

第94回

日本呼吸器学会・ 日本結核非結核性抗酸菌症学会

九州支部春季学術講演会

プログラム



会期

2025.3.8(土)

会場

宮崎市民プラザ

〒880-0001

宮崎県宮崎市橘通西1丁目1-2

会長

松元 信弘

〒880-0911 宮崎市大字田吉4374-1

独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院 呼吸器内科

事務局

坪内 拡伸

〒889-1692 宮崎市清武町木原5200

宮崎大学 医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

第94回

日本呼吸器学会・ 日本結核 非結核性抗酸菌症学会

九州支部 春季学術講演会

プログラム

会期

2025年3月8日 土

会場

宮崎市民プラザ

〒880-0001 宮崎市橘通西1丁目1番2号

会長

松元 信弘

国立病院機構宮崎東病院 呼吸器内科部長

主催事務局：宮崎大学 医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

事務局長：坪内 拓伸

〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原 5200

運営事務局：アンプロデュース株式会社

〒810-0001 福岡県福岡市中央区天神 4-4-30-6F

TEL：092-401-5755

E-mail：info@jrsk94.com

第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会 九州支部 春季学術講演会

ごあいさつ

会長 松元 信弘

(国立病院機構宮崎東病院 呼吸器内科 部長)



第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会の会長を拝命致しました。2025年3月8日(土)に宮崎市民プラザにて開催致します。このような機会を与えていただき、誠に光栄に存じます。また、多くの演題を登録いただきありがとうございます。

本学術講演会では私が常々興味を持っております、未来の医学・医療とAI・DXとの関わりについて、京都大学教授の黒田知宏先生に「医療DXの現在と未来 - UIとAI・UXとDX -」と題してご講演いただきます。医学・医療はAI・DXによってどう変わっていくのか、先生方と一緒に学ばせていただきたいと思います。特別講演では長崎大学教授の迎寛先生に医学生や若い先生方の道しるべとなるよう、自身のキャリアを考えるうえで示唆に富んだ話をお願い致しました。九州地元愛あふれるご講演を楽しんでいただければと思います。シンポジウムでは「九州発の医療エビデンス」と題して、九州から臨床研究で成果を発信されている若手の先生を中心にシンポジストをお願いしました。臨床研究は単独施設での実施はなかなか難しく、今後九州横断的に協力していくことが重要と思われます。このようなシンポジウムを通して交流が深まれば幸いです。教育講演は久留米大学教授の藤本公則先生と宮崎大学教授の宮崎泰可先生をお願い致しました。藤本先生には間質性肺疾患におけるCT所見の基本的な理解の仕方をご講演いただき、宮崎先生には市中肺炎診療の本質的なとらえ方をご講演いただきます。

ご多忙の中、ご講演、座長を引き受けていただきました先生方、ご支援をいただきました企業の皆様、日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部関連の皆様、本学術講演会事務局の皆様、そしてご参加いただきます皆様に心から感謝申し上げます。

最後に地鶏、宮崎牛、レタス巻き、餃子、、など「食の宝庫」宮崎を堪能していただけると幸いです。

ご 案 内

参加者へのご案内

本学術講演会は、現地開催いたします。

※当日のライブ配信、会期後のオンデマンド配信は行いません。

1. 参加登録・当日受付

本会の参加登録は、会場での現金対応のみとなります。

※事前参加登録は行いません。当日会場での参加登録のみとなります。

【受付場所】宮崎市民プラザ 1F ロビー 「総合受付」

【受付時間】3月8日(土) 7:30～17:30

2. 参加費

区分	参加費	備考
会 員	3,000 円	不課税
非 会 員	3,000 円	課 税
研 修 医	無料	受付にて研修医証明書をご提出ください。
学部学生	無料	受付にて学生証をご提示ください

※税区分 会員：不課税 非会員：課税（10%税込）

3. 参加証明書・領収書について

総合受付にて、参加費のお支払い後にお渡しいたします。

4. プログラム・講演抄録

抄録本文について、冊子の作成はありません。

学会ホームページからご自身でダウンロード（保存・印刷）してください。

パスワードは、jrsk94_miyazaki

※会員の皆様には、メールにてご案内いたします。

5. 各種単位について

「日本呼吸器学会専門医資格更新研修単位」については、会場にバーコードリーダーをご用意します。会員証をご持参いただきますようお願いいたします。

また、本学術講演会へのご参加で以下の単位が取得可能です。

詳細は、本会ホームページをご確認ください。

- ・日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症認定医／指導医、抗酸菌症エキスパート資格
- ・呼吸ケア指導士
- ・3学会合同呼吸療法認定士

6. クローク

会場 1F にクロークをご用意していますので、ご利用ください。
3月8日(土) 7:30～19:00

7. 共催セミナー

ランチョンセミナー、アフタヌーンセミナーを行います。
お弁当や軽食をご用意しております。(数に限りがございます)
整理券の配布は行いませんので、直接会場にお越しください。

8. 企業展示

日 時: 3月8日(土) 8:00～17:00
場 所: 宮崎市民プラザ 4F ロビー

9. 関連会合

- 合同運営委員会: 3月7日(金) 16:00～17:00
宮崎観光ホテル 東館 3F 「緋耀(ひよう)」
- 合同評議員会: 3月7日(金) 17:10～18:10
宮崎観光ホテル 東館 3F 「緋耀(ひよう)」

10. 九州支部次期および次々期学術講演会のお知らせ

- 第95回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会・日本サルコイドーシス
／肉芽腫性疾患学会 九州支部 秋季学術講演会
会 長: 山本 和子 (琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学講座)
会 期: 2025年(令和7年)10月31日(金)～11月1日(土)
会 場: 沖縄コンベンションセンター
- 第96回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会 九州支部 春季学術講演会
会 長: 吉田 誠 (国立病院機構福岡病院 呼吸器内科)
会 期: 2026年(令和8年)3月14日(土)
会 場: 九州大学医学部百年講堂

11. 注意事項

- ・会場内の呼び出しはいたしかねます。
- ・会場内では携帯電話の電源を切るかマナーモードに切り替え、講演中または発表中の会場での通話をご遠慮ください。
- ・会場内での発言はすべて座長の指示に従い、必ず所定の場所で所属・氏名を述べてから簡潔に発言してください。
- ・掲示・展示・印刷物の配布・ビデオ撮影などは会長の許可がない場合はご遠慮ください。

発表者へのご案内

1. 発表時間

- 会長招請講演、特別講演、教育講演、シンポジウム、男女共同参画セッションでご講演の方別途お知らせしておりますご講演時間に沿ってご発表をお願いいたします。
- 一般演題でご発表の方
発表は、8分（発表6分、討論2分）
座長の指示のもとに講演時間を厳守してください。
口演終了1分前に黄ランプ、終了は赤ランプでお知らせします。

2. 発表形式

- ・発表はPCプレゼンテーションに限定します。
- ・投影スクリーンは1面で、発表にはWindows PCとプロジェクターを使用いたします。
※DVD、VTR等のご用意はございません。
- ・各会場にご用意するPCのOSはWindows11となります。
※原則としてご発表の際は、会場のPCをご利用ください。
※MacBookをご使用の方はご自身のパソコンをお持ちください。
- ・発表データは以下の点をご確認のうえ、ご準備ください。

3. 発表データ

- 1) 発表データはPCデータのみ受付となります。
 - ・発表データは原則としてUSBメモリーまたはCD-Rにてご用意ください。
 - ・データファイル名は「演題番号・演者氏名.pptx (.ppt)」としてください。
例) 91呼吸太郎.pptx
 - ・保存するメディアには発表に必要なデータのみとし、他のデータは保存しないでください。
 - ・メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、あらかじめ最新のウイルス駆除ソフトでチェックしてください。
 - ・発表データ作成後、他のパソコンで正常に動作するかチェックしてください。
 - ・発表のスライドサイズは、「16：9」（ワイドサイズ）で作成してください。「4：3」でも使用可能ですが、画面サイズが小さくなることを予めご了承ください。
 - ・受付時にコピーした発表データは、学会終了後に事務局にて責任を持って消去いたします。
- 2) 発表に使用できるデータはPowerPointを使用し、作成したものに限りませ。
※PowerPointの機能にある、「発表者ツール」を使用しての発表はできませんので、作成の際はご注意ください。
 - ・使用するフォントは、Windowsに標準搭載されているフォントを推奨致します。
[日本語] MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝、メイリオ
[英語] Times New Roman, Arial, Arial Black, Arial Narrow, Century, Century Gothic, Courier New, Georgia
- 3) Power Point上の動画は使用可能ですが、動画データはWindowsで標準状態の映画&テレビ、Windows Media Playerで再生できるファイルにて作成し、PowerPointにリンクして下さい。

- 4) 会場でご用意する PC ケーブルコネクターの形状は HDMI です。
- ・ ノートパソコンお持ち込みの場合、モニター出力端子に HDMI が装備されているものに限りま。タブレット端末でのご発表はご遠慮ください。
 - ※事前に発表データを作成した PC とは別の PC で動作確認をお願いいたします。
 - ※動画データは PowerPoint データとともに使用する動画ファイルを同一フォルダに整理し、保存のうえ、ご持参下さい。
 - ※標準的な動画コーデック以外の動画ファイルの場合、再生に不具合を生じる場合がございます。
(動画再生に不安のある方は、ご自身のPC をご持参いただくことをお勧めいたします。)
 - ※Microsoft PowerPoint2010 で、動画ファイルを埋め込み処理された場合は、別途そのファイルもご持参いただくことをお勧めいたします。
- 5) 発表の際は、演者ご本人により PC の操作をお願いいたします。
- ※iPad を使用しての発表も出来ませんのでご注意ください。
- 6) ノートパソコンお持ち込みの場合
- ・ MacBook をご使用の方はご自身のパソコンをお持ちください。
 - ・ モニター出力端子に HDMI が装備されているものに限りま。タブレット端末でのご発表はご遠慮ください。
 - ・ スクリーンセーバー、省電力設定を予め解除してください。
 - ・ AC アダプタは必ずご持参下さい。
 - ・ 故障などの予期せぬトラブルに備え、バックアップデータをご持参下さい。
 - ・ MacBook や一部の Windows マシンでは変換コネクタが必要となりますので、必ずご持参下さい。
 - ・ 発表の際は、会場の左側前方のオペレーター席に PC をお持ち込み下さい。
講演終了後、オペレーター席で PC を返却いたします。

4. PC データ受付

【PC 受付場所】宮崎市民プラザ 1F ロビー

【PC 受付時間】3月8日(土) 7:30 ~ 17:30

- ・ 発表予定時刻の30分前までにPC受付にて試写を行い、データを提出して下さい。
- ※午前は混雑が予想されます。午後のプログラムのPC受付は、なるべく11時以降にお願いいたします。

5. 注意事項

- ・ 次演者の方は、前演者が登壇されたら、必ず「次演者席」にご着席ください。
- ・ 不測の事態に備えて、USB フラッシュメモリまたはCD-R にてバックアップデータをご持参されることをお勧めいたします。

座長へのご案内

1. 座長は担当セッション開始予定時間 15分前までに「次座長席」に必ずご着席ください。受付はございません。
2. 各セッションの進行は座長に一任いたしますが、終了時間は厳守してください。

学会日程表 3月8日(土)

	A会場	B会場	C会場	D会場	E会場
	1F オルブライトホール	4F ギャラリー 1	4F ギャラリー 2	4F 大会議室	4F 中会議室
8:00					
8:30	8:25~8:30 開会式 8:30~9:20 シンポジウム 1 九州発の臨床医療エビデンス 座長：古藤 洋、川山 智隆 演者：坂本 憲穂、緒方 大聡	8:30~9:10 一般演題 1 肺癌 1 座長：森山 英士	8:30~9:10 一般演題 2 呼吸器感染症 1 座長：若松謙太郎	8:30~9:10 一般演題 3 症例 1 座長：一安 秀範	
9:00					
9:30	9:25~10:15 シンポジウム 2 九州発の臨床医療エビデンス 座長：小宮 幸作、山本 和子 演者：富田 雄介、岩間 映二	9:20~10:00 一般演題 4 肺癌 2 座長：古堅 誠	9:20~10:00 一般演題 5 間質性肺疾患 1 座長：一門 和哉	9:20~10:00 一般演題 6 症例 2 座長：山崎 啓	
10:00					
10:30		10:10~10:50 一般演題 7 間質性肺疾患 2 座長：石松 祐二	10:10~10:50 一般演題 8 呼吸器感染症 2 座長：高園 貴弘	10:10~10:50 一般演題 9 免疫・アレルギー / COPD 喘息・気道過敏症 / COPD 座長：尾長谷 靖	
11:00	10:50~11:40 会長招請講演 医療DXの現在と未来 —UIとAI・UXとDX— 座長：松元 信弘 演者：黒田 知宏				
11:30			「気管支喘息の難治化に関わる分子病態とサイトカイン制御の意義」 「生物学的製剤導入のポイントとDumexaの可能性とは～臨床の現場から～」		
12:00		11:50~12:50 ランチョンセミナー 1 症例を通じて学ぶ 肺 MAC 症診療の極意 座長：宮崎 泰可 演者：伊藤 明広 共催：インスメッド合同会社	11:50~12:50 ランチョンセミナー 2 座長：井上 博雅 演者：高木 弘一、坪内 拡伸 共催：サノフィ株式会社	11:50~12:50 ランチョンセミナー 3 局所進行肺癌に対する治療選択について 一切除可能：不能の考察も含めて 座長：阪本 勇 演者：竹中 賢 共催：アストラゼネカ株式会社	11:50~12:50 ランチョンセミナー 4 重症喘息におけるIL-5の役割と Mepolizumab治療の新展開 座長：矢寺 和博 演者：高橋浩一郎 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社
12:30					
13:00	13:00~13:50 教育講演 1 間質性肺疾患の画像診断： CT所見の捉え方と病変分布からの鑑別 座長：井上 博雅 演者：藤本 公則	13:00~13:40 一般演題 10 肺癌 3 座長：坪内 拡伸	13:00~13:40 一般演題 11 呼吸器感染症 3 座長：串間 尚子	13:00~13:40 一般演題 12 気管支 座長：石本 裕士	
13:30					
14:00		13:50~14:40 アフタヌーンセミナー 1 間質性肺疾患の進行線維化を 早期発見するポイント～患者中心の医療～ 座長：迎 寛 演者：早稲田優子 共催：日本ペーリンインターナショナル株式会社	13:50~14:40 アフタヌーンセミナー 2 好酸球性重症喘息における バイオマーカー—嚴格管理について再考する 座長：石井 寛 演者：放生 雅章 共催：アストラゼネカ株式会社	13:50~14:40 アフタヌーンセミナー 3 進行非腫上皮非小細胞肺癌に対する アテゾリブS+併用療法免疫療法 座長：藤田 昌樹 演者：井上 博之 共催：中外製薬株式会社	
14:30					
15:00	14:50~15:40 特別講演 医師としての九州びらり旅 —呼吸器内科医としての旅の軌跡— 座長：星野 友昭 演者：迎 寛				
15:30					
16:00		15:50~16:40 アフタヌーンセミナー 4 PD-L1低発現症例の複合免疫療法選択 座長：星野 友昭 演者：荒金 尚子 共催：プリストル、マイアースクラブ株式会社	15:50~16:40 アフタヌーンセミナー 5 自己免疫性肺萎縮症の診断と治療 座長：坂上 拓郎 演者：吉田知栄子、石本 裕士 共催：ノーベルファーマ株式会社	15:50~16:40 アフタヌーンセミナー 6 肺アスペルギルス症のマネジメント 座長：柳原 克紀 演者：高園 貴弘 共催：旭化成ファーマ株式会社	
16:30					
17:00	16:45~17:35 教育講演 2 市中肺炎の診療 ～身につけたい知識と考え方～ 座長：岩永 知秋 演者：宮崎 泰可	16:50~17:30 一般演題 13 肺癌 4 座長：猿渡 功一	16:50~17:30 一般演題 14 症例 3 座長：姫路 大輔	16:50~17:30 一般演題 15 胸膜 座長：田中謙太郎	
17:30					
18:00	17:40~18:20 男女共同参画 共生社会の実現に向けた Diversity, Equity, and Inclusionの重要性 座長：寺田 純子 演者：伊達 紫	17:40~18:20 一般演題 16 症例 4 座長：柳 重久			
18:30	18:20~18:40 育成賞表彰式、閉会式				

座長一覧

会場	時間	セッション名	座長	演題番号
A 会場	8:30～9:20	シンポジウム 1	古藤 洋 川山 智 隆	
	9:25～10:15	シンポジウム 2	小宮 幸 山本 和 子	
	10:50～11:40	会長招請講演	松元 信 弘	
	13:00～13:50	教育講演 1	井上 博 雅	
	14:50～15:40	特別講演	星野 友 昭	
	16:45～17:35	教育講演 2	岩永 知 秋	
	17:40～18:20	男女共同参画	寺田 純 子	
B 会場	8:30～9:10	一般演題 1「肺癌 1」	森山 英 士	1～5
	9:20～10:00	一般演題 4「肺癌 2」	古堅 誠	16～20
	10:10～10:50	一般演題 7「間質性肺疾患 2」	石松 祐 二	31～35
	11:50～12:50	ランチョンセミナー 1	宮崎 泰 可	
	13:00～13:40	一般演題 10「肺癌 3」	坪内 拓 伸	46～50
	13:50～14:40	アフタヌーンセミナー 1	迎 寛	
	15:50～16:40	アフタヌーンセミナー 4	星野 友 昭	
	16:50～17:30	一般演題 13「肺癌 4」	猿渡 功 一	61～65
	17:40～18:20	一般演題 16「症例 4」	柳 重 久	76～80
C 会場	8:30～9:10	一般演題 2「呼吸器感染症 1」	若松 謙 太郎	6～10
	9:20～10:00	一般演題 5「間質性肺疾患 1」	一門 和 哉	21～25
	10:10～10:50	一般演題 8「呼吸器感染症 2」	高園 貴 弘	36～40
	11:50～12:50	ランチョンセミナー 2	井上 博 雅	
	13:00～13:40	一般演題 11「呼吸器感染症 3」	串間 尚 子	51～55
	13:50～14:40	アフタヌーンセミナー 2	石井 寛	
	15:50～16:40	アフタヌーンセミナー 5	坂上 拓 郎	
	16:50～17:30	一般演題 14「症例 3」	姫路 大 輔	66～70

会場	時間	セッション名	座長	演題番号
D会場	8:30～9:10	一般演題3「症例1」	一安秀範	11～15
	9:20～10:00	一般演題6「症例2」	山崎啓	26～30
	10:10～10:50	一般演題9「免疫・アレルギー /喘息・気道過敏症/COPD」	尾長谷靖	41～45
	11:50～12:50	ランチョンセミナー3	岡本勇	
	13:00～13:40	一般演題12「気管支」	石本裕士	56～60
	13:50～14:40	アフタヌーンセミナー3	藤田昌樹	
	15:50～16:40	アフタヌーンセミナー6	柳原克紀	
	16:50～17:30	一般演題15「胸膜」	田中謙太郎	71～75
E会場	11:50～12:50	ランチョンセミナー4	矢寺和博	

共催セミナー一覧

ランチョンセミナー 1 11:50～12:50 B会場(4F ギャラリー1)

症例を通じて学ぶ肺 MAC 症診療の極意

座長：宮崎 泰可(宮崎大学医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野)

演者：伊藤 明広(公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 呼吸器内科)

共催：インスメッド合同会社

ランチョンセミナー 2 11:50～12:50 C会場(4F ギャラリー2)

座長：井上 博雅(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 呼吸器内科学)

気管支喘息の難治化に関わる分子病態とサイトカイン制御の意義

演者：高木 弘一(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 呼吸器内科)

生物学的製剤導入のポイントと Dupilumab の可能性とは ～当院の使用経験から～

演者：坪内 拓伸(宮崎大学医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野)

共催：サノフィ株式会社

ランチョンセミナー 3 11:50～12:50 D会場(4F 大会議室)

局所進行肺癌に対する治療選択について 一切除可能・不能の考察も含めて～

座長：岡本 勇(九州大学大学院医学研究院 呼吸器内科学分野)

演者：竹中 賢(産業医科大学 第2外科学)

共催：アストラゼネカ株式会社

ランチョンセミナー 4 11:50～12:50 E会場(4F 中会議室)

難治性喘息治療の最適化を考える

座長：矢寺 和博(産業医科大学医学部 呼吸器内科学)

重症喘息における IL-5 の役割と Mepolizumab 治療の新展開

演者：高橋浩一郎(佐賀大学医学部附属病院呼吸器内科)

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

アフタヌーンセミナー 1 13:50～14:40 B会場(4F ギャラリー1)

間質性肺疾患の進行性線維化を早期発見するポイント～患者中心の医療～

座長：迎 寛(長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野)

演者：早稲田優子(福井大学医学部 病態制御医学講座 内科学(3))

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

アフタヌーンセミナー 2 13:50～14:40 C会場(4F ギャラリー2)

好酸球性重症喘息におけるバイオマーカー厳格管理について再考する

～臨床経験から考える抗 IL-5 受容体抗体の臨床効果～

座長：石井 寛(福岡大学筑紫病院)

演者：放生 雅章(国立国際医療研究センター病院 呼吸器内科)

共催：アストラゼネカ株式会社

アフタヌーンセミナー 3 13:50～14:40 D会場(4F 大会議室)

進行非扁平上皮非小細胞肺癌に対するアテゾリズマブ併用複合免疫療法

座長：藤田 昌樹(福岡大学医学部 呼吸器内科学)

演者：井上 博之(福岡大学医学部 呼吸器内科学)

共催：中外製薬株式会社

アフタヌーンセミナー4 15:50～16:40 B会場(4F ギャラリー1)

PD-L1 低発現症例の複合免疫療法選択

座長：星野 友昭(久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門)

演者：荒金 尚子(高邦会高木病院がんセンター、佐賀大学医学部)

共催：プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

アフタヌーンセミナー5 15:50～16:40 C会場(4F ギャラリー2)

自己免疫性肺胞蛋白症の診断と治療

座長：坂上 拓郎(福岡大学筑紫病院)

自己免疫性肺胞蛋白症の診断 UPDATE

演者：吉田知栄子(熊本大学病院 呼吸器内科)

自己免疫性肺胞蛋白症の治療 UPDATE

演者：石本 裕士(長崎大学病院 呼吸器内科)

共催：ノーベルファーマ株式会社

アフタヌーンセミナー6 15:50～16:40 D会場(4F 大会議室)

肺アスペルギルス症のマネジメント

座長：柳原 克紀(福岡大学医学部 呼吸器内科学)

演者：高園 貴弘(長崎大学病院 呼吸器内科 / 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 臨床感染症学)

共催：旭化成ファーマ株式会社

会場へのアクセス



※学会当日、宮崎駅前にて「まつり宮崎」が開催されます。
朝 7 時～ 20 時まで高千穂通が通行止めとなりますので、
時間に余裕を持って、お越しくださいませ。

■電車・バスをご利用の方

宮崎駅・南宮崎駅からバスで 10 分、徒歩 30 分

橋通 1 丁目バス停をご利用ください。橋通 1 丁目バス停から徒歩 3 分

■宮崎空港をご利用の方

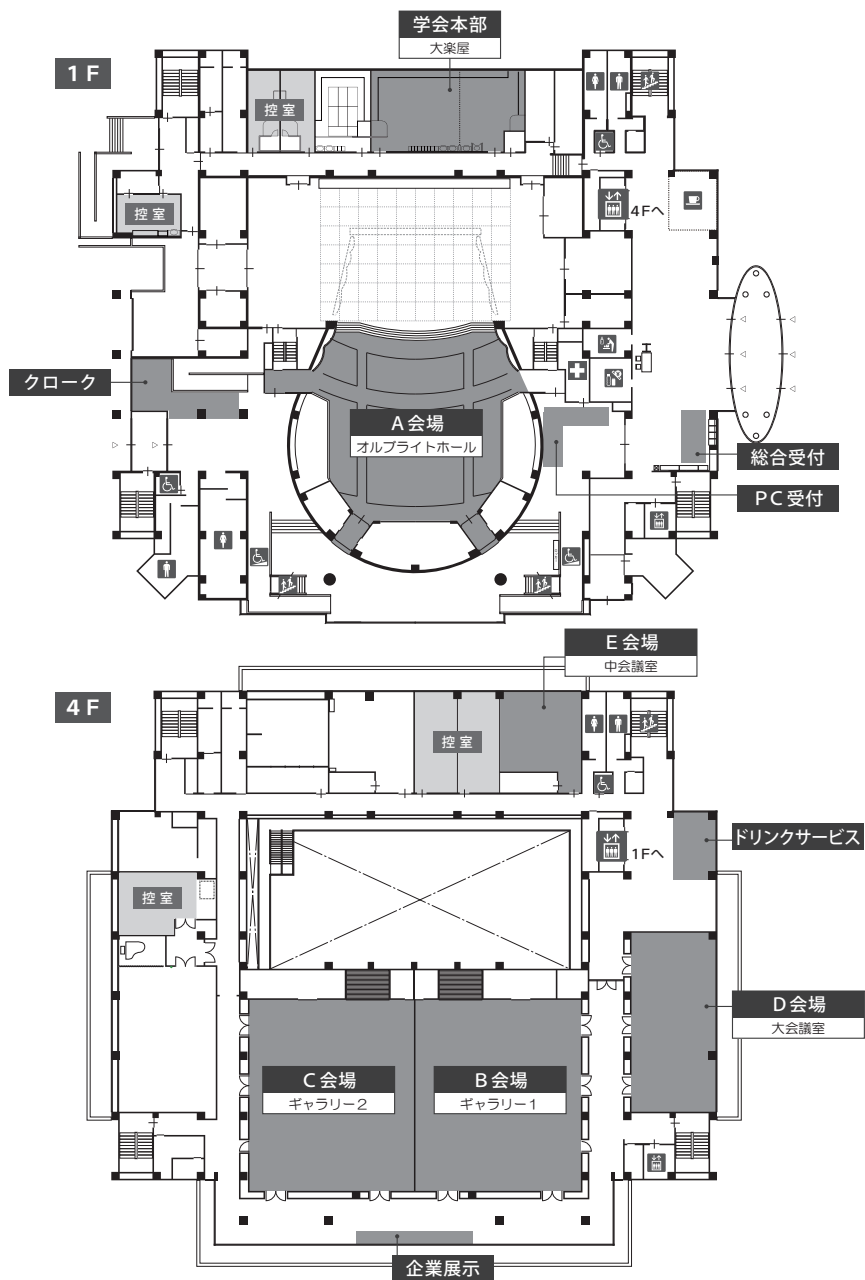
宮崎空港からバスで 25 分、タクシーで 20 分

■お車でお越しの方

会場内に有料駐車場がございますが、駐車台数に限りがございます。

駐車料金は学会では負担出来かねますので予めご了承ください

会場案内図



プログラム

主要プログラム

開会式

3月8日(土) 8:25～8:30

A会場(1F オルブライトホール)

会長 松元 信弘(独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院 呼吸器科)

シンポジウム 1

3月8日(土) 8:30～9:20

A会場(1F オルブライトホール)

主題：九州発の臨床医療エビデンス

座長：古藤 洋(公立学校共済組合九州中央病院)

川山 智隆(久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門)

1 九州発の臨床医療エビデンスを目指す間質性肺疾患領域の取り組み

坂本 憲穂 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野

2 Real World Data から得られる COPD 領域のエビデンス

緒方 大聡 九州大学大学院 医学研究院 呼吸器内科学分野

シンポジウム 2

3月8日(土) 9:25～10:15

A会場(1F オルブライトホール)

主題：九州発の臨床医療エビデンス

座長：小宮 幸作(大分大学医学部呼吸器・感染症内科学講座)

山本 和子(琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学講座(第一内科))

1 腸内細菌叢を標的とした肺癌治療の可能性

富田 雄介 熊本大学病院 呼吸器内科

2 肺癌診療の課題と新たなエビデンスの創出

岩間 映二 九州大学大学院 医学研究院 呼吸器内科学分野

会長招請講演

3月8日(土) 10:50～11:40

A会場(1F オルブライトホール)

座長：松元 信弘(独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院 呼吸器科)

医療 DX の現在と未来－ UI と AI・UX と DX －

黒田 知宏 京都大学 医学研究科附属 医療 DX 教育研究センター

ランチョンセミナー 1

3月8日(土) 11:50～12:50

B会場(4F ギャラリー1)

座長：宮崎 泰可(宮崎大学医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野)

症例を通じて学ぶ肺 MAC 症診療の極意

伊藤 明広 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 呼吸器内科

共催：インスメッド合同会社

ランチョンセミナー 2

3月8日(土) 11:50～12:50

C会場(4F ギャラリー2)

座長：井上 博雅(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 呼吸器内科学)

気管支喘息の難治化に関わる分子病態とサイトカイン制御の意義

高木 弘一 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 呼吸器内科

生物学的製剤導入のポイントと Dupilumab の可能性とは～当院の使用経験から～

坪内 拓伸 宮崎大医学部 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

共催：サノフィ株式会社

ランチョンセミナー 3

3月8日(土) 11:50～12:50

D会場(4F 大会議室)

座長：岡本 勇(九州大学大学院医学研究院 呼吸器内科学分野)

局所進行肺癌に対する治療選択について - 切除可能・不能の考察も含めて

竹中 賢 産業医科大学 第2外科学

共催：アストラゼネカ株式会社

ランチョンセミナー 4

3月8日(土) 11:50～12:50

E会場(4F 中会議室)

座長：矢寺 和博(産業医科大学医学部 呼吸器内科学)

難治性喘息治療の最適化を考える

矢寺 和博 産業医科大学医学部 呼吸器内科学

重症喘息における IL-5 の役割と Mepolizumab 治療の新展開

高橋浩一郎 佐賀大学医学部附属病院呼吸器内科

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

教育講演 1

3月8日(土) 13:00～13:50

A会場(1F オルブライトホール)

座長：井上 博雅(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科呼吸器内科学)

間質性肺疾患の画像診断：CT 所見の捉え方と病変分布からの鑑別

藤本 公則 久留米大学医学部放射線医学講座

アフタヌーンセミナー 1

3月8日(土) 13:50～14:40

B会場(4F ギャラリー1)

座長：迎 寛(長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野)

間質性肺疾患の進行性線維化を早期発見するポイント～患者中心の医療～

早稲田優子 福井大学医学系部門 呼吸器内科学分野

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

アフタヌーンセミナー 2

3月8日(土) 13:50～14:40

C会場(4F ギャラリー2)

座長：石井 寛(福岡大学筑紫病院)

好酸球性重症喘息におけるバイオマーカー厳格管理について再考する
～臨床経験から考える抗IL-5受容体抗体の臨床効果～

放生 雅章 国立国際医療研究センター病院 呼吸器内科

共催：アストラゼネカ株式会社

アフタヌーンセミナー 3

3月8日(土) 13:50～14:40

D会場(4F 大会議室)

座長：藤田 昌樹(福岡大学医学部 呼吸器内科学)

進行非扁平上皮非小細胞肺癌に対するアテゾリズマブ併用複合免疫療法

井上 博之 福岡大学医学部 呼吸器内科学

共催：中外製薬株式会社

特別講演

3月8日(土) 14:50～15:40

A会場(1F オールブライトホール)

座長：星野 友昭(久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門)

医師としての九州ぶらり旅～呼吸器内科医としての旅の軌跡～

迎 寛 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野

アフタヌーンセミナー 4

3月8日(土) 15:50～16:40

B会場(4F ギャラリー1)

座長：星野 友昭(久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門)

PD-L1 低発現症例の複合免疫療法選択

荒金 尚子 高邦会高木病院がんセンター / 佐賀大学医学部

共催：プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

アフタヌーンセミナー 5

3月8日(土) 15:50～16:40

C会場(4F ギャラリー2)

自己免疫性肺胞蛋白症の診断と治療

座長：坂上 拓郎(熊本大学大学院生命科学研究所 呼吸器内科学)

自己免疫性肺胞蛋白症の診断 UPDATE

吉田知栄子 熊本大学病院 呼吸器内科

自己免疫性肺胞蛋白症の治療 UPDATE

石本 裕士 長崎大学病院 呼吸器内科

共催：ノーベルファーマ株式会社

アフタヌーンセミナー 6

3月8日(土) 15:50～16:40

D会場(4F 大会議室)

座長：柳原 克紀(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 病態解析・診断学分野)

肺アスペルギルス症のマネジメント

高園 貴弘 長崎大学病院 呼吸器内科 / 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 臨床感染症学

共催：旭化成ファーマ株式会社

教育講演 2

3月8日(土) 16:45～17:35

A会場(1F オルブライトホール)

座長：岩永 知秋(国立病院機構福岡病院)

市中肺炎の診療～身につけたい知識と考え方～

宮崎 泰可 宮崎大学医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

男女共同参画

3月8日(土) 17:40～18:20

A会場(1F オルブライトホール)

座長：寺田 純子(国立国際医療研究センター病院)

共生社会の実現に向けた Diversity, Equity, and Inclusion の重要性

伊達 紫 宮崎大学フロンティア科学総合研究センター

育成賞表彰式・閉会式

3月8日(土) 18:20～18:40

A会場(1F オルブライトホール)

会長 松元 信弘(独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院 呼吸器科)

一般演題プログラム

一般演題 1 肺癌 1

3月8日(土) 8:30～9:10

B会場(4F ギャラリー1)

座長：森山 英士(国立病院機構宮崎東病院腫瘍内科)

- 1 中咽頭転移をきたした肺腺癌の1例
長澤 大賀 産業医科大学呼吸器内科学
- 2 偶発的に微小多発肺扁平上皮癌を認めた間質性肺炎の一部検例
城臺安見子 熊本大学病院 呼吸器内科
- 3 PD-L1を高発現したG-CSF産生肺扁平上皮癌の1例
川崎 光一 長崎みなとメディカルセンター呼吸器内科
- 4 ソトラシブが著効した浸潤性粘液腺癌の一例
岩江奈津子 宮崎善仁会病院 呼吸器内科
- 5 左非小細胞肺癌の治療経過中に右悪性胸膜中皮腫を合併した1例
楯 見太郎 いまきいれ総合病院

一般演題 2 呼吸器感染症 1

3月8日(土) 8:30～9:10

C会場(4F ギャラリー2)

座長：若松謙太郎(国立病院機構大牟田病院)

- 6 癌性胸膜炎との鑑別を要した結核性腹膜炎の一例
目黒真衣香 産業医科大学医学部呼吸器内科学
- 7 ICI投与後の肺扁平上皮癌治療中に認めた肺結核の一例
大崎 優亮 福岡大学病院呼吸器内科
- 8 当院における非結核性抗酸菌症に合併した胸膜炎5例の臨床的検討
大村 直也 NHO長崎医療センター 教育センター
- 9 抗結核薬内服中に新規病変の出現を繰り返した結核性リンパ節炎の1例
釘宮 啓一 国立病院機構宮崎東病院呼吸器内科
- 10 EGFR陽性肺腺癌に対してオシメルチニブ内服中に肺結核を発症した一例
石田 俊秀 日本赤十字社大分赤十字病院

一般演題 3 症例 1

3月8日(土) 8:30～9:10

D会場(4F 大会議室)

座長：一安 秀範(熊本大学大学院生命科学研究所呼吸器内科学講座)

- 11 Nuss法漏斗胸手術後に生じた好酸性胸膜炎の2例
上 若生 琉球大学大学院医学研究科感染症・呼吸器・消化器内科学講座

- 12 気道感染後に顕在化した運動誘発性喘息の一例
河波 敦子 宮崎大学医学部医学科
- 13 検診 PET-CT で高集積を呈した右肺門部リンパ節に珪酸を認めた一例
北村 瑛子 宮崎大学医学部内科学講座呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野
- 14 診断に苦慮したサリルマブによる薬剤性肺障害の1例
仲山 由李 琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学講座(第一内科)
- 15 全肺無気肺におけるネーザルハイフロー治療
福島 一雄 医療法人室原会 菊南病院

一般演題 4 肺癌 2

3月8日(土) 9:20～10:00

B会場(4F ギャラリー1)

座長:古堅 誠(琉球大学病院第一内科)

- 16 診断に難渋した肺節外性NK/T細胞リンパ腫の1例
比嘉真理子 国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科
- 17 自然軽快したirAE心筋炎の一例
濱田 由紀 熊本大学病院呼吸器内科
- 18 超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)により迅速に診断を得た肺動脈原発血管内膜肉腫の一例
古岡 優里 大分大学 医学部 医学科
- 19 EGFR 遺伝子エクソン 20 挿入変異陽性肺腺癌に対してアミバンタマブを投与した1例
原 啓太 福岡大学筑紫病院呼吸器内科
- 20 分子標的薬の自己中断により増悪したALK融合遺伝子陽性肺腺癌の一例
山本 哲平 宮崎県立日南病院内科

一般演題 5 間質性肺疾患 1

3月8日(土) 9:20～10:00

C会場(4F ギャラリー2)

座長:一門 和哉(済生会熊本病院)

- 21 抗ARS抗体が病勢とともに陰性化した肺サルコイドーシスの1例
宇都加寿子 宮崎市郡医師会病院 内科
- 22 急速増大する耳下腺病変を認めたサルコイドーシスの一例
南里 水晶 佐賀大学医学部附属病院呼吸器内科
- 23 自己免疫性肺胞蛋白症の3症例におけるサルグラモスチム吸入療法終了後の臨床経過
柴田佳那恵 長崎大学病院医療教育開発センター
- 24 クライオ生検で診断したペムプロリズマブによる薬剤性間質性肺炎の2例
椎葉 律哉 宮崎県立宮崎病院内科
- 25 IPFのCT画像における特徴所見の検出:5mm slice vs thin-slice
飛野 和則 飯塚病院 呼吸器内科

一般演題 6 症例 2

3月8日(土) 9:20 ~ 10:00

D会場(4F 大会議室)

座長：山崎 啓(産業医科大学若松病院 呼吸器内科)

- 26 ARDSを合併した粟粒結核症例の検討
永吉 洋介 日本赤十字社長崎原爆諫早病院
- 27 非心原性肺水腫像の原因として肺糞線虫症が考えられた一例
黒田 凌 沖縄県立八重山病院呼吸器内科
- 28 血管内カテーテル生検で診断した肺動脈内膜肉腫の1例
内之倉俊太 宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター
- 29 石灰化を伴う前縦隔腫瘍に対し外科的切除を行い胸腺アミロイドーシスの診断となった一例
古閑 将史 熊本赤十字病院呼吸器内科
- 30 サウナを契機に発症した急性外因性リポイド肺炎の1例
伊藤 貫太 大分大学医学部付属病院

一般演題 7 間質性肺疾患 2

3月8日(土) 10:10 ~ 10:50

B会場(4F ギャラリー 1)

座長：石松 祐二(長崎大学医学部保健学科)

- 31 TNFR superfamily 8(CD30)は特発性間質性肺炎の疾患進行に関連する
岡元 昌樹 NHO九州医療センター呼吸器内科 / 久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科
- 32 関節リウマチ加療中に発症した抗EJ抗体陽性間質性肺炎増悪の一例
鶴地 宏弥 久留米大学内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門
- 33 発症後約1ヶ月で死に至った抗MDA5抗体陽性間質性肺炎の1剖検例
重草 貴文 宮崎市郡医師会病院 内科
- 34 外科的肺生検で診断に至った造血幹細胞移植後肺障害の1例
藤山 桜 長崎大学病院医療教育開発センター
- 35 サルコイドーシスの経過中にDLBCLを発症した一例
武田 恵介 九州大学病院呼吸器内科

一般演題 8 呼吸器感染症 2

3月8日(土) 10:10 ~ 10:50

C会場(4F ギャラリー 2)

座長：高園 貴弘(長崎大学病院 呼吸器内科(医歯薬学総合研究科 臨床感染症学))

- 36 結核患者の予後予測因子に関する前向き検討
若松謙太郎 NHO大牟田病院呼吸器内科
- 37 吸入ステロイド薬使用中に発症した喉頭クリプトコックス症の1例
片山あかり NHO長崎医療センター教育センター

- 38 肺癌化学療法中に侵襲性リステリア症を発症した 1 例
山口 晃弘 鹿児島大学医歯学総合研究科呼吸器内科学
- 39 気管支鏡検査が AIDS 診断の契機となった 1 例
野嶋 朋洋 長崎大学病院 呼吸器内科
- 40 アスペルギルスと非結核性抗酸菌の複合感染症と考えられた 1 例
平井 千晴 福岡大学筑紫病院呼吸器内科

一般演題 9 免疫・アレルギー / 喘息・気道過敏症 / COPD

3月8日(土) 10:10 ~ 10:50

D会場(4F 大会議室)

座長：尾長谷 靖 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学)

- 41 複数のアレルギー疾患に適応を有するデュピルマブの使用状況
福嶋 健人 国立病院機構福岡病院 アレルギーセンター
- 42 気道病変に局限した再発性多発軟骨炎の 1 例
緒方 大聡 九州大学病院呼吸器内科
- 43 両肺びまん性の小葉中心性すりガラス影を呈した MALT リンパ腫の 1 例
森 夢実 宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター
- 44 Durvalumab 投与に関連した気管支喘息発作の一例
國武 陸 独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター呼吸器内科
- 45 生体情報(音声・咳音)の解析特徴量を用いた慢性閉塞性肺疾患(COPD)の罹患推定
古賀美千帆 長崎大学医学部

一般演題 10 肺癌 3

3月8日(土) 13:00 ~ 13:40

B会場(4F ギャラリー 1)

座長：坪内 拡伸 (宮崎大学医学部内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野)

- 46 二相性胸膜中皮腫に対する術前化学療法が劇的に奏効した一例
吉山 和俊 長崎大学病院 呼吸器内科
- 47 TP53 機能獲得型遺伝子変異がオシメルチニブの効果に及ぼす影響の検討
岩間 映二 九州大学大学院医学研究院呼吸器内科学分野
- 48 オンコマイン DxTT 陰性、ALK 免疫染色陽性の肺腺癌に対してアレクチニブが奏効した 1 例
山田 晃寛 熊本大学病院呼吸器内科
- 49 EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌から小細胞肺癌へ形質転換した 3 例の検討
森山 英士 国立病院機構宮崎東病院腫瘍内科
- 50 ROS-1 融合遺伝子陽性の肺腺癌に対する entrectinib 投与中に心臓障害をきたした一例
廣澤 利帆 産業医科大学医学部

一般演題 11 呼吸器感染症3

3月8日(土) 13:00～13:40

C会場(4F ギャラリー2)

座長: 申間 尚子 (福岡大学筑紫病院 感染制御部・呼吸器内科)

- 51 DPC データを用いた高齢誤嚥性肺炎患者の予後予測因子についての検討
山田 若奈 大分県立病院
- 52 アトピー性皮膚炎に対してウパダシチニブの使用中にニューモシスチス肺炎を来した一例
岩永 充月 佐世保市総合医療センター呼吸器内科
- 53 当院で経験したニューモシスチス肺炎の後方視的検討
峰 千晶 諫早総合病院
- 54 訪問診療にて肺結核の治療を行った独居高齢者の1例
郡山 晴喜 ホームクリニックみまた
- 55 気管支鏡検査にて診断した *Nocardia asiatica* の一例
佐野ありさ 国立病院機構宮崎東病院

一般演題 12 気管支

3月8日(土) 13:00～13:40

D会場(4F 大会議室)

座長: 石本 裕士 (長崎大学病院 呼吸器内科)

- 56 Nivolumab + Ipilimumab 投与後に irAE による再発性多発軟骨炎を発症した1例
田中 愛美 熊本大学病院呼吸器内科
- 57 クライオ生検にて摘出した気管支内過誤腫の1例
大庭 七海 佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター
- 58 気管気管支腫瘍 AL アミロイドーシスの一例
小田 康晴 宮崎大学医学部内科学講座呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野
- 59 繰り返す肺炎を契機に確定診断に至った嚢胞性線維症の1例
神宮 達也 産業医科大学若松病院呼吸器内科
- 60 気道狭窄を多角的に評価し抜管に成功した甲状腺腫瘍による気道狭窄の1例
宮尾 賢輝 済生会熊本病院呼吸器内科

一般演題 13 肺癌4

3月8日(土) 16:50～17:30

B会場(4F ギャラリー1)

座長: 猿渡 功一 (熊本大学大学院生命科学研究部 呼吸器内科学講座)

- 61 当院における手術検体での EGFR, ALK 検査の検討 - シングル検査とマルチ検査の比較 -
稲葉 恵 熊本中央病院 呼吸器内科
- 62 オシメルチニブが奏効した EGFR exon21 L858R 遺伝子変異陽性肺紡錘細胞癌の1例
岩永 優人 北九州総合病院呼吸器内科

- 63 免疫チェックポイント阻害剤が奏功した浸潤性粘液産生性肺腺癌の2例
 平山 椎名 宮崎大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター
- 64 レンパチニブによる慢性胆嚢炎を来したものの外科的切除により内服を継続できた胸腺癌の1例
 松尾 彩子 国立病院機構 宮崎東病院 呼吸器内科
- 65 嚥下障害を契機に診断となった抗 TIF-1 γ 抗体陽性皮膚筋炎合併肺癌の2例
 川久保寛朗 佐世保市総合医療センター 研修医

一般演題 14 症例3

3月8日(土) 16:50～17:30

C会場(4F ギャラリー2)

座長：姫路 大輔(県立宮崎病院)

- 66 間質性肺炎を契機に診断に至った抗 SRP 抗体陽性特発性炎症性筋疾患の1例
 小池 愛 九州大学病院呼吸器内科
- 67 サルグラモスチム吸入療法が奏効した自己免疫性肺胞蛋白症の一例
 楠間菜津美 福岡大学病院 呼吸器内科
- 68 スキューバダイビング中に発生した溺水の1例 ～当院における溺水症例の検討～
 土田 真平 宮崎県立日南病院 内科
- 69 肺動静脈奇形に対するコイル塞栓術後8年目にコイル逸脱と再咯血をきたした一例
 春藤 裕樹 福岡大学病院呼吸器内科
- 70 よもぎ蒸しによる急性肺障害の一例
 大田 裕晃 飯塚病院 呼吸器内科

一般演題 15 胸膜

3月8日(土) 16:50～17:30

D会場(4F 大会議室)

座長：田中謙太郎(鹿児島大学 大学院歯学総合研究科 呼吸器内科学)

- 71 心臓および脳を含む全身転移をきたした悪性胸膜中皮腫の1例
 森光 舜 長崎みなとメディカルセンター呼吸器内科
- 72 Actinomyces 属や Fusobacterium 属菌が検出され悪性胸膜中皮腫の診断に苦慮した一例
 西本 翔英 宮崎大学医学部呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野
- 73 胸水貯留で発症し、セルブロックによる病理検査にて診断された、成人 T 細胞性白血病の一例
 今津 善史 国立病院機構都城医療センター 呼吸器内科
- 74 乳糜胸水を契機に判明した悪性リンパ腫の1例
 飯干俊之輔 福岡東医療センター
- 75 免疫チェックポイント阻害薬が奏功した悪性心膜中皮腫の一例
 桑原 三慧 宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター

一般演題 16 症例4

3月8日(土) 17:40～18:20

B会場(4F ギャラリー1)

座長:柳 重久(宮崎大学医学部附属病院)

- 76 右肩痛と呼吸困難を主訴に来院した Loeys-Dietz 症候群の 1 例
我有 哲郎 米の山病院 呼吸器内科
- 77 肺炎加療後に急速に増大し、抗凝固療法により改善がみられた奇静脈瘤の一例
藤澤 博謙 へつぎ病院 呼吸器内科
- 78 結核性胸膜炎の治療開始後に IgA 血管炎を発症した症例
平松 由莉 飯塚病院 呼吸器内科
- 79 健診胸部 X 線写真にて異常指摘され、緩徐な進行を示した、自己免疫性肺胞蛋白症の一例
田中 弦一 宮崎県立宮崎病院 内科
- 80 重症喘息治療でベンラリズマブ投与中に発症した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の一例
坂部 光邦 飯塚病院 呼吸器内科

会長招請講演

医療 DX の現在と未来 —UI と AI・UX と DX—

黒田 知宏

京都大学 医学研究科附属 医療 DX 教育研究センター

1999 年の三局長通知によって、電子カルテが解禁されて依頼、情報通信技術は臨床現場と医学の現場を大きく変え続けてきた。いまや、大きな病院において情報システムの無しの診療業務運営は考えられず、大量の臨床データを入手できなければ、臨床研究を行うことはほぼ不可能になりつつある。一方で、Real World Data を各方面から強く求められた結果、臨床現場の業務の大半はパソコンの前で費やされ、情報通信技術が発達すればするほど、パソコンに仕事をさせ続けられている印象すらある。結果として、「医療 DX 令和ビジョン 2030」の下で「医療 DX」が進んだ未来の有りようには、漠然とした不安すら感じなくもない。「医療 DX」とはそもそもなんなのだろうか？

本講演では、なぜいまの情報通信技術が臨床現場の仕事を際限なく増やしているのかを紐解き、その解決策の一端をご紹介します。併せて、日本政府が進めようとしている「医療 DX」の現時点で見える未来像を、欧州の新たな医療 DX ビジョンである European Health Data Space を鏡に覗き見る。最後に、医療 DX とはそもそもなんで有ったのかを考え、情報通信技術を最大化した未来の医療の有り様を講演者なりに展望し、そこへ至るための途をどうつけていけば良いのかを議論する。

未来を拓く鍵は、UI (User Interface) と AI (Artificial Intelligence)、UX (User Experience) と DX (Digital Transformation) をペアで考えることにある。具体的には…お話の中で紹介する。

特別講演

医師としての九州ぶらり旅 - 呼吸器内科医としての旅の軌跡 -

迎 寛

長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野

医師になり、今年で約40年を迎えたが、呼吸器内科医師としての半生は九州内のさまざまな場所での経験に基づいている。長崎大学第二内科に入局後、医師3年目には長崎県北松浦郡（現佐世保市）にある僻地の病院の北松中央病院に勤務し、1人前の呼吸器内科医師として、半ば強制的に独り立ちの機会を得た。当時は右も左も分からない中、長崎大学第二内科同門の諸先輩方の助けを借りながら無我夢中で多くの症例を経験し、そこから多くを学び取り、珍しい症例では可能な限り症例報告として執筆した。

医師8年目には、宮崎大学（当時の宮崎医科大学）に助手として呼吸器内科の立ち上げに関わる機会を得た。当時はまだまだ少なかった呼吸器内科の先生方と協力し、臨床や研究成果を上げることで、周囲の先生方によりやく認めてもらえるようになった。その期間に多くの若手医師との出会いがあり、呼吸器内科の魅力を伝えることで後輩医師を増やすことに一役立てたと自負している。本学会長である松元信弘先生もその時に呼吸器内科を志望してくれた後輩の一人である。宮崎では診療の中でウエステルマン肺吸虫症の臨床・画像的特徴をまとめることができた。また、宮崎大学第3内科の前教授であられる中里雅光先生との出会いをきっかけにデフェンシンの研究を行った。宮崎での4年間の生活が軌道に乗ったところで、カナダのプリティッシュコロンビア大学への留学の機会を得た。

留学中は大気汚染と肺疾患に関する基礎研究に従事し、多くの経験を積ませていただいた。帰国後は、長崎大学第二内科のびまん性肺疾患グループのチーフとなり、マクロライドの免疫調整作用やデフェンシンなどの宿主免疫応答、肺線維化進行のメカニズムについて、医局の後輩とともに多くの研究を行った。ここでも仕事が軌道に乗ったところで、産業医科大学呼吸器内科の立ち上げのため異動することになった。

産業医科大学では教授の立場で、呼吸器内科のより幅広い分野で多くの後輩や仲間を育てることができ、網羅的細菌叢解析という、後にライフワークとも言える研究に巡り合うことができた。再び6年間の教授職が軌道に乗ったところで、河野茂先生の跡を継ぎ、出身医局である長崎大学第二内科に教授として戻ることとなった。

その後はCOVID-19の流行など困難な時期もあったが、これまでの研究で得たヒントを基に嫌気性菌に関わる研究を中心に、医局の後輩たちと幅広く取り組んできた。呼吸器内科医としての半生は、3つの九州内の大学勤務を経験し、多くの先輩や後輩との出会いによって形作られてきた。そして、その縁が今も自分を支えてくれていると常と感じている。

昨今では、医局に入局せず研修指定病院で研修を行う医師が増えている。それも一つの選択肢であり、何にも縛られることなく医師としての道を歩むのも悪くはない。ただし、良い臨床医となるためには、基礎・臨床研究に従事する時期を持つことが、その後の成長につながる私は考える。また、医局の良さは仲間とともに「縁を紡ぐこと」にあると信じている。今回の講演では、お世話になった方々への感謝の意を込めて講演したい。

教育講演

間質性肺疾患の画像診断：CT 所見の捉え方と病変分布からの鑑別

藤本 公則

久留米大学医学部放射線医学講座

間質性肺疾患の画像診断において薄層 CT / 高分解能 CT は、病変の性質、鑑別疾患、病勢把握、経過観察、治療効果判定、予後予測などに用いられる欠かすことができないモダリティであり、本教育講演では、下記の 3 項目に焦点を当て概説する。

間質性肺疾患の画像診断に興味を持っていただき、実臨床に活かしていただければ幸いである。

- 1) 間質性肺疾患の画像所見として、すりガラス影、コンソリデーション、網状影、線状・索状影、牽引性細気管支・気管支拡張、蜂巢肺などの用語が使われるが、これらの捉え方を実際の画像や病理像を提示しながら概説する。
- 2) 画像における肺間質性線維化病変の捉え方について話し、次いで肺線維症の基本パターンとして、通常型間質性肺炎 (UIP)、非特異性間質性肺炎 (NSIP)、細気管支中心性間質性肺炎 (BIP/ACIF) 各パターンの病理像と CT 像を対応させて示し、小葉単位での病変分布の差 (小葉辺縁性、びまん性、細気管支周囲性) や時間的・空間的な均一・不均一性の捉え方および全体像から見たその特徴像を概説する。
- 3) 画像診断でびまん性肺疾患の鑑別疾患を考える際に、病変の特徴像や病変・病勢経過などのほかに頭尾方向 (上肺野 vs. 下肺野) や横断方向 (内層 vs. 外層) の病変分布優位性から迫る方法もある。前者は V/Q 比、肺動脈血流、胸郭運動、酸素分圧、pH、肺胞のサイズなどの上・下肺野での違い、後者は血管 (血流、血液循環、血管の分岐形態)、気道 (気流、気道の分岐形態)、リンパ (リンパ管の分布・リンパ流)、力学的ストレス、システム生物学的要因 (細胞免疫 Th1/Th2 バランス不均衡) などの内・外層での違いが関与すると考えられており、特に間質性肺疾患への応用について概説する。

市中肺炎の診療 ～身につけたい知識と考え方～

宮崎 泰可

宮崎大学医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

市中肺炎のなかで、細菌感染の場合は肺炎球菌肺炎の頻度や重症化リスクが高く、特に高齢者における疾病負担が大きい。インフルエンザ菌ではアンピシリン耐性株がしばしば問題となるが、一般に緑膿菌などの薬剤耐性菌を考慮する必要はない。マイコプラズマ肺炎やウイルス性肺炎は年齢や流行時期によって疾患頻度は大きく異なる。Filmarray の普及によってウイルス感染の疫学データは増えてきたが、どのように肺炎の病態に関与しているのかは不明な点が多い。一部、インフルエンザや COVID-19 に続発する細菌性肺炎の重症化機序については報告が増えてきた。その他、器質化肺炎や薬剤性肺炎、心不全など非感染性疾患も考慮しながら鑑別診断を進める。

日常診療のなかで行われる検査は従来から大きく変わっていない。喀痰検査や尿中抗原検査、必要に応じて各種抗原検査などが実施されるものの、市中肺炎の原因微生物が同定されるケースは半数にも満たない。我々は、患者背景や症状、各種検査所見、臨床経過や感染流行状況などをもとに検査や治療方針を選択する。臨床力を高めるためには、知識の集積も重要だが、日々の症例を診て考える力を養っていかなければならない。思索を展開することは生涯続くトレーニングである。本講演では、実例をもとにその一端を考えてみたい。

男女共同参画

共生社会の実現に向けた Diversity, Equity, and Inclusion の重要性

伊達 紫

宮崎大学フロンティア科学総合研究センター

1985年、男女雇用機会均等法が施行され、女性も総合職に就けるようになった。1999年には男女共同参画基本法が、2016年には女性活躍推進法が施行され、日本でもジェンダー平等に係る法整備が遅ればせながら進んできた。医学部医学科における女子学生の割合も、1980年代後半から急激に伸び始め、2024年には40%を超えるまでになった。宮崎大学では、2008年に「清花アテナ男女共同参画推進室」(現:清花アテナ DEI 推進室)を清武・木花の両キャンパスに設置し、研究者のキャリア支援、医師のキャリア支援、子育て・介護支援、次世代育成事業、九州・沖縄ネットワーク事業等に取り組んできた。本セッションでは、宮崎大学におけるキャリアサポート事業を紹介するとともに、ライフステージを考慮したキャリア支援の在り方について考えていきたい。

男女雇用機会均等法施行から40年が経とうとしている今、少子高齢化を背景に、男女共同参画から共生社会の実現へと時代は大きく変わろうとしている。Diversity (多様性)、Equity (公平性)、Inclusion (包括性)は、これからの社会を支えるにキーワードであり、属性にとらわれずに個性を伸ばす次世代育成の重要性についても議論してみたい。

シンポジウム

九州発の臨床医療エビデンスを目指す間質性肺疾患領域の取り組み

坂本 憲穂

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 呼吸器内科学分野

間質性肺疾患領域においては、ここ数年様々な疾患でガイドライン、手引きが発表されている。一方で、この領域は患者数が少ないこともあり、依然として臨床医療エビデンスが不足しているクリニカルクエスチョンが多く存在している。それらを克服すべく九州内でも様々な臨床研究が行われている。本シンポジウムでは、長崎大学を中心に九州各県の施設と取り組んでいる早期特発性肺線維症患者に対するニンテダニブ投与の有効性と安全性に関する多施設前向き観察研究（九州・沖縄早期 IPF study）の現状を紹介する。本研究以外にも、九州大学を中心とした「肺の生活習慣病研究 - 前向きコホート研究 -」「未治療 Progressive pulmonary fibrosis を対象としたニンテダニブ・抗炎症治療同時導入療法の第Ⅱ相試験（TOP-ILD 試験）」、福岡大学・福岡大学筑紫病院を中心とした iPPFE の病態解明とバイオマーカー研究、九州医療センターを中心とした「特発性肺線維症に対するニンテダニブ効果予測バイオマーカーの前向き解析」、熊本大学、済生会熊本病院、熊本赤十字病院を中心とした「一般健診者における高分解能 CT 所見上間質異常（ILA）と進行性線維性間質性肺炎の関連についての疫学および観察レジストリー研究（熊本 ILA 研究）」、熊本大学を中心とした「自己免疫性肺胞蛋白症における GM-CSF 吸入治療後の長期予後観察研究（Real PAP History）」などを紹介したい。本シンポジウムでは、九州地区各施設の精力的な研究活動を紹介し、間質性肺疾患領域における新たなエビデンス創出を目指す先生方にとって参考になるような情報を提供したい。

Real World Data から得られる COPD 領域のエビデンス

緒方 大聡

九州大学大学院医学研究院 呼吸器内科学分野

慢性閉塞性肺疾患 (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) の臨床は、診断から治療戦略に至るまで多岐にわたる clinical questions (CQs) がいまだに解決されていない。COPD が慢性経過を辿る疾患であることから、こうした CQ の多くは検証に症例の長期追跡を要し、結論を出し難いのが課題であった。

我々は福岡県下 29 施設で、肺気腫・COPD 症例および特発性間質性肺炎症例を対象とした多施設共同大規模前向き追跡コホート研究を展開しており (Respir Investig. 2020, BMJ Open Respir Res, 2023)、5 年間という長期追跡データを用いて種々の解析に取り組んでいる。まず、1 秒率が 70% 以上に保たれた肺気腫症例の生命予後を COPD 症例と合わせて推定し、前者が軽症 COPD よりも予後不良である可能性を報告した (BMC Pulm Med, 2024)。また、従来標準的に用いられている Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) の病期分類と、2023 年に Bhatt らが発表した 1 秒率ベースの病期分類の予後判別能を比較した (論文投稿準備中)。薬物療法についても、増悪抑制効果等を根拠に推奨されている長時間作用型気管支拡張薬が生命予後改善効果のエビデンスに乏しい点に着目し、本コホートの成績を用いて検証した (論文査読中)。本シンポジウムではこうした real world evidence の概要を述べ、COPD 診療の在り方について議論したい。

腸内細菌叢を標的とした肺癌治療の可能性

富田 雄介

熊本大学病院 呼吸器内科

がん細胞を直接標的としない免疫チェックポイント阻害薬（ICI）は、患者自身の免疫システムを活性化して抗腫瘍効果を発揮する治療法として、がん治療の新たな柱となった。しかし、進行肺がん患者においてはICIにより長期生存が得られる症例は限定的であり、耐性メカニズムの解明と新規治療戦略の開発が急務である。

ヒトの腸内には数十兆個の細菌が存在し、免疫恒常性に重要な役割を果たしていることが知られている。腸内細菌叢のバランス異常（dysbiosis）は様々な疾患との関連が示されており、近年ではICIの抗腫瘍効果にも腸内細菌叢が影響を及ぼすことが注目されている。抗菌薬により誘導されるdysbiosisがICIの治療効果を低下させる一方で、ICI奏効例から採取した便検体を糞便移植することによりICIの治療効果を増強できることも報告されている。さらに、生きた生物製剤(LBP)によって腸内細菌叢を制御することにより、ICIの効果を増強する新規治療戦略の開発が進められている。

我々は、抗菌薬投与に伴う腸内細菌叢異常によって引き起こされる腹部症状に対する治療薬、および予防薬として、日常臨床で使用される整腸剤Clostridium butyricum MIYAIRI 588 株 (CBM588) に着目した。CBM588は芽胞形成菌で胃酸に抵抗性を示し、下部消化管で増殖し、宿主の有益菌を増加させる作用をもつ酪酸菌である。我々はCBM588を用いた腸内細菌叢を標的とする治療が、ICIの抗腫瘍効果に影響するのではないかと仮説を立て、後方視的研究を行った。また、CBM588が腸内細菌叢および宿主免疫システムに影響を与え、ICIの効果を増強するメカニズムを解明し、腸内細菌叢を標的とした新規治療戦略の開発に発展させることを目的として前向き観察研究を進めている。

本講演では、腸内細菌叢とICIの治療効果との関係や、腸内細菌がICIの効果を増強する機序について概説し、当院での研究結果をもとに腸内細菌叢を標的とした肺癌治療の可能性について議論する。

肺癌診療の課題と新たなエビデンスの創出

岩間 映二¹⁾、大坪 孝平¹⁾、白石 祥理¹⁾、米嶋 康臣¹⁾、柴原大典¹⁾、
田中謙太郎²⁾、岡本 勇¹⁾

九州大学大学院 医学研究院 呼吸器内科学分野¹⁾
鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 呼吸器内科学²⁾

肺癌薬物療法は細胞傷害性抗癌剤に加え、ドライバー遺伝子異常に対する分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害剤が企業主導の臨床試験を通じて次々と開発されてきた。しかしながら、日常診療の中で新たな疑問や課題が生じ、また診療における限界を経験する。我々はこれらの問題に対応し、解決を目指して様々な医師主導の臨床試験を行ってきた。全身状態が不良な症例や合併症を有する症例は、薬物療法のエビデンスが乏しく、従来の治療を積極的に行うことが困難である。我々は、PS不良のALK融合遺伝子陽性非小細胞肺癌に対するアレクチニブの第2相試験を、肺線維症合併症の非小細胞肺癌に対するニンテダニブ+カルボプラチン+ナブパクリタキセルの第3相試験を実施し、その安全性と良好な抗腫瘍効果を示し、薬物療法が困難な症例に対して新たなエビデンスを構築した。治療薬剤や標準治療が複数ある場合にはどの薬物療法が優れているのかということも臨床における大きな疑問である。我々はこの課題を検証するために、既治療の非小細胞肺癌に対してナブパクリタキセル vs. ドセタキセルの第3相試験、未治療の非小細胞肺癌に対して細胞傷害性抗癌剤+アテゾリズマブへのベバシズマブの上乗せ効果を検証する第3相試験、細胞傷害性抗癌剤+ペムブロリズマブと細胞傷害性抗癌剤+ニボルマブ+イピリムマブを比較する第3相試験を実施し、新たな標準治療の確立、サイトカイン放出症候群等の重大な副作用への注意喚起と迅速な対応の必要性を報告した。ドライバー遺伝子陽性症例に対しては、分子標的治療薬の作用機序や耐性機序について解明すべき課題が多数あり、基礎研究、臨床研究の両方向から取り組む必要がある。我々は、ドライバー遺伝子ではあるものの有効な分子標的治療薬の開発が行われていなかったHER2遺伝子変異陽性肺癌に対して、抗HER2抗体薬物複合体(ADC)の作用機序の解明とともにトラスツマブ・エムタンシンの医師主導治験を行い、抗HER2-ADCの有効性を示した。これら医師主導の臨床試験を行う上では多施設の協力と資金獲得が重要となる。本セッションにおいては、本学が主体となって行った肺癌診療に対する新たなエビデンスの創出、臨床試験の立案に至った臨床的背景、実施体制の構築について述べたい。

ランチョンセミナー

症例を通じて学ぶ肺 MAC 症診療の極意

伊藤 明広

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 呼吸器内科

肺非結核性抗酸菌症 (肺 NTM 症) は年々増加傾向の疾患であり、日本においては NTM のうち MAC が約 90% を占めている。肺 NTM 症の死亡患者数も年々増加傾向にあり、2020 年に初めて結核による死亡患者数を上回ったと報告されており、今後日本において肺 MAC 症に対する対策が重要と考えられる。

肺 MAC 症の薬物療法の基本は、キードラッグであるマクロライド系抗菌薬を中心にリファンピシン、エタンプトールを加えた多剤併用療法である。従来の国際ガイドラインならびに学会から提唱されている化学療法の見解では、患者毎のレジメンの推奨はされておらず一律の治療レジメンを推奨しており、実診療において目の前の患者にどのような治療レジメンを選択するか悩むことも少なくなかった。そのような状況の中、2020 年 ATS/ERS/ESCMID/IDSA より最新の肺 MAC 症診療における国際ガイドラインが発刊された。同ガイドラインでは空洞を伴わない結節・気管支拡張型、空洞を伴う結節気管支拡張型あるいは線維空洞型、難治性と大きく 3 つの病型に分類し、それぞれに個別の治療レジメンを推奨している。2023 年 6 月、日本結核・非結核性抗酸菌症学会より非結核性抗酸菌症における化学療法の見解が約 11 年ぶりに改訂され、前述の国際ガイドラインに準じる形で肺 MAC 症の治療レジメンを推奨しており、日本においてもようやく国際的な標準治療を行える時代になったといえる。

しかし、実診療では個々の患者でどのような治療レジメンを選択すべきか迷うケースも少なくないと考えられ、本講演会では実際に当科外来を受診された患者のケースを紹介し、どのような治療方針を行うのが良いのか先生方と一緒に考えていきたい。

気管支喘息の難治化に関わる分子病態とサイトカイン制御の意義

高木 弘一

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 呼吸器内科

気管支喘息は吸入ステロイド薬の普及に伴い、病状のコントロールがより容易となったが、いまだに適切な治療を行っても治療反応の乏しい難治性喘息が喘息患者全体の5-10%程度存在する。好酸球増多を伴う難治性喘息は、2型サイトカインを標的とする生物学的製剤の登場により治療は大きく進歩しているが、各生物学的製剤の効果は5割程度に留まることも報告されている。難治性喘息では個々の患者でその背景や表現型が異なる故に、正確な病態の把握と各病態に応じた医療が必要となる。

喘息難治化の要因として、粘液栓の形成や2型自然リンパ球(ILC2)を中心とした自然免疫、好中球性気道炎症などが報告されている。粘液栓の多い患者では、吸入ステロイド薬や気管支拡張薬による治療に対する呼吸機能の改善が乏しいことのほか、近年の報告で生物学的製剤治療後も粘液栓の形成に関わる好酸球ペルオキシダーゼが気道内に残存することで難治化に関わることが示されており、粘液栓の形成に関わる因子が新規治療標的となりうることが示唆されている。ILC2はステロイド抵抗性に関わることが報告されており、その機序にTSLPやIL-33などの気道上皮由来サイトカインの関与が示されている。自験例では、TNFスーパーファミリーの1つであるTL1Aとその受容体であるDR3に着目し、TL1AとTSLPで共刺激をした自然リンパ球がステロイド抵抗性を獲得することを明らかにしている。実際に重症喘息患者の気道内ではTL1Aの発現が亢進していることも明らかにしており、重症喘息患者におけるステロイド抵抗性にTL1A/DR3が関与している可能性がある。また、アレルギーを含めた様々な生物学的プロセスに重要な役割を担うことが示されている脂質代謝酵素の一群であるホスホリパーゼA2(PLA2)群の一つであるⅢ型分泌性PLA2(sPLA2-Ⅲ)に着目し、sPLA2-Ⅲが気管支喘息の病態に関わることを見出している。sPLA2-Ⅲはヒト及びマウスの気道上皮に高発現しており、OVA誘導性喘息モデルにおいて、sPLA2-Ⅲ欠損マウスでは、野生型マウスと比べ、血中IgEレベル、Th2応答、気道への好酸球浸潤、気道過敏性亢進など気管支喘息の諸症状が増悪するとともに、TSLPやIL-33など自然免疫に関わる気道上皮由来サイトカインの産生亢進もあり、sPLA2-Ⅲが喘息の難治化に関わる可能性がある。

本講演では、自験例および自験データも交えて気管支喘息の難治化に関する最新の知見を概説したい。

生物学的製剤導入のポイントと Dupilumab の可能性とは ～当院の使用経験から～

坪内 拓伸

宮崎大学医学部内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

成人気管支喘息に対する吸入治療の進歩は、症状の改善と喘息死の減少に貢献してきた。しかし、喘息患者のうち5%と想定されている重症喘息においては、吸入治療単独による良好なコントロールの維持は困難である。近年、喘息治療において、頻回の入院や予定外受診に伴う社会生活への支障、さらには全身性ステロイド薬の長期使用に伴う副作用の出現などが問題となっている。

気管支喘息の病態への理解が進み、複数の生物学的製剤が開発された。これらの薬剤は、重症喘息患者の治療に用いられ、喘息増悪の抑制のみならず、全身性ステロイド薬の減量または中止にも寄与している。現在、重症喘息において達成すべき治療目標である臨床的寛解の基準は、新たに改訂された「喘息予防・管理ガイドライン2024」において、経口ステロイド薬の使用がない状態で、増悪がなく、症状がコントロールされ、呼吸機能が最適化された状態、を指す。

抗IL-4/13受容体モノクローナル抗体である Dupilumab は、重症喘息のコントロールの改善における有用性について、多数の報告があり、臨床的寛解の達成に寄与する生物学的製剤である。第Ⅲ相非盲検延長試験である TRAVERSE 試験においても、その安全性、ステロイド減量効果、肺機能改善効果が示された。本講演では、Dupilumab を使用した自験例における臨床的寛解の達成率を踏まえながら、肥満合併例における生物学的製剤の効果について考察したい。

局所進行肺癌に対する治療選択について - 切除可能・不能の考察も含めて -

竹中 賢

産業医科大学 第2外科学

現在の肺癌治療は免疫療法の全盛期である。2018年7月に”切除不能”な局所進行の非小細胞肺癌(NSCLC)に対する化学放射線療法(CRT)後の維持療法としてDurvalumabが保険承認され、切除不能局所進行肺癌に対する標準治療としてガイドラインで推奨されている。さらに2023年3月には”切除可能”な局所進行NCSLCに対して術前治療としてのCheckMate816レジメンが保険承認され、2024年8月にはKEYNOTE671レジメンが保険承認された。これまで局所進行肺癌に対してはCRTが治療の主体であったが、Stage II-III期を主とする局所進行肺癌に対しても切除可能・不可能を問わず免疫治療が治療の主を担いつつある。また、TNM分類第9版についてはN2が細分化されより周術期治療を考慮する今の時代に適した分類となった。

切除不能局所進行肺癌に対してはPACIFICレジメンが多くの施設で用いられているが、EGFRなど遺伝子変異陽性肺癌に対する適応をどう考えるか、再発後の治療などClinical Question(CQ)もある。また切除可能と切除不可能の線引きも施設間に差がある点も課題である。一方で、切除可能局所進行肺癌については術前化学療法+免疫療法の良好な治療成績が報告されたものの、全国的に普及しているとは言い難い。施設によっては術前免疫療法の有害事象の懸念から術前CRTを主に選択されたり、StageやPD-L1発現別の治療効果に違いがある点が治療選択を複雑化している背景もある。また術後の免疫療法が真に必要なかというCQもある。

本講演では局所進行肺癌の治療選択について当科での治療経験も紹介しつつ概説する。

重症喘息における IL-5 の役割と Mepolizumab 治療の新展開

高橋 浩一郎

佐賀大学医学部附属病院呼吸器内科

重症喘息の病態において、IL-4 / IL-5 / IL-13 などの 2 型サイトカインによる気道炎症が重要である。気道炎症が持続することにより、気道過敏性亢進、気道粘液過分泌、気道リモデリングが生じ、喘鳴・咳嗽・喀痰・呼吸困難などの様々な喘息症状が引き起こされる。IL-5 は骨髄において好酸球の分化誘導に関与し、気道における好酸球炎症を惹起する。IL-4 / IL-13 は、2 型ヘルパー T 細胞 (Th2 細胞) の分化、好酸球の組織遊走および活性化、B 細胞を介した IgE へのクラススイッチ誘導、気道粘液の産生、気道過敏性亢進などに関与している。これらの、気道炎症には獲得免疫系の Th2 細胞と自然免疫系の ILC2 (2 型自然リンパ球) の両方が関与する。

本講演では、重症喘息に対するメポリズマブ (抗 IL-5 抗体) を中心に解説する。メポリズマブは、好酸球性難治性喘息に対する効果が高く、第Ⅲ相試験ではプラセボ群に比較し 32 週までの増悪率を 53% 減少させた (MENSA 試験)。また、喘息コントロール状況と呼吸機能 (1 秒量) の改善も有意に認められた。さらに、全身ステロイド (OCS) 服用中の好酸球性喘息において、メポリズマブはプラセボ群に比較し、OCS を 2.39 倍 (95%CI:1.25-4.56) 減量し、増悪も有意に抑制した (SIRIUS 試験)。メポリズマブは、末梢血好酸球数が多い症例ほど効果が高く、特に好酸球 $\geq 150/\mu\text{L}$ で高い効果が期待できる。喘息の重要な併存疾患とである鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対するメポリズマブの有効性が報告・適応追加された (SYNAPSE 試験)。メポリズマブは、プラセボ群に比較し有意に鼻茸スコア、鼻閉の VAS 症状スコアを改善した。鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を合併した喘息に対する治療において、新たな選択肢が加わったといえる。さらに近年、好酸球と IL-5 が独立した働きをしている可能性、IL-5 が気道上皮細胞や気道平滑筋へ作用している可能性などの新たな知見が報告され、抗 IL-5 抗体治療の新たな役割が指摘されている。

喘息予防・管理ガイドライン (JGL2024) では、臨床的寛解の基準が新たに提唱された。本講演では、重症喘息における IL-5 の役割とその制御の重要性に焦点を当て、基礎的・臨床的な側面から概説する。メポリズマブなどの生物学的製剤により臨床的寛解を達成できる可能性が議論されるようになっているが、臨床的寛解の達成後の薬剤治療を継続するのか、中止するのかなど解決していない問題点も多い。本講演を通じて、重症喘息の分子病態、臨床的寛解に関する理解を深めていただきたい。

アフタヌーンセミナー

間質性肺疾患の進行性線維化を早期発見するポイント～患者中心の医療～

早稲田 優子

福井大学医学系部門 呼吸器内科学分野

2023年のわが国における死亡原因において間質性肺疾患(ILD)がとうとう10位となった。これは閉塞性肺疾患をはるかにこえる人数であることは呼吸器内科医の中でもあまり知られていない。ILD診療の中で特発性肺線維症(IPF)においてピルフェニドンとニンテグニブが使用できるようになり、さらに2020年に進行性線維化を伴う間質性肺疾患(PF-ILD)に対してニンテグニブが使用できるようになり抗線維化薬による治療のオプションが広がった。2022年には特発性肺線維症(IPF)および進行性肺線維症(PPF)国際ガイドラインが発表され、私たち呼吸器内科医はILD診療において「線維化の進行」を早期に見つけて早期に治療を行う必要が出てきた。ILDの中で最も予後の悪い疾患で早期治療が必要とされているIPFと比較してIPF以外のPF-ILD/PPFの予後に差がないことが分かったからである。

現在のILD診療はひと昔のように治療のない疾患では決してなくなっている。専門医のみならず、一般内科医、開業医がILDを早期発見し、専門医と病診連携して診断・治療を行うことで、どこの地域の患者であっても、どの医療施設に受診しても必要な治療を正しく提供することが求められている。特に肺移植は年齢制限があるため、若年患者はこの連携を速やかに行う必要がある。

そのような状況の中、現在はILD診療において「患者中心の医療」が求められている。最初に専門医への適切な紹介、患者自身や家族の疾患の理解、適切な治療の提示が必要であり、治療においては薬物療法や肺移植が可能な患者を逃さないことだけでなく、併存症状である、咳や呼吸困難への治療介入、がんと同じように終末期ケアが求められる時代に突入している。さらに専門医のみならずかかりつけ医と連携して疾患のモニタリングや患者・家族の希望に応じたケアの計画、増悪予防への取り組みなど、一方的に医療者側が診断して治療をするのではなく、ILD患者を中心にいろんな方向からチームでサポートする必要がある。

2024年より特発性間質性肺炎における診断基準と重症度分類が変更となり、よりいっそう指定難病の恩恵を受けられるようになった。本講演を通じて専門医も非専門医も最新のILDの診断・治療について正しく知ること、患者を中心とした医療連携にお役立て頂けたら幸いである。

好酸球性重症喘息におけるバイオマーカー厳格管理について再考する ～臨床経験から考える抗 IL-5 受容体抗体の臨床効果～

放生 雅章

国立国際医療研究センター病院 呼吸器内科

難治性喘息とは、吸入ステロイド薬や気管支拡張薬を中心とする基本治療薬を最大限用いてもコントロール不良な症例をさし、わが国では喘息患者全体の約5%とされている。難治性喘息は社会的損失が大きく、日常生活を含めたQOLを著しく低下させる。

難治性喘息治療においても2型炎症に関連するIgE、IL-5・IL-5受容体、IL-4受容体、TSLPなどに結合してその作用を抑制する生物学的製剤を使用することにより、その多くでコントロールを改善させることが可能となり、近年では真のゴールである治癒へ向けた臨床的寛解の達成率についても複数報告されるまでに進化している。また導入時や治療評価に有用なバイオマーカーも解明が進んでおりIgE、好酸球、FeNOなどが効果予測指標としても活用されるようになってきた。一方で、これらのバイオマーカーがオーバーラップしている症例やアレルギー疾患の合併症も多く存在し、生物学的製剤の明確な使い分けは今後の課題として残っている。今後はこれらのTreatable traits(治療可能な特性)を加味したテーラーメイド治療が重要となることが予想される。本講演では、これら最新の重症喘息の病態、実地臨床において重症喘息に対する診療を進める上で、どのような治療戦略を組み立てていくべきかなどを中心に概説する予定である。

進行非扁平上皮非小細胞肺癌に対するアテゾリズマブ併用複合免疫療法

井上 博之

福岡大学医学部呼吸器内科

非扁平上皮非小細胞肺癌（Non-Sq NSCLC）は、肺癌全体の約半数を占め、その治療法の選択は患者の年齢や全身状態に大きく依存する。本講演では、特にアテゾリズマブ併用レジメンの使用に焦点を当て、その特徴と適用について考察する。

ABCP レジメン（アテゾリズマブ、ペバシズマブ、カルボプラチン、パクリタキセル）は、化学療法未治療の転移性非扁平上皮非小細胞肺癌患者に対する治療として承認されている。免疫チェックポイント阻害剤であるアテゾリズマブと化学療法に抗血管新生薬であるペバシズマブを併用することにより、腫瘍の増殖を抑制し、患者の生存期間を延長する効果が期待されている。しかし、このレジメンの適用には患者の全身状態や副作用の管理が重要である。当院ではこれまで ABCP レジメンを 30 例に投与し、有効性、安全性について解析結果を報告した。

また、現在、肺癌患者のおよそ半分が 75 歳以上の高齢者であり、高齢者患者は日常の肺癌診療の主体となっている。高齢者はしばしば複数の併存疾患や臓器機能低下といった問題を抱えており、副作用のリスクが高まるため、個別化された治療アプローチが求められる。高齢者への免疫療法についてのエビデンスは限られている現状をふまえ、患者のパフォーマンスステータスや臓器機能を慎重に評価し、治療のメリットとリスクを天秤にかけなければならない。本講演では、最新の臨床試験データを基に、アテゾリズマブ併用複合免疫療法の効果と安全性について解説するとともに、高齢者における課題についても考察する。

PD-L1 低発現症例の複合免疫療法選択

荒金 尚子

高邦会高木病院がんセンター長¹⁾

佐賀大学医学部臨床教授²⁾

肺がん一次治療において免疫チェックポイント阻害剤（ICI）は不可欠の現状であるが、いくつかの臨床課題が残されている。どのような症例にどのレジメンを投与するか、個人差の大きい免疫関連有害事象（irAE）をどのように管理するか、この2点は臨床上重大な課題である。本セミナーでは①肺癌診療ガイドライン・臨床試験のレビュー、②化学療法併用の必要性、③抗CTLA4抗体上乘せの意義、④irAEについての管理・対策の4パートに分けて説明する。

PD-L1発現量によるICIレジメン選択は、ガイドラインに掲げられているように、50%以上の高発現ではICI単剤が主流になりつつあり、化学療法併用の是非は各症例の状態に依存すると思われる。1.49%の症例については、最近興味深いデータが発表されておりこの集団についてのレジメン選択の参考になると思われる。PD-L1陰性例では、PD-(L)1阻害薬＋化学療法が“強く推奨”されているが、抗腫瘍効果については十分ではないことは臨床試験のデータで示されており臨床上も経験されることである。PD-1阻害薬、抗CTLA4抗体併用療法は、PD-L1の発現量にかかわらず抗腫瘍効果をもたらすことが知られている。特にPD-L1陰性扁平上皮がんでの効果が期待されるデータが報告されている。抗CTLA4抗体併用の分子機構について説明し、併用が必要な臨床像を明らかにする。

化学療法併用群では、ICIと比較し、無増悪生存期間は延長する傾向にあるが、全生存期間は同程度であることが、いくつかの臨床試験で明らかになった。化学療法併用が必要な症例はどのような臨床的特徴を有しているのかについても文献的考察を行う。

懸案事項であるirAE管理については、特にサイトカイン放出症候群、肺障害、心筋障害など重篤なirAEについて自験例を交え、発症頻度、発症時期及び治療法についてのレビューを行い、本院での対策についても提示する。

最後に2024年9月薬事承認され、11月薬価収載されたレボトレクチニブ（オータイロ™）の作用機序、薬効、有害事象について紹介する。

自己免疫性肺胞蛋白症の診断 UPDATE

吉田 知栄子

熊本大学病院 呼吸器内科

自己免疫性肺胞蛋白症 (Autoimmune Pulmonary Alveolar Proteinosis: APAP) は、肺胞マクロファージが成熟障害をきたし、肺胞および終末細気管支に過剰なサーファクタントを含む老廃物が貯留し呼吸不全をきたす疾患である。本症を引き起こす原因は、抗 GM-CSF 抗体の存在であり、疫学的には肺胞蛋白症の 92% は APAP であると報告されている。

診断について 2022 年に発刊された本邦のガイドラインでは、びまん性肺疾患で肺胞蛋白症を診断する場合は、①画像、②病理・細胞学的所見の 2 項目を満たすことと定義されている。画像所見に関しては、高分解能 CT にて PAP を支持する画像所見 (GGO、小葉内網状影および小葉間隔壁肥厚像、crazy-paving pattern、コンソリデーション) を有すること、病理・細胞学的所見に関しては、BALF で白濁の外観を呈する、あるいは病理組織で PAP の病理所見がみられることである。さらに③血清抗 GM-CSF 抗体が基準値以上であれば APAP と診断する。

APAP 診療は、2024 年に大きな変革点を迎えた。治療において GM-CSF であるサルグラモスタムの吸入療法が保険診療で可能となり、長く身体的侵襲の高い全肺洗浄しかなかった時代から、日常生活を継続しながら在宅でも治療が可能な時代をむかえている。この GM-CSF 吸入療法を行う場合には、抗 GM-CSF 抗体の測定による APAP の診断は必須であるが、これまでは一部の研究施設でのみ測定可能であり、2020 年から外注測定が可能となったものの保険適用がなく、APAP 診断の実臨床における課題となっていた。そのなかで、2024 年 12 月に抗 GM-CSF 抗体検出キットである「KBM ラインチェック APAP」が保険承認され、抗 GM-CSF 抗体の存在が自施設内で実施できるようになったことは実臨床における大きな進歩といえる。具体的には、血清 5 μ L を検体とし、約 15 分で抗 GM-CSF 抗体の有無が迅速かつ簡便に判定できることから、APAP の確定診断のみならず、びまん性肺疾患の鑑別検査のひとつとしても今後の応用が期待される。

本アフタヌーンセミナーでは、「自己免疫性肺胞蛋白症の診断 UPDATE」をテーマに診断の基本からラインチェック APAP の使用方法を含めた APAP 診療の最前線について紹介を行う。

自己免疫性肺胞蛋白症の治療 UPDATE

石本 裕士

長崎大学病院 呼吸器内科

自己免疫性肺胞蛋白症（APAP）は自然寛解する場合もあるが、病状悪化による呼吸不全の進行や、長期経過による肺の線維化が生じる場合もある。2022年に公開された肺胞蛋白症診療ガイドラインでは、重症度スコアに応じたAPAPの治療が示されている。その概略はPaO₂ 70 Torr以上、つまり重症度が1もしくは2では慎重な経過観察および対症療法を行い、重症度3以上であれば、対症療法に加えて区域洗浄、全肺洗浄、そしてGM-CSF吸入療法を行うとされている。区域洗浄は軟性気管支鏡で行うため、多くの施設で実施可能であるが、亜区域支ごとの洗浄であり効果は限定的で、かつ繰り返し気管支鏡処置を要することも患者負担としては軽くないことが課題である。全肺洗浄は世界標準な治療法であるが、全身麻酔下の治療であり、経験豊富な施設は極めて限られており、大学病院や地域の中核病院が稀に生じる必要時に都度工夫しながら実施しているのが実情である。なお、全肺洗浄でも繰り返しの実施が必要となることも報告されている。また、肺の線維化により高度な呼吸不全を生じたAPAPに対して肺移植が必要となる場合もある。移植により呼吸不全が改善したという報告もあるが、移植後にAPAPが再燃することは大きな課題である。ところで、酵母由来ヒト組換えGM-CSFが2024年7月に発売となった。肺胞蛋白症に対するGM-CSF吸入の多施設共同医師主導治験（PAGE試験）では、重症度5の症例は除外されたが、PAGE-II試験では、重症度5が対象の62%を占めるなか有効性安全性が示されており、在宅酸素療法を必要とするような重症患者に対するQOL改善も大いに期待できる結果が示されている。また、肺移植後のAPAP再発に対してGM-CSF吸入療法が奏功している症例も経験しており、再発が懸念されるAPAPに対する肺移植の適応に関してもGM-CSF吸入療法を含めた治療戦略が立てられるのかもしれない。APAPは指定難病に認定されており、適切な重症度評価と指定難病申請が求められるが、難病医療費助成における軽症高額制度や、吸入器購入における日常生活用具給付制度の活用など、公的補助制度の理解も必要である。GM-CSF吸入療法が保険診療で利用できるようになったことでAPAPに対する治療戦略には大きな変革が生じているが、GM-CSF吸入療法の長期的な効果、また休薬もしくは継続の判断など、今後の解明が必要な課題もあり、実臨床における情報集積の重要性が高まっている。

肺アスペルギルス症のマネジメント

高園 貴弘

長崎大学病院 呼吸器内科¹⁾

長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 臨床感染症学²⁾

慢性肺アスペルギルス症（CPA）の主な症状は慢性的な咳嗽、喀痰・血痰、体重減少であり、進行すると呼吸不全を呈するなど亜急性から慢性の経過で緩徐に進行していく予後不良な疾患である。原因となるアスペルギルス属は土壌や塵埃、植物に広く生息する糸状真菌であり、*Aspergillus fumigatus* が最も頻度が高く、次いで *A. niger*、*A. terreus*、*A. flavus*、*A. versicolor* などである。

培養検査での検出感度が低く、また、菌種同定も一般の検査室では困難である現状にある。培養検査や病理学的検査による菌の同定が診断の Gold Standard ではあるものの、まずは、臨床症状や画像所見から疑うことが大切である。既存の嚢胞や術後遺残空洞内部の菌球、液体貯留、空洞壁肥厚や周囲の浸潤影、新規空洞性病変の出現が診断のポイントとなる。血清補助診断法として、2024年によやくアスペルギルス IgG 抗体が保険収載された。しかし、non-fumigatus での感度は不十分であり、注意を要する。

治療は6ヶ月以上の長期間投与が推奨されており、経口薬があるアゾール系抗真菌薬が主体となるが、肝障害、光線過敏などの有害事象により長期の継続が難しい症例が多いのが現状である。我々が実施した国内データベース研究でも6ヶ月間の治療継続率は46.8%にとどまっており、約20%の症例が抗真菌薬終了後に再燃を認めていた。

新規のアゾール系抗真菌薬としてイサブコナゾールが2023年より本邦でも使用可能となった。イサブコナゾールはポリコナゾールと同様にアスペルギルスに対して強い抗真菌活性を有するだけでなくムコールを含めた幅広い菌種に活性を有している。また、これまでの報告や臨床試験の結果からポリコナゾールよりも高い忍容性を有していると考えられる。

今回のセミナーでは、肺アスペルギルス症のマネジメントにおけるポイントについて概説したい。

一般演題

1

中咽頭転移をきたした肺腺癌の 1 例

○長澤 大賀¹⁾、平賀 紗喜¹⁾、日黒 真衣香¹⁾、
森本 俊規¹⁾、田原 正浩¹⁾、丈達 陽順¹⁾、
片瀨 瑛介³⁾、山崎 啓²⁾、矢寺 和博¹⁾

- 1) 産業医科大学呼吸器内科学
- 2) 産業医科大学若松病院 呼吸器内科学
- 3) 産業医科大学 第 2 病理学

【症例】71 歳男性。既往歴に関節リウマチ・2 型糖尿病があり、20 本/日×51 年の喫煙歴がある。1ヶ月前より咽頭出血が出現し、当院を紹介受診した。鼻咽頭ファイバーで中咽頭前壁右側に白苔で覆われた病変を認めた。当初中咽頭癌が疑われたが、中咽頭生検では大小不同の腫大核を有する異型細胞を認め、免疫染色にて AE1/AE3 および TTF-1 陽性であったことから肺腺癌の転移が示唆された。胸部 CT にて右上葉に 45mm 大の腫瘤影と縦隔リンパ節腫大を認め、気管支鏡検査で超音波気管支鏡下肺生検 (EBUS-TBNA) を用いて縦隔リンパ節の穿刺を施行したところ、中咽頭生検の病理結果と一致していた。右上葉肺腺癌 (cT2aN2M1c, cStage IV B) の中咽頭転移と最終診断した。1st line カルボプラチン (CBDCA) + ナブパクリタキセル (nab-PTX) を開始したが、次第に Performance Status の低下を認め、化学療法を中止した。【考察】中咽頭のおもな臓器からの転移は稀であり、口腔癌全体の悪性腫瘍の約 1-2% 程度である。中咽頭腫瘍の鑑別として、肺癌からの遠隔転移部位として認識しておく必要がある。

2

偶発的に微小多発肺扁平上皮癌を認めた間質性肺炎の一部検例

○城臺 安見子¹⁾、濱田 昌平¹⁾、黒澤 凜¹⁾、
猪山 慎治¹⁾、猿渡 功一¹⁾、岡崎 業紗²⁾、
増永 愛子¹⁾、富田 雄介¹⁾、一安 秀範¹⁾、
坂上 拓郎¹⁾

- 1) 熊本大学病院 呼吸器内科
- 2) 熊本大学病院 病理診断科

【背景】間質性肺炎では、肺線維化領域に上皮化生や異形成を認めることがある。また、肺癌を高頻度に合併することも知られているが、その発症過程において上皮化生や異形成が前癌病変であるかは未だに明らかではない。

【症例】80 歳、女性。皮膚筋炎関連を疑う間質性肺炎に対してステロイド治療中に、COVID-19 罹患に伴う重症呼吸不全を呈し当科に入院した。ステロイドパルス療法を行うも改善せず、第 9 病日に死亡した。病理解剖にて死因は間質性肺炎急性増悪であったが、多発する微小肺扁平上皮癌を偶発的に認めた。両肺において線維化、気管支上皮化生、扁平上皮化生など組織の改築を背景に、異形成～上皮内癌～扁平上皮癌に相当する微小な病変が斑状に分布していた。

【考察】通常、画像所見で結節影、腫瘤影として認められる肺癌はすでに進行した状態であり、前癌状態の病理組織を得る機会は限られている。本症例では、気管支上皮化生、扁平上皮化生を背景に、異形成から扁平上皮癌へと連続する病変が捉えられており、この変化は間質性肺炎に合併した扁平上皮癌の成り立ちを考える上で重要と考え報告する。

3

PD-L1 を高発現した G-CSF 産生肺扁平上皮癌の 1 例

○川崎 光一¹⁾、稲富 雄大¹⁾、森光 舜¹⁾、
吉岡 寿麻子¹⁾、澤井 豊光¹⁾、松尾 信子¹⁾、
門田 淳一¹⁾、迎 寛²⁾

- 1) 長崎みなとメディカルセンター呼吸器内科
- 2) 長崎大学病院呼吸器内科

【症例】症例は 79 歳、男性。胸部異常陰影を指摘され当科紹介された。気管支鏡検査、全身検索を行い、肺扁平上皮癌 cT4N2M0 Stage III B と診断した。また血清 G-CSF が高値を示し、抗 G-CSF 抗体による免疫染色を行ったところ陽性であったため G-CSF 産生肺扁平上皮癌と診断した。PD-L1 は TPS 65% と高発現で、ドライバー遺伝子変異は EGFR S768I 変異が陽性であった。X 年 11 月より CBDCA+PTX+放射線治療による化学放射線治療を行い、終了後の効果判定は部分奏功であった。その後 Durvalumab による免疫地固め療法に移行したが、その 2 か月後に左大腿骨遠位部に骨転移が出現したため DTX へ変更し、継続中である。

【考察】G-CSF 産生肺癌に対する有効な治療法は確立されておらず、通常の肺癌治療に準じて行われることが多い。本症例は PD-L1 高発現の G-CSF 産生肺扁平上皮癌に対して免疫チェックポイント阻害薬による治療を行ったが効果は乏しかった。PD-L1 高発現の G-CSF 産生肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬による免疫地固め療法を行った報告は少なく、貴重であるため報告する。

4

ソトラシブが著効した浸潤性粘液腺癌の一例

○岩江 奈津子¹⁾、塚本 美鈴¹⁾、松本 亮¹⁾、
米井 彰洋²⁾、森山 裕一²⁾

- 1) 宮崎善仁会病院 呼吸器内科
- 2) 宮崎善仁会病院 呼吸器外科

症例は 80 歳男性。令和 X-1 年 8 月より咳・痰が持続し、前医で気管支喘息として加療されていたが改善せず、胸部レントゲン写真で左下肺野に浸潤影が出現したため、X 年 1 月に当科紹介。胸部 CT では肺野に広範にすりガラス影、浸潤影を認め、2 月に施行した気管支鏡検査で invasive mucinous adenocarcinoma と診断した。PD-L1 は陰性、AmoyDx マルチ遺伝子 PCR パネルにて KRAS G12C 陽性であった。1st line 化学療法として CBDCA+GEM を開始し、一時症状の改善を認めたが、3 コース施行後、咳嗽・喀痰が増悪。呼吸状態、画像所見が悪化し、PD と判断した。呼吸状態は比較的急速に悪化傾向となり、一時酸素 4L/min が必要となったが、ソトラシブ開始後、速やかに症状が改善。開始後 1 週間で酸素も中止可能となった。開始後 6 ヶ月経過している現在も治療効果を維持している。ソトラシブは KRAS G12C 陽性の非小細胞肺癌症例に対して、2nd line 以降で使用可能な薬剤であり、このような著効例はまれであると考えたため報告する。

5

左非小細胞肺癌の治療経過中に右悪性胸膜中皮腫を合併した 1 例

○楯 晃太郎、上川路 和人、大庭 優士、
政田 豊、松田 浩子、岩川 純

いまきいれ総合病院

症例は 70 歳男性で電気修理工事に従事歴がある。X 年 11 月に前胸部・背部痛を主訴に当院循環器内科を受診した。来院時の全身精査で腹部大動脈解離の他、左肺上葉に胸膜や肋骨を巻き込む腫瘍性陰影あり当科紹介となった。PET-CT で同病変に一致する異常集積を認め、CT ガイド下針生検を行い、NSCLC favor sq と組織診断した。全身検索の結果から cT3N0M1a stageIVA とした。KRAS 変異陽性 (G12C) で、PD-L1 高発現 (TPS 100%) であり、1 次治療は pembrolizumab の方針とした。計 6 コース投与した時点で、左肺腫瘍性病変は CR 相当の縮小があったが、右側胸水が緩徐に増加していた。X + 1 年 5 月に胸膜生検を行い、悪性胸膜中皮腫 (二相型) の診断となった。その後、ipilimumab, nivolumab の併用療法を開始し、PR 相当の縮小を維持している。肺癌、悪性胸膜中皮腫の合併症例は散見されるが、本症例は肺癌に対して抗 PD-1 抗体薬による治療経過中に悪性胸膜中皮腫を発症し、抗 CTLA-4 抗体・抗 PD-1 抗体の併用療法が奏功しており、考察を加えて報告する。

6

癌性胸膜炎との鑑別を要した結核性腹膜炎の一例

○目黒 真衣香¹⁾、森本 俊規¹⁾、田原 正浩¹⁾、
先成 このみ¹⁾、丈達 陽順¹⁾、赤田 憲太郎²⁾、
山崎 啓³⁾、矢寺 和博¹⁾

- 1) 産業医科大学医学部呼吸器内科学
- 2) 産業医科大学病院 感染制御部
- 3) 産業医科大学若松病院 呼吸器内科学

【症例】症例は75歳女性。既往に関節リウマチがあり、20XX年5月頃よりセルトリズマブが導入され、同年9月より全身倦怠感、発熱、腹痛を自覚した。前医を受診し、腹部CTで腹水貯留、腹膜壁肥厚を認め、血清・腹水中のCA125の上昇を認め、癌性腹膜炎が疑われたため、精査治療目的として当院を紹介受診した。上下部消化管内視鏡検査では悪性所見を認めず、腹水検査では特記事項なく、抗酸菌塗抹・結核菌群PCRは陰性であった。審査腹腔鏡検査を施行したところ、腹膜生検では類上皮細胞肉芽腫、およびランゲルハンス型巨細胞、同部位のZiehl-Neelsen染色では陽性所見を認めた。結核性腹膜炎と診断し、エタンプトール、isoniazid、リファンピシンで治療を開始した。

【考察】2021年より日本は結核低蔓延国となり、日本ではますます結核の診断・治療の機会が減っている。そのような状況下で、我々は癌性胸膜炎や腹膜癌を模倣した病態を呈する結核性腹膜炎一例を経験した。臨床的に癌性腹膜炎を強く疑う際にも、免疫抑制剤投与下では特に結核性腹膜炎の可能性を考慮する必要がある。

7

ICI投与後の肺扁平上皮癌治療中に認めた肺結核の一例

○大崎 優亮、井上 博之、池田 貴登、
中尾 明、柳原 豊史、春藤 裕樹、
海老 規之、濱田 直樹、藤田 昌樹

福岡大学病院呼吸器内科

【症例】65歳男性。[現病歴] X年5月より血痰を認め、前医CTにて左下葉に空洞を伴う結節影を認めたため、当院紹介となった。気管支鏡検査にて肺扁平上皮癌の診断となり、ステージングにて左下葉肺扁平上皮癌(cT2bN3M1c/StageIV)の診断となった。同年7月よりCBDCA+nab-PTX+Pembrolizumabにて加療開始し、CTにてPDとなったX+4年2月までPembrolizumab維持療法施行となった。3月よりCDDP+GEM+Necitumumabにて治療を開始し、7月よりNecitumumabでの維持療法へ移行した。しかし11月に発熱を認め、CTにて原発巣の空洞病変周囲に浸潤影を認めた。肺癌の増悪や肺膿瘍や肺真菌症の可能性を疑い、維持療法は中止となり、気管支鏡検査の方針となった。[経過] 12月に入院となり気管支鏡検査を施行し自宅退院となった。気管支洗浄液にて肺結核TRC陽性を認めたことから、肺結核と診断し治療開始となった。[考察] 本症例はICI投与後の肺扁平上皮癌治療中に認めた肺結核の一例であった。本症例の経過および診断、治療について文献の考察を加えて報告する。

8

当院における非結核性抗酸菌症に合併した胸膜炎 5 例の臨床的検討

○大村 直也¹⁾、末原 照大²⁾、夫津木 遼²⁾、
乗富 大地²⁾、武田 和明³⁾、原 敦子²⁾、
池田 喬哉²⁾、高園 貴弘³⁾、近藤 晃²⁾、
迎 寛³⁾

- 1) NHO 長崎医療センター 教育センター
- 2) NHO 長崎医療センター 呼吸器内科
- 3) 長崎大学病院 呼吸器内科

〈目的〉非結核性抗酸菌 (NTM) 症による胸水貯留例の報告は少なく、またその頻度に対しての報告も少ない。今回、NTM 症による胸膜炎と診断した症例を経験したため、当院での NTM 症による胸膜炎の頻度や臨床的な特徴を検討する。

〈対象〉2014 年 1 月 1 日から 2024 年 10 月 30 日までに当院で各種検査から NTM 症と診断した 545 例。

〈結果〉NTM 陽性となった患者のうち NTM 症に合併した胸膜炎と診断した症例は 5 例、0.9%であった。4 例が男性、1 例が女性であり、診断時の年齢は 65-87 歳 (平均 76.4 歳)であった。併存症に関しては薬剤性肺障害、右上葉肺腺癌、間質性肺炎を 1 例ずつ認めた。5 例中 3 例は M.intracellulare、1 例は M.avium、1 例は M.abscessus であった。胸水塗抹では全例陰性で、2 例が培養・PCR とともに陽性、2 例が培養陽性、1 例が PCR 陽性であった。転帰は 3 例が死亡、2 例が治療継続中である。

〈結語〉NTM 症による胸水貯留例について頻度や胸水の特性、臨床像などさらなる検討、および症例の蓄積が必要である。

9

抗結核薬内服中に新規病変の出現を繰り返した結核性リンパ節炎の 1 例

○釘宮 啓一、松尾 彩子、井手口 優美、
佐野 ありさ、松元 信弘、伊井 敏彦

国立病院機構宮崎東病院呼吸器内科

症例は 20XX-1 年にインドネシアから来日した 21 歳女性。20XX 年 6 月から左耳下腺の腫脹、疼痛、開口障害を認め、造影 MRI で径 5 cm の左耳下腺腫大を指摘された。穿刺吸引を行われたが一般細菌検査は塗抹培養陰性で、細胞診で悪性所見を認めなかった。2 回目の穿刺で乳白色の排膿がみられ、抗酸菌塗抹 2+、*M. tuberculosis* PCR 陽性であり、結核性リンパ節炎と診断された。20XX 年 7 月に当院へ紹介され、INH 300 mg/日、RFP 450 mg/日、EB 500 mg/日、PZA 1.5 g/日を開始した。治療 13 日目に左耳下腺は自壊して排膿し、縮小した。しかし、治療 3 ヶ月目 (INH、RFP 内服中) に新たに左下顎角リンパ節と左鎖骨下リンパ節の腫大を認めた。左下顎角リンパ節からの膿は抗酸菌塗抹 2+ (Gaffky3 号相当)、*M. tuberculosis* PCR 陽性であった。抗結核薬の継続のみで上記の病変も縮小したが、治療 5 ヶ月目には左頸部リンパ節に膿瘍が出現した。抗結核薬の継続と切開排膿により病変の改善を認めている。抗結核薬内服中に新規のリンパ節病変を繰り返した 1 例を報告する。

10

EGFR 陽性肺腺癌に対してオシメルチニブ内服中に肺結核を発症した一例

○石田 俊秀¹⁾、市原 勝吾²⁾、里永 賢郎²⁾、
平山 義明²⁾、本城 心²⁾、増野 智章³⁾、
畑 正広²⁾

- 1) 日本赤十字社大分赤十字病院
- 2) 日本赤十字社大分赤十字病院呼吸器内科
- 3) むさしの救急病院呼吸器内科

症例：77 歳女性。

現病歴：X-1 年 10 月に EGFR L858R 陽性原発性肺腺癌 stage IV A の診断となり、10 月 31 日からオシメルチニブ 80 mg/ 日内服を開始した。奏功が得られたが、X 年 7 月上旬から咳嗽や全身倦怠感を認め、胸部 CT で両肺にすりガラス影が出現したため、7 月 8 日に当科入院となりオシメルチニブを休薬した。喀痰を認め 7 月 16 日に喀痰抗酸菌検査を行ったところ、Gaffkey 10 号、TB-PCR 陽性であり肺結核と診断した。7 月 17 日からイソニアジド 200 mg/ 日 + リファンピシン 450 mg/ 日 + エタンブトール 625 mg/ 日 + ピラジナミド 1100 mg/ 日の内服を開始し、症状は軽快したが、腫瘍が増大したため、抗結核薬を継続しつつ 9 月 12 日からオシメルチニブ 80 mg/ 日の内服を再開した。再度奏功が得られ、9 月 19 日からイソニアジド 250 mg/ 日 + リファンピシン 450 mg/ 日に変更し、退院基準を満たしたため 11 月 7 日に自宅退院となった。

考察：オシメルチニブ内服中に肺結核に対して抗結核薬治療を行った症例報告は少ない。文献的考察を含めて報告する。

11

Nuss 法漏斗胸手術後に生じた好酸球性胸膜炎の 2 例

○上 若生¹⁾、石井 恭平¹⁾、宇治宮 蒔¹⁾、大槻 真理子¹⁾、山里 将慎¹⁾、喜友名 朋¹⁾、井手口 周平¹⁾、宮城 一也¹⁾、原永 修作²⁾、山本 和子¹⁾

- 1) 琉球大学大学院医学研究科感染症・呼吸器・消化器内科学講座
- 2) 琉球大学病院総合臨床研修・教育センター

当院形成外科で Nuss 法漏斗胸手術を施行した 2 例 (15 歳男性、20 歳女性) において術後に好酸球性胸膜炎を経験した。症例 1 では手術によりチタン製バー 2 本をパラレル配置し、術後 17 日目に左胸水貯留を認めた。症例 2 では手術によりチタン製バー 3 本をクロス配置し、術後 1 日目より発熱、10 日目に両側胸水を認めた。両例とも胸腔穿刺で好酸球分画の上昇 (それぞれ 12%、18%) を伴う滲出性胸水所見を呈し、金属バーへのアレルギー反応による好酸球性胸膜炎と診断した。抗菌薬や NSAIDs は無効であったが、プレドニゾロン内服により速やかな改善を得た。また症例 2 では金属パッチテストを実施したが、チタンを含め結果は陰性であった。

漏斗胸は最も頻度の高い胸郭形態異常であり、Nuss 法による手術加療が普及している一方、胸腔内に異物を留置することに伴う合併症も無視できない。漏斗胸術後の胸水貯留の頻度は一般に 0.3 ~ 1.7% と報告されており、無症候性で自然消退することが多い。一方で遅発性あるいは症状を伴う胸水貯留においては、術後感染症、アレルギー性反応、非特異的胸膜炎などの鑑別を要し、胸水性状の積極的な評価が検討される。

12

気道感染後に顕在化した運動誘発性喘息の一例

○河波 敦子¹⁾、坪内 拓伸²⁾、小田 康晴²⁾、北村 瑛子²⁾、住吉 誠²⁾、柳 重久²⁾、宮崎 泰可²⁾

- 1) 宮崎大学医学部医学科
- 2) 宮崎大学医学部内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

症例は 10 歳代女性。陸上競技者。X 年 10 月に夜間の咳嗽と鼻閉が出現し、近医を受診した。去痰薬および貼付型長時間作用性 β 2 刺激薬を処方されたが、咳症状の改善は認められなかった。1 週間後に再診し、インフルエンザ抗原検査および新型コロナウイルス抗原検査は陰性であった。2 週間後、日中および夜間の咳症状は改善し、一過性のウイルス感染と考えられたが、運動に伴い頻回の咳嗽と強い呼吸困難を生じたため、高強度の陸上練習が困難であった。部活動の参加が困難な状況が継続したため、同月に当院を受診した。末梢血好酸球数は $110/\mu\text{L}$ 、血清 IgE 値は 474IU/L 、FeNO 値は 22ppb であった。運動負荷試験を施行した結果、一秒量の低下を認めた (運動前 2.49L、運動後 1.70L、低下率 32%)。運動負荷後、吸気時の喘鳴は認めなかった。運動誘発性喘息において、無治療下での高強度運動の反復は、強い呼吸困難や咳嗽症状を生じ、スポーツ障害へと発展することがある。運動誘発性喘息は、若年での発症例が多く、保護者および競技監督者との連携が重要である。

13

検診 PET-CT で高集積を呈した右肺門部リンパ節に珪酸を認めた一例

○北村 瑛子¹⁾、北村 彩¹⁾、瀬戸口 健介¹⁾、住吉 誠¹⁾、小田 康晴¹⁾、坪内 拡伸¹⁾、柳 重久¹⁾、中村 恵理子²⁾、盛口 清香²⁾、宮崎 泰可¹⁾

- 1) 宮崎大学医学部内科学講座呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野
- 2) 宮崎大学医学部附属病院病理診断科学・病理部

症例は中国国籍・中国在住の60歳代女性、父親に結核罹患歴がある。元看護師で明らかな粉塵曝露歴はない。日本に移住した妹を頼りに検診目的で来日した。検診時のPET-CTで右肺門部リンパ節の高集積を指摘され、当院を紹介受診した。来院時の血液検査でT-SPOT陽性であり、胸部単純CTにて縦隔・右肺門部リンパ節の石灰化と腫大を認めた。肺野には小葉中心性の小結節や肺気腫など、典型的な珪肺所見はなかった。右肺門部リンパ節(11i/11s)に対し超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を施行した。病理組織所見でリンパ節内の珪酸の沈着ならびに炭粉沈着マクロファージを認めた。リンパ節および気管支洗浄液の抗酸菌培養は陰性であった。本症例のように珪肺の曝露が不明瞭であっても肺内リンパ節に珪酸を認めることがあり、リンパ節病変を含む胸部の定期的な画像評価が必要である。また、珪肺患者の結核発症リスクは通常の20倍以上と高い。本症例では今後、二次結核の発症も懸念される。検査後に患者は帰国されたため、数年毎に呼吸器専門病院を受診するよう提案した。

14

診断に苦慮したサリルマブによる薬剤性肺障害の1例。

○仲山 由李¹⁾、知念 重希²⁾、鍋谷 大二郎¹⁾、今田 早香¹⁾、瀬戸口 倫香¹⁾、山城 朋子¹⁾、西山 真央¹⁾、新垣 若子¹⁾、宮城 一也¹⁾、山本 和子¹⁾

- 1) 琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学講座(第一内科)
- 2) 社会医療法人 友愛会 友愛医療センター

症例：関節リウマチに対してタクロリムスとサリルマブが導入され経過は良好であった。当科には関節リウマチに伴う慢性気管支炎のため3年前から通院し、これまで間質性肺炎の指摘はなかった。今回、両肺のびまん性すりガラス陰影を伴う呼吸不全のため入院となり、気管支肺胞洗浄細胞分画は正常であったがリウマチ関連間質性肺炎として全身ステロイド治療を導入し速やかに改善し退院した。しかし退院後2週間で再燃し、鳥特異的IgG抗体陽性から過敏性肺臓炎を疑い、経気管支肺生検で肉芽腫は認めなかったがステロイドを増量し羽毛製品の忌避を実施し退院とした。しかしその後もステロイド量に関わらない周期的な再燃を繰り返したことから2週間毎に投与されているサリルマブによる肺障害を疑った。同薬剤を中止したところ肺障害は速やかに改善し再燃もしなくなった。考察：サリルマブによる肺障害は添付文書に記載はあるが症例報告はない。そのため本症では薬剤性肺障害の鑑別が遅れたが、近年多くの新規生物学的製剤・分子標的薬が登場の肺障害が報告されている。びまん性肺疾患診療では前例がない薬剤であっても薬剤性肺障害は必ず鑑別に挙げることが重要である。

15

全肺無気肺におけるネーザルハイフ
ロー治療

○福島 一雄、室原 良治

医療法人室原会 菊南病院

高齢者の喀痰咯出困難はしばしば経験する。今回は喀痰閉塞による全肺無気肺に、ネーザルハイフロー使用により、短期間で無気肺解消に至った2症例を経験したので報告する。

[症例 1] 80 歳女性

X-3 年 7 月咳、痰、呼吸困難にて当院入院。急性Ⅱ型呼吸不全と診断し、入院日から薬物療法と共にネーザルハイフロー（HFNC）開始。症状は改善し、8 月 10 日 HFNC を夜間使用へ変更したところ、翌日左全肺無気肺が判明。追加の薬物治療は用いず、HFNC は総流量設定を変更し、1 日 24 時間使用としたところ、無気肺は 6 日間の経過で解消した。

[症例 2] 98 歳女性

X-2 年 7 月酸素化低下で A 病院入院し、誤嚥性肺炎などの治療後、8 月 22 日当院へ転院。経口摂取困難となり静脈点滴継続中、9 月 26 日低酸素血症に加えて、左全肺無気肺を認め、27 日 HFNC を開始した。抗菌剤等を併用し、無気肺は 9 日間の経過で解消した。

全肺無気肺は呼吸予備能の低下した高齢者においては、生命維持に影響を与えるリスク因子となるが、今回の 2 症例は低侵襲で速やかに無気肺は解消した。HFNC による高流量酸素供給と共に加温加湿機能が有用であったと推定された。

16

診断に難渋した肺節外性NK/T細胞リンパ腫の1例

○比嘉 真理子¹⁾、大湾 勤子¹⁾、兼久 梢^{1,2)}、
久田 友哉¹⁾、名嘉山 裕子¹⁾、知花 賢治¹⁾、
藤田 香織¹⁾、仲本 敦¹⁾、比嘉 太¹⁾、
山本 和子²⁾

- 1) 国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科
- 2) 琉球大学病院第一内科

26歳女性が、左頸部の有痛性腫瘤、発熱、咳嗽で受診した。CTで多発の肺浸潤影も認め、BALやTBLBで診断に至らず、抗生剤やステロイドも無効であった。可溶性IL-2受容体が2,780 U/mLと高値で、リンパ腫疑いで当院へ紹介となった。陰影が広範のため手術のリスクが高いとしてTBLB再検を優先したが診断に至らず、 β -D-glucan 85.6 pg/mLと高値でamphotericin Bを投与したが無効であった。可溶性IL-2受容体が5,920 U/mLへ上昇し、VATSを行った。病理で高度の炎症細胞浸潤を背景に孤立性の異型細胞を認め、免疫染色でCD3陽性、EBER陽性、CD56陽性、TIA-1陽性、ALK陰性で、節外性NK/T細胞リンパ腫(ENKTCL)が疑われたため、他院へ転院した。末梢血EBV DNA量も高値で、最終的にENKTCLの診断となった。

ENKTCLはEBV感染と強く関連し、主に鼻腔など上気道に発症する。肺病変は極めて稀であり、また、侵攻性であり特に炎症性疾患との鑑別を要し、病理診断も困難な場合がある。診断困難なリンパ腫として本症も念頭におく必要がある。

17

自然軽快したirAE心筋炎の一例

○濱田 由紀¹⁾、猪山 慎治¹⁾、濱田 昌平¹⁾、
増永 愛子¹⁾、富田 雄介¹⁾、一安 秀範¹⁾、
九山 直人²⁾、辻田 賢一²⁾、坂上 拓郎¹⁾

- 1) 熊本大学病院呼吸器内科
- 2) 熊本大学病院循環器内科

【症例】79歳、女性【現病歴】X年8月から大細胞神経内分泌肺癌 pT2aN1M0 pStage II B術後再発に対してカルボプラチン+アルプミン懸濁型パクリタキセル+アテゾリズマブを2コース投与された。2コース目のDay17に動悸、咽頭痛が出現し、当院に救急搬送された。【経過】高感度トロポニンT(hs-TnT)の上昇と心電図変化を認め、緊急入院した。冠動脈造影では有意狭窄を認めず、心筋生検を実施した。病理組織像で軽度のリンパ球浸潤と間質の浮腫を認め、臨床経過と合わせてirAE心筋炎 Grade2と診断した。自覚症状およびhs-TnTは改善傾向を示し、無治療で慎重に経過観察方針とした。第9病日に退院し、その後再燃は見られていない。【考察】irAE心筋炎は稀ながら致死率が高いことが知られている。本症例はGrade2と比較的軽症であり、慎重な観察により自然軽快した。軽症irAE心筋炎においては慎重な観察にて、過剰な治療を回避しえる可能性が示唆される。

18

超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)により迅速に診断を得た肺動脈原発血管内膜肉腫の一例

○古岡 優里¹⁾、首藤 久之²⁾、日置 宣秀²⁾、
工藤 涼平²⁾、藤島 宣大²⁾、大森 翔太²⁾、
横山 敦²⁾、吉川 裕喜²⁾、小宮 幸作²⁾

- 1) 大分大学 医学部 医学科
2) 大分大学 医学部 呼吸器・感染症内科学講座

【緒言】肺動脈原発血管内膜肉腫 (ISPA) は、肺動脈に発生する稀な悪性腫瘍である。我々は、EBUS-TBNA により迅速に診断を得た一例を経験した。【症例】60代女性。X年8月に咳嗽、呼吸困難が出現した。10月に近医を受診し、単純CTで右肺に浸潤影を認め、肺炎として加療されたが改善しなかった。11月に造影CTを行い、肺動脈内に巨大血栓とそれに連なる腫瘤を指摘され、当科に転院となった。経静脈カテーテル生検を検討したが、手前にある血栓に塞がれ、腫瘍本体を生検することは困難であり、EBUS-TBNAを行った。穿刺の際に少量の出血を認めたが、圧迫で止血された。病理では、紡錘形の異形細胞のシート状増殖像を認め、免疫染色でCD31とMDM2陽性でありIPSAと診断した。転院から5日で診断に至った。【考察】ISPAは内科的診断が困難な場合も多い。TBNAの実施には出血等のリスクがあり、適応には慎重な判断が求められる。本例では腫瘍が肺動脈壁と気管支に接しており、出血リスクは低いと判断しTBNAを行った。TBNAによる診断成功例の報告は少なく、より多くの症例報告がIPSAの診断率向上に寄与すると考えた。

19

EGFR 遺伝子エクソン 20 挿入変異陽性肺腺癌に対してアミバンタマブを投与した 1 例

○原 啓太、宇都宮 琢秀、木下 義晃、
平井 千晴、竹中 翔太、吉田 祐士、
中島 章太、申間 尚子、石井 寛

福岡大学筑紫病院呼吸器内科

症例は70代男性。右肺上葉に径15mm大の辺縁不整かつ胸膜嵌入像を伴う腫瘤性病変を認め、経気管支肺生検により肺腺癌と診断した。遺伝子解析(オンコマイン)により、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異およびMET遺伝子エクソン14スキッピング変異が検出された。PET-CTで胸膜浸潤が確認され、臨床病期cT1bN0M1aのため化学療法を行う方針となった。ただし化学療法開始時点でアミバンタマブが販売承認されていなかったため、初回から2コース目まではCBDCA+PEM療法を実施し、3コース目からアミバンタマブを導入した。新規の抗体製剤であるアミバンタマブは、投与初期にinfusion reactionが高頻度で出現すると報告されている。本症例では、化学療法の2日前から高用量デキサメタゾンによる予防的ステロイド投与を行い、明らかなinfusion reactionは認められなかった。その後の経過を含めて報告する。

20

分子標的薬の自己中断により増悪した
ALK 融合遺伝子陽性肺腺癌の一例

○山本 哲平、土田 真平、平塚 雄聡

宮崎県立日南病院内科

症例は37歳男性。喫煙歴はなく、生来健康であった。胸部CTで左肺舌区に4cm大の腫瘍と左胸水貯留を指摘され、当科を受診した。胸水細胞診で肺腺癌と診断した。胸水の再貯留が早く、年末でもあったため、遺伝子検査の結果を待たずに初回治療のカルボプラチン、パメトレキセド、ペバシズマブの併用療法を施行した。1コース投与後にALK融合遺伝子陽性が判明し、2次治療をアレクチニブ内服に変更した。アレクチニブは副作用なく著効し、原発巣、左胸水ともにほぼ消失した。しかしアレクチニブ開始後19ヶ月後より原発巣の再増大と左胸水の再貯留がみられた。3次治療としてロルラチニブに変更したが、変更2ヶ月後も胸水は増加傾向にあったため、VEGF阻害薬を含めた化学療法への変更を提案した。その後、胸水の増加傾向がみられなくなったため患者に話を聞くと、職場環境の問題などにより治療意欲がなくなり、アレクチニブ開始12ヶ月後より内服を自己中断していたこと、また、化学療法への変更提案を契機にアレクチニブを再開していたことが判明した。肺癌の内服薬物療法における服薬アドヒアランス確認の重要性を再認識した症例であった。

21

抗 ARS 抗体が病勢とともに陰性化した肺サルコイドーシスの 1 例

○宇都 加寿子¹⁾、床島 真紀¹⁾、重草 貴文¹⁾、
浅田 祐士郎²⁾

- 1) 宮崎市郡医師会病院 内科
- 2) 宮崎市郡医師会病院 病理診断科

71 歳、男性。毎年結核検診を受けていたが異常は指摘されなかった。202X-1 年より労作時呼吸困難が出現した。202X 年健診胸部 X 線写真で異常を指摘され、202X+1 年 1 月に当科紹介となった。CT 検査で両側上葉優位に気管支血管束の肥厚と周囲に分布する微小粒状影、小葉間隔壁の肥厚、両側胸膜直下優位に網状影、すりガラス影、浸潤影がみられた。血液検査で KL-6 873 U/mL、SP-D 204 ng/mL、抗 ARS 抗体陽性、ACE 49.7 U/L と高値であった。2 月 9 日に気管支内視鏡検査を行い、気管支肺胞洗浄液はリンパ球が高値 (22.2%) であり、CD4/CD8 は 8.9 と上昇していた。生検を行い、壊死のない類上皮肉芽腫がみられ、サルコイドーシスと診断した。自己免疫疾患を示唆する症状はみられなかった。結果説明の外来受診時、呼吸困難は軽減しており経過観察とした。その後症状、画像所見ともに軽減し、抗 ARS 抗体は 202X+2 年 6 月に陰性となった。サルコイドーシスは原因不明の全身性炎症性疾患であり、多彩な免疫異常を呈していると考えられている。今回、抗 ARS 抗体がサルコイドーシスの病勢と一致して陰性化した 1 例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

22

急速増大する耳下腺病変を認めたサルコイドーシスの一例

○南里 水晶、栗原 有紀、梶原 心、
桑原 雄紀、早瀬 百々子、小宮 奈津子、
小楠 真典、田代 宏樹、中島 千穂、
高橋 浩一郎

佐賀大学医学部附属病院呼吸器内科

【症例】71 歳女性【主訴】両側頸部腫脹【現病歴】20xx-4 年、検診胸部 X 線で両側肺門リンパ節腫大を指摘。精査によりサルコイドーシスと診断されたが、治療適応はなく経過観察されていた。20xx 年 8 月、両側の頸部腫脹を自覚、急速に増大し同部位の痛みが出現したため、当院耳鼻咽喉科を受診した。悪性リンパ腫、IgG4 関連疾患、サルコイドーシスを鑑別に挙げ、耳下腺生検が実施された。病理組織では、唾液腺組織内に壊死を伴わない類上皮肉芽腫の形成が認められ、耳下腺サルコイドーシスと診断した。ブドウ膜炎は認めなかった。PET-CT では、耳下腺に加え縦隔肺門部、鎖骨上窩にもリンパ節、腰背部や臀部の皮下結節への FDG 高集積を認め、全身ステロイド治療を開始した。【考察】本症例は約 2 ヶ月で急速に増大する耳下腺病変を認め同部位の痛みを伴っていた。サルコイドーシスの耳下腺病変の頻度は診断時に 3.4%、3 年以上の経過観察中に 4.2% と稀である。活動性が低いサルコイドーシスであっても急性増悪する場合があること、いずれの臓器へも病変を来しうることを念頭に経過観察する必要がある。

23

自己免疫性肺胞蛋白症の3症例におけるサルグラムスチム吸入療法終了後の臨床経過

○柴田 佳那恵¹⁾、石本 裕士^{1,2)}、池谷 千章²⁾、
吉田 知栄子³⁾、由良 博一²⁾、坂本 憲穂²⁾、
古藤 洋⁴⁾、坂上 拓郎³⁾、中田 光⁵⁾、
迎 寛²⁾

- 1) 長崎大学病院医療教育開発センター
- 2) 長崎大学病院呼吸器内科
- 3) 熊本大学病院呼吸器内科
- 4) 公立学校共済組合九州中央病院
- 5) 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 (APAP) に対する治療戦略はサルグラムスチム吸入療法の認可により大きな転機を迎えたが、長期治療戦略の構築のために更なる情報の集積が必要である。当科では、APAP に対するサルグラムスチム吸入療法の特設臨床研究 (PAGE-II 試験) で3症例の治療を行い全例で良好な治療経過を得たが、PAGE-II 試験終了後の KL-6 (U/ml) と画像経過を後方視的に評価した。症例1は35歳男性で、6ヶ月の治療後10ヶ月の休薬と、その後3ヶ月の追加治療後、6ヶ月経過し KL-6 は低下した状態で安定しているが陰影再燃が生じている。症例2は62歳女性で、6カ月の治療後2ヶ月の休薬と、その後3カ月の追加治療後、6ヶ月経過し883まで低下した KL-6 が1298に上昇し陰影の再燃もみられている。症例3は46歳女性で、6ヶ月の治療ののち11ヶ月が経過しているが、773まで低下した KL-6 が1773に上昇し陰影の再燃もみられている。APAP には線維化を来たす症例もあることからサルグラムスチム吸入療法奏功後も慎重な経過観察が必要であり、吸入療法継続の是非や中止後の再開についても経験の集積が望まれる。

24

クライオ生検で診断したペムプロリズマブによる薬剤性間質性肺炎の2例

○椎業 律哉¹⁾、高野 晃久¹⁾、木下 恵理子¹⁾、
田中 弦一¹⁾、姫路 大輔¹⁾、前川 和也²⁾、
丸塚 浩助²⁾

- 1) 宮崎県立宮崎病院内科
- 2) 宮崎県立宮崎病院病理診断科

【諸言】ペムプロリズマブは複数の癌腫の治療に用いられる免疫チェックポイント阻害薬であるが免疫関連有害事象として薬剤性間質性肺炎が知られ死亡例も報告されている。今回クライオ生検でペムプロリズマブによる薬剤性間質性肺炎と診断した症例を経験したので報告する。【症例】症例1は47歳女性。子宮頸癌に対するペムプロリズマブ治療中に両側肺すりガラスを認めた。ステロイド治療で肺陰影は改善したがステロイド減量中に肺陰影の悪化が疑われたためクライオ生検を実施した。病理組織では器質性肺炎の所見を認め、ステロイド治療を継続したところ肺陰影再燃なくステロイド治療を終了した。症例2は53歳男性。唾液腺癌に対するペムプロリズマブ治療中に両側肺すりガラスを認めた。クライオ生検で器質性肺炎の所見を認め、ステロイド治療で改善し、漸減するも増悪なく経過しステロイド治療を終了した。【考察】ペムプロリズマブ治療中の肺すりガラス影に対しクライオ生検を行い薬剤性間質性肺炎と診断した症例を経験した。いずれの症例も病理組織で器質性肺炎の所見でありステロイド治療の有効性が予測され治療で改善がみられた症例であった。

25

IPF の CT 画像における特徴所見の検出：5mm slice vs thin-slice

○飛野 和則、平松 由莉

飯塚病院 呼吸器内科

【背景】特発性肺線維症（IPF）は多様な疾患に合併するため、非専門医を受診した際の CT は 5mm slice での再構成になっていることが多い。5mm slice CT でも蜂巢肺や牽引性気管支拡張（TBE）といった UIP pattern の特徴所見は検出されることがあるが、thin-slice との一致率を検討した報告はない。

【目的】IPF における TBE と蜂巢肺の検出能について、5mm slice と thin-slice を比較し、それぞれ所見の予後予測における有用性を評価する。

【方法】2011 年 4 月～2021 年 7 月の間に飯塚病院呼吸器内科で IPF と診断され、呼吸機能検査と HRCT での評価がなされ、かつ 2 年間以上の転帰と呼吸機能の経過が追えた 42 例を対象とした。5mm slice と thin-slice の CT 画像における TBE と蜂巢肺の検出能と一致率を 2 名の読影者で評価し、予後追跡を行った。

【結果】thin-slice をスタンダードとした場合の 5mm slice での診断精度は、蜂巢肺 91%、TBE81%であった。Cox 比例ハザードモデルの結果、5mm slice で検出した TBE と、thin-slice で検出した蜂巢肺が、予後予測における独立した危険因子であった。

【考察】thin-slice による評価は検出感度が高いものの、5mm slice CT でも TBE の評価により予後予測が可能であった。

26

ARDS を合併した粟粒結核症例の検討

○永吉 洋介¹⁾、金子 誠也¹⁾、森山 咲子¹⁾、
久保 亨¹⁾、福田 実¹⁾、福島 喜代康¹⁾、
迎 寛²⁾

- 1) 日本赤十字社長崎原爆諫早病院
- 2) 長崎大学病院呼吸器内科

【背景】 粟粒結核患者において ARDS は診療早期に遭遇する合併症の一つであり、予後不良の病態とされてきた。当院で経験した ARDS 合併粟粒結核の最近の症例を提示する。

【症例】 67 歳女性。発熱・腰痛あり、前医で尿路感染症、化膿性脊椎炎などの診断で抗菌薬を投与されるも発熱が持続した。2 週間後より咳嗽とともに CT でびまん性の粒状陰影が出現した。TBLB 組織の PCR で結核菌が検出されたため紹介を受けた。呼吸状態は急激に悪化し、リザーバマスク 7L の酸素投与を要す状態であった。CT では粒状陰影に加え、両肺に広範なすりガラス陰影を呈しており、粟粒結核に合併した ARDS と診断し抗結核療法とステロイド療法を開始した。呼吸不全は入院同日夜をピークに軽快し、転院 10 日後には酸素療法を終了できた。

【考察】 粟粒結核の診断直後に発症した ARDS 症例であったが、抗結核薬とステロイド療法により良好に軽快した。粟粒結核の早期段階での診断は容易ではなく、先に ARDS が顕在化した場合はさらに病態の把握が難しくなることが考えられる。当院における過去の ARDS 合併粟粒結核症例を含め臨床的特徴を検討する。

27

非心原性肺水腫像の原因として肺糞線虫症が考えられた一例

○黒田 凌¹⁾、知光 裕希¹⁾、田守 唯一²⁾、
宮城 裕人¹⁾、吉嶺 厚生¹⁾

- 1) 沖縄県立八重山病院呼吸器内科
- 2) 沖縄県立八重山病院循環器内科

【症例】 73 歳男性

咳嗽と呼吸困難症状があり、X 年 7 月に近医を受診。肺炎の診断で抗菌薬治療を受け、症状は改善した。しかし、再度同様の症状や喘鳴が出現し同年 9 月に近医を受診した。画像検査で肺野の異常を指摘され、精査加療のために当院を紹介となった。

来院時は低酸素血症があり、胸部 CT では両肺の気管支血管束及び小葉間隔壁の肥厚と両側胸水貯留がみられた。血液検査で BNP の上昇に乏しく、心臓超音波検査等で評価も行ったが、心原性肺水腫は否定的であった。

以前より末梢血の好酸球数増多がみられていた。寄生虫感染も鑑別と考え、糞線虫の検査を提出したところ陽性と判明した。気管支鏡では非特異的な所見であった。

駆虫のためにイベルメクチンを投与したところ、呼吸状態は速やかに改善して、画像上の肺水腫所見は消失した。尚、一連の経過でステロイドの投与は行っていない。

【考察】 非心原性肺水腫の鑑別に苦慮した一例を経験した。治療経過からは肺糞線虫症と考えた。当院のある沖縄県では糞線虫の浸淫地区とされており、末梢血の好酸球数増多を手掛かりに糞線虫症を鑑別に挙げることも時に必要と考えた。

28

血管内カテーテル生検で診断した肺動脈内膜肉腫の1例

○内之倉 俊太¹⁾、瀬戸口 健介²⁾、住吉 誠²⁾、
原 卓也³⁾、古小路 英二³⁾、築 建文³⁾、
中村 恵理子⁴⁾、柳 重久²⁾、山下 篤⁴⁾、
宮崎 泰可²⁾

- 1) 宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター
- 2) 宮崎大学医学部内科学講座呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野
- 3) 宮崎大学医学部病態解析医学講座放射線医学分野
- 4) 宮崎大学医学部病理学講座構造機能病態学分野

【症例】76歳、女性。【主訴】咳嗽、労作時呼吸困難。【現病歴】X年4月より咳嗽が持続したため同年7月に前医を紹介受診した。胸部CTでは右肺に散在する結節影と空洞影を認めた。同年9月のCTでは右肺下葉S6に壁肥厚を伴う新たな巨大空洞影が出現し、アスペルギルスIgG抗体陽性であったことから慢性肺アスペルギルス症が疑われた。また、造影CTでは右肺動脈の造影欠損域を認め、肺血拴塞症として抗凝固療法が開始された。肺病変に対する気管支鏡検査目的で同年10月に当科へ紹介となったが、当院の造影CTでは右肺動脈内の病変が抗凝固療法にも関わらず増大し、辺縁に不整な造影効果を伴っていた。肺動脈内の腫瘍性病変を疑い血管内カテーテル生検を施行し、肺動脈内膜肉腫と診断した。血管外浸潤が疑われたため外科的切除は困難であり、同年11月よりパクリタキセル療法を開始した。【考察】肺動脈内膜肉腫は極めて稀な腫瘍である。診断が難しく、しばしば肺血拴塞症との鑑別が問題となる。通常は手術検体で確定診断されるが、本症例は血管内カテーテル生検で診断し、化学療法の導入に至った。

29

石灰化を伴う前縦隔腫瘍に対し外科的切除を行い胸腺アミロイドーシスの診断となった一例

○古閑 将史、大江 浩平、川上 さき、
彌永 和宏

熊本赤十字病院呼吸器内科

症例は66歳女性。前医の胸部X線写真で上前胸部に散在性石灰化像を認め、胸部CTにて石灰化を伴う前縦隔腫瘍を認めたため精査目的に当科紹介となった。造影MRIを施行し前縦隔にT1・T2強調画像で高信号と低信号が混在する長径67mm大の腫瘤を認め、造影後は充実部分が比較的均一に造影された。石灰化を伴っていることから胸腺腫や奇形腫を鑑別に挙げた。確定診断目的と腫瘍増大の可能性を考慮し前縦隔腫瘍切除術を施行した。病理所見で脂肪組織と骨組織の増生、胸腺組織、間質の好酸性無構造物の沈着を認めた。Congo red染色で無構造物はアミロイドと確認され胸腺アミロイドーシスの診断となった。骨組織増生はアミロイド沈着に伴う反応性の石灰化、骨化としてよくみられる。アミロイドーシスは全身または臓器特異的なレベルでアミロイド沈着物の進行性蓄積として定義され、限局性アミロイドーシスは主に上気道、口唇、結腸、皮膚、爪、眼窩などで結節性腫瘤を形成することがある。しかし本症例のように胸腺に縦隔腫瘍として現れる限局性アミロイドーシスの報告は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

30

サウナを契機に発症した急性外因性リポイド肺炎の 1 例

○伊藤 貫太、藤島 宣大、山中 茉莉夢、
西山 譲幾、横山 敦、小宮 幸作

大分大学医学部付属病院

【症例】 生来健康な 46 歳男性 **【病歴】** もともと自宅のテントサウナを使用しており普段は着火剤で火をつけていた。X-1 日自宅のテントサウナの中で着火のために灯油を薪にまいて燃やした。その後、気分不良・発熱・咳嗽・呼吸困難が出現し X 日当院救急搬送となった。胸部 CT 検査では中枢側優位にびまん性にすりガラス影・consolidation を認め、急性外因性リポイド肺炎が疑われた。呼吸状態も安定していたため二次感染を疑い抗生剤加療を開始した。同日に呼吸状態悪化あり NHF 装着、急性外因性リポイド肺炎として mPSL 80mg で加療を開始した。ステロイド開始後は反応良好であり X + 2 日には NHF 離脱、mPSL は終了とした。X + 3 日診断確定のために気管支肺胞洗浄を実施、洗浄液の Oil red O 染色で脂肪貪食像を認めた。ステロイド終了後も増悪なく経過し X + 5 日に行った胸部 CT 検査では陰影消失していたため抗生剤終了し退院となった。**【考察】** リポイド肺炎は稀な疾患であり確率された治療法は存在しない。本症例は呼吸不全を伴った急性経過のリポイド肺炎でありステロイドが著効したことから文献的考察を踏まえ報告する。

31

TNFR superfamily 8(CD30) は特発性間質性肺炎の疾患進行に関連する

○岡元 昌樹^{1,2)}、柳原 豊史³⁾、財前 圭晃²⁾、
真玉 豪士²⁾、星野 友昭²⁾

- 1) NHO九州医療センター呼吸器内科
- 2) 久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科
- 3) 福岡大学医学部呼吸器内科

【目的】特発性間質性肺炎(IIPs)の疾患進行を予測する新規バイオマーカーの発見を目的とした。【方法】対象はIIPs 142例。マルチプレックスサスペンションアレイを用いて54蛋白を測定し、疾患進行との関連をステップワイズ法で解析。検出蛋白の発現細胞をNCBI GEOデータベースに登録されている既知のscRNA-seq. データを参照したUMAP作成により同定。RNA scope®を用いて、保存肺組織のmRNA-ISHを行った。【結果】疾患進行(58例, 40.8%)の独立関連因子は、TNFRスーパーファミリーに属するCD30、TNFR2、TWEAK、IL-1ra、CCL5であった。既知のscRNA-seq. データとの比較、mRNA-ISHでは、CD30は最近発見されたIPF特異的なfibrocyte phenotypeであるHAS1 high fibroblastで発現しており、発現部位は完成した病変ではなく、ongoingな線維化病変であった。【結語】HAS1 high fibroblastから産生されるTNFRSF8/CD30は、IIPsの疾患進行予測バイオマーカーとなり得る。

32

関節リウマチ加療中に発症した抗EJ抗体陽性間質性肺炎増悪の一例

○鶴田 宏弥、真玉 豪士、山田 啓義、
財前 圭晃、海江田 信二郎、富永 正樹、
星野 友昭

久留米大学内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門

症例は77歳男性。X-6年に早期胃がんの精査のため全身CTを施行したところ、間質性肺炎を認めた。また同時期より両手関節痛、両肩痛を認めたため前々医を受診した。抗ARS抗体、抗CCP抗体が陽性であった。関節リウマチに対してアバタセプトの投与が開始となった。間質性肺炎に対しては無治療経過観察であったが、労作時息切れや乾性咳嗽の症状はなく経過していた。X年8月に39度の発熱、呼吸困難が出現し前医へ救急搬送となった。呼吸不全を認め、胸部単純CTでは両側すりガラス陰影を認めた。間質性肺炎急性増悪に対して加療目的に当院へ転院となった。メカニックハンド、ゴットロン兆候は認めなかった。抗CCP抗体、抗EJ抗体が陽性であった。ステロイドパルスを開始し、呼吸状態は改善し第40病日に退院となった。関節リウマチと抗EJ抗体陽性の合併は稀である。文献的考察を加え考察する。

33

発症後約 1 ヶ月で死に至った抗 MDA5 抗体陽性間質性肺炎の 1 剖検例

○重草 貴文¹⁾、床島 真紀¹⁾、宇都 加寿子¹⁾、
浅田 祐士郎²⁾

- 1) 宮崎市郡医師会病院 内科
- 2) 宮崎市郡医師会病院 病理診断科

症例は 73 歳男性。X 年 Y 月 3 日より倦怠感、咳嗽、喀痰、食欲不振、肩こり、筋肉痛が出現し、6 日に発熱したため、7 日に前医を受診した。眼球充血、両手指の発赤、酸化低下を認め、胸部 CT で両側下葉に肺炎像を認めたため、同日入院となり、抗菌薬治療を開始された。しかし 9 日より酸化が増悪し、酸素投与が開始された。器質化肺炎を疑われ、11 日よりステロイドパルス療法を実施され、14 日より DEX 9.9mg/日 で継続された。しかし再燃し、17 日より 2 度目のステロイドパルスを実施された。20 日より DEX 9.9mg/日 で継続されたが、器質化肺炎を疑う陰影に著変がなかったため、ステロイドは高用量のまま継続された。しかし、治療に難渋するため、Y + 1 月 3 日に当科へ転院となった。抗菌薬および高用量ステロイドによる治療で複雑化した状態だったが、酸化不良であり、気管支鏡は実施困難であった。ステロイドは PSL 50mg/日 で継続したが増悪し、4 日に HFNC、6 日に人工呼吸器管理としたが、7 日に死亡した。転院後に検査した抗 MDA5 抗体が死後に陽性と判明した。剖検まで実施した症例を経験したため、結果を含めて報告する。

34

外科的肺生検で診断に至った造血幹細胞移植後肺障害の 1 例

○藤山 桜¹⁾、石本 裕士^{1,2)}、村上 律子²⁾、
小笹 睦^{2,3)}、時任 高諄²⁾、城戸 貴志²⁾、
坂本 憲穂²⁾、松本 桂太郎⁴⁾、福岡 順也³⁾、
迎 寛²⁾

- 1) 長崎大学病院医療教育開発センター
- 2) 長崎大学病院呼吸器内科
- 3) 長崎大学大学院情報病理学
- 4) 長崎大学病院腫瘍外科

症例は 30 歳の男性。10 歳で急性骨髄性白血病を発症し化学療法のうち、12 歳、13 歳で二度の同種造血幹細胞移植を受け、腸管移植片対宿主病 (GVHD) も生じた。24 歳頃には GVHD の再燃もなく免疫抑制剤が終了となった。しかし 28 歳ごろから乾性咳嗽と労作時呼吸困難を自覚するようになった。経時的な症状の増強もみられ当科への紹介となった。胸部 CT では上葉主体の線維化と容量減少、そして扁平胸郭が見られた。呼吸機能検査では、高度の拘束性障害と残気率の上昇を認めた。また著明なるいそうも認めている。外科的肺生検では上葉は癒着が強く検体採取ができなかったものの、中葉下葉の検体で多くの末梢細気管支が小さな破壊性線維化病変を示し、末梢細気管支では上皮内へのリンパ球浸潤と上皮剥離が見られ、constrictive bronchiolitis と判断した。同時に多数の静脈と思われる血管内に cytolytic thrombus を認め慢性 GVHD と診断した。皮膚や腸管の GVHD を疑う兆候はないものの、外科的肺生検にて慢性 GVHD の診断に至り、その治療を追加しつつ脳死肺移植レシピエント登録を行う方針としている。

35

サルコイドーシスの経過中に DLBCL
を発症した一例

○武田 恵介¹⁾、高野 智嗣¹⁾、池亀 聡¹⁾、
坪内 和哉¹⁾、岸川 泰之¹⁾、佐々木 謙介²⁾、
立石 悠基³⁾、岡本 勇¹⁾

- 1) 九州大学病院呼吸器内科
- 2) 九州大学病院第一内科
- 3) 九州大学病院病理診断科

症例は78歳女性。X-13年9月、健康診断で両側肺門リンパ節腫大を指摘され、CTで両肺結節および#7リンパ節の腫大が認められた。EBUS-TBNA(#7)にて類上皮肉芽腫を認めサルコイドーシスと診断され、以後経過観察されていた。X-7年8月、#7リンパ節の増大と肝臓S6の腫瘤影が出現し、再度のEBUS-TBNA(#7)と肝生検でサルコイドーシスに矛盾しない所見が得られたため、経過観察を継続された。その後縮小傾向を示していたが、X年6月に両肺結節影の増大を認めTBLB(右S5)を施行し、サルコイドーシスに矛盾しない所見であった。同年9月より喀痰増加、微熱、盗汗、食欲不振を自覚、X年11月にCT上、縦隔リンパ節増大、食道圧排、左肺下葉結節増大および無気肺を認めた。TBNA(#7)および食道圧排部位生検でDLBCLと診断された。比較的稀ではあるもののサルコイドーシスと悪性リンパ腫の合併することがあり、「sarcoidosis-lymphoma syndrome」として報告されている。文献的考察を交え報告する。

36

結核患者の予後予測因子に関する前向き検討

○若松 謙太郎¹⁾、永田 忍彦²⁾、片平 雄之¹⁾、熊副 洋幸¹⁾、合瀬 瑞子¹⁾、野田 直孝¹⁾、龍田 実代子¹⁾、福山 聡¹⁾、出水 みいる¹⁾、川崎 雅之¹⁾

- 1) NHO 大牟田病院呼吸器内科
- 2) 福岡山王病院呼吸器内科

【目的】2013年に当院では結核患者の予後予測因子について後ろ向きに検討しAlb低値とLy低値が予後予測因子になることを報告した。今回先行研究結果を検証する目的で前向き研究を行った。【対象,方法】当院にて2017年12月～2024年8月までに登録された肺結核症117症例(内,全死亡18例,疾患特異的死亡13例)を対象に全死亡及び疾患特異的死亡リスクの関連要因について単変量解析および多変量解析を用いて検討した。【結果】単変量解析の結果,全死亡での検討では高齢,基礎疾患,PS,BMI低値,Ly低値,総蛋白低値,Alb低値,CRP高値が死亡リスクと関連があることが明らかになった。疾患特異的死亡での検討では高齢,基礎疾患,PS,BMI低値,Alb低値,Na低値,Cl低値が死亡リスクと関連があることが明らかになった。これらの結果と当院での先行研究の結果を考慮し,多変量解析を行った結果,全死亡,疾患特異的死亡においていずれもAlb低値が独立した予後因子となることが明らかになった。【結論】Alb低値が全死亡及び疾患特異的死亡リスクであることが示唆された。

37

吸入ステロイド薬使用中に発症した喉頭クリプトコックス症の1例

○片山 あかり¹⁾、乗富 大地²⁾、夫津木 遼²⁾、末原 照大²⁾、原 敦子²⁾、池田 喬也²⁾、近藤 晃²⁾、田中 藤信³⁾、石飛 俊介⁴⁾、迎 寛⁵⁾

- 1) NHO 長崎医療センター教育センター
- 2) NHO 長崎医療センター 呼吸器内科
- 3) NHO 長崎医療センター 耳鼻咽喉科
- 4) NHO 長崎医療センター 病理診断科
- 5) 長崎大学病院 呼吸器内科

【症例】74歳男性。

【現病歴】慢性咳嗽に対して吸入ステロイド薬(トリプル製剤)を使用中。嗄声を主訴に近医耳鼻咽喉科を受診し,喉頭内視鏡検査で喉頭に白色隆起性病変を認めた。当院耳鼻咽喉科に紹介され,生検の組織診でクリプトコックスを疑わせる厚い莖膜をもつPAS染色陽性の菌を認め,培養よりCryptococcus neoformansを認めたため当科に紹介された。

【臨床経過】採血を施行するも免疫不全兆候はみとめなかった。血中クリプトコックス抗原陰性,髄液クリプトコックス抗原陰性・培養陰性,気管支洗浄液培養陰性であった。以上より,喉頭クリプトコックス症と診断した。吸入薬は中止し,フルコナゾール400mg/日を開始して2ヶ月で喉頭の所見と嗄声は改善した。肺野の所見も評価しながら3-6ヶ月を治療予定期間とし現在も治療中である。吸入薬中止後に咳嗽の増悪なく,閉塞性換気障害もないため吸入薬は終了した。

【考察】喉頭クリプトコックス症は比較的稀な病態であるが,耳鼻咽喉科領域からの報告が散見され,吸入ステロイド薬との関係が指摘されている。慢性咳嗽に対しての安易な吸入ステロイド薬の使用は慎む必要がある。

38

肺癌化学療法中に侵襲性リステリア症を発症した1例

○山口 晃弘、畑中 将志、黒岩 大俊、
 亀之原 佑介、美園 俊祐、新村 昌弘、
 三山 英夫、田中 謙太郎、水野 圭子、
 井上 博雅

鹿児島大学歯医学総合研究科呼吸器内科学

症例は76歳女性。右上葉肺腺癌（Stage IVB）に対し、2次治療としてDTXを投与し、day3から嘔気や下痢、発熱をきたし予定外受診した。入院の上、細菌性腸炎としてLVFX 500 mgを投与した。後に入院時の血液培養から *Listeria monocytogenes* が検出され、侵襲性リステリア症と診断し、ABPC 8.0g 投与に変更した。髄膜炎の合併も鑑別したが²、髄膜刺激症状はなく髄液検査でも異常所見は認めなかった。14日間の抗菌薬投与で症状は改善し、自宅退院とした。*Listeria monocytogenes* は、多くが汚染された加工食品摂取を契機に感染し、免疫抑制状態で重症化する事がある。本例では明らかな感染契機は不明であり、当初は積極的に疑っていなかったが、血液培養により診断し得た。侵襲性リステリア症の背景疾患の約3割に固形癌合併があるとの報告もあるが、肺癌に合併する例は稀である。今後の化学療法中に考慮すべき重症感染症であると同時に、血液培養の重要性を再認識した教訓的症例であった。

39

気管支鏡検査がAIDS診断の契機となった1例

○野嶋 朋洋¹⁾、武田 和明¹⁾、吉田 将孝¹⁾、
 井手 昇太郎^{1,2)}、岩永 直樹¹⁾、高園 貴弘¹⁾、
 泉川 公一³⁾、柳原 克紀⁴⁾、迎 寛¹⁾

- 1) 長崎大学病院 呼吸器内科
- 2) 長崎大学病院 感染症医療人育成センター
- 3) 長崎大学病院 感染制御教育センター
- 4) 長崎大学病院 検査部

【症例】20代男性。1ヶ月以上持続する微熱と頭痛、ふらつきを主訴に近医を受診し、頭部CTを撮影されたところ多発性低吸収域を認めた。頭部造影MRIでは周囲に造影効果を伴う腫瘤影を認め、全身CTにて右中葉に最大径37mmの腫瘍性病変を認め、原発性肺癌および転移性脳腫瘍を疑われ当科へと紹介された。気管支鏡検査を施行されたところ、喉頭に多数の白苔の付着を認め、右上葉の腫瘍から得られた検体は白色の壊死様の物質であった。年齢や喉頭所見、肺組織の肉眼所見などから食道カンジダとAIDSおよび肺・脳膿瘍を想定し、HIVの抗原・抗体検査を提出したところ陽性であった。確認検査でもHIVは陽性で、CD4陽性細胞は15と著明に低下していた。培養検査や各種抗原・抗体検査などを提出するも膿瘍の原因微生物の同定には至らず、ノカルジア症を想定しST合剤とIPM/CSによる治療を開始したところ膿瘍の縮小を認めた。【結語】本症例では気管支鏡検査で確認できた喉頭・食道カンジダがAIDS診断の契機となった。若年者の腫瘤影では感染症も鑑別にあげ、詳細な病歴聴取を行うことが重要である。

40

アスペルギルスと非結核性抗酸菌の複合感染症と考えられた1例

○平井 千晴、原 啓太、竹中 翔太、
宇都宮 琢秀、吉田 祐士、中島 章太、
木下 義晃、串間 尚子、石井 寛

福岡大学筑紫病院呼吸器内科

症例は重喫煙歴のある60代男性。健診で胸部異常陰影を指摘され受診したが、約1か月前から湿性咳嗽および労作時息切れを自覚していた。胸部CTでは両肺の著明な肺気腫を背景に、右肺に広範な浸潤影および嚢胞内液体貯留を認めた。入院後から発熱が持続し、その後ネーザルハイフローを要する呼吸不全を呈した。喀痰から有意な細菌は検出されず、3回目の喀痰検査でGaffky 2号を認めたが、PCRでは結核菌およびMAC陰性であった。また、アスペルギルスIgG抗体が強陽性であった。M. abscessus症と肺アスペルギルス症を念頭に抗菌薬および抗真菌薬（イサブコナゾール）の治療を行い、経過中にC. difficile感染症を併発したものの、比較的安全に多剤併用が可能であった。その後、喀痰の4週培養でM. heckeshornenseが同定された。同菌は通常、免疫不全状態や基礎疾患を有する患者に発症することが多いとされるが、本症例のように肺気腫を背景に重症呼吸不全を呈した報告は稀である。

41

複数のアレルギー疾患に適応を有するデュピルマブの使用状況

○福嶋 健人、岡部 公樹、杉山 晃子、
岸川 禮子、吉田 誠

国立病院機構福岡病院 アレルギーセンター

抗IL-4R α 抗体製剤であるデュピルマブは複数のアレルギー疾患への適応を有しており、それぞれの疾患への効果は報告されているが複数有する際の効果を評価するマーカーはなく報告も稀である。アトピー性皮膚炎の適応となった2018年から2024年3月末までに当院でデュピルマブを導入された114例(2~88歳、中央値27歳)を対象に継続状況などの評価を行った。導入のきっかけとなった疾患はアトピー性皮膚炎68%、気管支喘息15%、気管支喘息+アトピー性皮膚炎8%、好酸球性副鼻腔炎5%、気管支喘息+好酸球性副鼻腔炎4%、アトピー性皮膚炎+好酸球性副鼻腔炎0%。2つ以上のアレルギー疾患を有する割合が86%。デュピクセントの適応疾患を2つ以上有する割合は47%、成人のみでは41%であった。2024年3月末においては68%が継続していた。継続状況は導入の契機となった疾患や継続年数により異なるが、アトピー性皮膚炎は3年後以降に継続率が下がる傾向、喘息は3年後以降で継続率が上がる傾向がみられた。

42

気道病変に限局した再発性多発軟骨炎の1例

○緒方 大聡¹⁾、萩原 拓貴¹⁾、松尾 美央子²⁾、
西村 直矢³⁾、新納 宏昭³⁾、岡本 勇¹⁾

1) 九州大学病院呼吸器内科

2) 九州大学病院耳鼻咽喉・頭頸部外科

3) 九州大学病院免疫・膠原病・感染症内科

症例は48歳女性。(X-6)年より近医でアトピー性皮膚炎に対しプレドニゾロン(PSL)10mg/日内服を継続されていた。X年3月に呼吸困難が増悪し、近医で喘息増悪と診断され、ブデソニド/ホルモテロール/グリコピロニウム、モンテルカストを開始され、PSLを20mg/日に増量された。呼吸困難は軽快したが、PSL10mg/日に減量後に再度増悪した。以後PSL30mg/日への増量を反復されたが呼吸困難が遷延し、X年9月に当科紹介となった。mMRC grade 3の労作時息切れ、III°のwheezesを呈しており、CTで気管~両側主気管支の粘膜肥厚を認めた。PSL30mg/日に増量したが、5日後に呼吸困難が増悪して当院へ救急搬送後、心肺停止となった。心肺蘇生後、気管挿管下でベタメタゾン12g/日、アミノフィリン、サルブタモールを開始した。呼吸状態の改善に伴いステロイドを漸減し、人工呼吸器を離脱した。耳介をはじめ他病変は明らかでなかったが、抗II型コラーゲン抗体陽性と判明し、再発性多発軟骨炎と診断した。難治性喘息を疑う症例では、事前に本疾患の鑑別が肝要である。

43

両肺びまん性の小葉中心性すりガラス影を呈した MALT リンパ腫の 1 例

○森 夢実¹⁾、柳 重久²⁾、北村 瑛子²⁾、
魏 峻洸³⁾、盛口 清香⁴⁾、住吉 誠²⁾、
小田 康晴²⁾、坪内 拓伸²⁾、宮崎 泰可²⁾

- 1) 宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター
- 2) 宮崎大学医学部内科学講座呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野
- 3) 宮崎大学医学部医学科病理学講座構造機能病態学分野
- 4) 宮崎大学医学部附属病院病理診断科

症例は 50 歳代女性。6 年前に関節リウマチを発症し、近医でメソトレキセート (MTX) を開始された。4 年前に検診で両肺びまん性すりガラス影を指摘され、気管支内視鏡検査で診断に至らなかった。4 か月前より労作時呼吸困難と体重減少が出現し、両肺の陰影も増悪し当院を受診した。血清 LD、可溶性 IL-2R、リゾチームが高値であり、胸部 CT で両肺びまん性、小葉中心性に分布する、境界不明瞭なすりガラス影がみられた。気管支内視鏡検査で診断に至らず、%FVC、酸素化、画像所見が悪化し、在宅酸素療法が必要となった。外科的肺生検を行い、細気管支周囲に LEL 病変を呈する小型 B リンパ球の浸潤がみられ、MALT リンパ腫と診断した。その他の医原性免疫不全関連リンパ増殖性疾患 (OII-LPD) と判断し、MTX を中止した。3 か月後には画像所見は改善し、在宅酸素療法を離脱した。OII-LPD としての MALT リンパ腫の頻度は少ない。また両肺びまん性の小葉中心性すりガラス影を呈する MALT リンパ腫の報告も極めて稀である。関節リウマチ症例に生ずる両肺すりガラス影の原因疾患として、MALT リンパ腫は重要な鑑別疾患の一つと考えられた。

44

Durvalumab 投与に関連した気管支喘息発作の一例

○國武 陸、中野 貴子、堤 央乃、
井上 滋智、神宮司 祐治郎、中富 啓太、
山下 崇史、高田 昇平

独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター呼吸器内科

症例は 51 歳女性、気管支喘息に対して中用量 ICS/LABA の吸入を行い増悪なく経過していた。X-1 年 10 月から咳嗽、呼吸困難、背部痛あり前医受診した。CT 検査で左下葉に腫瘤影を指摘され、当科紹介となった。左下葉非小細胞肺癌 (T1cN2M0、stage3A) と診断され、X 年 1 月から化学放射線療法が開始された。3 月から Durvalumab にて維持治療が開始され、放射線肺臓炎ならびに好酸球の増多を認めた。6 月に酸素化低下を認め、wheezes や 1 秒率低下を伴っており気管支喘息発作と判断されステロイド投与行われ、呼吸状態の改善を認めた。その後、Durvalumab 投薬を再開したが、10 月に再度 wheezes や 1 秒率低下を伴う酸素化低下を認め、気管支喘息発作と診断された。一連の増悪は Durvalumab による気管支喘息発作と判断し、11 月に Benralizumab を併用の上 Durvalumab を再開した。

Durvalumab 投与に関連した気管支喘息発作の一例を経験した。気管支喘息と抗 PDL1/PDL2 抗体には関連性が指摘されており、これらの機序について文献的考察を踏まえ報告する。

45

生体情報（音声・咳音）の解析特徴量を用いた慢性閉塞性肺疾患（COPD）の罹患推定

○古賀 美千帆¹⁾、尾長谷 靖^{2,3)}、深堀 範³⁾、
塚本 祐生³⁾、入来 隼²⁾、竹本 真之輔³⁾、
高園 貴弘^{3,4)}、坂本 憲穂^{2,3)}、福島 千鶴^{3,5)}、
迎 寛^{2,3)}

- 1) 長崎大学医学部
- 2) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科呼吸器内科学
- 3) 長崎大学病院呼吸器内科
- 4) 長崎大学病院感染症内科
- 5) 長崎大学病院臨床研究センター

【背景】慢性閉塞性肺疾患（COPD）の認知度は低く、早期診断、早期治療導入が目指されているが、不十分である。

【対象と方法】COPD患者30名と健常者16名を対象に、スマートフォンで「テレビゲームやパソコンでゲームをして遊ぶ」という文章、「a, i, u, e, o:」の発声、随意咳音を録音した。機械学習を用いてステージ1以上のCOPD患者（n=22）の識別力をアウトカムとした。学習手法は、機械学習モデル：ロジスティック回帰、特徴量：librosaで計算、精度評価：4-fold Cross Validation × 10乱数（計40試行）で、感度・特異度を評価した。

【結果】ステージ1以上のCOPD患者識別の感度・特異度の幾何平均は、文章：0.78 ± 0.11, a: 0.63 ± 0.10, i: 0.74 ± 0.09, u: 0.81 ± 0.08, e: 0.73 ± 0.12, o: 0.66 ± 0.09, 咳音：0.66 ± 0.11, であった。特徴量情報に「自覚症状」「喫煙歴」を追加しても識別精度は上昇しなかった。

【結論】音声「u:」の機械学習モデルによりCOPD罹患を80%以上で推定できる可能性が示唆された。非侵襲的なCOPDスクリーニングシステムの開発をすすめている。

46

二相性胸膜中皮腫に対する術前化学療法が劇的に奏効した一例

○吉山 和俊¹⁾、谷口 寛和^{1,2)}、赤城 和優^{1,2)}、松尾 緑¹⁾、行徳 宏¹⁾、竹本 真之輔¹⁾、黒濱 大和³⁾、松本 桂太郎⁴⁾、芦澤 和人²⁾、迎 寛¹⁾

- 1) 長崎大学病院 呼吸器内科
- 2) 長崎大学病院 がん診療センター
- 3) 長崎大学原爆後障害医療研究所 原研試料室
- 4) 長崎大学病院 腫瘍外科

症例は73歳男性。19歳時に水道工事関係で約1年間のアスベスト曝露歴がある。X年Y-1月に右季肋部痛を自覚し、近医にて散在性に複数の右胸膜肥厚と多量の右胸水貯留を指摘され、精査加療目的に当院へ紹介となった。同月にCTガイド下胸膜生検を施行され上皮様胸膜中皮腫(cT4N0M0、cStageIIIB)と診断された。X年Y月よりCDDP+PEM療法を3コース施行されたところ、原発巣は著明に縮小し右胸水は消失、画像上はほぼCRとなった。病勢コントロールが良好であり、X年Y+4月に右胸膜剥皮術を施行された。術後病理診断は二相性胸膜中皮腫であった。病理学的には腫瘍成分の90%以上は化学療法による変化を認め、viableな残存腫瘍細胞はごく少数だった。X+1年Y+10月の時点で再発を認めず、経過観察中である。胸膜中皮腫において上皮様中皮腫以外の組織型はCDDP+PEM療法に抵抗性を示すことが多く、本症例のように比較的大きな腫瘍が術前化学療法により劇的に奏効しnear CRが確認できた症例は貴重である。文献的考察を加え報告する。

47

TP53 機能獲得型遺伝子変異がオシメルチニブの効果に及ぼす影響の検討

○岩間 映二¹⁾、指宿 立¹⁾、原田 大志²⁾、土屋 裕子³⁾、堤 央乃⁴⁾、古山 和人⁵⁾、岡本 勇¹⁾

- 1) 九州大学大学院医学研究院呼吸器内科学分野
- 2) 地域医療機能推進機構九州病院呼吸器内科
- 3) 北九州市立医療センター呼吸器内科
- 4) 福岡東医療センター呼吸器内科
- 5) 済生会福岡総合病院呼吸器内科

TP53 遺伝子変異はEGFR 遺伝子変異陽性肺癌の約50%に存在し、オシメルチニブの治療効果を減弱させることが報告されている。我々は、TP53 遺伝子変異のタイプの中で、がん抑制機能を失うだけでなく癌の進展を促進させる変異である機能獲得型変異(GOF変異)は、NF-κB/TNF αシグナル経路の活性化を介してオシメルチニブの早期耐性を誘導することを明らかにしている。今回、多施設(9施設)共同の後方視的研究において、2015年1月から2023年4月に1次治療としてオシメルチニブ単剤を投与されたEGFR 遺伝子変異陽性150症例の治療前FFPE検体を用いて次世代シーケンサー解析を行い、TP53 遺伝子変異を80例(53%)、その内20例(13%)にTP53-GOF変異を認めた。オシメルチニブの無増悪生存期間は、TP53野生型:22.0ヶ月、GOF変異:12.1ヶ月、non-GOF変異:21.9ヶ月であり、野生型と比較してGOF変異において無増悪生存期間が短かった(P=0.083)。EGFR 遺伝子変異陽性肺癌においてTP53-GOF変異を有する症例に対する治療開発が必要と考えられた。

48

オンコマイン DxTT 陰性、ALK 免疫染色陽性の肺腺癌に対してアレクチニブが奏効した 1 例

○山田 晃寛、猿渡 功一、増田 優衣子、
赤池 公孝、堀尾 雄甲、村本 啓、
富田 雄介、増永 愛子、一安 秀範、
坂上 拓郎

熊本大学病院呼吸器内科

症例は 66 歳女性。X-1 年 1 月、右肺下葉結節影に対し右下葉 S7 区域切除術を施行され、肺腺癌 pT1bN0M0、stage I A2 と診断された。X 年 6 月の PET-CT では、左頸部、両側鎖骨上部、縦隔、右肺門、および左腋窩リンパ節の腫大と異常集積を認めた。X 年 8 月、縦隔リンパ節腫大に対して EBUS-TBNA を実施し、肺腺癌を検出、術後再発と診断した。手術検体ではオンコマイン DxTT でドライバー遺伝子変異を検出せず、院内 ALK 免疫染色（クローン 5A4）で陽性と判定された。再発時の生検検体においても ALK iAEP 法により iScore 3 と陽性であった。X 年 9 月よりアレクチニブ治療を開始し、投与 2 カ月後の CT では頸部、鎖骨上部、肺門・縦隔、腋窩リンパ節の縮小を認めた。本症例はオンコマイン DxTT 陰性ながら ALK 免疫染色陽性という乖離が見られた一例で、アレクチニブが著効した点で貴重であり、文献的考察を加え、本症例を報告する。

49

EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌から小細胞肺癌へ形質転換した 3 例の検討

○森山 英士

国立病院機構宮崎東病院腫瘍内科

【背景】EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌のチロシinkinナーゼ阻害薬の耐性機序の一つに小細胞肺癌 (SCLC) への形質転換が知られている。

【目的】SCLC へ形質転換した後の治療効果について検討する。【方法】2015 年 11 月～2022 年 10 月までに当科にてがん薬物療法を行った EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌症例を後方視的に検討した。【結果】対象症例は、3 例であった。3 例の初回診断時の年齢は、41・64・68 歳、性別：男/女=2/1 例、喫煙歴：なし/あり=2/1 例、SCLC への形質転換までの時間/治療レジメン数：7 年 5 ヶ月/10・3 年/8・3 年/2、形質転換後の生存期間/治療レジメン数：9 ヶ月/2・1 年 11 ヶ月/4・3 年 6 ヶ月/7 であった。腫瘍マーカーは、ProGRP/NSE が変動した例が、1/3 例であった。【考察】小細胞肺癌に対するがん薬物療法の効果は三者三様であり、今後さらにバイオマーカーの検討が進み、適切な治療選択につながることを期待された。

50

ROS-1 融合遺伝子陽性の肺腺癌に対する entrectinib 投与中に心臓障害をきたした一例

○廣澤 利帆、真鍋 大樹、堂阪 啓起、
石黒 豊、田原 正浩、丈達 陽順、
矢寺 和博

産業医科大学医学部

【症例】 76 歳男性。X 年 7 月左半身不全麻痺を主訴に前医を受診、全身造影 CT で、右大脳半球に腫瘤影、左肺上葉に結節影、縦隔・肺門リンパ節腫大を認めた。開頭腫瘍摘出術の病理所見より、ROS-1 融合遺伝子陽性の左上葉肺腺癌 (cT1cN3M1b cStage IV A) と診断、8 月より entrectinib を開始した。10 月の受診時の際に呼吸苦はないが、安静時酸素化低下を認め、精査目的に入院された。CT で両側胸水貯留、心拡大、呼吸不全を認め、心臓超音波検査では投与開始前と比較し、左室収縮能低下および、びまん性壁運動低下を認め、entrectinib よる心臓障害が疑われた。薬剤休薬と心保護薬投与により、呼吸不全と両側胸水は改善した。

【考察】 ROS-1 融合遺伝子陽性肺癌は全肺癌全体の約 1% を占める比較的まれな遺伝子変異である。entrectinib は転移性脳腫瘍に対し高い有効性を示す一方、約 3% に心臓障害を合併し重篤化する可能性がある。本症例は entrectinib による心臓障害を呈した貴重な症例であり、投与中の定期的な心機能評価の重要性が示唆された。

51

DPC データを用いた高齢誤嚥性肺炎患者の予後予測因子についての検討

○山田 若奈¹⁾、工藤 涼平²⁾、萩原 晟彦²⁾、
日置 宣秀²⁾、首藤 久之²⁾、大森 翔太²⁾、
小宮 幸作^{2,3)}

- 1) 大分県立病院
- 2) 大分大学医学部呼吸器・感染症内科学講座
- 3) 大分大学グローバル感染症研究センター

【目的】 高齢誤嚥性肺炎患者の予後予測因子を明らかにすること。【方法】 2018年1月～12月の期間に誤嚥性肺炎 (ICDコード: J690) の入院契機病名で入院した65歳以上の患者を対象とした。患者背景因子、入院中の処置・薬剤情報、退院時転帰などについてDPCデータから後ろ向きに収集し、多変量解析を行った。【結果】 入院中死亡に対して特に有意な影響が認められたのは、男性 (OR: 1.72, $p < 0.001$)、入院時 Hugh-Jones 分類 5 (OR: 1.17, $p < 0.001$)、入院時 JCS ≥ 100 (OR: 1.91, $p < 0.001$)、入院3日以内の広域抗菌薬投与 (OR: 1.36, $p < 0.001$)、入院3日以内の酸素投与 (OR: 1.98, $p < 0.001$)、入院3日以内の人工呼吸器管理 (OR: 2.14, $p < 0.001$) であった。【結論】 性別や入院時点での全身状態と入院中死亡に関連を認め、既報と矛盾のない結果であった。また広域抗菌薬の投与は死亡リスクを減少させていなかった。交絡因子および偶然誤差を含め、追加解析を進める必要がある。(非学会員共同研究者: 伏見清秀)

52

アトピー性皮膚炎に対してウパダシチニブの使用中にニューモシスチス肺炎を来した一例

○岩永 充月¹⁾、田中 康大¹⁾、緒方 良介¹⁾、
宮村 拓人¹⁾、梅山 泰裕¹⁾、梅村 明日香¹⁾、
福田 雄一¹⁾、早田 宏¹⁾、迎 寛²⁾

- 1) 佐世保市総合医療センター呼吸器内科
- 2) 長崎大学病院呼吸器内科

51歳男性。難治性のアトピー性皮膚炎に対してJAK阻害剤のウパダシチニブで加療されていた。発熱のためX年10月に近医を受診しCRPの上昇と胸部単純CT画像でびまん性に広がる地図状のすりガラス影を指摘され同月に当院を紹介受診した。入院時の血液検査で β -Dグルカンが1055Pg/mLと高値であり気管支肺胞洗浄を施行して洗浄液からPneumocystis jiroveciiのDNAが 6×10^3 コピー/mL得られたためニューモシスチス肺炎 (PjP) の診断とした。本症例ではウパダシチニブ以外に免疫抑制の原因が明らかでなく、ウパダシチニブによる免疫不全がPjPを引き起こしたと考えられた。入院時よりスルファメトキサゾール・トリメトプリム錠を開始した。また入院時のP/F比が365と酸素化不良があったためプレドニゾン (PSL) 内服も開始した。経過は良好で呼吸状態と肺野の異常陰影、血液中の白血球、CRPは経時的に改善し、入院21日目に退院した。アトピー性皮膚炎に対してJAK阻害剤内服によるPjPの症例を経験したため文献的考察を加えて発表する。

53

当院で経験したニューモシスチス肺炎の後方視的検討

○峰 千晶¹⁾、森川 明¹⁾、三原 智¹⁾、
土井 誠志¹⁾、泊 慎也¹⁾、迎 寛²⁾

- 1) 諫早総合病院
- 2) 長崎大学病院呼吸器内科

[背景] ニューモシスチス肺炎 (PCP) は HIV 合併例だけでなく、ステロイドや免疫抑制剤を長期投与された non-HIV 患者に発症を疑うが、PCP 発症予防にはコンセンサスがない。また、予後不良とされている。当科で経験した PCP 症例について、背景、リスク、治療について後方視的に検討した。

[方法] 2008 年から 2024 年 11 月まで当院で PCP と診断した 56 例を調査した。

[結果] 男 34、女 22 名で平均年齢 71 歳であった。基礎疾患は、HIV が 1、自己免疫性疾患 25、固形癌 13、血液疾患 11、糖尿病 13、呼吸器疾患 8、脳転移 4 例を認めた。ST 予防投与中の発症が 7 例あり、PSL 高用量投与の傾向があった。ステロイド投与のない症例が 9 例あり、リスク因子は HIV、MTX、リツキシマブ、生物学的製剤投与、血液疾患、糖尿病などであった。PSL5mg 以下で 3 例発症した。診断は、1 例を除きすべて β D グルカン陽性であった。喀痰中カリニ PCR は、37 例に施行し陽性率 66.6% であった。治療は、有害事象を 69.7% に認め死亡率は 26.7% であった。

[結論] 免疫抑制状態があれば PCP を想起することが重要である。

54

訪問診療にて肺結核の治療を行った独居高齢者の 1 例

○郡山 晴喜¹⁾、松元 信弘²⁾、伊井 敏彦²⁾、
坂元 昭裕³⁾

- 1) ホームクリニックみまた
- 2) 国立病院機構宮崎東病院呼吸器内科
- 3) 都城保健所

症例は 89 歳男性、独居。近医で肺野異常陰影を指摘され、前医での喀痰検査で肺結核と診断された。本人が入院加療を頑なに拒否したため、保健所とも協議の上、当院からの訪問診療にて治療を行うこととなった。

X 年 6 月 13 日より INH、RFP、EB、PZA の投与を開始。2 ヶ月後より INH と RFP の 2 種類とし、12 月 13 日に内服治療を終了した。治療内容は血液検査結果などをもとに前医と随時相談した。7 月中旬より服薬拒否が目立ったが、8 月下旬に喀痰抗酸菌塗抹検査の陰転化を確認し、以降の抗酸菌検査もすべて陰性との結果であった。その後も訪問診療や訪問看護の介入を継続している。

本症例では当院と保健所職員以外に訪問看護師、薬剤師が定期的に訪問を行った。特に服薬管理が課題となったため、1 日 1 回誰かが訪問し服薬確認を行うようにした。それでも服薬拒否があり、毎日の内服を確実に行うことは困難であった。他にも治療中の自己判断での外出、治療後の画像検査の拒否など、在宅ならではの課題も浮かび上がった。肺結核患者の高齢化に伴い、訪問診療で治療するケースが今後増えていく可能性がある。地域の多職種連携による柔軟な対応が望まれる。

55

気管支鏡検査にて診断した *Nocardia asiatica* の一例

○佐野 ありさ、伊井 敏彦、釘宮 啓一、
松尾 彩子、井手口 優美、松元 信弘

国立病院機構宮崎東病院

症例は69歳男性。建設業。202X年6月、高血圧で通院中の近医での採血にて、炎症所見高値であったが無症状であり、1か月後に再検予定とされた。その後38℃台の高熱、乾性咳嗽、食欲不振が出現、体重は6kg減少。翌月の胸部レントゲン写真で右上葉に浸潤影あり当院に紹介入院。胸部造影CTでは右S1に6×4cm大の浸潤影あり。喀痰検査と、気管支鏡検査で右B1から擦過、洗浄、生検を行った。喀痰と気管支洗浄液の塗抹検査で放線菌様菌体を認めため、アンピシリンにて治療開始。のちに喀痰培養では *Actinomyces naeslundii* であったが、気管支洗浄液の培養では *Nocardia asiatica* であった。このため治療はイミベネムとST合剤に変更した。しかし悪心嘔吐のため継続困難、イミベネムとミノサイクリンに変更した。頭部造影CTでは右前頭葉皮質下に2カ所、粒状に造影される病変を認めた。症状と炎症所見は改善し、胸部と頭部の陰影も著明に縮小。ミノサイクリンでの外来治療に切り替えた。本症例では *Nocardia* の診断に気管支鏡検査が有用であった。

56

Nivolumab + Ipilimumab 投与後に irAE による再発性多発軟骨炎を発症した 1 例

○田中 愛美¹⁾、岡林 比呂子¹⁾、藤井 光¹⁾、小澄 敬祐²⁾、原田 和人²⁾、坂田 晋也¹⁾、吉田 知栄子¹⁾、村上 大造³⁾、岩槻 政晃²⁾、坂上 拓郎¹⁾

- 1) 熊本大学病院呼吸器内科
- 2) 熊本大学病院消化器外科
- 3) 熊本大学病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【症例】72歳、男性。【現病歴】食道癌と下咽頭癌を診断され、食道癌に対する化学放射線治療後に、X-1年9月咽頭喉頭食道全摘術を施行された。術後補助化学療法で Nivolumab(Nivo) を投与されたが再発し、CDDP+5-FU+Nivo を投与された。治療効果なく、X年7月から Nivo + Ipilimumab(Ipi) 投与開始となった。開始後から前胸部痛、呼吸困難が出現し、徐々に増悪し、胸部 CT で気管・気管支壁の全周性肥厚による内腔狭窄を認め、X年10月当科紹介となった。明らかな腫脹はなかったが、耳介の疼痛を自覚するようになり、FDG-PET/CT で気管、気管支、肋軟骨、耳介、鼻部に異常集積を認めた。右耳介から生検を行い、軟骨膜を主座としたリンパ球、形質細胞浸潤を認めた。再発性多発軟骨炎と診断し、ステロイド治療を開始した。治療開始後、自覚症状は改善し、胸部 CT でも気管・気管支壁肥厚の改善を認めた。【考察】免疫関連有害事象(irAE)による再発性多発軟骨炎は稀ではあるが、本症例では Nivo + Ipi 投与後から病変が出現しており、irAE と考えた。診断には FDG-PET/CT が有用であった。

57

クライオ生検にて摘出した気管支内過誤腫の 1 例

○大庭 七海¹⁾、南里 水晶²⁾、小宮 奈津子²⁾、早瀬 百々子²⁾、梶原 心²⁾、桑原 雄紀²⁾、栗原 有紀²⁾、田代 宏樹²⁾、中島 千穂²⁾、高橋 浩一郎²⁾

- 1) 佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター
- 2) 佐賀大学医学部附属病院呼吸器内科

【症例】80歳男性【主訴】なし【現病歴】X年10月、右側舌癌術後の経過観察目的に撮像した頭頸部～胸部 CT にて、偶発的に左肺下葉気管支に結節影を認め、紹介となった。気管支鏡検査では、左気管支底区入口部の直上に黄色調で表面はカリフラワー状の隆起性病変を認めた。茎は確認できなかった。完全閉塞ではなかったが、左底区入口部の亜閉塞状態であり、閉塞性肺炎のリスクがあると判断した。11月、全身麻酔、軟性気管支鏡下に、クライオ生検による腫瘍摘出を行った。大きな出血はなく、病変は残存なく摘出しえた。組織は、気管支上皮下に成熟した脂肪組織や硝子軟骨を認め、過誤腫の所見であった。【考察】気管支に発生する過誤腫は、全肺良性腫瘍のうち1.4～2.0%と稀である。鉗子生検での診断率は低いことから、以前は肺葉切除や管状切除を施行されることもあった。これまでの内視鏡的治療では、高周波スネアや YAG レーザーが使用されることが多かった。本症例では、クライオ生検を行うことで、発火や煙の吸引による呼吸障害のリスクをなくすことができ、出血も少なく、有用であった。

58

気管気管支限局 AL アミロイドーシスの一例

○小田 康晴¹⁾、釘宮 啓一^{1,5)}、久富木 庸子²⁾、
松浦 祐之介³⁾、木脇 拓道⁴⁾、北村 瑛子¹⁾、
住吉 誠¹⁾、坪内 拓伸¹⁾、柳 重久¹⁾、
宮崎 泰可¹⁾

- 1) 宮崎大学医学部内科学講座呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野
- 2) 同内科学講座血液・糖尿病・内分泌内科学分野
- 3) 同内科学講座循環器・腎臓内科学分野
- 4) 同病理学講座腫瘍形態病態学分野
- 5) 国立病院機構宮崎東病院

53歳男性。X-1月に発熱、咽頭痛、咯血が出現し、近医での胸部CTにて出血の吸い込みとともに、気管・気管支に石灰化を伴う著明な壁肥厚を認めた。気管支鏡にて、気管から葉気管支にかけて気道上皮は発赤、浮腫状隆起、気道狭窄、易出血性を認めたが、膜様部は比較的保たれていた。症状は改善していたが、精査加療目的にX月に当科紹介受診された。X+1月に気管支鏡下に気道上皮生検を施行し、Congo-Red染色・DFS染色陽性で、偏光下にて青緑色を呈する好酸性無構造物の著明な沈着により、アミロイドーシスと診断した。上下部消化管内視鏡検査・粘膜生検、骨髓穿刺、心臓生検、皮膚生検にてアミロイド沈着を認めず、血中・尿中M蛋白陰性、尿中ベンズジヨーンズ蛋白陰性、膠原病を示唆する症状・所見・抗体上昇などは認めなかったため、気管・気管支限局アミロイドーシスと診断した。気管・気管支の所見は著明だが、患者は無症状であり、治療入を希望されなかったため、経過観察の方針とした。プロテオーム解析ではアミロイド沈着部位に軽鎖κが多く検出されており、ALアミロイドーシスと診断した。非常に珍しい症例であり、既報と比較して報告する。

59

繰り返す肺炎を契機に確定診断に至った嚢胞性線維症の1例

○神宮 達也¹⁾、渡橋 剛²⁾、山崎 啓¹⁾、
笹原 陽介³⁾、二階堂 靖彦³⁾、矢寺 和博⁴⁾

- 1) 産業医科大学若松病院呼吸器内科
- 2) 地方独立行政法人くらて病院呼吸器内科
- 3) 北九州総合病院呼吸器内科
- 4) 産業医科大学病院呼吸器内科学

【症例】48歳男性。2018年に細菌性肺炎で入院した際に、胸部CT検査で小葉中心性のびまん性粒状影や気管支拡張所見、慢性副鼻腔炎の所見を認め、びまん性汎細気管支炎と診断された。同年9月より、少量マクロライド療法としてクラリスロマイシン200mg/日やエリスロマイシン600mg/日を投与されていたが、細菌性肺炎を繰り返し、同年10月頃から労作時呼吸困難が増悪したため、精査目的に当院を紹介受診した。画像所見が増悪した点、少量マクロライド療法が無効であった点、呼吸器感染を繰り返している点から嚢胞性線維症の可能性が考えられ、汗中Cl⁻濃度が異常高値、特徴的な呼吸器症状(繰り返す気道感染、気管支拡張症、慢性咳嗽)から、嚢胞性線維症と診断した。CFTR遺伝子の遺伝子変異は認めなかった。ドルナーゼアルファヤトブラマイシンの吸入療法を導入し、その後は呼吸器感染を認めることなく経過している。

【結語】びまん性汎細気管支炎に思えた症例であっても、少量マクロライド療法が無効である症例や細菌性肺炎を繰り返す症例では嚢胞性線維症を念頭に精査を検討する必要がある。

60

気道狭窄を多角的に評価し抜管に成功した甲状腺腫瘍による気道狭窄の1例

○宮尾 賢輝、江口 善友、一門 和哉

済生会熊本病院呼吸器内科

症例は74歳女性。X年9月18日未明に喘鳴と呼吸困難あり当院へ救急搬送。Ⅱ型呼吸不全とCO₂ナルコーシスによる意識障害で緊急挿管を行った。CT検査では気管を圧排する腫瘍性病変と肺野に浸潤影と小葉間隔壁の肥厚を認めた。呼吸不全の原因としては①心臓精査でたこつぼ心筋症を認めたため急性心不全、②既往に気管支喘息があるため喘息重積発作、③甲状腺腫瘍による気道狭窄が考えられた。人工呼吸器管理を継続したがウィーニングはday1に完了し、心機能も改善傾向で喘息発作を示唆する所見も乏しい経過であった。day3には抜管方針としたがカフリークテストが陽性で抜管も困難であった。甲状腺腫瘍による気管狭窄が呼吸不全の主因であったと考えられたためエコーガイド下に腫瘍内部の液体成分の穿刺吸引術を施行し、その後抜管に至った。

カフリークテストは抜管前の検査として広く用いられているが、本症例のような気管外からの腫瘍による圧排がある特殊な病態では評価が難しい場合がある。今回カフリークテスト以外に気道狭窄を多角的に評価し、抜管に成功した症例を経験したので考察も含めて報告する。

61

当院における手術検体でのEGFR, ALK検査の検討 - シングル検査とマルチ検査の比較 -

○稲葉 恵¹⁾、佐伯 祥^{1,2)}、秋原 健人¹⁾、大保 美優¹⁾、井村 昭彦¹⁾、田代 貴大¹⁾、坂上 亜希子¹⁾、平田 奈穂美¹⁾

- 1) 熊本中央病院 呼吸器内科
- 2) 熊本中央病院 腫瘍内科

【目的】非小細胞肺癌の周術期治療でオシメルチニブやアレクチニブが適応となり、EGFR, ALK 遺伝子検査を行う必要がある。4期のドライバー遺伝子検査はマルチ検査を行っているが、周術期でもマルチ検査がよいかは不明である。【方法】2016年～2023年に手術検体でシングル検査を行った症例（EGFRはコバス40例、ALKはIHC40例）とマルチ検査を行った症例（オンコマイン16例、Amoy18例）を後ろ向きに検討した。【結果】組織型（腺癌/腺癌以外）はシングル検査でEGFR 39/1, ALK 37/3, マルチ検査で28/6であった。EGFR陽性はシングル検査で22例（55%）、マルチ検査で7例（20.6%）であった。ALK陽性はシングル検査で2例（5%）、マルチ検査で1例（2.9%）であった。【結論】周術期治療を検討するときは、マルチ検査よりもシングル検査がよいかもしれない。

62

オシメルチニブが奏効したEGFR exon21 L858R 遺伝子変異陽性肺紡錘細胞癌の1例

○岩永 優人¹⁾、早川 雄輝¹⁾、久保 直登¹⁾、二階堂 靖彦¹⁾、笹原 陽介¹⁾、崎田 健一²⁾、矢守 和博³⁾

- 1) 北九州総合病院呼吸器内科
- 2) 北九州総合病院病理診断科
- 3) 産業医科大学呼吸器内科学

症例は71歳女性。基礎疾患に全身性エリテマトーデスがあり、当院膠原病内科に通院していた。20XX年9月に胸部X線写真で左上肺野に腫瘤影を指摘され当科紹介となった。胸部CTで左肺S3領域に長径40mm大の腫瘤を認め、経気管支肺生検を施行し、組織学的には紡錘形細胞の密な増殖を認め、免疫染色で上皮性マーカーのcytokeratinや間葉系マーカーのvimentinが陽性であることから肺紡錘細胞癌と診断した。精査の結果、肺紡錘細胞癌cT4N0M1a(PLE)stage IV Aと診断した。同検体を用いてオンコマインDx Target TestマルチCDxシステムによる解析を行ったところ、EGFR exon21 L858R 遺伝子変異陽性であった。1st line オシメルチニブを開始したところ、治療開始2ヶ月後のCT検査でPR相当の改善を認めた。紡錘細胞癌は肉腫様癌の一亜型として分類される希少肺癌である。細胞傷害性抗癌剤の治療効果は限定的であり、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害剤を軸とした治療が期待される。今回我々はEGFR変異陽性肺紡錘細胞癌でオシメルチニブが奏効した1例を経験したので報告する。

63

免疫チェックポイント阻害剤が奏功した浸潤性粘液産生性肺腺癌の2例

○平山 椎名¹⁾、北村 彩²⁾、小田 康晴²⁾、
西本 翔英²⁾、瀬戸口 健介²⁾、佐藤 勇一郎³⁾、
山下 篤³⁾、柳 重久²⁾、宮崎 泰可²⁾

- 1) 宮崎大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター
- 2) 宮崎大学医学部内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野
- 3) 宮崎大学医学部附属病院 病理部

浸潤性粘液産生性肺腺癌 (IMA) は、肺腺癌の中でも稀であり、予後は不良で、殺細胞性薬の効果も乏しい。我々は、免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) が奏功した2例を経験した。1例目は76歳男性。2年前、健康診断のCTで両側下葉にすりガラス陰影がみられた。X年5月すりガラス影は拡大し、一部浸潤影となった。同年8月に右下葉浸潤影に対しTBLBを施行し、組織診でIMAの所見であった。肺転移があり、cT4N1M1a、Stage IV A、PD-L1 <1%と診断した。カルボプラチン、アブラキサン、アテゾリズマブで治療を開始し、合計4コース施行し、PRで経過した。2例目は47歳男性。X年7月頃から乾性咳嗽が悪化し、mMRC 2度の労作時呼吸苦を自覚した。胸部CTで両肺多発結節影を指摘された。同年12月右S6腫瘤影、左S3結節影に対しTBBを施行し、組織診とともにIMAと診断された。肺転移、胸膜播種があり、cT4N0M1a、cStage4A、PD-L1 10%と診断した。デュルバルマブ、トレメリムマブ、カルボプラチン、アブラキサンで治療を開始した。合計3コース施行し、PRで経過した。ICI併用療法は、IMA治療の第1選択として有用と考えた。

64

レンバチニブによる慢性胆嚢炎を来したものの外科的切除により内服を継続できた胸腺癌の1例

○松尾 彩子¹⁾、釘宮 啓一¹⁾、井手口 優美¹⁾、
佐野 ありさ¹⁾、松元 信弘¹⁾、関屋 亮²⁾、
伊井 敏彦¹⁾

- 1) 国立病院機構 宮崎東病院 呼吸器内科
- 2) 宮崎善仁会病院 外科

症例は非喫煙者の54歳男性。20XX-1年4月の健診で前縦隔腫瘤を指摘され、CTガイド下生検により胸腺癌 (正岡-古賀分類 c-Stage IV) と診断した。20XX-1年7月に1次治療のCBDCA + PTXを開始しPRの効果を得られたが、4コース後の20XX-1年12月に原発巣増大のためPDと判定した。20XX年1月に2次治療のレンバチニブを開始し、PRを維持していた。20XX年7月頃から食後 (特に油物摂取後) の右季肋部痛を自覚するようになり、造影CTで新たに胆嚢腫大、胆嚢壁肥厚を認め、慢性胆嚢炎が疑われた。レンバチニブによる慢性胆嚢炎と考えられ、レンバチニブを継続するため20XX年8月に胆嚢摘出術を行った。術後にレンバチニブを再開し、胸腺癌に対する腫瘍縮小効果を維持している。胸腺癌に対して有効性が確立されているがん薬物療法は限られている中、侵襲的介入によりレンバチニブ内服を継続できた一例について文献的考察を加え報告する。

65

嚥下障害を契機に診断となった抗 TIF-1
γ 抗体陽性皮膚筋炎合併肺癌の 2 例

○川久保 寛朗¹⁾、宮村 拓人²⁾、岩永 充月²⁾、
田中 康大²⁾、緒方 良介²⁾、梅山 泰裕²⁾、
梅村 明日香²⁾、早田 宏²⁾、迎 寛³⁾

- 1) 佐世保市総合医療センター 研修医
- 2) 佐世保市総合医療センター呼吸器内科
- 3) 長崎大学病院 呼吸器内科

症例 1 は 63 歳男性、進展型小細胞肺癌に対し新規の化学療法への変更、導入目的に入院となった。入院日に食物誤嚥による窒息を起こし、吸引で回復したが、原因精査で高度な嚥下障害を認めた。2ヶ月前より両手背、肘の進展部に発赤疹を認めていたが、経過フォローとなっていたこともあり、皮膚筋炎による嚥下障害を疑い提出した抗 TIF-1 γ 抗体が陽性であり、皮膚所見と併せて皮膚筋炎の診断となった。原疾患の進行もあり、嚥下障害も改善せず、緩和療養の方針となった。

症例 2 は 70 歳女性、発熱、呼吸困難を主訴に当院を受診し、右上葉の腫瘤影と両側下葉背側優位の肺炎像を認めた。血中 ProGRP が高値であり、画像所見と併せて臨床的に小細胞肺癌が疑われた。ヘリオトロープ疹や両手背、肘のゴットロン兆候や機械工の手を認め、直近 1ヶ月の経過で嚥下障害が出現していた。検査の結果抗 TIF-1 γ 抗体が陽性であり、皮膚筋炎の診断となった。ステロイドパルス療法を実施したが、嚥下障害は改善せず、緩和療養の方針となった。高度な嚥下障害を契機に発見された抗 TIF-1 γ 抗体陽性皮膚筋炎合併肺癌の 2 例を経験したので報告する。

66

間質性肺炎を契機に診断に至った抗 SRP 抗体陽性特発性炎症性筋疾患の 1 例

○小池 愛¹⁾、秋山 元太¹⁾、高野 智嗣¹⁾、
西村 直矢²⁾、岩崎 健³⁾、坪内 和哉¹⁾、
岡本 勇¹⁾

- 1) 九州大学病院呼吸器内科
- 2) 九州大学病院免疫・膠原病・感染症内科
- 3) 九州大学病院病理診断科・病理部

症例は 75 歳女性。X 年 1 月に近医採血で CK 上昇を指摘されていた。6 月より食思不振が出現し、CT 検査で間質性肺炎を認め、8 月より労作時呼吸困難が出現したため、9 月に当科を紹介受診し、精査目的に入院となった。抗核抗体、抗 ARS 抗体は陰性であったが、抗細胞質抗体陽性、CK 高値より筋炎関連抗体を追加提出したところ抗 SRP 抗体陽性であった。右大内転筋筋生検では筋炎の所見を認め、特発性炎症性筋疾患に伴う間質性肺炎と診断した。膠原病内科へ転科し、ステロイドとガンマグロブリン大量療法、ミコフェノール酸モフェチルによる加療により、CK の低下、胸部画像所見の改善を認めた。

近年、様々な筋炎特異的自己抗体が、筋炎の表現型と相関することが報告されている。抗 SRP 抗体は炎症性筋疾患の約 5% で陽性となる。抗 SRP 抗体陽性例は筋外病変を呈することは少なく、間質性肺炎の合併は 20% 程度であるが、筋炎症状はステロイド抵抗性や重症となる場合が多く、初期より強度の高い治療を要する。間質性肺炎を認め筋炎関連抗体の提出が臨床病型の推測と治療方針の決定に有用であった特発性炎症性筋疾患の 1 例を経験したため報告する。

67

サルグラモスチム吸入療法が奏効した自己免疫性肺胞蛋白症の一例

○櫛間 菜津美、柳原 豊史、春藤 裕樹、
濱田 直樹、藤田 昌樹

福岡大学病院 呼吸器内科

53 歳女性。X-6 年に健康診断の胸部異常陰影を指摘され、前医で自己免疫性肺胞蛋白症と診断された(抗 GM-CSF 抗体濃度 52.3 μ g/mL)。当科紹介後、外来で経過観察されていたが、呼吸困難が悪化し、X-3.4 年に全肺胞洗浄が行われた。一旦症状は改善したが、その後徐々に増悪した。安静時室内気で SpO₂ 94%(PaO₂ 73 torr)、6 分間歩行試験時の最低値 SpO₂ 84% と低下し、KL-6 4740 U/mL、胸部 CT では両肺すりガラス影(Crazy paving pattern)を認めた。呼吸機能検査では %VC 78.4%、%DLCO 56.9% であった。X 年 Y 月にサルグラモスチム吸入を開始したところ、労作時呼吸困難が改善し安静時 SpO₂ も 98% まで上昇した。また、治療約 2 か月後の胸部 CT では肺野の陰影が全体的に軽減したが、右中葉のみ陰影が増強し薬剤が到達しにくい可能性が考えられた。サルグラモスチムは自己免疫性肺胞蛋白症の新たな治療薬として発売されて間もなく、その治療経過を記した症例報告は限られている。今回、当科で初めて導入し一定の治療効果を得られた一例を経験したので報告する。

68

スキューバダイビング中に発生した溺水の1例 ～当院における溺水症例の検討～

○土田 真平、山本 哲平、平塚 雄聡

宮崎県立日南病院 内科

症例は27歳男性。X年5月、スキューバダイビングの潜水中にレギュレーターが外れ、自力で海面まで浮上したが海水を誤嚥した。当科受診時、意識はほぼ清明であったが、SpO₂(室内気)は81%で、胸部CTでは両肺の広範にスリガラス様陰影を認めた。入院し、酸素投与(3L/分)、抗菌薬を開始した。入院後、徐々に呼吸状態の改善がみられ、第3病日には酸素投与を終了し、第5病日に退院した。当院では2010年から2014年までに本例を含め5例の溺水症例があった。本例以外は発見時に意識障害を伴っていたが、当院搬送時には3例で意識はほぼ回復していた。全例が酸素吸入を要し(2L～12L/分)、1例でネーザルハイフロー、1例で人工呼吸器管理を行った。薬物療法として、抗菌薬を5例で、ステロイドを2例で、人工呼吸器を要した症例ではシベレスタットナトリウムを使用した。全例が後遺症なく、回復した。胸部CTでは全例でスリガラス様陰影を認め、3例で浸潤影を伴っていた。スリガラス様陰影は小葉中心性の淡い斑状影であったり小葉間隔壁の肥厚が目立つものであった。溺水症例に関して当院で経験した症例を通じて考察し報告する。

69

肺動静脈奇形に対するコイル塞栓術後8年目にコイル逸脱と再咯血をきたした一例

○春藤 裕樹、柳原 豊史、藤田 昌樹

福岡大学病院呼吸器内科

24歳女性。咯血を主訴に当院紹介。8年前に他院で肺動静脈奇形(AVM)に対してコイル塞栓術が施行されていた。咯血原因検索のため胸部CTを施行したところ、左肺S6に壁の厚い空洞性病変を認め、その内部にコイルを確認した。周囲には浸潤影があり、AVM再開通やコイル逸脱が疑われた。造影CTでコイル逸脱と血管損傷を示唆する所見を認めた。患者は再咯血および酸化低下を呈し緊急入院し、同日緊急手術が施行された。術中、左肺S6の血腫を伴う部位を確認し、S6区域切除を実施した。病理検査では、区域気管支周囲に内膜肥厚や異常血管を認め、拡張した気管支壁には高度の炎症細胞浸潤が見られた。気管支内腔にはびらんや潰瘍を伴い、肺胞腔内には出血と膿瘍が認められた。本症例は、AVMコイル塞栓術後8年目にコイル逸脱を伴い再咯血をきたした稀な症例として貴重であり、文献的考察を加えて報告する。

70

よもぎ蒸しによる急性肺障害の一例

○大田 裕晃、飛野 和則

飯塚病院 呼吸器内科

【患者】46歳、女性【職業】よもぎ蒸し店のインストラクター【経過】2020年に当院血液内科で濾胞性リンパ腫と診断され、化学療法により寛解維持中である。2022年によもぎ蒸し店で働き始めてから、血液内科でのフォローアップCTで出現と消退を繰り返すすりガラス陰影が確認されたが、自覚症状はなく経過観察されていた。2023年1月すりガラス陰影が拡大したため当科へ紹介された。CTでびまん性のすりガラス陰影、粒状影、モザイクパターンが認められ、non-fibrotic HPが疑われた。BALFはリンパ球優位で、右上葉・下葉のTBLC検体の病理所見では線維化や肉芽腫の形成はなく、胞隔炎と壁肥厚のみが認められた。MDDの結果、よもぎ蒸しによる急性肺障害と診断した。よもぎ蒸しを休止してもらった結果、画像所見の改善を認めた。【考察】よもぎ蒸しによる急性肺障害の一例を経験した。稀な症例を経験したため、文献的な考察を交えて報告する。

71

心臓および脳を含む全身転移をきたした悪性胸膜中皮腫の1例

○森光 舜¹⁾、川崎 光一¹⁾、吉岡 寿麻子¹⁾、
澤井 豊光¹⁾、松尾 信子¹⁾、入江 準二²⁾、
門田 淳一¹⁾、迎 寛³⁾

- 1) 長崎みなとメディカルセンター呼吸器内科
- 2) 長崎みなとメディカルセンター病理診断科
- 3) 長崎大学病院呼吸器内科

【症例】71歳、男性。後縦隔腫瘍と低Na血症の精査のため前医入院中に脳出血を発症し、当院へX月3日に救急搬送された。脳出血は増大なく経過したが後縦隔腫瘍は胸壁や縦隔に浸潤しており、血管肉腫や悪性中皮腫が鑑別に挙がり治療方針の決定のため当科紹介となった。

【臨床経過】頭部MRIで右視床および左前頭葉皮質下に出血を認め、右視床にはDWI高信号の充実部があり、造影でリング状の濃染を呈しており転移性脳腫瘍を疑った。X月15日に後縦隔腫瘍に対してCTガイド下針生検を実施し、病理検査で肉腫型悪性胸膜中皮腫と診断された。化学療法はPS不良のため実施困難であり、保存的治療を行ったがX+2月17日に死亡した。同日病理解剖を実施し、右肺の臓側胸膜から生じる腫瘍を認めた。腫瘍は心筋内や心内腔、脳実質に転移しており、二相型中皮腫と判明した。転移は横隔膜、腸間膜、副腎、胸椎など全身に及んでいた。

【考察】剖検により全身諸臓器への転移を伴う二相型悪性胸膜中皮腫が判明した症例を経験した。死因は中皮腫転移による腫瘍死であり、特に心臓に転移したことで循環障害による多臓器不全を引き起こしたものと考えられる。

72

Actinomyces 属 や Fusobacterium 属菌が検出され悪性胸膜中皮腫の診断に苦慮した一例

○西本 翔英¹⁾、小田 康晴¹⁾、梅北 佳子²⁾、
北村 彩¹⁾、瀬戸口 健介¹⁾、北村 瑛子¹⁾、
住吉 誠¹⁾、坪内 拓伸¹⁾、柳 重久¹⁾、
宮崎 泰可¹⁾

- 1) 宮崎大学医学部呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野
- 2) 宮崎大学医学部病理学講座腫瘍形態病態学分野

【症例】70代男性 【主訴】倦怠感 【現病歴】X-2年に右胸膜炎の既往がある。X-1年8月に前医CTで右肺上・下葉に胸膜に接する結節影を指摘された。X年1月に倦怠感が出現し、CTで右肺門部に新たに腫瘤影が出現し、既知の病変も増大していた。右肺下葉腫瘤に対して2回気管支鏡検査を行われたが悪性所見は指摘されなかった。当科紹介となりX年3月13日に気管支鏡検査を施行したが悪性所見を認めず、右B10からはActinomyces属、#8リンパ節からはFusobacterium属菌が検出された。肺化膿症を疑いAMPC/CVAで6週間内服治療を行ったが、X年5月15日のCTでいずれの病変も増大しており、血液検査で炎症反応高値であった。X年5月21日に再度気管支鏡検査を行い、X年5月23日にCTガイド下生検も行ったが検体量が少なく確定診断には至らなかった。X年6月18日に右肺上葉結節に対して胸腔鏡下右肺部分切除術を施行され胸膜中皮腫二相型と診断された。【考察】結節・腫瘤影の増大が目立ち、さらに肺化膿症の原因となりうる口腔内常在菌も検出されたことから診断に苦慮をしたため文献的考察を含めて報告する。

73

胸水貯留で発症し、セルブロックによる病理検査にて診断された、成人T細胞性白血病の一例

○今津 善史¹⁾、白濱 知広¹⁾、前田 宏一²⁾

- 1) 国立病院機構都城医療センター 呼吸器内科
- 2) 都城医療センター 内科

88歳男性。健康診断での胸部画像検査にて右胸水を指摘されたため、当院受診となった。CTでは肺野や胸膜に明らかな病変は認めなかった。胸水貯留の原因検索のために胸腔穿刺を行い、暗赤色胸水を採取した。胸水中の細胞分類はリンパ球が89.5%と優位であった。採取胸水からセルブロックを作成し、病理診断を依頼した。ほとんどのリンパ球様細胞はCD3陽性で有りT細胞性リンパ腫が疑われた。その後に行った血液検査では、sIL-2R 703U/mlと上昇は無かったが、HTLV-1抗体は陽性であった。これより成人T細胞性白血病と診断を行った。末梢血に異常細胞は認め無かった。また骨髓穿刺でも特に問題は無く、PET-CTではFDGの異常集積部位は認めなかった。高齢ではあったがADLは悪くなく、本人の希望もあったため、化学療法を行った。

今回我々は、胸水のセルブロック検査にて診断し得た成人T細胞性白血病を認めたため、これを報告する。

74

乳糜胸水を契機に判明した悪性リンパ腫の1例

○飯干 俊之輔、神宮司 祐次郎、中野 貴子、
國武 陸、井上 滋智、堤 央乃、
中富 啓太、山下 崇史、高田 昇平

福岡東医療センター

症例は70歳男性。X年7月の健診で胸部単純写真にて異常陰影を指摘された。同年8月より呼吸困難が出現し、9月に前医を受診された。胸部CTにて縦隔腫瘤と右胸水を認め、当院呼吸器内科を紹介受診となった。SpO₂ 92%と酸素化不良認め、精査加療目的に同日入院となった。造影CTでは胸水貯留に伴い右肺野の広範囲に無気肺を認め、また両側鎖骨上窩・縦隔・腹部傍大動脈リンパ節腫脹、心嚢液貯留、肝臓と脾臓に占拠性病変を認めた。入院当日に胸腔ドレーンを右胸腔に挿入したところ胸水が乳白色であったため、膿胸の可能性を考えSBT/ABPCによる治療を開始した。リンパ球優位の滲出性胸水であり、糖の低下や細菌の検出は認められず、胸水TG 338mg/dlであったため乳糜胸の診断となった。また、血清可溶性IL2-R 7279U/mlと上昇を認め、頸部リンパ節生検施行し悪性リンパ腫の診断となった。

乳糜胸水は外傷や術後合併症で多く報告される。本邦において乳糜胸水を伴う悪性リンパ腫の報告は比較的稀であり、発症機序や臨床的特徴について文献的考察をふまえて報告する。

75

免疫チェックポイント阻害薬が奏功した悪性心膜中皮腫の一例

○桑原 三慧¹⁾、山成 康洋²⁾、北村 彩²⁾、
瀬戸口 健介²⁾、北村 瑛子²⁾、住吉 誠²⁾、
小田 康晴²⁾、坪内 拓伸²⁾、柳 重久²⁾、
宮崎 泰可²⁾

- 1) 宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター
- 2) 宮崎大学医学部附属病院呼吸器・膠原病・
感染症・脳神経内科学分野 呼吸器内科

【症例】65歳男性。生来健康でアスベスト曝露歴はなかった。X-1年9月にmMRC:1の労作時呼吸困難が出現した。その後徐々に症状が増悪したため、X年1月に近医を受診し胸部CT検査で多量の心嚢液貯留を指摘され、心嚢ドレナージを施行された。心嚢液の細胞診で悪性中皮腫を疑われ、胸腔鏡下心膜生検術を施行された。病理組織検査で乳頭状、管状に増殖する腫瘍細胞がみられ、免疫染色でカルレチニンとD2-40が陽性で、CEAが陰性であったことから悪性心膜中皮腫(上皮型)の診断となった。腫瘍は横隔膜に浸潤し、心筋と固着していたことから化学療法の方針となり、X年3月よりカルボプラチン＋ペメトレキセドで治療を開始したが、2コース投与後に腫瘍の増大がみられた。2次治療としてニボルマブを開始した所、部分奏功の治療効果が得られた事から継続して投与を行った。【考察】悪性心膜中皮腫は悪性中皮腫の中でも1%程度と非常に稀な疾患である。化学療法はプラチナ製剤＋ペメトレキセドが選択される事が多いが、免疫チェックポイント阻害薬も有効である可能性があり、文献的考察を含めて報告する。

76

右肩痛と呼吸困難を主訴に来院した
Loeys-Dietz 症候群の 1 例

○我有 哲郎、内藤 浩史、川口 信之、
大淵 俊朗、渡邊 順子

米の山病院 呼吸器内科

【症例】32歳、女性【主訴】右肩痛【現病歴】
生来健康。来院2日前に突然の右肩痛を自覚。
疼痛出現時には呼吸器症状はなく疼痛も自制内
であった。来院前日の深夜より疼痛の急激な増
悪と新たに呼吸困難が出現し当院救急外来を受
診。

【経過】胸部CTで右血気胸を認め緊急に胸腔
ドレナージ開始。しかしエアリークと出血が持
続し、外科治療の適応と判断し同日に他院呼吸
器外科へ緊急搬送しブラ切除術、新生血管止血
術を施行。

父や兄が Marfan 症候群 (MFS) と診断されてお
り本症例も当初は同疾患が疑われたが、遺伝子
診断にて Loeys-Dietz 症候群 (LDS) と診断し現
在は当院外来で管理中である。

【考察】LDS はかつて MFS II 型と呼ばれた疾
患群の一つであり、大動脈瘤・大動脈解離など
の心血管症状と、クモ指、側弯、胸部変形(漏
斗胸)など多くは MFS に類似する。一方で同
疾患は MFS と比較し動脈蛇行や中小動脈瘤・
解離も来たす。大動脈病変は MFS と比較しよ
り進行が早く、小さい大動脈径でも解離したり
基部拡張をほとんど来たさず解離するなど致命
率は MFS 以上であり、早期に確実な診断をつ
け厳格な管理を行うことが重要である。

77

肺炎加療後に急速に増大し、抗凝固療
法により改善がみられた奇静脈瘤の一
例

○藤澤 博謙¹⁾、梅木 健二¹⁾、小宮 幸作²⁾

1) へつぎ病院 呼吸器内科

2) 大分大学医学部呼吸器・感染症内科学講座

【症例】98歳女性【主訴】湿性咳嗽【病歴】
202X年3月に湿性咳嗽で精査目的に当院を紹
介受診。肺炎と診断され、入院の上でアンピシ
リン/スルバクタムで加療された。肺炎加療終
了後のCTで右縦隔に接する43mm大の境界明
瞭な円形腫瘍の出現を認めた。Dダイマーが5.3
μg/Lと高値であり、造影CTでは内部に造
影効果を伴わない血種様の構造物を認め、奇静
脈との連続が確認されたことから、奇静脈瘤と
診断された。年齢を考慮すると手術は困難であ
り、エドキサパンが投与された。病変は縮小傾
向を示し、8月にはほぼ消失した。その後は外
来でDダイマーを経過観察し、正常化したこと
を確認して終了した。【考察】奇静脈瘤は偶
発的に発見されることが多く、造影CTでの造
影パターンと血管への連続性をもって他の腫瘍
性病変と鑑別される。確立された治療はないが、
特発性においては、血栓の悪化や増大のある症
例では手術が行われていた報告もある。特に本
症例のように超高齢者の奇静脈瘤においては、
抗凝固療法も考慮しうる治療と考える。

78

結核性胸膜炎の治療開始後に IgA 血管炎を発症した症例

○平松 由莉、飛野 和則

飯塚病院 呼吸器内科

【背景】IgA 血管炎 (IgAV) は、皮膚、関節、腸管、腎臓の小血管に炎症と出血を引き起こす疾患である。様々な感染症や薬剤が誘因として知られているが、抗結核薬による IgAV の報告は極めて稀である。【症例】86 歳男性。結核性胸膜炎に対して抗結核薬 (エタンブール、イソニアジド、リファンピシン) による治療を開始した。治療開始 16 日目に発熱と体幹部の発疹が出現し、その後両下肢に触知可能な紫斑が出現した。尿検査で蛋白尿と血尿を認め、皮膚生検で白血球破碎性血管炎、腎生検で IgA 沈着を伴うメサンギウム増殖性腎炎を認め IgAV と診断した。抗結核薬を一時中止しステロイドパルス療法を施行したところ、症状は速やかに改善した。その後、抗結核薬を 1 剤ずつ再開し、ステロイド治療と併用することで、結核および IgAV の増悪なく 12 ヶ月間の治療を完遂した。【考察】抗結核治療中の IgAV 発症例では、結核自体による発症か抗結核薬による発症かの鑑別が困難である。結核誘発性の IgAV は結核治療により改善することが多い。一方抗結核薬誘発性の IgAV は、治療にステロイドを要する一方で結核治療も継続すべきであるという課題がある。ステロイドと抗結核薬の併用とそのタイミングについては、さらなる研究が必要である。

79

健診胸部 X 線写真にて異常指摘され、緩徐な進行を示した、自己免疫性肺胞蛋白症の一例

○田中 弦一、高野 晃久、木下 恵理子、
上池 陸人、椎葉 律哉、姫路 大輔

宮崎県立宮崎病院 内科

【症例】60 歳代、女性【主訴】なし【既往歴】20XX-15 年に潜在性結核感染症【現病歴】20XX-6 年 3 月に健診胸部 X 線写真にて左肺尖部に斑状影を指摘され、当科受診。【経過】胸部 CT にて、両肺尖部主体に胸膜直下優位に分布するスリガラス影、網状影が散見。呼吸器症状なく、KL-6 448 U/mL、SP-D 84.9ng/mL。経過観察したところ、胸部 CT 検査で異常陰影は緩徐な進行を認めた。20XX 年 1 月の胸部 CT 検査で、両肺尖部の陰影は crazy-paving pattern であった。3 月に気管支肺胞洗浄を行い、軽度白色混濁した肺胞洗浄液を回収した。細胞診にてパバニコロー染色にてライトグリーン、パス染色にて赤紫色に染まる大小の無構造物を認め、肺胞蛋白症に合致した。抗 GM-CSF 抗体は 16.4U/mL と陽性であり、自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。症状乏しく、SpO₂ 低下なく、肺機能検査にて肺機能障害を認めず、無治療経過観察とした。【考察】肺胞蛋白症の診断には特徴的な画像所見が有用であるが、早期や軽症例では非典型的なこともある。軽症・早期症例の画像経過の報告例はあまりなく、報告する。

80

重症喘息治療でベンラリズマブ投与中に発症した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の一例

○坂部 光邦、飛野 和則、小畑 有未、
曾我部 翔大、内田 和紀、平松 由莉、
杉本 武哉、西澤 早織、井手 ひろみ、
花香 未奈子

飯塚病院 呼吸器内科

症例は79歳男性。入院9年前に重症喘息および好酸球性肺炎で当科に紹介された。8年間ステロイド治療を受け、入院4か月前にベンラリズマブを導入した。喘息は良好にコントロールされ、プレドニゾロンは7.5 mg/日から2 mg/日に減量していた。入院8日前に発熱と悪寒を認め、3日前から四肢に紫斑が出現し、全身へ拡大した。四肢や体幹に紅斑を伴う血疱および紫斑が多発した。CRP、IgE、リウマトイド因子高値で、ANCAはPR3、MPO共に陰性であった。血管炎を疑いプレドニゾロン1.0 mg/kg/日を開始すると解熱し、紫斑の拡大も停止したが、好酸球数が上昇し第8病日に6,450/ μ Lとなり、末梢神経障害も認めた。皮膚生検で血管外組織への好酸球浸潤およびフィブリノイド壊死が確認され、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)と診断した。アザチオプリンとメボリズマブの併用で症状再燃なく経過している。ベンラリズマブ使用中のEGPA発症は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

協賛企業一覧

第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会を開催するにあたり、多くの企業の方々にご支援をいただきました。心より感謝申し上げます。

第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会
九州支部春季学術講演会
会長 松元 信弘

共催セミナー

旭化成ファーマ株式会社
アストラゼネカ株式会社 オンコロジー事業本部
アストラゼネカ株式会社 呼吸器・免疫事業本部
インスメッド合同会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
サノフィ株式会社
中外製薬株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
ノーベルファーマ株式会社
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

展示

チェスト株式会社
帝人ヘルスケア株式会社
フクダライフテック九州株式会社
株式会社星医療酸器

広告

アストラゼネカ株式会社
アムジェン株式会社
小野薬品工業株式会社
杏林製薬株式会社
大鵬薬品工業株式会社
武田薬品工業株式会社
日本イーライリリー株式会社
日本化薬株式会社
ミヤリサン製薬株式会社

寄付

杏林製薬株式会社

(敬称略／五十音順／2025年2月19日現在)

第 94 回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会
九州支部春季学術講演会
プログラム

大会長：松元 信弘

独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院 呼吸器内科

事務局：宮崎大学 医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

事務局長：坪内 拓伸

〒 889-1692 宮崎市清武町木原 5200

制 作：第 94 回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会

九州支部春季学術講演会

運営事務局：アンプロデュース株式会社

〒 810-0001 福岡市中央区天神 4-4-30-6F

TEL：092-401-5755 FAX：050-3488-2692
