EGFR 遺伝子変異陽性肺癌患者に対する最新の治療戦略について、FLAURA2 試験を中心に紹介したい。

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 I 12:50~13:32

座長 端山直樹 (東海大学医学部内科学系呼吸器内科)

研 1. リポソーム化アミカシン吸入療法が奏功した *M. intracellulare*、*M. abscessus* 混合感染の一例 東京医科歯科大学呼吸器内科

やまざきりゅうぞう
○山崎竜三、白井 剛、園田史朗、加藤里奈、青木 光、望月晶史、
本多隆行、石塚聖洋、岡本 師、古澤春彦、立石和也、宮崎泰成

70 代女性。皮膚筋炎に伴う間質性肺炎の加療中に肺非結核性抗酸菌症を合併した。喀痰、気管支洗浄液の抗酸菌培養で *Mycobacterium intracellulare*、*Mycobacterium abscessus* が検出された。CAM 800mg、EB 500mg、STFX 100mg による加療を継続したが排菌が持続、リポソーム化アミカシン吸入療法を追加したところ奏功した。文献的考察を加えて報告する。

研 2. *Lichtheimia corymbifera* (*L.corymbifera*) の関与が疑われたアレルギー性気管支肺真菌症 (ABPM) の一例

国保直営総合病院君津中央病院¹、千葉大学大学院医学研究院呼吸器内科学²、
千葉大学大学院医学研究院医学教育学³、千葉大学真菌医学研究センター⁴

しんどうようすけ
○進藤陽介¹、笠井 大^{1,2,3}、稲崎稔明^{1,2}、亀井克彦^{1,4}、漆原崇司¹

72歳男性 養鶏業従事者。気管支喘息で通院中に右下葉結節影を指摘され、当科を受診した。胸部CTでは両側多発結節影に加え、末梢血好酸球数増多、血清総IgE上昇を認めたが、Aspfl およびアスペルギルス IgG は陰性であった。気管支鏡で右下葉枝に粘液栓を認め、培養から *L.corymbifera* が検出された。ABPM と診断し、全身ステロイド投与を行ったところ肺野の結節影は消失した。本菌の ABPM への関与が示唆され、貴重な症例と考え報告する。

研 3. 関節リウマチに伴う間質性肺炎の治療中に気胸を合併した肺ノカルジア症の1例

山梨大学医学部附属病院臨床研修センター¹、山梨大学医学部附属病院呼吸器内科²

まつだ かりん
○松田花凜¹、大越広貴²、高橋 望²、本間健太²、古谷 智²、島村 壮²、
大森千咲²、星野佑貴²、内田賢典²、齊木雅史²、池村辰之介²、副島研造²

76歳男性。X-2年より関節リウマチに伴う間質性肺炎があり、X年2月のCTで左上区胸膜下の壁肥厚を伴う嚢胞が増大傾向にあった。X年10月に左気胸を発症し、気漏閉鎖術を施行。左上区胸膜下の壁肥厚を伴う嚢胞が気漏部位と確認し、同部位の細菌培養より *Nocardia veterana* が検出された。肺ノカルジア症と診断し胸腔内穿破が気胸の原因と考えた。薬疹のためST合剤を使用できず、感受性を認めたエリスロマイシン単剤で治療効果を認めた。

研 4. 左肺の広範な浸潤影を呈し抗菌薬の効果が部分的であった若年女性のアデノウイルス肺炎の一例

筑波大学附属病院呼吸器内科¹、茨城西南医療センター病院呼吸器内科²、筑波大学附属病院感染症科³

ごとう たかひろ
○伍堂貴裕^{1,2}、砂辺浩弥¹、蔵本健矢²、谷田貝洋平¹、中嶋真子¹、中川龍星¹、
前沢洋介¹、會田有香¹、矢崎 海¹、北澤晴奈¹、吉田和史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、
鈴木広道³、檜澤伸之¹

22歳女性。発熱、咳嗽を主訴に受診し、CTで左肺下葉に浸潤影を認めた。細菌性肺炎を疑い抗菌薬を投与したが、第8病日に酸素化が悪化し、HFNC管理を要した。鼻咽頭ぬぐい液と血清による多項目遺伝子検査でそれぞれアデノウイルスが検出され、ウイルス血症およびアデノウイルス肺炎と診断した。肺炎は時間経過と共に改善傾向に転じた。抗菌薬が奏効しない肺炎では、アデノウイルス肺炎の可能性を考える必要がある。

研 5. 早期に薬剤耐性を獲得した緑膿菌肺炎の一例

日本大学医学部附属板橋病院臨床研修センター¹、日本大学医学部内科学系呼吸器内科²、
日本大学医学部附属板橋病院アレルギーセンター³

つばた ひろ
○津端飛良¹、川村倫生^{2,3}、黒澤雄介^{2,3}、小田奈々¹、長谷川集^{2,3}、尾添良輔^{2,3}、
中山龍太²、日鼻 涼²、山田志保^{2,3}、丸岡秀一郎^{2,3}、権 寧博^{2,3}

68歳男性。右大葉性肺炎で入院となった。ABPC/SBTで治療開始も、喀痰培養で *pseudomonas aeruginosa* が検出されたため、第5病日からMEPMに変更した。呼吸状態、炎症反応は改善傾向も、第11病日に再増悪した。入院時点の緑膿菌は薬剤耐性を認めなかったが、増悪時の第11日病日の緑膿菌はカルバペネムに対して耐性を認めた。7日間と短期間で薬剤耐性を獲得した一例を経験した。薬剤耐性獲得の機序を若干の論文的考察を含め報告する。

研 6. シェーグレン症候群関連間質性肺炎治療中に発症した *Nocardia exalbida* 症の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、
東京都立多摩南部地域病院リウマチ膠原病科³、
東京科学大学医歯学総合研究科統合臨床感染症学分野⁴、杏林大学呼吸器内科⁵

ほんま ひなこ
○本間ひな子¹、本多紘二郎²、大谷咲子²、知念直史³、田頭保彰⁴、皿谷 健⁵、
石井晴之⁵

73歳女性。シェーグレン症候群関連間質性肺炎に対して prednisolone と tacrolimus で治療を開始した。2ヶ月経過した時点で発熱と右上葉の空洞結節影が出現し紹介となった。気管支鏡を施行、気管支洗浄液より *Nocardia exalbida* が同定された。薬剤感受性検査結果から trimethoprim/sulfamethoxazole (TMP-SMZ) を治療量に増量して軽快した。文献的考察を加え報告をする。

医学生・初期研修医セッションⅡ 13:37~14:19

座長 古澤春彦（東京科学大学呼吸器内科）

研 7. 職業粉塵暴露によりヘモジデローシス様変化を認めた器質化肺炎の一例

埼玉医科大学呼吸器内科¹、埼玉医科大学病理診断部²

くらもちともひと
○倉持智仁¹、宇野達彦¹、高原雅和¹、與儀実大¹、片山和紀¹、赤上 巴¹、
家村秀俊¹、内田義孝¹、白畑 亨¹、奥寺康司²、中込一之¹、柚 知行¹、
仲村秀俊¹、永田 真¹

症例は32歳男性。職業は溶接業。X-1月より咳嗽、呼吸困難が出現し持続するためX月に他院受診。胸部CT検査で両肺に大小多数の結節影と浸潤影を認め、精査加療目的で当院に入院となった。気管支鏡検査を含め、各種検査施行したが、確定診断に至らず、更なる精査でビデオ補助下胸腔鏡手術（VATS）を施行した。病理所見でヘモジデローシスや線維化、器質化病変の混在を認め、職業粉塵暴露に伴う肺障害が原因と考えられた。

研 8. 特発性胸膜肺実質線維弾性症 (iPPFE) に併発した気胸、縦隔気腫により脳空気塞栓症を呈した 1 例

横須賀市立うわまち病院臨床研修センター¹、横須賀市立うわまち病院呼吸器内科²、
横須賀市立うわまち病院病理診断科³

こいずみけいすけ
○幸泉圭亮¹、上原隆志²、三浦溥太郎²、辻本志朗³、飯田真岐³

78 歳男性。来院約 1 年前に前医で iPPFE と診断。2 か月前から左気胸、縦隔気腫を合併し、保存的に管理していた。今回、呼吸困難増悪を主訴に受診し、著明なるいそう、左気胸、縦隔気腫を認めた。病院待機中に突然昏睡をきたし、頭部 CT、MRI 所見から空気塞栓による両側分水嶺梗塞と診断。入院第 36 病日に消化管出血のため死亡した。空気塞栓症の原因は手術や外傷が一般的に知られており、稀な原因の症例として剖検所見を交えて報告する。

研 9. 腎病変を合併し、胸腔鏡下肺生検で診断した IgG4 関連疾患の 1 例

JCHO 埼玉メディカルセンター呼吸器内科¹、JCHO 埼玉メディカルセンター呼吸器外科²、
JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科³

すずき あいか
○鈴木愛花¹、矢崎夏美¹、山口純平¹、浅見 優¹、佐々木衛¹、桂田由佳³、
奥村武弘²、上田壮一郎¹

67 歳男性。健診での胸部異常陰影のため当院紹介となった。画像から特発性間質性肺疾患とは言い難く、腎機能低下及び CT にて腎造影不良域を認め、血清 IgG4 上昇を認めることから IgG4 関連疾患を強く疑い、気管支肺胞洗浄および胸腔鏡 (VATS) 下肺生検を施行した。組織診にて IgG4 関連疾患と診断し、ステロイドによる治療を行い改善した。肺病変からの VATS 下肺生検で診断し得た腎病変合併の IgG4 関連疾患を経験した。

研 10. 抗 eIF2B 抗体陽性強皮症に合併した間質性肺炎の一例

東京医科大学八王子医療センター初期臨床研修医¹、東京医科大学八王子医療センター呼吸器内科²

たかつきりょうた
○高月遼太¹、鳥山和俊²、青柴直也²、塩入菜緒²、武田幸久²、岩田裕子²、
宇留間友宣²、津島健司²

症例は 76 歳男性。間質性肺炎の精査目的に当院を紹介受診した。手指の皮膚硬化やレイノー現象を認めたため、強皮症に伴う間質性肺炎を疑ったが、抗 Scl-70 抗体や抗セントロメア抗体も含めて一般的な自己抗体は陰性だった。それでも強皮症を強く疑ったため希少な抗体まで調べたところ、抗 eIF2B 抗体を認めた。抗 eIF2B 抗体陽性の強皮症は非常に珍しく、報告がほとんどない。文献的考察を加えて報告する。

研 11. 肺胞出血のみを生じた抗 GBM 抗体病の一例

佐久医療センター

かとう あづみ
○加藤あづみ、和佐本諭、油井貴也、神津侑希、武知寛樹、柳澤 悟、
大浦也明

20 代男性。血痰を繰り返すため受診された。抗 GBM 抗体が陽性であったが、来院時に症状はなく、経過観察とした。数ヶ月後に血痰が再燃し、尿検査では異常はなく、気管支鏡検査で肺胞出血と診断した。ステロイドおよびシクロフォスファドの大量療法を行い、改善した。現在はプレドニゾロンを漸減中である。肺胞出血のみの抗 GBM 抗体病は稀であり、長期的に血痰が再燃する事が報告されているため、注意深く観察する事が必要である。

研 12. 肺野に多発粒状影を呈し粟粒結核が疑われるも、急性経過で死亡し生前診断が困難であった一剖検例

日本医科大学付属病院呼吸器内科¹、日本医科大学付属病院病理部²

よねやま なおこ
○米山菜穂子¹、谷内七三子¹、井上智康¹、齊藤 翔¹、戸塚猛大¹、久金 翔¹、
鎗木翔太¹、田中 徹¹、神尾孝一郎¹、田中庸介¹、寺崎泰弘²、笠原寿郎¹、
清家正博¹

76歳男性。慢性腎不全で維持透析中。1か月前に左胸水貯留にて精査行うも原因特定できず。2週間前から倦怠感、2日前に血尿、来院前日の透析後より意識レベル低下、38.1℃の発熱を認め当院へ搬送された。両側肺に多発粒状影、大量胸水を認め、各種培養検査提出のうえ入院、急激に呼吸循環動態悪化し20時間後に死亡した。粟粒結核、多発肺転移等を鑑別として考えたが生前診断に至らず、病理解剖結果を含め報告する。

教育セミナー I 14:25~15:25

座長 解良恭一（埼玉医科大学国際医療センター呼吸器内科）

「腫瘍免疫微小環境から考える複合免疫療法の治療戦略」

演者：吉田達哉（国立がん研究センター中央病院呼吸器内科）

進行・再発非小細胞肺癌（NSCLC）において、免疫チェックポイント阻害薬（ICI）が治療において重要な役割を担ってきている。しかしながら、現状ICIの効果を予測する有益なバイオマーカーは存在しておらず、PD-L1発現が効果を予測するバイオマーカーとして薬剤選択に利用されている。そのような中でPD-L1陰性例に対する有効な治療選択肢は依然として限られており、Nivolumab+Ipilimumab±化学療法の併用療法の有用性がPhase IIIで報告されている。

我々は、PD-L1発現と腫瘍浸潤リンパ球（TIL）との相関関係があることを報告している。PD-L1陰性例においては、T細胞の腫瘍浸潤をより促進し、腫瘍免疫微小環境を「Hot」へと変化させることで腫瘍免疫応答を増強させる必要がある。特に、抗CTLA-4抗体であるIpilimumabは、TILを増加させる特性を持つため、PD-L1陰性例に対する有効なアプローチとなっている。このようなことから、Nivolumab+Ipilimumab±化学療法の併用療法は、PD-L1陰性例においても免疫療法の効果を高めることが期待される。

その一方で、Ipilimumabは免疫関連有害事象（irAE）の発生リスクを高めるため、その適切な管理が極めて重要である。irAEの早期発見および迅速な対処は、治療の成功と患者のQOL維持に直結する要素であり、特に重篤化を予防するための管理指針が求められる。

講演では、各臨床試験の長期フォローアップデータを基に、複合免疫療法が腫瘍免疫微小環境に及ぼす影響を概説し、PD-L1陰性NSCLCに対する治療戦略を有効性・安全性の観点から考えていく。

共催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社/小野薬品工業株式会社

若手向け教育セッション 15:30~16:00

座長 阿部信二 (東京医科大学病院呼吸器内科)

「呼吸管理における気管支鏡の意義—診断および治療の有用性について—」

演者：鈴木 学 (国立国際医療研究センター病院呼吸器内科/
かわぐち心臓呼吸器病院呼吸器内科)

我々呼吸器内科における気管支鏡は、肺癌やびまん性肺疾患の診断において切っても切れないものであるが、抗酸菌感染症や真菌感染症の診断および急性呼吸不全の原因診断や呼吸管理など他の領域においても重要な役割を担っている。

そもそも気管支鏡の歴史は、古くは1897年に硬性直達鏡としてドイツのG. Killianらによって開発されたのが初めである。その後1966年に国立がんセンターの池田茂人先生によって軟性気管支鏡が開発され、1967年には現在の原型となる先端部のup-downの屈曲度が大きくなったものが製作された。以降は全世界に普及し、現在に至るまで様々な改良を重ねて、様々な肺疾患の診断だけでなく治療にも応用され、気管支鏡を用いた治療に関しては、「気管支鏡インターベンション」と称されている。

気管支鏡インターベンションとは、主として気道病変に対する侵襲的治療行為の総称である。気道分泌物の吸引に始まり、異物の除去、気道内の腫瘍の切除・減量、狭窄気道の拡張など様々なものが含まれる。

本セッションでは、①呼吸管理における気管支鏡を用いた診断および②治療における気管支鏡インターベンションの2項目に分けて話を進めていき、これらの手技を安全におこなうための③呼吸管理方法についても自験例をもとに紹介していく。

セッションⅢ 16:05~16:47

座長 大利亮太 (神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科)

13. 生体肺移植後、気切人工呼吸管理を経て脳死両肺移植に辿り着いた一例

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呼吸器内科²

やまぐち みほ
○山口美保^{1,2}、此枝千尋¹、福島崇仁¹、永田宗大¹、阿瀬孝治¹、山谷昂史¹、
叢 岳¹、中尾啓太¹、豊川剛二¹、川島光明¹、佐藤雅昭¹

症例は20代女性、X-5年若年性肺気腫に対して生体右肺葉分移植、左肺減量術を施行した。肺炎による入退院を繰り返し、X-3年に呼吸不全が進行し再肺移植登録とした。X-1年にCO₂ナルコーシスで緊急入院、気管切開・人工呼吸器管理となった。他院での待機期間も経て、X年脳死両肺移植を施行し現在も問題なく経過している。2度の肺移植を経験した一例であり、その経過と組織学的所見も含めて考察する。

14. 進行性肺線維症患者に対する冠動脈バイパス術において、肺保護戦略に基づく術式選択で合併症を回避した1例

東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科¹、東京ベイ・浦安市川医療センター呼吸器内科²、
東京ベイ・浦安市川医療センター集中治療科³、東京ベイ・浦安市川医療センター麻酔科⁴、
東京ベイ・浦安市川医療センター心臓血管外科⁵

にしば たいき
○西場大喜¹、伊藤 光^{2,3}、藤本裕太郎^{1,2}、江原 淳^{1,2}、石橋智子⁴、吉野邦彦⁵、
則末康博^{2,3}

間質性肺炎併存の周術期合併症として急性増悪は致死的で、その予防は重要である。低侵襲冠動脈バイパス術予定の進行性肺線維症を背景とする66歳男性、片肺換気は換気側の過膨張、虚脱側の無気肺のどちらも急性増悪リスクになるため、我々は心臓外科・麻酔科と連携し肺保護換気が可能な正中切開に術式変更し、患者は合併症なく早期退院した。背景肺によって周術期の肺保護換気は重要で、呼吸器内科は適切な評価を求められる。

15. 保存的加療で改善した両側腭性胸水の一例

小山記念病院呼吸器内科

さかもとよしたか
○坂本吉隆、春日真理子、阿部善彦、大島孝則

慢性腭炎、腭仮性嚢胞の既往がある63歳男性。両側胸水貯留を認め、抗菌薬と利尿薬で改善を認めたが、頻回に繰り返していた。胸腔穿刺にて両側共に滲出性胸水であり、胸水中アミラーゼ・リパーゼの高値を認めたため腭性胸水と診断した。腭仮性嚢胞が腹腔内から縦隔内に連続しており、胸水の原因として考えたため、腭管ドレナージを行い、胸水貯留の改善を認めた。両側の腭性胸水の報告は少なく、文献的考察を交えて報告する。

16. CTで空洞を伴うすりガラス影を呈し診断に難渋した肺梗塞の一例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科

いしだ あきひろ
○石田晃啓、西田 隆、小野寺葉子、磯野泰輔、小島彩子、小林洋一、
石黒 卓、高久洋太郎、鍵山奈保、倉島一喜

66歳男性。前日からの咳嗽、右胸痛精査目的で当院紹介。呼吸不全はなく、採血で高炎症反応および胸部CTで右肺にすりガラス影・浸潤影を認め、内部に空洞を伴っていた。肺炎・肺化膿症として抗菌薬を投与したが改善を認めなかった。造影CTで右肺に広範な肺血栓塞栓症を認め、肺病変は肺梗塞と診断し抗凝固療法を開始した。肺梗塞の陰影は多彩で、時に肺炎様の経過を呈することがあり、診断に難渋した教訓的な症例として提示する。

17. 進行性に増大し治療に難渋した Marfan 症候群に合併した巨大肺嚢胞の一例

慶應義塾大学医学部内科学（呼吸器）¹、同外科学（呼吸器）²

にしかわけいすけ
○西川敬介¹、中鉢正太郎¹、西澤昂輝¹、田中 拓¹、扇野圭子¹、青木優介²、
政井恭兵²、朝倉啓介²、福永興壱¹

34歳 Marfan 症候群の男性。X-7年に左自然気胸に対して嚢胞切除が行われた。X-2年から右肺下葉に巨大肺嚢胞を認めていたが、進行性に増大、肺機能も悪化、労作時の低酸素血症も認めるようになったためX年に嚢胞切除術が再度行われた。術後に2型呼吸不全を認め、在宅人工呼吸器を導入され退院、その後人工呼吸器の離脱に成功した。Marfan 症候群に巨大肺嚢胞を認めたとする症例報告は数例のみであり、若干の文献的考察を加えて報告する。

18. てんかん発作に合併した神経原性肺水腫の1例

東京労災病院呼吸器内科¹、東京労災病院神経内科²

どうわきたかひろ

○堂脇崇弘¹、松村琢磨¹、堀 礁太¹、伊藤幸祐¹、鈴木英子¹、河野正和¹、
藤澤洋輔²

20歳代女性。強直間代性痙攣発作、低酸素血症のために救急搬送となり、胸部CTで上葉中枢側優位のすりガラス影を認め、当科紹介となった。心機能に異常を認めず、短期間の自然経過で低酸素血症の改善、陰影の消退を認め、かつ脳波検査の結果から初発の全般起始発作に伴う神経原性肺水腫と診断した。てんかん発作に伴う神経原性肺水腫の報告例は少なく、文献的な考察を加えて報告する。

セッションⅣ 10:05~10:47

座長 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）

19. 多発結節影を呈し MTX 休薬により自然消退した MTX 関連リンパ腫の一例

杏林大学医学部附属病院呼吸器内科¹、杏林大学医学部附属病院病理部²

ごとう みちただ
○後藤道忠¹、皿谷 健¹、麻生純平¹、中嶋 啓¹、土井和之¹、山田 祥¹、
秋澤高虎¹、高木 涼¹、石川周成¹、布川寛樹¹、中元康雄¹、石田 学¹、
佐田 充¹、高田佐織¹、藤原正親²、石井晴之¹

関節リウマチに対してメトトレキサート（MTX）10mg で5年間治療中の70代女性。乾性咳嗽を主訴に近医受診、胸部単純写真にて多発結節影を指摘され当科へ紹介。経気管支肺生検にて、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断した。MTX 休薬1週後に乾性咳嗽は消失し、休薬2年後に両肺の結節影は完全に消失した。MTX 関連リンパ腫の臨床像、画像的特徴、予後など文献的考察を加えて報告する。

20. 免疫チェックポイント阻害剤併用化学療法が奏功した、HER2 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌の1例

地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立豊島病院呼吸器内科¹、

日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野²

たなかりょうま
○田中良磨^{1,2}、山川祐司¹、根本陽介^{1,2}、山田志保^{1,2}、櫻中晴康¹、伊藝孔明^{1,2}、
浅井康夫^{1,2}、中川喜子²、仲 剛^{1,2}、清水哲男²、権 寧博²

症例は59歳女性。胸部異常陰影で受診。自覚症状は認めず、左下葉肺腺癌 cT4N2M1a Stage IVB（対側肺転移）と診断した。AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル検査で、HER2 ex20ins を認めた。CBDCA+PEM+Bev で化学療法を行うも肝機能障害認め、CBDCA+nab-PTX+Atezolizumab に変更した。著明な奏功を認め、肺転移は消退し原発巣も縮小を認めた。HER2 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌へのICI 併用化学療法の有用性につき症例集積及び検討が必要である。

21. 瘢痕様陰影から急激に発症した EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の1例

牛久愛和総合病院

かねもと こうじ
○金本幸司

症例は79歳の非喫煙女性。7年前より右肺下葉に瘢痕様陰影あり。経過観察CTで半年前まで著変なかった同陰影が腫瘤影に変化し右胸水も出現。胸水細胞診で腺癌、EGFR L858R 変異陽性。全身検索で cT3N0M1c（悪性胸水、多発骨転移）IVB 期と診断。Erlotinib + Ramucirumab 療法を開始し腫瘍は縮小、瘢痕様陰影は残存している。瘢痕様陰影から急激に発症した肺癌症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

22. 早期肺癌に対して放射線治療を施行したダウン症候群の1例

東京通信病院呼吸器内科¹、よつばみらいクリニック²、東京通信病院小児科³、東京通信病院放射線科⁴、東京通信病院麻酔科⁵

○いわさき つぐみ岩崎つぐみ¹、稲葉 敦¹、宮坂 英¹、原 啓¹、小野正恵^{2,3}、北口真由香⁴、
武田昌子⁵、大辻幹哉⁵、渋谷英樹¹

ダウン症候群の53歳男性。右肺尖に緩徐に濃度上昇する長径13mmのpure GGOを認めた。外科切除が検討されたが、指示が入らず安静が保てないため、静脈麻酔下で放射線治療の方針となった。その後、自宅階段から転落し多発骨折を来して入院、疼痛コントロール改善後、静脈麻酔下で定位放射線治療(56Gy/7fr)を施行した。ダウン症候群では固形癌の発症は非常に少なく、早期肺癌に対して治療が行われた稀少な1例を経験したので報告する。

23. 転移性脳腫瘍と放射線晩期障害の鑑別に苦慮した一例

東京医科大学呼吸器内科学分野

○とみざわ はるか富澤春香、富樫佑基、今里大吾、大江裕哉、本橋 遥、久富木原太郎、
爲永伶奈、水島麗生、木下逸人、武田幸久、小神真梨子、石割菜由子、
菊池亮太、小林研一、河野雄太、吉村明修、阿部信二

79歳女性。肺癌脳転移に定位放射線治療後、化学療法・免疫チェックポイント阻害薬を導入。脳以外の病変はほぼ消失するも、irAE皮膚炎で治療中止となった。脳の陰影は当初縮小したが、放射線治療後1年で増大を認めた。増大傾向が持続するため診断目的に摘出術を行ったところ腫瘍細胞は検出されず、壊死組織のみであり放射線晩期障害と考えられた。肺癌脳転移と放射線晩期障害の鑑別について、文献的考察を含め報告する。

24. 肺単結節影の健診発見を契機に、VATSで診断した硬化性肺胞上皮腫の1例

杏林大学医学部附属病院呼吸器内科¹、杏林大学医学部附属病院呼吸器外科²、
杏林大学医学部附属病院病理学教室³

○わたなべ こうたろう渡邊浩太郎¹、皿谷 健¹、馬上伊織¹、山田 祥¹、中嶋 啓¹、高木 涼¹、
土井和之¹、秋澤孝虎¹、石川周成¹、布川寛樹¹、麻生純平¹、中元康雄¹、
石田 学¹、佐田 充¹、高田佐織¹、橘 啓盛²、藤原正親³、石井晴之¹

50歳女性、健康診断で肺単結節を指摘され紹介受診。胸部CTで左上葉S3に均一な増強効果を示す長径18mm大の境界明瞭な結節性病変を認め、PET-CTで同部位に集積を認めた。診断と根治目的に胸腔鏡下左上葉S3区域切除術を施行した。病理組織では類円形の肺胞上皮細胞とその内部に出血や線維化を認め、硬化性肺胞上皮腫と診断した。硬化性肺胞上皮腫は原発性肺腫瘍の中で稀であり、臨床像及び画像所見の文献的考察を加えて報告する。

25. 経気管支凍結肺生検で肉芽腫性病変を認めた漢方薬による薬剤性肺障害の一例

東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科

あんざい ななみ
○安西七海、清水宏繁、山口明日香、福田光史、増岡まりえ、吉澤孝浩、
白井優介、関谷宗之、三好嗣臣、卜部尚久、一色琢磨、坂本 晋、岸 一馬

58歳女性。防風通聖散内服35日後より咳嗽、呼吸困難が出現。胸部CTでびまん性粒状病変、すりガラス病変、浸潤性病変を認めた。経気管支凍結肺生検を施行し、病理学的に非壊死性肉芽腫を認めた。薬剤性肺障害を考え、被疑薬を中止し、症状やCT所見は軽快傾向にあったが、陰影が残存したためステロイド薬投与を開始し、臨床症状、画像所見は改善した。漢方薬による薬剤性肺障害で肉芽腫病変をみとめる例は稀であり報告する。

26. 食後坐位保持の徹底により保存的に軽快した、胃食道逆流症による二次性器質化肺炎と考えられた一例

地域医療機能推進機構船橋中央病院呼吸器内科¹、地域医療機能推進機構船橋中央病院消化器内科²、
地域医療機能推進機構船橋中央病院病理診断科³、千葉大学医学部附属病院消化器内科⁴

いしかわ さとる
○石川 哲¹、中山 静¹、新行内雅代¹、土屋 慎²、小松悌介³、加藤佳瑞紀²、
松村倫明⁴、山口武人²

50代男性。以前より飲食後即ち臥床就寝し吞酸を自覚。来院2ヶ月前咳嗽出現。9日前近医受診したが抗菌薬で軽快せず当科受診。経気管支鏡肺生検にて気腔内線維化、泡沫化マクロファージを認めた。上部消化管内視鏡検査、食道内圧検査と24時間pHインピーダンス検査を施行。胃食道逆流症による二次性器質化肺炎と診断。右優位に反復し気胸も併発、ステロイドを用いず食後坐位保持を徹底し保存的に軽快。文献的考察を加え報告する。

27. 抗PL-12抗体陽性、抗SS-A/Ro52抗体陽性の間質性肺炎に対してステロイドパルス療法が奏功した1例

昭和大学横浜市北部病院呼吸器センター内科¹、昭和大学横浜市北部病院リウマチ・膠原病内科²

いでした まゆ
○井手下真友¹、岸野壮真¹、春木陽菜¹、本多 資¹、三成卓也¹、瀧島弘康¹、
高野賢治¹、酒井翔吾¹、柿内佑介¹、林 誠¹、松倉 聡¹、道津侑大²、
石高絵里子²、西見慎一郎²、三輪裕介²

39歳女性。2週間前から咳嗽、倦怠感が出現し、胸部X線写真で肺炎を指摘され当科外来を紹介受診された。胸部CTで両側下葉に気管支血管束周囲のすりガラス影、浸潤影、また牽引性気管支拡張を認め間質性肺炎が疑われた。BAL施行後にステロイドパルス療法を施行し奏功を認めた。後に抗PL-12抗体及び抗SS-A/Ro52抗体陽性であると判明したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

28. ミストサウナが原因と考えられた非線維性過敏性肺炎の一例

順天堂大学医学部附属練馬病院呼吸器内科¹、順天堂大学医学部附属順天堂医院呼吸器内科²、
国立病院機構東京病院臨床検査科³、防衛医科大学校放射線科⁴

こうまる まきこ
○香丸真紀子¹、小山 良¹、秋元貴至¹、宮下洋佑¹、竹重智仁¹、渡邊純子¹、
加藤元康²、木谷匡志³、杉浦弘明⁴、高橋和久²

症例は44歳女性。半年前からの咳嗽を主訴に受診し、胸部CTで両側びまん性に小葉中心性の粒状影を認めた。環境曝露としてミストサウナの使用があり、気管支肺胞洗浄液の培養からMycobacterium aviumが検出された。血液検査ではMAC抗体、トリコスポロンアサヒ抗体、特異的鳥抗体も陽性であった。画像所見および抗体検査結果から、複数の抗原曝露が原因となった非線維性過敏性肺炎が考えられ、文献的考察も踏まえて報告する。

29. 禁煙により改善した若年発症肺ランゲルハンス細胞組織球症（PLCH）の1例

杏林大学医学部附属病院呼吸器内科

たがわ けん
○田川 健、土井和之、山口 遵、磯村杏耶、高田沙織、橋 哲盛、
藤原正親、皿谷 健、石井晴之

症例：17歳 男性 主訴：呼吸困難 喫煙歴：15歳～17歳 10本/日 現病歴：右肺のIII度気胸と診断され、胸腔鏡下ブラ切除術を施行した。胸部単純CTでは左右対称性、上葉優位のびまん性小葉間隔壁肥厚および薄壁嚢胞を認めた。

病理所見ではCD1a（+）S-100（+）CD68（-）の細胞を認めPLCHと診断した。

考察：PLCHは小児や若年発症の喫煙（受動喫煙を含む）に伴う報告が散見される。既報をもとに症状、病因、病態、予後を含め考察したい。

30. エベロリムスで1秒量が改善したTSC-LAMの長期記録の報告

帝京大学医学部内科学講座呼吸器・アレルギー学

とがし ゆうすけ
○冨樫祐介、小泉佑太、永田真紀、田中悠太郎、石塚真菜、上原有貴、
竹下裕理、井本早穂子、小林このみ、石井 聡、長瀬洋之

20XX-5年から腎血管筋脂肪腫（腎AML）を認め、結節性硬化症疑いとして通院されている患者。肺多発嚢胞性病変を認めており、臨床的にリンパ脈管筋腫症（LAM）と診断された。20XX年、腎AMLに対してmTOR阻害薬である、エベロリムスを導入したところ、1秒量の改善を認めた。本症においては同薬を10年以上継続しているが、1秒量の低下を抑えられている経過になっている。希少疾患であるLAMへの貴重な症例経験としてここに報告する。

ランチョンセミナーⅡ 11:45~12:45

座長 阿部信二 (東京医科大学病院呼吸器内科)

「アリケイス[®]がもたらす難治性肺 MAC 症への新たな治療戦略」

演者：戸根一哉 (東京慈恵会医科大学附属柏病院呼吸器内科)

従来の肺 MAC 症治療は、選択肢や効果が限られていること、有害事象の問題から消極的な治療とならざるを得ないことが多かった。しかし、排菌の持続が予後不良因子であることが示され、近年では積極的な治療介入と排菌陰性化を目指した治療方針の重要性が高まっている。アリケイス[®]は、難治性肺 MAC 症に対して標準治療に追加することで排菌陰性化を達成し得る薬剤であり、さらに吸入療法によりアミノグリコシド系抗菌薬の長期使用に伴う腎毒性や第 8 脳神経障害を軽減する利点がある。本講演では、難治性肺 MAC 症に対するアリケイス[®]の実臨床における有用性およびその新たな治療戦略について考察する。

共催：インスメッド合同会社

医学生・初期研修医セッションⅢ 12:50~13:32

座長 宿谷威仁 (順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科)

研 13. 嚥下機能障害が遷延した TIF1- γ 抗体陽性肺小細胞癌随伴性皮膚筋炎の 1 例

獨協医科大学病院臨床研修センター¹、獨協医科大学呼吸器・アレルギー内科²、
獨協医科大学リウマチ・膠原病内科³、獨協医科大学病院呼吸器内視鏡センター⁴

なつめ こうすけ

○夏目皓介¹、塚田伸彦²、佐藤理華³、中村祐介²、塚田 梓²、新井 良²、
武政聡浩^{2,4}、池田 啓³、清水泰生^{2,4}、仁保誠治²

59 歳男性、進展型肺小細胞癌に対する 3 次治療後の患者。ゴットロン徴候、全身筋痛、嚥下困難を呈し、CK 上昇並びに抗 TIF1- γ 抗体が陽性であった。腫瘍の増悪を伴い、腫瘍随伴性皮膚筋炎と診断した。副腎皮質ステロイド大量療法、免疫グロブリン大量静注療法を行い、筋症状は改善したが嚥下障害が残存した。TIF1- γ 抗体陽性皮膚筋炎は悪性腫瘍の合併に加えて嚥下機能障害のリスクと報告され、治療継続の制限となる。

研 14. 播種性骨髄癌腫症を伴った EGFR 変異陽性肺腺癌の 1 例

湘南鎌倉総合病院呼吸器内科

おおた うみ

○太田 海、荒牧宏江、福井朋也、野間 聖

症例は 55 歳男性。発熱を主訴に受診し、最終的に EGFR 変異 (exon19 del) 陽性 IV 期肺腺癌と診断した。また PET-CT で広範な骨浸潤所見を、骨髄穿刺で腺癌の浸潤を認め、播種性骨髄癌腫症も合併していた。オシメルチニブを開始したが、DIC および微小血管障害性溶血性貧血の進行がみられ、2 ヶ月後に永眠された。肺腺癌による播種性骨髄癌腫症および治療不応性について文献的考察を加え報告する。

研 15. エルロチニブとラムシルマブによる治療中に好中球減少症が遷延した肺腺癌の一例

医療法人鉄蕉会亀田総合病院呼吸器内科

みかみ まゆ

○三上眞由、森本康弘、藤岡遥香、林 潤、本間雄也、窪田紀彦、永井達也、大槻 歩、伊藤博之、金子教宏、中島 啓

慢性心疾患の既往がある 83 歳男性、PS1。左大量胸水の精査で当科を受診し、左上葉肺腺癌、TXN1M1a Stage4A、EGFR exon19 欠失変異陽性と診断した。エルロチニブ、ラムシルマブの併用療法を開始したが、36 日目に発熱性好中球減少症を発症し、入院加療となった。抗菌薬と G-CSF 治療的投与を行ったが好中球減少が遷延し、入院 41 日目に退院した。本化学療法による好中球減少症の出現の報告は少なく、文献的考察を含め報告する。

研 16. 傍腫瘍性辺縁系脳炎を合併した抗 SOX1 抗体陽性小細胞肺癌の 1 例

東京女子医科大学八千代医療センター卒後研修センター¹、東京女子医科大学病院呼吸器内科²、東京女子医科大学病院脳神経内科³、東京女子医科大学病院病理診断科⁴

ひしぬましゅんや

○菱沼俊哉¹、有村 健²、塩田悠乃²、三好 梓²、赤羽朋博²、神尾敬子²、石居 真³、藤堂謙一³、山本智子⁴、多賀谷悦子²

【症例】59 歳女性。2024 年 X 月頃より近時記憶障害が出現。1 か月後の胸部 CT で左肺下葉の腫瘍と無気肺とを指摘された。【検査結果】血清 NSE および ProGRP 高値、抗 SOX1 抗体陽性を認め、PET-CT では左肺下葉の腫瘍性病変に FDG の異常集積が指摘された。また、傍腫瘍性辺縁系脳炎の診断基準を満たした。【考察】抗 SOX1 抗体陽性の傍腫瘍性神経症候群は小細胞肺癌に多くみられるが、辺縁系脳炎を合併することは稀であるため報告する。

研 17. Lorlatinib 開始後に硬膜下血腫を認めた ALK 融合遺伝子陽性肺腺癌の 1 例

東海大学医学部内科学系呼吸器内科学

かけふだたいよう

○掛札太陽、友松克允、鈴木海輝、梅本耕平、堀尾幸弘、端山直樹、伊藤洋子、小熊 剛、浅野浩一郎

40 歳女性。6 年前に ALK 融合遺伝子陽性肺腺癌 IV 期と診断され、Crizotinib を開始、3 年後に脳転移増大により Alectinib に変更。3 年後に脳転移増大・髄膜播種を認め、Lorlatinib に変更した。開始 6 週後に右硬膜下血腫を認め、経時的に拡大を認め手術も検討した。頭蓋内病変は縮小傾向であり、治療反応に伴う腫瘍出血と考え経過をみたところ、血腫は吸収され軽快した。がん治療に伴う硬膜下血腫はまれであり、文献的考察を加え報告する。

研 18. atezolizumab 投与後に無症候性 irAE 心筋炎を発症した ALK 融合遺伝子陽性肺癌の一症例

大森赤十字病院呼吸器内科

ひぐち たいせい

○樋口太清、太田智裕、太田宏樹

症例は 48 歳女性。IV 期 ALK 融合遺伝子陽性肺癌に対して、ALK-TKI による治療が行ってきたが無効となり ABCP 療法を導入、治療中であった。3 コース目施行目的の入院時にトロポニン I の著増と完全右脚ブロックの出現を認めた。経胸心臓超音波検査による GLS 解析で壁運動障害を認めた。胸痛、起座呼吸などを認めず、atezolizumab による無症候性心筋炎と診断した。irAE で最も致死率が高いとされる心筋炎について文献的考察を加えて報告する。

研 19. IL-4・IL-13 両シグナルを効率よく抑制するトラップ分子：新たなアレルギー治療薬の開発研究

順天堂大学医学部5年生¹、順天堂大学大学院医学研究科アトピー疾患研究センター²

みやざきしゅんいち
○宮崎隼一^{1,2}、貝谷綾子²、押手紗羅²、伊沢久未²、安藤智暁²、北浦次郎²

2型炎症に寄与するIL-4とIL-13のシグナルを共に抑える抗IL-4R α 抗体は臨床応用されている。本研究目的は、IL-4とIL-13を効率よくトラップする分子を作製し、新規治療薬の分子基盤を築くことである。我々は、IL-4R α とIL-13R α 2の細胞外領域を連結するFc融合タンパクを作製し、この分子がIL-4とIL-13のシグナルを強く抑制し、マウスモデルの気道炎症を抑えることを示した。

研 20. IgG4 関連胸膜炎に胆管癌を合併した一例

東京都立広尾病院呼吸器科¹、東京都立広尾病院検査科病理²、東京都立広尾病院呼吸器外科³

つちや ちから
○土屋 力¹、須賀実佑里¹、富樫聡子¹、三上恵里花¹、中西明日香¹、
橋戸律子¹、斎藤 均¹、今田安津子²、横須賀哲哉³、山本和男¹

76歳男性、前医でADA高値リンパ球優位滲出性胸水を認め結核性胸膜炎として抗結核薬を開始。5ヶ月後胸水再貯留による呼吸困難で当科精査入院。血清IgG4 819mg/dL、胸膜生検でIgG4陽性細胞増加あり、CTで肺野縦隔に病変はなくIgG4関連胸膜炎と臨床診断した。同時に胆管狭窄を認めERCPで生検し胆管癌と判明、手術加療で治癒を得た。胆管癌合併IgG4関連胸膜炎は稀であり、考察を加え報告する。

研 21. Benralizumab 投与後に喀出された喀痰で Schizophyllum commune によるアレルギー性肺真菌症の診断を得た1例

横浜市立市民病院呼吸器内科

もりた えりか
○森田えりか、宮崎和人、伊藤幸太、林亜希子、平原 歩、篠原浩幸、
柴 綾、東 由子、阿河昌治、濱川侑介、谷口友理、三角祐生、
上見葉子、中村有希子、下川恒生、岡本浩明

アレルギー性肺真菌症 (ABPM) は喘息などの患者で発症することが多い。今回 Schizophyllum commune (SC) による ABPM を経験した。症例は50歳女性。X-4年、持続する咳嗽を主訴に紹介、肺化膿症として治療した。残存病変に対する気管支鏡で好酸球性炎症を認め、気管支喘息、ABPM 疑いと診断した。X年2月喘息症状が増悪し Benralizumab を開始。その後肺野陰影が増悪、喀痰培養で SC が検出された。SC による ABPM の報告は少ないため報告する。

研 22. 高用量 ICS により副腎皮質機能低下症をきたした気管支喘息の1例

小田原市立病院初期臨床研修医¹、小田原市立病院呼吸器内科²、小田原市立病院糖尿病内分泌内科³

ふるごおりゆういち
○古郡佑一¹、神崎満美子²、近藤智香²、山崎貴浩³、清水翔平²

症例は72歳女性。気管支喘息に対して高用量ICS/LABAで長期的に加療されていたが、食思不振や倦怠感が出現し、低血糖で緊急入院した。負荷試験の結果、ICSによる続発性副腎皮質機能低下症と診断された。ICSは喘息治療において必要不可欠であるが、一定範囲を超えたICSの使用は、全身性の有害事象を引き起こすリスクを高める。ICSと副腎皮質機能低下症に関して、文献的考察を加え報告する。

研 23. 肺底区動脈大動脈起始症を合併し、CA19-9 高値を呈した先天性肺気道奇形 (CPAM) の 1 例
平塚共済病院臨床研修科¹、平塚共済病院呼吸器科²、平塚共済病院外科³、平塚共済病院病理診断科⁴

つねまつ はやと
○常松隼人¹、井上幸久²、富田佐綾²、近藤弘美²、山本実央²、山下将平²、
原 哲²、島田裕之²、山仲一輝³、松原 修⁴、神 靖人²

44 歳女性。咳嗽・胸部異常陰影のため当科受診、腹腔動脈から起始し右下葉肺底区に流入する異常血管と同部位に嚢胞性変化を伴う浸潤影を認めた。血清中の CA19-9 が 2869U/ml と高値で肺癌の合併が否定できず、胸腔鏡下右肺下葉切除術、異常動脈結紮術を施行した。病理では悪性所見は認めず、線毛円柱上皮で覆われた多房性嚢胞を認め、広範囲に気管支拡張、気管支肺炎、器質化肺炎を伴った CPAM と考えられた。

研 24. 感染性仮性肺動脈瘤と気管内多発隆起病変を認めた播種性クリプトコックス症の一例

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エイズ治療・研究開発センター²

もりかわなりたか
○森川成孝¹、鈴木 学¹、阿部静太郎²、安藤尚克²、勝矢知里¹、田村旺子¹、
鶴蒔 望¹、田中裕大¹、青島あずさ¹、田中三千穂¹、草場勇作¹、辻本佳恵¹、
石田あかね¹、橋本理生¹、高崎 仁¹、西村直樹¹、軒原 浩¹、泉 信有¹、
放生雅章¹

症例は 60 歳男性。X 年 4 月に体動困難、脱力、発熱を主訴に救急搬送され、HIV 感染、播種性クリプトコックス症と診断。X 年 5 月に感染性動脈瘤破綻による大量咯血を来し、気管支動脈塞栓術を施行。その後の気管支鏡検査では、気管内に多発隆起性病変を認めた。感染性動脈瘤、気管内病変からはともにクリプトコックスの菌体が検出された。HIV 患者に発症する播種性クリプトコックス症の肺内病変の特徴について文献的考察を報告する。

教育セミナー II 14:25~15:25

座長 中村博幸 (東京医科大学茨城医療センター)

「進行性線維化を伴う間質性肺疾患の診断と治療の進展」

演者：神尾孝一郎 (日本医科大学大学院医学研究科)

間質性肺疾患 (interstitial lung disease: ILD) には 200 を超える疾患が含まれるが、その正確な診断は適切な治療方針の決定のために重要である。一方で ILD には原因の如何にかかわらず進行性の線維化を来す一群が存在する。特発性肺線維症 (idiopathic pulmonary fibrosis: IPF) はそのプロトタイプとも言えるが、ニンテグニブの有効性を検証する目的で行われた INBUILD 試験では IPF 以外の進行性を呈する ILD に対して進行性線維化を伴う間質性肺疾患 (PF-ILD) という用語が用いられた。また 2022 年には ATS/ERS/JRS/ALAT から進行性肺線維症 (PPF) という新たな用語と定義がガイドラインとして発表されている。それぞれ進行の定義が 2 年以内、1 年以内と異なるが、背景にあるのは原因によらず進行性のフェノタイプを正確に捉えて早期に治療介入することの重要性であると考えられる。そこには IPF の治療薬開発が契機となり、その方法論が PF-ILD/PPF に敷衍された経緯がある。本講演では IPF を含めた進行性の線維化を伴う ILD の診療・治療の進歩と、新たに注目される分子、ならびに急性増悪時における血液浄化療法の進捗なども議論したい。

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

31. 臍帯血移植後に発症した肺腺癌に対する Pembrolizumab 治療中に重症 irAE 肺障害をきたした一例

慶應義塾大学病院呼吸器内科

やまもとしゅんた
○山本峻大、加畑宏樹、深沢友里、福澤紘平、松井優子、溝部政仁、鈴木理紗子、宮川 明、小澤拓矢、扇野圭子、寺井秀樹、安田浩之、福永興壺

症例は 66 歳男性。急性リンパ性白血病に対して臍帯血移植後、肺腺癌 (cT1bN1M1c stageIVB、遺伝子変異陰性、TPS 70%) を発症し、Pembrolizumab による治療を導入した。投与 27 日後に重症 irAE 肺障害をきたし、ステロイドパルス療法や免疫抑制剤を投与するも改善乏しく、投与 55 日後に永眠された。移植後の患者では免疫チェックポイント阻害薬による免疫関連有害事象の発症率が高い可能性があり、投与にはより一層の注意が必要である。

32. ステロイド抵抗性の ICI 肺炎に対してミコフェノール酸モフェチルが奏功した症例

東京医科大学八王子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

しおおり なお
○塩入菜緒^{1,2}、菊池亮太²、富澤春香²、今里大吾²、大江裕哉²、本橋 遥²、久富木原太郎²、爲永伶奈²、水島麗生²、木下逸人²、武田幸久²、小神真梨子²、石割菜由子²、富樫佑基²、小林研一²、河野雄太²、阿部信二²

ICI-肺炎 (P) に対して PSL を減量していた 72 歳の肺癌男性が、呼吸困難のため受診した。CT で両側の浸潤影、経気管支鏡下肺生検で肺胞腔内の器質化とリンパ球浸潤を認め、ステロイド抵抗性の ICI-P と診断した。PSL 増量と MMF 追加で陰影は軽快し、PSL の減量が可能となった。最終的に PSL と MMF を中止したが、ICI-P は再燃していない。ステロイド抵抗性の ICI-P に MMF は有効な可能性がある。

33. Pembrolizumab 投与中に Stevens-Johnson 症候群を発症した肺扁平上皮癌の 1 例

東邦大学医療センター佐倉病院呼吸器内科¹、東邦大学医療センター佐倉病院皮膚科²

いりえ ゆうすけ
○入江祐介¹、大橋稜悟¹、南波健介¹、櫻井大雅¹、高島健太¹、村上 悠¹、若林宏樹¹、三津山信治²、磯部和順¹、松澤康雄¹

症例は 74 歳男性。肺扁平上皮癌の術後再発に対する Pembrolizumab 単剤投与開始 8 ヶ月後に発熱、口腔粘膜障害と体幹部優位の target 様で一部びらんを伴う浮腫性紅斑、腎機能障害を認め、Stevens-Johnson 症候群と診断し入院となった。ステロイドパルス療法を施行するも、皮膚粘膜所見の改善なく、血漿交換を 4 回実施したところ、皮膚粘膜障害は緩徐に改善を認め、第 30 病日に独歩退院した。

34. 免疫チェックポイント阻害薬投与後にステロイド抵抗性の免疫性血小板減少症を発症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¹、

順天堂大学医学部附属順天堂医院血液内科学講座²

あおやま あき
○青山 暉¹、小池建吾¹、岡島耀史¹、宮下洋佑¹、宮脇太一¹、大久保友博²、
福田泰隆²、高橋和久¹

53歳男性。悪性胸膜中皮腫術後再発に対し1次治療ニボルマブ+イピリムマブ療法を3コース投与後にGrade 4の血小板減少が出現し、免疫性血小板減少症の診断となった。高用量ステロイド療法が奏効しなかった為、エルトロンボパグを追加投与したところ、血小板数の回復を認めた。悪性胸膜中皮腫に対し免疫チェックポイント阻害薬投与後にステロイド抵抗性の免疫性血小板減少症を発症した貴重な一例であり報告する。

35. 長期にニボルマブ奏効後に水疱性類天疱瘡を発症したEGFR遺伝子変異陽性進行肺癌の一例

横浜労災病院呼吸器内科¹、横浜労災病院アスベスト疾患ブロックセンター²、

横浜市立大学大学院呼吸器病学教室³

しょうないしおり
○庄内志織¹、中村祐太郎¹、松長花保¹、吉見 聡¹、逸見優理²、江口晃平¹、
石井宏志¹、高橋良平¹、小澤聡子²、伊藤 優¹、金子 猛³

83歳女性。肺腺癌cT2bN3M1b stageIVA EGFR遺伝子変異Ex19del陽性と診断され、ゲフィチニブを開始したが、4ヶ月で原発巣増大を認めた。再生検にてT790M変異は陰性、PD-L1発現率は95%であった。二次治療としてニボルマブを開始し、計117コース施行し約6年部分奏効を維持したが、水疱性類天疱瘡を発症し投与を中止した。EGFR遺伝子変異陽性肺癌にニボルマブが長期に奏効した一例を経験したので報告する。

セッションⅦ 16:10~16:38

座長 岩田裕子（東京医科大学八王子医療センター呼吸器内科）

36. 気道閉塞を伴う結節で紹介となり外科手術にて診断が確定した気管支結核の一例

国立病院機構東京病院呼吸器内科¹、国立病院機構東京病院呼吸器外科²

なかむら ゆめ
○中村侑愛¹、榎本 優¹、大島信治¹、島田昌裕¹、守尾嘉晃¹、田村厚久¹、
永井英明¹、松本小琳²、四元拓真²、深見武史²、松井弘稔¹

【症例】69歳男性。【主訴】咳嗽。【現病歴】X-1年10月より咳嗽を自覚。X年2月症状改善無く近医受診し、胸部CTで左下葉底区枝内腔を閉塞する結節影を指摘され、肺癌を疑い胸腔鏡下左下葉切除術を施行。【経過】手術検体の抗酸菌検査が培養陽性となり、気管支結核と診断し、抗結核薬治療を開始した。【結語】一見して悪性腫瘍を疑う病変でも、結核感染症も鑑別として念頭に置くことが重要である。

37. 縦隔リンパ節結核治療終盤に心嚢水貯留を伴う薬剤逆説反応を呈し、ステロイド治療が奏功した1例

神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科

もりうち あさみ

○森内麻美、萩原恵里、金子太一、田上陽一、酒寄雅史、奥田 良、
馬場智尚、小松 茂、関根朗雅、小倉高志

30歳女性の縦隔リンパ節結核症例。標準治療6ヶ月経過時、薬剤逆説反応（paradoxical reaction）を疑う縦隔リンパ節再増大と、その後心嚢水貯留を認めた。プレドニゾロン1mg/kg/日で開始後漸減し、画像上改善した。薬剤逆説反応による結核治療終盤の心嚢水貯留は稀である。2023年、厚生労働省が「薬剤逆説反応」への用語統一を通知しており、症例経過と新用語を報告する。

38. 肺アスペルギルス症による大量咯血に対して、気管支動脈塞栓術を施行した症例

かわぐち心臓呼吸器病院呼吸器内科¹、国立国際医療研究センター病院呼吸器内科²、
東京医科大学病院呼吸器内科³、日本医科大学千葉北総病院呼吸器内科⁴

やまぐち ゆうき

○山口優樹^{1,3}、鈴木 学^{1,2}、中野 湧^{1,3}、木下逸人³、石割茉祐子³、
河越淳一郎^{1,3}、岡野哲也⁴、阿部信二³

67歳男性。他院で間質性肺炎および肺アスペルギルス症の診断でイトラコナゾールにて抗真菌薬加療を行っていた。しかし血痰が出現し徐々に頻度が増加し、咯血へ移行。今回1000mlを超える咯血を認めたため、当院に救急搬送。第2病日に緊急気管支動脈塞栓術を施行し、複数動脈からアプローチを行い止血が得られた。肺アスペルギルス症による咯血は命に関わる危険性も高く、治療には内科的治療に加えて適切な血管内治療が必要である。

39. パラインフルエンザ1型感染により増悪をきたした成人気管支喘息の1例

筑波メディカルセンター病院呼吸器内科

こやなぎ さゆみ

○小柳彩友美、飯島弘晃、望月美美、嶋田貴文、清水 圭、小原一記、
栗島浩一、石川博一

気管支喘息患者においてウイルス感染は増悪の誘因となる。また、真菌の重複感染によりアレルギー性気管支肺アスペルギルス症（ABPA）を合併しうる。今回、フィルムアレイと抗体価の推移から、パラインフルエンザウイルス1型感染による喘息増悪が示唆された症例を経験した。同時に粘液栓を呈しており精査の結果ABPAの診断に至った。パラインフルエンザウイルス1型感染を契機に呼吸不全をきたした成人気管支喘息の症例であり報告する。

今後のご案内

□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)

□第 265 回日本呼吸器学会関東地方会

会 期：2025 年 7 月 12 日 (土)
会 場：ライトキューブ宇都宮
会 長：前門戸 任 (自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門)

□第 266 回日本呼吸器学会関東地方会

(合同開催：第 188 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 9 月 13 日 (土)
会 場：秋葉原コンベンションホール
会 長：森本 耕三 (公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター)

※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

アストラゼネカ株式会社
インスメッド合同会社
小野薬品工業株式会社
杏林製薬株式会社
第一三共株式会社
中外製薬株式会社
株式会社ツムラ
帝人ヘルスケア株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
ノバルティス ファーマ株式会社
フクダライフテック東京株式会社
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

(五十音順)

2024年10月31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262回日本呼吸器学会関東地方会
会長 阿部 信二
(東京医科大学病院呼吸器内科)