第148回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会
第130回日本呼吸器学会東海地方会
第33回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会

社）日本呼吸器学会　URL https://www.jrs.or.jp

会　期　2026年11月14日（土）　午前11時20分より
　　2026年11月15日（日）　午前９時45分より

会　場　三重県医師会館
　　三重県津市桜橋２-191-４

　　Ａ会場（２階　大ホール）
　　Ｂ会場（１階　健康教育室）
　　Ｃ会場（４階　代議員会室）

会　長　小林　　哲
（三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座　呼吸器内科学分野／代謝内分泌内科学分野）

第148回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会
第130回日本呼吸器学会東海地方会
第33回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会
合同地方会　会長挨拶



三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座
呼吸器内科学分野／代謝内分泌内科学分野
小林　　哲

この度は、2026年11月14日・15日の両日、第148回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会、第130回日本呼吸器学会東海地方会、第33回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会の合同地方会にご参加いただき、誠にありがとうございます。会長を務めさせていただきます三重大学呼吸器内科の小林哲でございます。

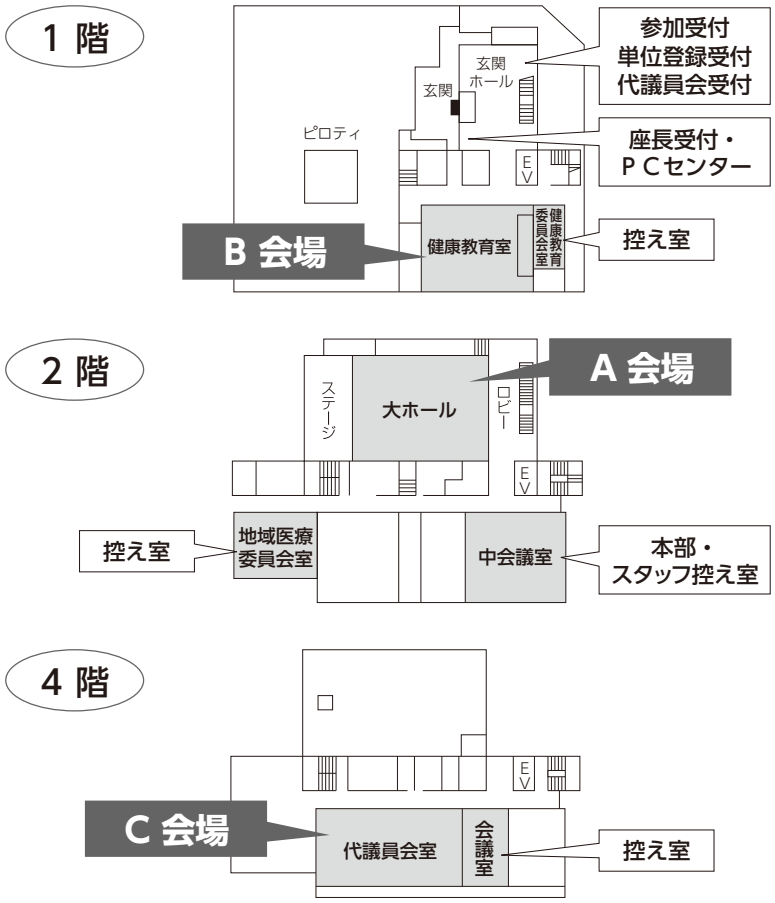
この地方会を三重県津市で開催するのは４年ぶりになります。今回、101題（うち、医学生・初期研修医の先生の演題は40題）と多くの演題を応募いただきありがとうございます。

今回は、特別講演として三重県立一志病院院長 丸山貴也先生に、臨床研究の成果をガイドラインや政策へ還元してきたご経験のお話を、抗酸菌講演では2028年６月開催予定の日本結核・非結核性抗酸菌症学会学術講演会の会長でもある福岡大学医学部呼吸器内科学 教授である藤田昌樹先生に、非結核性抗酸菌症に加え、最近注目を集めている気管支拡張症の話題も併せてご講演いただきます。他にも男女共同参画講演、研修医のための呼吸器セミナー、共催セミナーなど、盛りだくさんの内容となっております。

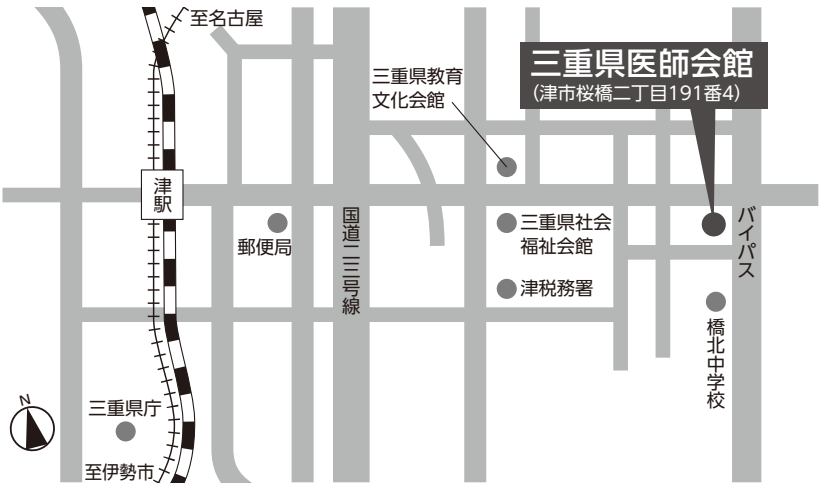
また、この場をお借りして、学術的な活動が経済的に非常に厳しい中、共催セミナー開催及び広告掲載で御支援いただいた協賛企業の皆様方には、改めて感謝申し上げます。本会が御参加いただいた先生方の今後の診療・研究のお役に立つことを願って、会長の挨拶とさせていただきます。

2026年10月吉日

会場案内図



交通案内図



○津駅東口（JR側）より徒歩約10～15分

○タクシー　　津駅東口タクシーのりばより

○ご注意

大変申し訳ございませんが、三重県医師会館には充分な駐車スペースがございませんので、自家用車でのご来場はご遠慮ください。

参加者へのご案内

1．参加登録

1）参加費3,000円。医学生（大学院生除く）と研修医（医師国家試験取得後３年目まで）は無料です。（会員非課税、非会員課税・10％消費税込）
参加受付は１階玄関ホール、受付時間は１日目10：00～16：30、２日目９：00～16：00です。

2）参加費お支払後、ネームカードをお渡ししますので、所属・氏名をご記入の上、会場内では常時ご着用いただきますようお願いいたします。

3）参加で取得できる単位は以下のとおりです。
- 日本呼吸器学会専門医　５単位、筆頭演者　３単位
- 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　５単位、筆頭演者　５単位（参加証明書が出席証明になります）
- 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
- 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

4）日本呼吸器学会員は、会員カード（web会員証も可）をお持ちください。
専門医でない場合も参加登録を必ず行ってください。代理の方による受付はできませんので必ずご本人が行ってください。
参加登録および専門医単位の確認は会員専用ページで行ってください。
なお、会員カードもしくはweb会員証をお持ちいただかなかった場合は、ネームカードについている参加証明書を専門医更新時にご提出ください。専門医更新時以外は受付いたしませんので各自保管をお願いいたします。

2．座長の先生方へのご案内

1）一般演題座長の先生は、ご担当セッション20分前までに座長受付（１階玄関ホール）にて受付をしてください。

2）ご担当セッションにより研修医アワードの評価をしていただきますのでご協力の程、お願いいたします。

3）各セッションの開始・終了などについてはタイムテーブルに従って進行をお願いいたします。

3．演者（一般演題）の先生方へのご案内

1）一般演題は発表時間６分、討論３分、時間厳守でお願いします。

2）発表はすべてPCプレゼンテーションで、一面映写です。発表データはUSBメモリーにてご持参いただき、発表の30分前までにPCセンターで受付及び動作確認をしてください。
２日目朝は９時より受付開始します。

3）COI（利益相反）状態の有無にかかわらず、発表スライドの一枚目にCOI状態を開示してください。

4）スライド枚数の指定はございませんが、発表者ツール、動画は使用できません。
主催者側で用意するPCはWindows、アプリケーションはPowerPointです。発表データはWindows版PowerPointで作成してください。発表データファイル名は「演題番号＋氏名」としてください。スクリーンのアスペクト比は16：９です。

4．その他

1）会場内では携帯電話の電源をお切りいただくか、マナーモードに設定してください。

2）駐車場は無料ですが台数に限りがあります。公共交通機関をご利用ください。

3）クロークはありませんのでご了承ください。

4）ホームページアドレス　https://www.kekkaku.gr.jp/ntm/no148_tokai/

日程表
11月14日（土）

	A会場 2階　大ホール	B会場 1階　健康教育室	C会場 4階　代議員会室
11：00			
		11：20　開会の挨拶	
		11：30 ～ 12：30 ランチョンセミナー 1 座長　畑地　　治 共催：アストラゼネカ㈱	
12：00			
	12：40 ～ 13：34 医学生・初期研修医セッション 感染症 1 座長　藤原　篤司	12：40 ～ 13：25 医学生・初期研修医セッション 結核・抗酸菌症 座長　田中　和樹	12：40 ～ 13：25 医学生・初期研修医セッション 腫瘍 1 座長　北原　佳泰
13：00			
	13：34 ～ 14：19 医学生・初期研修医セッション 腫瘍 3 座長　浅野　俊明	13：25 ～ 14：01 医学生・初期研修医セッション 腫瘍 2 座長　大西　涼子	13：25 ～ 14：01 医学生・初期研修医セッション 間質性肺疾患 1 座長　堀口　智也
14：00			
	14：19 ～ 15：13 一般演題 腫瘍 4 座長　堀　　翔	14：01 ～ 14：46 医学生・初期研修医セッション 希少疾患・その他 1 座長　長谷川浩嗣	14：01 ～ 14：55 医学生・初期研修医セッション 膠原病・血管炎・肺循環 座長　池山　賢樹
15：00		14：46 ～ 15：40 一般演題 希少疾患・その他 2 座長　福光　研介	
	15：13 ～ 16：07 一般演題 腫瘍 5 座長　堀場あかね		15：10 ～ 16：10 第11回研修医のための 呼吸器セミナー＆ アワード表彰式 共催：日本呼吸器学会東海支部
16：00		15：40 ～ 16：25 一般演題 間質性肺疾患 2 座長　片岡　健介	
		16：30 ～ 17：30 イブニングセミナー 座長　小林　　哲 共催：インスメッド㈲	
17：00			
18：00			

日程表
11月15日（日）

	A会場 2階　大ホール	B会場 1階　健康教育室	C会場 4階　代議員会室
9：00			
10：00	9：45～10：39 一般演題 腫瘍 6 座長　西井　洋一	9：45～10：30 一般演題 間質性肺疾患 3 座長　阪本　考司	9：45～10：30 一般演題 感染症 2 座長　都丸　敦史
11：00	10：50～11：50 特別講演 座長　小林　　哲		
12：00		12：00～13：00 ランチョンセミナー 2 座長　吉田　正道 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム㈱	12：00～13：00 代議員会
13：00	13：10～13：25　総会		
	13：30～14：00 男女共同参画講演 座長　蛯原　愛子		
14：00		14：00～15：00 アフタヌーンセミナー 座長　藤本　　源 共催：MSD㈱	
15：00	15：00～15：45 一般演題 腫瘍 7 座長　竹田健一郎	15：00～15：36 一般演題 結核・抗酸菌・真菌 1 座長　米澤　利幸	15：00～15：36 一般演題 感染症 3 座長　永福　　建
16：00	15：45～16：21 一般演題 結核・抗酸菌・真菌 2 座長　内藤　雅大	15：36～16：21 一般演題 腫瘍 8 座長　齋木　晴子	
	閉会の挨拶		
17：00			

特別演題プログラム

特別講演　　**11月15日（日）　10：50〜11：50　A会場　2階　大ホール**

座長：三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座　呼吸器内科学分野／代謝内分泌内科学分野
教授　小林　　哲

「肺炎の予防と治療 〜臨床研究からガイドライン・政策へ〜 」

三重県立一志病院　院長　丸山　貴也　先生

男女共同参画講演　　**11月15日（日）　13：30〜14：00　A会場　2階　大ホール**

〜「共力的統合力」で拓く呼吸器医療の未来〜

座長：桑名市総合医療センター　呼吸器内科　部長　　蛯原　愛子　先生

1 「女性医師が考える男女共同参画社会 〜ライフイベントとキャリアの両立〜」

桑名市総合医療センター　呼吸器内科　医長　　大岩　綾香　先生

2 「誰もが働き続けられる職場を考える −当院の現状と医師14年目の経験から−」

三重大学医学部附属病院　呼吸器内科　統合医長　　齋木　晴子　先生

共催プログラム

ランチョンセミナー 1　　11月14日（土） 11：30〜12：30　B会場　1階　健康教育室

共催：アストラゼネカ株式会社

座長：社会福祉法人恩賜財団済生会松阪市民病院　病院長兼呼吸器センター長　　畑地　　治　先生

「切除不能局所進行肺癌に対する化学放射線療法後の治療戦略
〜DurvalumabとOsimertinibの役割〜」

静岡県立静岡がんセンター　副院長 呼吸器内科　　高橋　利明　先生

イブニングセミナー　　11月14日（土） 16：30〜17：30　B会場　1階　健康教育室

共催：インスメッド合同会社

座長：三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座　呼吸器内科学分野／代謝内分泌内科学分野
教授　小林　　哲　先生

「肺非結核性抗酸菌症 −診断と治療の疑問点 気管支拡張症も含めて−」

福岡大学医学部　呼吸器内科学　教授　　藤田　昌樹　先生

ランチョンセミナー 2　　11月15日（日） 12：00〜13：00　B会場　1階　健康教育室

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

座長：地方独立行政法人三重県立総合医療センター　診療部長 兼 北勢呼吸器センター長 兼
呼吸器内科部長 兼 化学療法室長　　吉田　正道　先生

「ILD診療におけるトータルケアを考える −緩和ケアを中心に−」

浜松医科大学　内科学第二講座　教授　　藤澤　朋幸　先生

アフタヌーンセミナー　　11月15日（日） 14：00〜15：00　B会場　1階　健康教育室

共催：MSD株式会社

座長：三重大学大学院医学系研究科　呼吸器内科学　准教授　　藤本　　源　先生

「Ⅳ期NSCLC薬物治療を熟考する」

愛媛大学大学院医学系研究科　地域胸部疾患治療学講座　教授　　野上　尚之　先生

第11回研修医のための呼吸器セミナー

日　　時：2026年11月14日（土）　15時10分～16時10分
会　　場：三重県医師会館　４階　代議員会室
参加方法：当日会場に直接お越しください（事前参加登録不要です）

このセミナーは、主として初期臨床研修医に呼吸器内科の魅力を知っていただくことを目的として開催致します。

最初に難問奇問の呼吸器クイズにテスト形式で答えていただき、一旦解答を提出していただきます。その後、わかりやすく解説を行いながら答え合わせをしていきます。最優秀研修医もしくは学生には豪華（？）な景品もご用意したいと思います。

おもしろおかしくエンターテイメントの延長で、明日からの診療に役立つような内容の解説をしたいと思います。このセミナーを通じて呼吸器内科の診療に興味をもっていただければ幸いです。事前参加登録不要ですので、どうぞお気軽にご参加下さい。

セミナーの最後には本日の研修医部門で発表いただいた一般演題の中から研修医・学生アワードの表彰も執り行います。

15時10分～15時55分
「クイズで学ぶ呼吸の基礎　わかっているようでわかっていないはなし」
ファシリテーター：三重大学大学院医学系研究科　呼吸器内科学　　藤本　源　先生

15時55分～16時10分
研修医アワード　表彰

共催：日本呼吸器学会東海支部

第148回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東海支部学会
第130回日本呼吸器学会東海地方会　一般演題
第33回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会中部支部会

A会場　2階　大ホール
第1日目（11月14日　土曜日）

（研修医アワード対象の演題番号には＊が付いています）

12：40〜13：34　感染症1（医学生・初期研修医セッション）

座長　　三重県立総合医療センター　呼吸器内科　藤原　篤司

＊A-01　BAL multiplex PCRで診断した劇症型肺炎球菌肺炎にPMX-DHPを施行した1例

静岡済生会総合病院　呼吸器内科　萩原（はぎはら）　壮太（そうた）

＊A-02　マルチプレックスPCR検査が診断に有用であったアデノウイルス肺炎の1例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院　阿部（あべ）　純也（じゅんや）

＊A-03　1型糖尿病を背景とした肺化膿症の治療中に薬剤性肺障害が疑われたStenotrophomonas maltophilia感染症の1例

藤田医科大学　ばんたね病院　呼吸器内科　宮城（みやぎ）　安寿（あんじゅ）

＊A-04　免疫抑制状態の高齢者に発症し急速に進行したRSウイルスによるARDSの1例

三重県立志摩病院　山本（やまもと）　浩之（ひろゆき）

＊A-05　当院で経験したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の1例

国立病院機構　三重中央医療センター　中村（なかむら）　武稜（たける）

＊A-06　JAK阻害薬使用中に発症し、抗真菌薬で2年以上制御し得たが外科的切除を要した慢性肺アスペルギルス症の1例

済生会松阪市民病院　呼吸器内科　三崎（みさき）　萌以（めい）

13：34〜14：19　腫瘍3（医学生・初期研修医セッション）

座長　　名古屋掖済会病院　呼吸器内科　浅野　俊明

＊A-07　小細胞肺癌に対してタルラタマブ治療中にTIANを来した一例

JA愛知厚生連　安城更生病院　呼吸器内科　遠藤（えんどう）　栞里（しおり）

＊A-08　ニボルマブ・イピリムマブ初回コース未完遂も著明な腫瘍縮小が持続した悪性胸膜中皮腫の1例

桑名市総合医療センター　呼吸器内科　瀧（たき）　絢子（あやこ）

＊A-09　進展型小細胞肺癌の長期寛解後に肺癌肉腫を発症した一例

JA愛知厚生連豊田厚生病院　加藤（かとう）　研庫（けんご）

＊A-10　進行肺腺癌として治療開始後、反復する腸閉塞を契機に原発性小腸癌と診断された一例

藤枝市立総合病院　呼吸器内科　宮嶋（みやじま）　桜子（さくらこ）

＊A-11　多発粒状影を主体とし、診断に難渋した肺浸潤性粘液性腺癌の一例

トヨタ記念病院　統合診療科　渋谷（しぶたに）　実桜（みお）

14：19〜15：13　腫瘍 4

座長　　大垣市民病院　呼吸器科　堀　　翔

A-12　進展型小細胞肺癌の治療中に治療関連白血病を認めた 1 例
三重大学医学部附属病院　古橋　一樹

A-13　セルペルカチニブにより長期生存を得たRET融合遺伝子陽性非小細胞肺癌の 2 例
NHO三重中央医療センター　呼吸器内科　粉川　聡史

A-14　アテゾリズマブ投与後のサイトカイン放出症候群と考えられトシリズマブが奏功した 1 例
名古屋掖済会病院　呼吸器内科　鈴木　稜

A-15　EGFR de novo T790M/Ex19del陽性肺腺癌・肺扁平上皮癌にオシメルチニブ併用細胞障害性抗癌剤を投与した 1 例
名古屋掖済会病院　呼吸器内科　大西　義之

A-16　抗SOX 1 抗体陽性傍腫瘍神経症候群を契機に診断した小細胞肺癌の一例
一宮西病院　織田　智

A-17　ラゼルチニブ＋アミバンタマブが奏効したuncommon mutationを有するEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の一例
伊賀市立上野総合市民病院　呼吸器科　黒川　直暉

15：13〜16：07　腫瘍 5

座長　　岐阜市民病院　呼吸器内科　堀場あかね

A-18　進行性肺腺癌で気管支鏡後に重度の皮下気腫，気胸，腹腔内気腫を発症し，救命し得た一例
桑名市総合医療センター　呼吸器内科　平井　貴也

A-19　ACTH産生小細胞肺癌の 2 例
大垣市民病院　沼口　孟子

A-20　Afatinibにて長期生存が得られているEGFR L861Q陽性の一例
独立行政法人　国立病院機構　三重中央医療センター　齋藤　暢

A-21　アミバンタマブ皮下注射初回投与により胸部CTでスリガラス陰影を伴い呼吸不全を呈した一例
藤田医科大学病院　呼吸器内科学　一本杉賢治

A-22　NSCLC-like subtypeが示唆されABCP療法が奏効した肺LCNECの 1 例
三重大学　医学部　呼吸器内科　小久江友里恵

A-23　包括的ゲノムプロファイリング検査にて同定された新規EGFR Ex20挿入変異に対しアミバンタマブを投与した 1 例
三重大学医学部付属病院　呼吸器内科　森田　大智

B会場　1階　健康教育室
第1日目（11月14日　土曜日）
（研修医アワード対象の演題番号には*が付いています）

12：40〜13：25　結核・抗酸菌症（医学生・初期研修医セッション）
座長　　藤枝市立総合病院　呼吸器センター　呼吸器内科　田中　和樹

*B-01　粟粒結核治療中に発生した中間気管支幹の腫瘤性狭窄に対し内視鏡的治療が有効であった1例
済生会松阪市民病院　阿坂（あさか）　宗（しゅう）

*B-02　外科的介入を含めた集学的治療が奏功したMycobacterium avium complexによる膿胸の1例
三重県立総合医療センター　呼吸器内科　天春（あまがす）　萌音（もね）

*B-03　治療中に結核性腹膜炎が増悪し小腸穿孔を来した粟粒結核の1例
静岡県立総合病院　呼吸器内科　峰島（みねじま）　悠（ゆう）

*B-04　悪性疾患との鑑別を要した播種性非結核性抗酸菌症の1例
静岡県立総合病院　呼吸器内科　植田（うえだ）　納奈（のな）

*B-05　喀痰および気管支洗浄液の抗酸菌培養で菌検出に至らず、胃液培養で診断となった肺結核の1例
藤田医科大学　ばんたね病院　呼吸器内科　安田龍太朗（やすだりゅうたろう）

13：25〜14：01　腫瘍2（医学生・初期研修医セッション）
座長　　国立病院機構長良医療センター　呼吸器内科　大西　涼子

*B-06　ゾンゲルチニブ既治療HER2陽性肺腺癌に対してトラスツズマブ・デルクステカンが奏効した一例
静岡県立総合病院　呼吸器内科　寶持（ほうもち）　舞（まい）

*B-07　閉塞性肺炎を契機に診断された右肺粘表皮癌の一例
JA愛知厚生連　豊田厚生病院　今泉（いまいずみ）　勇人（ゆうと）

*B-08　リンパ節病変との鑑別を要しEBUS-TBNAにより診断に至った上縦隔神経鞘腫の一例
静岡県立総合病院　呼吸器内科　阪部（さかべ）　千峻（かずたか）

*B-09　急速に増大し気道狭窄が懸念された単発巨大転移性未分化多形肉腫の1例
静岡市立静岡病院　呼吸器内科　前田（まえだ）　旭輝（あきてる）

14：01〜14：46　希少疾患・その他 1 （医学生・初期研修医セッション）

座長　　聖隷三方原病院　呼吸器センター　内科　長谷川浩嗣

*B-10　気管支喘息として長期治療され、診断に苦慮した気道病変主体の再発性多発軟骨炎の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院　呼吸器内科　八木（やぎ）　淳多（じゅんた）

*B-11　慢性進行性気管支拡張症を呈し線毛機能不全症候群を疑われた嚢胞性線維症の高齢診断例

藤田医科大学　呼吸器内科学　小西（こにし）　彩加（あやか）

*B-12　びまん性嚢胞性肺病変を呈したpulmonary light-chain deposition diseaseの一例

公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科　鈴木（すずき）あかり

*B-13　気胸との関連が疑われた非消化管穿孔性気腹症の一例

岐阜市民病院　呼吸器・腫瘍内科　桑原（くわばら）　望来（みらい）

*B-14　Benralizumabを投与後HOT離脱に至った、末梢血好酸球数上昇を伴う喘息の合併が疑われたCOPDの 1 例

伊賀市立上野総合市民病院　呼吸器内科　宇佐美果那（うさみかな）

14：46〜15：40　希少疾患・その他 2

座長　　名古屋市立大学　呼吸器・免疫アレルギー内科学　福光　研介

B-15　反応性細気管支上皮化を伴う肺胞上皮が取り込まれた臓側胸膜原発平滑筋腫の 1 例

名古屋大学医学部附属病院　呼吸器外科　杉原（すぎはら）　実（みのる）

B-16　身体活動量と予後との関連における呼吸器疾患横断的長期フォローアップ解析

済生会松阪市民病院　呼吸器センター　呼吸器内科　伊藤健太郎（いとうけんたろう）

B-17　潰瘍性大腸炎に併発した胸膜心膜炎の 1 例

愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科　有働知佐子（うどうちさこ）

B-18　特徴的な多発肺嚢胞を有する気胸を契機にFLCN遺伝子検査で診断したBirt-Hogg-Dube症候群の 1 例

浜松ろうさい病院　呼吸器内科　亀井（かめい）　淳哉（じゅんや）

B-19　複数回の気管支鏡検査により気道粘膜障害の急性期経過を観察しえた鉄剤誤嚥症候群の 1 例

JA愛知厚生連　海南病院　呼吸器内科　兼久（かねひさ）　樹（いつき）

B-20　抗凝固療法中に契機なく発症し閉塞性ショックを呈した縦隔型気管支動脈瘤破裂の 1 例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　川浪（かわなみ）　匡史（まさし）

15：40〜16：25　間質性肺疾患 2

座長　　公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科　片岡　健介

B-21　複数の自己抗体が陽性を示し，多彩な病理学的所見を認めた分類不能型特発性間質性肺炎の 1 例

浜松労災病院　呼吸器内科　杉山（すぎやま）　裕樹（ひろき）

B-22　ルキソリチニブの関与が疑われた肺胞出血を伴う続発性肺胞蛋白症の 1 例

浜松医科大学　内科学第二講座　古関（こせき）　尚子（なおこ）

B-23　Corynebacterium jeikeium 肺炎との鑑別に苦慮した irAE 肺臓炎の 1 例

藤田医科大学　ばんたね病院　呼吸器内科　常喜（じょうき）　栄太（えいた）

B-24　HFNC 離脱困難な難治性特発性器質化肺炎にミコフェノール酸モフェチルが有効であった一例

名古屋市立大学病院　呼吸器・アレルギー内科学　中川（なかがわ）　佳恵（かえ）

B-25　テモゾロミドが被疑薬と考えられた薬剤性肺炎の一例

島田市立総合医療センター　落合（おちあい）　杏凪（あんな）

C会場　4階　代議員会室
第1日目（11月14日　土曜日）
（研修医アワード対象の演題番号には＊が付いています）

12：40〜13：25　腫瘍1（医学生・初期研修医セッション）

座長　　浜松医科大学　内科学第二講座　北原　佳泰

＊C-01　オシメルチニブ治療中、帯状疱疹ワクチン接種後に多発リンパ節腫大を認めたEGFR陽性肺癌の1例
済生会松阪市民病院　佐々木（ささき）　健（けん）

＊C-02　完全切除を得られた微小腫瘍が、早期多発リンパ節転移をきたした大細胞癌の一例
大垣市民病院　呼吸器内科　多田（ただ）　朱里（あかり）

＊C-03　気胸を契機に診断された高齢者肺芽腫の1例
島田市立総合医療センター　大塚（おおつか）裕香子（ゆかこ）

＊C-04　外科的生検にて診断した重症呼吸不全を呈する肺腺癌の1例
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　呼吸器内科　高木（たかぎ）　湖湖（ここ）

＊C-05　免疫チェックポイント阻害薬使用中に出現した異時性重複肺癌の一例
公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科　久利（くり）　一翔（かずと）

13：25〜14：01　間質性肺疾患1（医学生・初期研修医セッション）

座長　　藤田医科大学　呼吸器内科学講座　堀口　智也

＊C-06　加湿器肺との鑑別を要したドキソルビシンによる薬剤性肺障害の1例
島田市立総合医療センター　田代（たしろ）　舞人（まいと）

＊C-07　壊疽性膿皮症に関連した肺病変が疑われた1例
小牧市民病院　呼吸器内科　岡田（おかだ）　朋也（ともや）

＊C-08　抗MDA 5抗体陽性皮膚筋炎性間質性肺炎の1例
刈谷豊田総合病院　呼吸器内科　柴田（しばた）　佑子（ゆうこ）

＊C-09　クライオ生検を実施したシェーグレン症候群に合併したリンパ球性間質性肺炎（LIP）の1例
国立病院機構　長良医療センター　呼吸器内科　蓑島（みのしま）　淳平（じゅんぺい）

14：01〜14：55　膠原病・血管炎・肺循環（医学生・初期研修医セッション）

座長　　小牧市民病院　呼吸器内科　池山　賢樹

*C-10　肺胞出血を合併した高齢者の顕微鏡的多発血管炎に対しリツキシマブによる寛解導入療法が奏功した一例

藤枝市立総合病院　教育研修センター　佐野芳珠季（さのはずき）

*C-11　呼吸困難と胸痛を契機に診断された全身性エリテマトーデスの 1 例

トヨタ記念病院　内科　森本　充咲（もりもと　みさき）

*C-12　間質性肺疾患が先行し、全身性強皮症所見が経時的に進展した抗 PM/Scl 抗体陽性筋炎の 1 例

静岡済生会総合病院　呼吸器内科　寺原　未智（てらはら　みさと）

*C-13　てんかん発作後に急性呼吸不全を呈し神経原性肺水腫を疑われた 1 例

社会法人厚生会　中部国際医療センター　矢野百合香（やのゆりか）

*C-14　増殖期のびまん性肺胞障害の病理組織像を呈した急性呼吸不全の 1 剖検例

愛知医科大学　卒後臨床研修センター　野田　竜平（のだ　りゅうへい）

*C-15　妊娠を契機に診断された BMPR 2 変異関連遺伝性肺動脈性肺高血圧症の 1 例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　呼吸器内科　原田　麻衣（はらだ　まい）

A会場　2階　大ホール
第2日目（11月15日　日曜日）

9：45〜10：39　腫瘍6

座長　　済生会松阪市民病院　呼吸器内科　西井　洋一

A-24　献腎移植後の進行非小細胞肺癌患者に対して免疫チェックポイント阻害薬治療を行った一例
浜松医科大学　内科学第二講座　坂根（さかね）　怜（れい）

A-25　ニボルマブ・イピリムマブ併用療法後に心筋炎，筋炎，重症筋無力症の同時発症を認めた悪性胸膜中皮腫の1例
社会医療法人宏潤会大同病院　呼吸器内科　小島（こじま）　康裕（やすひろ）

A-26　抗PD-L1抗体投与後にCheckMate 9LAレジメンで腫瘍縮小を認めた肺多形癌の1例
刈谷豊田総合病院　呼吸器内科　手柴（てしば）　富美（ふみ）

A-27　120コースを超えるペムブロリズマブ投与中に発症したirAE胸膜炎の1例
刈谷豊田総合病院　呼吸器内科　鈴木（すずき）　康広（やすひろ）

A-28　Pembrolizumabによるサイトカイン放出症候群（CRS）を発症した二例
聖隷三方原病院　呼吸器センター　内科　佐藤（さとう）　海斗（かいと）

A-29　右胸水で見つかったFluid Overload-Associated Large B-Cell Lymphomaの1例
静岡赤十字病院　呼吸器内科　大角（おおすみ）　侑美（ゆみ）

15：00〜15：45　腫瘍7

座長　　聖隷浜松病院　呼吸器内科　竹田健一郎

A-30　irAE大腸炎治療中にcollagenous colitisを発症した肺癌の一例
一宮西病院　呼吸器内科　廣瀬（ひろせ）　健司（けんじ）

A-31　セルペルカチニブ投与中に乳糜胸を合併したRET融合遺伝子陽性肺腺癌の1例
三重県立総合医療センター　呼吸器内科　後藤（ごとう）　広樹（ひろき）

A-32　AtezolizumabによりirAE胆管炎を発症した一例
藤田医科大学医学部　呼吸器内科　亀之園翔子（かめのそのしょうこ）

A-33　セルペルカチニブ関連乳び胸を発症したRET 融合遺伝子陽性肺腺癌の一例
静岡市立静岡病院　呼吸器内科　宮本（みやもと）　凌太（りょうた）

A-34　ソトラシブの肝障害に対し低用量からの漸増で継続可能となったKRAS G12C変異陽性肺癌の2例
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院　呼吸器内科　山田（やまだ）　千歳（ちとせ）

15：45〜16：21　結核・抗酸菌・真菌 2

座長　　国立病院機構　三重中央医療センター　呼吸器内科　内藤　雅大

A-35　外科治療が奏功したCAM耐性肺 Mycobacterium lentiflavum 症の一例

国立病院機構　天竜病院　呼吸器・アレルギー科　大竹（おおたけ）　亮輔（りょうすけ）

A-36　難治性気胸術後に発症したクリプトコッカス胸膜炎の 1 例

静岡県立総合病院　呼吸器内科　逢坂（おおさか）　学（まなぶ）

A-37　気管支鏡検査により診断した*Rhizomucor pusillus*による肺ムーコル症の 1 例

静岡赤十字病院　呼吸器内科　増田（ますだ）　拓也（たくや）

A-38　気管支洗浄液培養により診断した*Exophiliala dermatitidis*肺感染症の 1 例

藤田医科大学　ばんたね病院　呼吸器内科　川口（かわぐち）　萌（めぐみ）

B会場　1階　健康教育室
第2日目（11月15日　日曜日）

9：45〜10：30　間質性肺疾患3

座長　　名古屋大学大学院医学系研究科　呼吸器内科学　阪本　考司

B-26　間質性肺疾患における病勢の経時的変化を捉えるDEDIの縦断的検証
藤田医科大学　呼吸器内科学　木村祐太郎（きむらゆうたろう）

B-27　シェーグレン症候群に合併した肺アミロイドーシスの2症例
中部ろうさい病院　呼吸器内科　澤田　千晶（さわだ　ちあき）

B-28　メポリズマブ300mgへの増量後に神経症状とADLが改善した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例
刈谷豊田総合病院　呼吸器内科　伊藤　優汰（いとう　ゆうた）

B-29　多彩な神経症状を呈した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例
聖隷三方原病院　呼吸器センター内科　内藤　龍仁（ないとう　りゅうじん）

B-30　外構工事従事者に発症したsilicosarcoidosisの一例
聖隷浜松病院　村松　卓実（むらまつ　たくみ）

15：00〜15：36　結核・抗酸菌・真菌1

座長　　愛知医科大学病院 呼吸器アレルギー内科　米澤　利幸

B-31　活動性肺結核と潜在性結核感染症（LTBI）の鑑別に苦慮した1例
名古屋大学医学部附属病院　呼吸器内科　野口陽一朗（のぐちよういちろう）

B-32　黒色真菌*Exophiala dermatitidis*によるアレルギー性気管支肺真菌症と臨床診断した1例
愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科　砂川　大輔（すなかわ　だいすけ）

B-33　ニューモシスチス肺炎を発症したHTLV-1抗体陽性患者の2例
大同病院　呼吸器内科　寧　洋儀（ねい　ひろぎ）

B-34　多発性筋炎に伴う間質性肺疾患の治療中に合併した肺Schizophyllum commune感染症の1例
静岡県立総合病院　樋田　慎司（といだ　しんじ）

15：36〜16：21　腫瘍 8

座長　　三重大学医学部附属病院　呼吸器内科　　齋木　晴子

B-35　手術可能NRG 1 融合遺伝子陽性肺癌に対して術前化学療法は行うべきか

桑名市総合医療センター　　一瀬（いちのせ）　咲貴（さき）

B-36　肺尖部腫瘤および胸椎浸潤を呈し、原発性肺癌が疑われた多発性骨髄腫の 1 例

三重大学医学部付属病院　呼吸器内科　　伊藤（いとう）　優太（ゆうた）

B-37　肺サルコイドーシスの長期経過中に肺腺癌を発症した 1 例

藤田医科大学医学部　呼吸器内科　　長谷川（はせがわ）　新（しん）

B-38　EGFR変異陽性肺がんにおけるカルボプラチン・ペメトレキセド・ベバシズマブ療法と化学免疫療法の実臨床比較

NHO三重中央医療センター　呼吸器内科　　西村（にしむら）　正（ただし）

B-39　絨毛癌様分化を呈した原発性肺癌の 2 例

聖隷浜松病院　　郡司（ぐんじ）　哲仁（あきひと）

C会場　4階　代議員会室
第2日目（11月15日　日曜日）

9：45〜10：30　感染症 2

座長　　三重大学医学部附属病院　呼吸器内科　都丸　敦史

C-16　嚥下造影検査で診断した胃切除後嚥下性肺炎の1症例
名古屋市立大学　医学部附属　東部医療センター　呼吸器内科　川口（かわぐち）　裕子（ゆうこ）

C-17　大量喀血を契機に診断されたListeria monocytogenesによる感染性胸部大動脈瘤の1例
豊田厚生病院　呼吸器内科　久（ひさ）　和泉（いずみ）

C-18　Group A Streptococcus肺炎から急速に劇症型溶血性レンサ球菌感染症へ進展した1例
静岡市立静岡病院　呼吸器内科　臼井（うすい）　鉄郎（てつろう）

C-19　尿中抗原陰性で核酸検査により診断したレジオネラ肺炎の2例
磐田市立総合病院　村山（むらやま）　賢太（けんた）

C-20　高病原性肺炎桿菌による肺化膿症加療後，同一菌による肺炎を来した一例
市立四日市病院　呼吸器内科　五軒矢（ごけんや）　桜（さくら）

15：00〜15：36　感染症 3

座長　　国立病院機構　天竜病院　呼吸器科　永福　　建

C-21　診断に難渋した Nocardia beijingensis 感染による肺膿瘍の一例
藤田医科大学病院　医学部　呼吸器内科学　西田（にしだ）　奎登（けいと）

C-22　EWSによる気管支充填術が奏効した肺ノカルジア症に伴う気管支胸膜瘻の一例
藤田医科大学　医学部　呼吸器内科　桐生（きりゅう）　七海（ななみ）

C-23　脳膿瘍を合併した肺ノカルジア症の一例
公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科　當銘（とうめ）　響（ひびき）

C-24　免疫正常者に発症した水痘肺炎の症例検討
磐田市立総合病院　渡邉梨沙子（わたなべりさこ）

一般演題
第１日目
抄　録

〈筆頭演者が研修医アワード対象の発表には下線が付いています。〉

A-01

BAL multiplex PCRで診断した劇症型肺炎球菌肺炎にPMX-DHPを施行した1例

[1]静岡済生会総合病院　呼吸器内科
[2]とやまクリニック
[3]静岡済生会総合病院　腎臓内科
○萩原　壮太[1]、土屋　一夫[1]、阿部　岳文[2]、宮地　武史[3]、霜多　凌[1]、児嶌　駿[1]、明石　拓郎[1]、渡邉　裕文[1]、戸川　証[3]、池田　政輝[1]

40歳代男性。発熱、倦怠感に続き、呼吸困難と右胸痛が増悪し救急搬送された。来院時、血圧61/49mmHg、$SpO_2$92%（室内気）で、敗血症性ショックと呼吸不全が急速に進行した。胸部CTで右肺を中心とする浸潤影を認め、挿管後に気管支肺胞洗浄（BAL）を施行した。血液・喀痰培養、尿中肺炎球菌抗原はいずれも陰性であったが、BAL multiplex PCRで肺炎球菌のみが10^5 copies/mL検出され、劇症型肺炎球菌肺炎と診断した。ノルエピネフリン、バソプレシン、ヒドロコルチゾンの投与にもかかわらず血圧低下が進行してしたため、PMX-DHPを開始した。2時間の施行中に収縮期血圧は約70mmHgから約140mmHgへ上昇し、IL-6は半減した。挿管28時間後に抜管し、8病日に退院した。培養や尿中抗原が陰性でも、BAL multiplex PCRは肺炎球菌肺炎の診断に有用である。劇症化には過剰な宿主炎症反応が関与する可能性があり、PMX-DHPが循環動態の改善に寄与する可能性がある。

A-02

マルチプレックスPCR検査が診断に有用であったアデノウイルス肺炎の1例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
○阿部　純也、鈴木萌菜美、今井　千歳、林　慶子、佐藤　孝哉、恵美　亮佑、石井あずさ、松井　利憲、小沢　直也、村田　直彦、若山　尚士

症例は生来健康な20歳男性。X年9月3日より39℃台の発熱と咳嗽が持続し、7日に救急外来でレボフロキサシン（LVFX）を処方されるも改善せず、8日に当科を受診した。胸部CTで左下葉に浸潤影を認め、市中肺炎として入院となった。レジオネラ肺炎を鑑別にLVFXを継続したが、発熱は持続し、血小板減少の進行を認めた。10日にFilmArray®呼吸器パネルを施行し、アデノウイルスが陽性となった。同ウイルス肺炎と診断してLVFXを中止し、対症療法で経過観察したところ症状および画像所見は改善、17日に退院となった。成人アデノウイルス肺炎は大葉性肺炎様の浸潤影を呈し、細菌性肺炎との鑑別が困難な場合がある。本例のように、早期の病因特定および不要な抗菌薬の中止においてマルチプレックスPCRパネルが有用な可能性があり、文献的考察を加え報告する。

A-03

1型糖尿病を背景とした肺化膿症の治療中に薬剤性肺障害が疑われたStenotrophomonas maltophilia感染症の1例

藤田医科大学　ばんたね病院　呼吸器内科
○宮城　安寿、伊奈　拓摩、川口　萌、常喜　栄太、吉田　隆純、廣瀬　正裕

症例は37歳女性、1型糖尿病患者。1週間前からの発熱で近医を受診し胸部単純写真で左下肺野の浸潤影を指摘され紹介となった。胸部CTで左下葉空洞性病変を認め採血で炎症反応高値を認めた。コントロール不良の糖尿病による易感染状態を背景とした肺化膿症と考えABPC/SBTで治療開始したが改善せず第6病日よりPIPC/TAZに切り替えた。その後も改善はなく、喀痰検査でStenotrophomonas maltophiliaを検出、第14病日よりST合剤を追加した。その後、解熱傾向となり化膿症病変の縮小を得たが、第17病日に高熱及び低酸素血症を認め、健側下肺野に新規のすりガラス陰影が出現した。薬剤性肺障害の可能性を考慮し気管支鏡検査も考慮したが患者の拒否が強く、ST合剤をLVFXに変更した。第20病日には解熱し検査所見も改善、第28病日に退院とした。本症例は患者意向により限られた検査内での起炎菌同定に難渋し、ST合剤による薬剤性肺障害も疑われた貴重な症例であり報告する。

A-04

免疫抑制状態の高齢者に発症し急速に進行したRSウイルスによるARDSの1例

[1]三重県立志摩病院
[2]済生会松阪市民病院　呼吸器センター
[3]三重大学医学部　呼吸器内科
○山本　浩之[1、2]、蓮見　伊織[2]、松浦　信太[2]、江角　真輝[2]、江角　征哉[2]、藤浦　悠希[2]、鈴木　勇太[2]、坂口　直[2]、古田　裕美[2]、伊藤健太郎[2]、西井　洋一[2]、畑地　治[2]、田口　修[2]、小林　哲[3]

症例は70代男性。自己免疫性肝炎で加療中であった。食道癌と診断され、化学放射線療法を施行された。当院紹介の1か月前に侵襲性肺炎球菌感染症による肺炎で他院にて入院加療を受けた。今回、両側全肺野に広がるすりガラス陰影を認め、当科紹介となった。薬剤性肺障害やニューモシスチス肺炎を疑い気管支肺胞洗浄（BAL）を施行したところ、BAL液からRSウイルスが検出され、RSウイルスによる急性呼吸窮迫症候群（ARDS）と診断した。全身管理を行ったが、急速に進行し入院4日目に死亡した。RSウイルスは小児の呼吸器感染症の原因として知られるが、高齢者や免疫抑制患者では重症化し得る。免疫抑制状態にある成人のびまん性すりガラス陰影では、RSウイルスも鑑別に挙げる必要がある。当院におけるRSウイルスの検出状況を併せて報告する。

A-05

当院で経験したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の１例

[1]国立病院機構　三重中央医療センター
[2]三重大学医学部附属病院　呼吸器内科

○中村　武稜[1]、齋藤　　暢[1]、粉川　聡史[1]、
久留　　仁[1]、垂見　啓俊[1]、坂倉　康正[1]、
西村　　正[1]、内藤　雅大[1]、藤本　　源[2]、
小林　　哲[2]

【緒言】High attenuation mucus（HAM）はアレルギー性気管支肺アスペルギルス症（ABPA）の約20~40%程度にみられる所見であり、特異度が非常に高いとされている。当院でHAMを認めるABPAの１例を経験したので報告する。【症例】80歳代女性【現病歴】X年８月に慢性咳嗽を主訴に近医受診され、CT施行したところ左上葉に腫瘤影を認めたため、精査目的に同月に当院受診された。原因検索目的に気管支鏡検査を施行し、左B１＋２入口部に白色の粘液栓を認めた。気管支洗浄液でAspergillus.niger陽性であり、CTで腫瘤影にHAMを認めており、ABPAとしてプレドニゾロン内服の治療を開始した。【結語】2024年改訂ISHAMコンセンサス基準では、HAMを認めれば単独でABPAの確定診断が可能となった。画像所見に基づく早期の診断および治療介入の重要性を再認識させる症例であった。

A-06

JAK阻害薬使用中に発症し、抗真菌薬で２年以上制御し得たが外科的切除を要した慢性肺アスペルギルス症の１例

[1]済生会松阪市民病院　呼吸器内科
[2]同　呼吸器外科
[3]三重大学医学部附属病院　呼吸器内科

○三崎　萌以[1]、畑地　　治[1]、蓮見　伊織[1]、
松浦　信太[1]、江角　征哉[1]、藤浦　悠希[1]、
鈴木　勇太[1]、坂口　　直[1]、古田　裕美[1]、
伊藤健太郎[1]、西井　洋一[1]、田口　　修[1]、
中村　　文[2]、高尾　仁二[2]、小林　　哲[3]

症例は70代男性。2016年に肺腺癌に対し左上葉切除術を施行された。潰瘍性大腸炎に対しウパダシチニブ30mgで加療中であった。2023年に発熱と胸部異常陰影が出現し、当科紹介となった。気管支洗浄液からAspergillus fumigatusが検出され、慢性肺アスペルギルス症（CPA）と診断した。イサブコナゾール（ISA）を開始したが改善せず、ミカファンギン（MCFG）を長期併用したところ改善傾向となった。以後、外来でISAを継続し２年以上病勢を制御し得たが、菌球の再増大を認めたため呼吸器外科にて切除術を施行した。JAK阻害薬使用下のCPAに対する抗真菌薬の至適投与期間や外科的切除の時期は確立しておらず、本症例はその判断を考える上で示唆に富む。当院におけるISA投与経験の検討を加えて報告する。

A-07

小細胞肺癌に対してタルラタマブ治療中にTIANを来した一例

JA愛知厚生連　安城更生病院　呼吸器内科

○遠藤　栞里、麻生　裕紀、上岡　優介、水野　祐希、
大原　　康、野呂　大貴、岩出香穂里、八田　貴広、
富田　康博、原　　徹

症例は84歳男性．無症候性の脳転移を有する右上葉進展型小細胞癌cT4N43M1C1 stagⅣBに対して３次治療としてtarlatamab療法を行った．tarlatamab投与day２より発熱と意思疎通の困難もみられるようになりCRS/ICANS grade ２として解熱鎮痛剤とステロイドの投与により一定の改善が得られていたが，day４より呂律困難と歩行障害の進行が認められた．頭部MRIにて脳転移巣の増大と腫瘍周囲浮腫の増悪を認め，tarlatamabに伴うTIAN(Tumor inflammation-associated neurotoxicity)と診断した．診断後は，TIANとしての症状は改善傾向にあり経過観察の方針とした．その後，神経症状は徐々に改善しday14には歩行可能となり，頭部MRIにて脳転移巣の縮小と腫瘍周囲浮腫の改善を確認しday22に退院可能となった．tarlatamab投与後に神経症状を認めた場合にはICANSのみならずTIANも鑑別に挙げる必要がある。当日は文献的考察を加え報告する．

A-08

ニボルマブ・イピリムマブ初回コース未完遂も著明な腫瘍縮小が持続した悪性胸膜中皮腫の１例

桑名市総合医療センター　呼吸器内科

○瀧　　絢子、八木　昭彦、一瀬　咲貴、平井　貴也、
大岩　綾香、蛯原　愛子、油田　尚総

【症例】77男性。心不全加療中に右胸膜肥厚を指摘され、気管支後面の腫瘤病変からEBUS-TBNAによる生検を施行し、悪性胸膜中皮腫（cT3N1M0、stage ⅢA）と診断した。針生検のため組織型の確定は困難であったが、上皮型が疑われた。腎機能障害の存在と高齢であったことから、ニボルマブ・イピリムマブ併用療法を開始した。day２にGrade１のCRS、day24に末梢血好酸球数が2161/μLまで上昇し、上半身の全身の掻痒感を認めたため、両剤を休薬し、フェキソフェナジン投与し経過観察とした。その後、さらに好酸球増多し両手関節腫脹と膝関節痛も出現したため、プレドニゾロンを開始した。胸膜腫瘤は著明に縮小し、１コースのみの投与で約１年間SDを維持している。【考察】少数回投与後の長期奏効と免疫関連好酸球増多との関連について文献を交えて考察する。

A-09

進展型小細胞肺癌の長期寛解後に肺癌肉腫を発症した一例

JA愛知厚生連豊田厚生病院

○加藤　研庫、中原　義夫、鈴木　日向、伊東　幸祐、
糸魚川英之、村上　　靖

【症例】72歳男性。X−７年、脳転移を伴う進展型小細胞肺癌と診断し、全脳照射後にカルボプラチン＋エトポシド＋アテゾリズマブを４コース施行した。完全奏効を得てアテゾリズマブ維持療法を30回施行したが、irAE（免疫関連有害事象）が疑われる尋常性乾癬を発症し休薬した。その後も長期寛解を維持していたが、X−１年12月に右下葉結節が出現し増大した。画像上、小細胞肺癌の再発も鑑別に挙がったが、局所病変であり切除可能と判断し、X年３月に右下葉切除術を施行した。病理組織では扁平上皮癌成分と軟骨分化を示す肉腫成分が混在し、pStage ⅡB（pT2aN1M0）の肺癌肉腫と診断した。進展型小細胞肺癌の長期生存後に異時性肺癌肉腫を発症した極めて稀な症例である。免疫療法の進歩により長期生存例が増加する中、再発のみならず第二原発肺癌も念頭に置いた長期サーベイランスの重要性を示唆する症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

A-10

進行肺腺癌として治療開始後、反復する腸閉塞を契機に原発性小腸癌と診断された一例

[1]藤枝市立総合病院　呼吸器内科
[2]同　消化器内科
[3]同　外科
[4]同　病理診断科

○宮嶋　桜子[1]、田中　和樹[1]、松下　京平[1]、
松下　翔磨[1]、藤田　大河[1]、山本　雄也[1]、
山田耕太郎[1]、中村　隆一[1]、大石　享平[1]、
秋山　訓通[1]、松浦　　駿[1]、松浦　友春[2]、
杉村　　朗[3]、東　　正樹[3]、伊藤以知郎[4]、
小清水直樹[1]

症例は76歳男性。数か月前からの左季肋部痛や後頚部痛を主訴に受診し、頸椎・左肋骨に多発骨融解像と左肺下葉に33mm大の腫瘤を認めた。肺腫瘤のCTガイド下生検で腺癌（TTF-1一部陽性）を認め、進行肺腺癌の診断でカルボプラチン＋ペメトレキセド＋ペムブロリズマブによる治療が開始された。経過中に嘔吐を繰り返し、治療前のCT・PETでは指摘されなかった小腸腫瘍によるイレウスが判明した。保存的治療後もイレウスを再発したため、小腸部分切除術が施行された。切除標本は低分化腺癌で、TTF-1陰性、CDX2弱陽性、CK7陽性を示した。肺生検組織と類似した組織像を呈し、肺生検の再検討でも小腸癌の肺転移として矛盾しない所見であったことから、多発骨転移を伴う進行小腸癌としてFOLFOXによる治療に変更された。肺原発との鑑別に苦慮した小腸癌の一例として報告する。

A-11

多発粒状影を主体とし、診断に難渋した肺浸潤性粘液性腺癌の一例

[1]トヨタ記念病院　統合診療科
[2]同　呼吸器内科

○渋谷　実桜[1]、内田　岬希[2]、木村　元宏[2]、
高森　友基[2]、佐野　開人[2]、佐野　真由[2]、
松浦　彰伸[2]、中村　さや[2]、杉野　安輝[2]

症例は60歳台、男性。１週間前からの咳嗽と職場健診での胸部異常陰影を主訴に来院した。胸部レントゲン写真では両肺びまん性の多発粒状影を認め、CTでは気道散布状・ランダム分布の混在するびまん性粒状影・結節影と軽度の主膵管拡張を認めた。T-SPOTは陰性、血清CA19-9が73831U/mL、CEAが12.7ng/mLと上昇していた。TBLBを実施するも診断は得られず、主膵管拡張に対しEUS-FNAを実施したが、膵癌は否定的であった。胸腔鏡下左肺下葉部分切除術を行い、KRAS G12D変異陽性浸潤性粘液性腺癌の診断を得た。cT4N0M1a Stage ⅣAとして、Atezolizumab＋Bevacizumab＋CBDCA+PTXの併用療法を開始した。治療反応性は良好であり、現在化学療法継続中である。肺浸潤性粘液性腺癌は肺腺癌の数パーセントを占める組織型である。腫瘤影や肺炎様浸潤影を呈することが多く、粒状影を主体とするのは非典型的である。文献的考察を踏まえて報告する。

A-12

進展型小細胞肺癌の治療中に治療関連白血病を認めた１例

三重大学医学部附属病院

○古橋　一樹、藤本　　源、磯部　太一、森田　大智、
辻　　愛士、岩中　宗一、井上　れみ、
小久江友里恵、鶴賀　龍樹、齋木　晴子、
岡野　智仁、藤原　拓海、都丸　敦史、小林　　哲

症例は75歳、男性。咳嗽、血痰を主訴に受診し、画像検査にて右上葉腫瘤、右肺門リンパ節腫大、肝腫瘤を認め、肺および肝生検から進展型小細胞肺癌と診断した。Carboplatin + etoposide + durvalumabを４コース施行後、durvalumab維持療法中に病勢進行を認め、２次治療としてamrubicinを開始した。腫瘍縮小を認め治療を継続したが、14コース後に遷延する貧血および血小板減少が出現し、末梢血中に芽球を認めた。骨髄検査は施行しなかったが、経過から治療関連骨髄性腫瘍が疑われ、増悪する皮疹に対して皮膚生検を施行したところ白血病細胞の浸潤を認め、leukemia cutisを伴う治療関連白血病と診断した。小細胞肺癌に対する長期化学療法後に治療関連白血病を発症し、皮膚病変が診断契機となった稀な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

A-13

セルペルカチニブにより長期生存を得たRET融合遺伝子陽性非小細胞肺癌の２例

[1]NHO三重中央医療センター　呼吸器内科
[2]同　呼吸器外科
[3]三重大学医学部附属病院　呼吸器内科
○粉川　聡史[1]、西村　　正[1]、齋藤　　暢[1]、
久留　　仁[1]、垂見　啓俊[1]、坂倉　康正[1]、
内藤　雅大[1]、伊藤　大介[2]、安達　勝利[2]、
藤本　　源[3]、小林　　哲[3]

RET融合遺伝子は非小細胞肺癌の約２％に認められる稀な遺伝子変異である．稀な経過をたどり，セルペルカチニブが著効したRET融合遺伝子陽性非小細胞肺癌２例を報告する．症例１: 52歳女性．胸部異常陰影から肺腺癌Stage4A（BRA）の診断に至り，脳腫瘍摘出術・左肺下葉切除術を施行した．繰り返す脳転移に対し放射線照射を複数回行った．４年後に左副腎転移に対し摘出術を施行したがその後再発を認め，左副腎検体からRET融合遺伝子陽性が判明した．同年よりセルペルカチニブ投与を開始し，２年以上の長期奏功を得ている．症例２:45歳男性．慢性咳嗽を主訴に外来を受診した．胸部CTで肺野に粟粒陰影と縦隔リンパ節腫脹認めたが，精査にてRET融合遺伝子陽性肺腺扁平上皮癌Stage4Bの診断に至った．同年よりセルペルカチニブ投与を開始し，１年以上の奏功を得ている．考察:RET遺伝子は稀な遺伝子変異だが，非典型的な臨床転帰や画像を呈することがあり，マルチプレックス検査の重要性を確認した．

A-14

アテゾリズマブ投与後のサイトカイン放出症候群と考えられトシリズマブが奏功した１例

名古屋掖済会病院　呼吸器内科
○鈴木　　稜、今村　妙子、大西　義之、岩間真由子、
丹羽　英之、田中　太郎、西尾　朋子、浅野　俊明、
島　浩一郎

60歳代女性．EGFR exon19欠失変異陽性肺腺癌StageⅣAに対しオシメルチニブ治療後に増悪し，カルボプラチン，パクリタキセル，ベバシズマブ，アテゾリズマブ併用療法を開始した．初回投与12日後に発熱と好中球減少を認め，抗菌薬治療を行ったが発熱とCRP高値が遷延した．その後急速に呼吸状態が悪化し，頻脈，低血圧，肺水腫を認めた．利尿薬，広域抗菌薬およびステロイド治療に反応せず，これらの経過からサイトカイン放出症候群（CRS）を疑いトシリズマブを投与したところ，速やかに酸素化，炎症反応は改善した．アテゾリズマブ（を含むICI）ではCRSの発症は稀であるとされるが，治療開始の遅れは致命的となる場合がある為，疑われた際には速やかにトシリズマブの投与を考慮すべきである．本症例は免疫関連肺障害との鑑別や治療戦略を考える上で示唆に富むと考え報告する．

A-15

EGFR de novo T790M/Ex19del陽性肺腺癌・肺扁平上皮癌にオシメルチニブ併用細胞障害性抗癌剤を投与した１例

[1]名古屋掖済会病院　呼吸器内科
[2]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院　呼吸器内科
[3]名古屋掖済会病院　病理診断科
○大西　義之[1]、丹羽　英之[1]、惠美　亮佑[1、2]、
鈴木　　稜[1]、岩間真由子[1]、田中　太郎[1]、
西尾　朋子[1]、今村　妙子[1]、山本　侑季[3]、
佐竹　立成[3]、浅野　俊明[1]、島　浩一郎[1]

【症例】50歳代男性，PS１．呼吸困難を主訴に受診．胸膜生検にて腺癌と扁平上皮癌を認めた．遺伝子検査ではEGFR Exon19del de novo T790M変異を検出しcT4N2bM1c1（m;PLU，LYM）の非小細胞肺癌と診断した．【経過】１次治療としてオシメルチニブ＋カルボプラチン（AUC=５）＋ペメトレキセド（500mg/m２）を選択した．治療開始後，腫瘍は縮小した．治療開始から半年以上が経過したが，有害事象は管理可能であり病勢コントロールを維持している．【考察】EGFR変異陽性非小細胞肺癌の中でも肺扁平上皮癌など腺癌以外の病理組織型を持つ症例にはEGFR-TKI単剤療法の有効性の報告はほとんどなく，予後は期待できないとされる．今回，我々はEGFR-TKIと細胞障害性抗癌剤の併用療法に治療効果を認めた１例を経験した．多様な組織型や遺伝子背景を有するEGFR変異陽性非小細胞肺癌に対し，EGFR-TKIと細胞障害性抗癌剤併用療法は治療選択肢の１つとなる可能性がある．

A-16

抗SOX１抗体陽性傍腫瘍神経症候群を契機に診断した小細胞肺癌の一例

一宮西病院
○織田　　智、竹下　正文

64歳女性。2025年８月より上肢のしびれ、下肢脱力、構音・嚥下障害が出現した。頭部MRIで明らかな異常を認めず、11月に当院神経内科を受診した。四肢・体幹失調が著明で車椅子を要し、抗SOX１抗体陽性から傍腫瘍神経症候群（PNS）と診断された。胸部CTでは肺野に明らかな原発巣を認めず、縦隔リンパ節腫大を認めた。EBUS-TBNAで小細胞肺癌と診断し、cTxN2M0、stage ⅢA、LD-SCLCとしてシスプラチン＋エトポシド併用化学療法および加速過分割胸部放射線療法を施行した。腫瘍は著明に縮小し、治療開始後より構音障害や振戦などの神経症状も改善した。デュルバルマブ維持療法移行後には杖歩行可能となった。抗SOX1抗体陽性を契機に、肺野に明らかな原発巣を認めないSCLCを診断し得た興味深い症例であり、抗SOX1抗体とSCLCおよびPNSとの関連について文献的考察を加えて報告する。

A-17

ラゼルチニブ＋アミバンタマブが奏効したuncommon mutationを有するEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の一例

伊賀市立上野総合市民病院　呼吸器科
○黒川　直暉、中村　祐基

症例は70代女性．X－1年6月に健診で異常を指摘され，X－1年7月に前医で気管支鏡検査を施行され進行期肺腺癌（cstageⅣc，T3N3M1c（BRA），EGFR major+minor compound mutation;L858R+E709G）と診断された．1次治療としてオシメルチニブを投与開始され，X－1年10月に転居に伴い当院に紹介受診となった．オシメルチニブ投与を継続したがX年1月にPDとなり，2nd lineとしてアファチニブを開始，X年6月に再度PDとなった．3rd lineとしてアミバンタマブ皮下注＋ラゼルチニブを開始後4ヶ月後も原発巣の著明な縮小を認め，現在も同治療を継続している．uncommon mutationを有するEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌ではEGFR-TKIの治療効果は限定的であることが多いが、アミバンタマブ皮下注＋ラゼルチニブについての有効性は十分なエビデンスは乏しいため、文献的考察も加えて報告する．

A-18

進行性肺腺癌で気管支鏡後に重度の皮下気腫，気胸，腹腔内気腫を発症し，救命し得た一例

桑名市総合医療センター　呼吸器内科
○平井　貴也、一瀬　咲貴、八木　昭彦、大岩　綾香、蛯原　愛子、油田　尚総

症例は71歳，女性。2026年6月，進行性肺癌の疑いあることから前医より当院に紹介となった．同月に気管支鏡検査を行ったところ，検査中に急激な気胸，腹腔内気腫，皮下気腫を来たした．直後に緊急脱気，腹腔内穿刺を行ったところ改善し,救命し得た．胸水検体より腺癌であることはわかり，PD-L1，遺伝子検査は不明であったが，cT4N3M1c2 Stage4Bと早急な治療介入が必要であったため，7月よりCBDCA + Pembrolizumab + Pemetrexedによる治療を開始した．現在まで奏効を得ている状況である．気管支鏡検査における皮下気腫は稀ではあるが，観察のみでも発症すると言われている．本症例をもとに文献的考察を追加し報告する．

A-19

ACTH産生小細胞肺癌の2例

大垣市民病院
○沼口　孟子、安藤　守恭、磯部　知宏、中井　將仁、堀　　翔、中島　治典、安部　　崇、安藤　守秀

背景：ACTH産生小細胞肺癌によるクッシング症候群は小細胞肺癌のうち5％程度で発症することが報告されているが、その症候は様々である。当院ではACTH産生小細胞肺癌を2例経験したため報告する。症例1：70代男性。間質性肺炎合併小細胞肺癌 Stage2Aに対して化学療法中。既往に糖尿病あり。X年10月ごろより口喝の訴えあり、血糖とHbA1cの上昇を認めた。糖尿病内科で化学療法の際に併用したステロイドによる糖尿病の悪化と診断された。11月ごろより抑うつ症状、電解質異常も出現し、血糖値異常もさらに悪化した。ACTH測定したところ高値であり、ACTH産生腫瘍と診断した。メチラポンでの治療を開始し、症状の改善を得た。症例2：60代男性。慢性腎臓病で腎臓内科通院中に低K血症を指摘され、ACTH高値が判明した。全身検索の結果右肺門部腫瘍を認め当科紹介。小細胞肺癌の診断となった。原病治療に伴いACTHの低下と症状の改善を得たが、PD後に同様の症状が再燃した。

A-20

Afatinibにて長期生存が得られているEGFR L861Q陽性の一例

[1]独立行政法人　国立病院機構　三重中央医療センター
[2]三重大学医学部付属病院
○齋藤　　暢[1、2]、西村　　正[1]、粉川　聡史[1]、久留　　仁[1]、垂水　啓俊[1]、坂倉　康正[1]、内藤　雅大[1]、小林　　哲[2]、藤本　　源[2]

症例：70歳代男性．X年胸部異常陰影指摘され，X+1年右肺上葉切除術施行した．肺腺癌 pT2aN2M0 StageⅢA，EGFR L861Q（+）の診断で，経過観察行うもCEA上昇し，X+4年1月PET-CTで左副腎再発認めた．Gefitinib開始し，一度はCEA低下するも再度上昇認めX＋4年5月Erlotinibに変更した．しかしその後もCEA上昇し，X＋5年3月Afatinibに変更した．X＋6年12月左小脳転移認め，X＋7年1月よりγナイフを行った．X＋7年6月右前腕骨転移を認め，X＋7年10月より放射線照射を行った．以後Afatinib継続するも右前腕骨転移の再発があり切除術を施行した．X+13年9月右腋窩リンパ節に再発ありX+14年7月右腋窩リンパ節切除しAfatinib継続している．考察：EGFR L861Q変異はafatinib感受性を有するとされているが，長期予後に関する報告は限られている．本症例はL861Q変異にAfatinib投与をBeyond PDで10年以上投与しており，局所制御の重要性とBeyond PDでの有効性を示唆した．

A-21

アミバンタマブ皮下注射初回投与により胸部CTでスリガラス陰影を伴い呼吸不全を呈した一例

藤田医科大学病院　呼吸器内科学

○一本杉賢治、森谷　遼馬、大矢　由子、堀口　智也、
長谷　哲成、三重野ゆうき、魚津　桜子、
後藤　康洋、磯谷　澄都、近藤　征史、今泉　和良、
橋本　直純

症例は40代女性。肺腺癌Ⅳ期（EGFR Exon19 欠失変異）と診断し、Amivantamab + Lazertinibを開始。皮下注射の開始直後、注射部位に膨疹を生じデキサメタゾン（DEX）を投与した。約4時間後に呼吸困難を訴え6 L/分の酸素を開始。Infusion-related reaction（IRR）と判断してエピネフリンとDEXの追加投与を行ったが、翌日も4 L/分の酸素需要が残存した。胸部CTでは気管支血管束に沿った軽度のすりガラス陰影を認めたが、そのまま経過を見たところ症状は改善し94時間後に酸素不要となった。その後、Amivantamab再投与では呼吸不全の再燃は認めなかった。本症例のすりガラス陰影を伴う呼吸不全はAmivantamab投与ごく初期に起こっておりIRRに関連するものと考えられ、やや遷延した背景には皮下投与による緩徐な濃度上昇が関連した可能性がある。

A-22

NSCLC-like subtypeが示唆されABCP療法が奏効した肺LCNECの1例

三重大学　医学部　呼吸器内科

○小久江友里恵、藤本　　源、伊藤　優太、
井上　れみ、磯部　太一、森田　大智、辻　　愛士、
岩中　宗一、古橋　一樹、鶴賀　龍樹、齋木　晴子、
藤原　拓海、岡野　智仁、都丸　敦史、小林　　哲

症例は63歳男性．2024年に右肺下葉結節に対して右肺下葉切除術を施行し肺大細胞神経内分泌癌（large-cell neuroendocrine carcinoma：LCNEC），pStage ⅡBと診断された．2025年5月に多発肝・骨・両側副腎転移で再発し，アテゾリズマブ+ベバシズマブ+カルボプラチン+パクリタキセル併用（ABCP）療法を開始した．6コース施行後にPRを得たが，その後PDとなった．2次治療としてアムルビシン療法を施行したが，1コースでPDとなった．3次治療中に施行したCGPではRB1，TP53野生型，TMB 11.8mut/Mbを認め，NSCLC-like subtypeが示唆された．ABCP療法の奏効には，TMB-highに加え，抗VEGF療法による肝転移の免疫抑制性微小環境の改善が寄与した可能性がある．LCNECにおける治療反応と分子学的特徴の関連を示す症例と考え報告する．

A-23

包括的ゲノムプロファイリング検査にて同定された新規EGFR Ex20挿入変異に対しアミバンタマブを投与した1例

三重大学医学部付属病院　呼吸器内科

○森田　大智、磯部　太一、伊藤　優太、井上　れみ、
辻　　愛士、岩中　宗一、古橋　一樹、
小久江友里恵、鶴賀　龍樹、齋木　晴子、
岡野　智仁、藤原　拓海、都丸　敦史、藤本　　源、
小林　　哲

症例は40歳の非喫煙女性。Stage ⅡB期肺腺癌に対し術後Oncomine Dx Target Testを実施するも、遺伝子変異/転座は検出されなかった。術後補助化学療法終了後4か月で脳・胸膜・骨転移による再発をきたした。1次治療導入後、手術検体を用いて包括的ゲノムプロファイリング検査(GenMineTOP)を施行し、新規far-loop EGFR exon 20挿入変異c.2318_2319insGTG（p.H773delinsQC）を同定した。カルボプラチン+ペメトレキセド+アミバンタマブ併用療法により、RECIST ver.1.1にて安定（SD）を得た。コンパニオン診断陰性例における包括的ゲノムプロファイリングの有用性と、未報告のEx20ins変異に対するアミバンタマブ療法の可能性について報告する。

B-01

粟粒結核治療中に発生した中間気管支幹の腫瘤性狭窄に対し内視鏡的治療が有効であった１例

済生会松阪市民病院

○阿坂　宗、藤浦　悠希、蓮見　伊織、松浦　信太、江角　征哉、江角　真輝、鈴木　勇太、古田　裕美、坂口　直、伊藤健太郎、西井　洋一、田口　修、畑地　治

21歳女性、インドネシア国籍。20XX年11月頃、倦怠感、咳嗽、胸痛、喀痰が出現し、胸部X線で粒状影を指摘され紹介受診した。CTで多発粒状像を認め粟粒結核の疑いで入院とし、喀痰PCT検査で結核と診断した。抗結核薬による標準治療を開始したところ、治療初期に陰影増悪と発熱を認め、粟粒結核の初期悪化と判断しステロイドを併用した。画像上粒状影は改善したものの、12月より中間気管支幹に狭窄が出現し翌月のCTで増悪を認めた。気管支鏡検査で中間気管支幹は隆起性病変により99%狭窄しており、スネアとマイクロターゼ、クライオで病変を除去し内腔の開大を得た。病理検査では、扁平上皮化成を伴う上皮、炎症性肉芽組織と膿瘍形成を認め、Ziehl-Neelsen・PAS染色で染まる病原体は認めなかった。粟粒結核治療中に気管支内腔の腫瘤形成や高度狭窄をきたすことは稀であり、内視鏡的治療が有効であった例として報告する。

B-02

外科的介入を含めた集学的治療が奏功したMycobacterium avium complexによる膿胸の１例

[1]三重県立総合医療センター　呼吸器内科
[2]同　呼吸器外科

○天春　萌音[1]、児玉　秀治[1]、庄村　心[2]、後藤　広樹[1]、藤原　篤司[1]、吉田　正道[1]

症例は50代男性．数週間持続する労作時呼吸困難を主訴にX年１月下旬に前医を受診し，胸部X線で左気胸と左胸水貯留を認め，１月30日に当科入院となった．胸腔ドレナージを施行し膿胸の診断で治療を開始した．喀痰・胸水培養からMycobacterium aviumを検出し，胸部CTで左上葉の破綻した空洞性病変を認め，同菌による有瘻性膿胸と診断した．胸腔鏡下左肺部分切除術および醸膿胸膜剥離術を施行し，術後は胸腔内洗浄を継続しながらリファンピシン・エタンブトール・クラリスロマイシンに加えてレボフロキサシンを併用して加療を行い，２月27日に退院した．閉創部から膿排出を認めたため３月９日に再入院し，アミカシンを追加した多剤併用療法を行い４月24日に退院，外来治療継続中である．MACによる膿胸は比較的稀だが致死的となりうる病態であり，本例では外科的治療と多剤併用療法による集学的治療が有効であったため報告する．

B-03

治療中に結核性腹膜炎が増悪し小腸穿孔を来した粟粒結核の１例

静岡県立総合病院　呼吸器内科

○峰島　悠、増田　考祐、逢坂　学、樋田　慎司、清原　翔徳、志村　征哉、深澤　詠美、手嶋　隆裕、赤堀　大介、赤松　泰介、山本　輝人、森田　悟、朝田　和博、白井　敏博

症例は83歳女性．腹痛を主訴に前医を受診した．胸腹水，両肺粒状影，腹腔内リンパ節腫大や骨病変を認め，悪性疾患や結核が疑われたが，抗酸菌検査や腹膜生検で確定診断に至らず当院へ転院した．気管支肺胞洗浄液で抗酸菌塗抹，結核菌核酸増幅検査陽性となり，肺結核，粟粒結核と診断し抗結核薬４剤を開始した．治療開始後，発熱はみられたが，全身状態に著変なく治療を継続した．治療開始から約１ヶ月後に嘔吐が出現し，CTで腹水増加，小腸拡張，腸管浮腫を認め，結核性腹膜炎の初期悪化に伴う麻痺性イレウスと診断した．胃管による減圧を行うも３日後に急激な血圧低下を来し，CTで消化管穿孔を認めた．緊急手術を施行したが広範な小腸壊死のため根治不能で，敗血症性ショックにより死亡した．病理解剖で結核性腹膜炎に伴う小腸穿孔が確認された．抗結核治療中の初期悪化により消化管穿孔を来した稀な症例であり，文献的考察を加えて報告する．

B-04

悪性疾患との鑑別を要した播種性非結核性抗酸菌症の１例

静岡県立総合病院　呼吸器内科

○植田　納奈、深澤　詠美、樋田　慎司、逢坂　学、志村　征哉、清原　翔徳、手嶋　隆裕、増田　考祐、赤堀　大介、三枝　美香、赤松　泰介、山本　輝人、森田　悟、朝田　和博、白井　敏博

症例は87歳男性。X-５年に食道癌に対し手術を施行され、再発なく経過していた。X年１月より倦怠感、食欲不振が出現した。画像検査でリンパ節病変および多発骨病変を認め、悪性リンパ腫や食道癌再発が疑われたため、精査目的にX年３月に当科紹介となった。気管支鏡検査にて縦隔リンパ節から生検を行ったが、悪性所見は無く、気管支洗浄液の培養でMycobacterium aviumが検出された。X年４月に左腸骨骨生検を施行し、類上皮細胞肉芽腫を認め、骨髄穿刺液の抗酸菌塗抹およびMAC-PCRが陽性であったことから播種性非結核性抗酸菌症と診断した。X年５月から多剤併用療法を開始し、リンパ節病変は縮小した。その後抗IFN-γ自己抗体陽性が判明した。抗IFN-γ自己抗体を背景とした播種性非結核性抗酸菌症の一例として文献的考察を加え報告する。

B-05

喀痰および気管支洗浄液の抗酸菌培養で菌検出に至らず、胃液培養で診断となった肺結核の１例

藤田医科大学　ばんたね病院　呼吸器内科

○安田龍太朗、伊奈　拓摩、川口　　萌、常喜　栄太、吉田　隆純、廣瀬　正裕

症例は50歳女性。胸部単純写真での異常陰影を指摘され紹介受診となった。家族歴として夫の病理解剖で肺結核病変が認められたこと、胸部CTで両側上葉優位に小葉中心性の粒状影を認めたこと、T-SPOT陽性であることなどから活動性肺結核を強く疑った。喀痰検査（３連痰）の結果は陰性であり、確定診断のために施行した気管支鏡検査での気管支洗浄液培養でも結核菌の同定には至らなかった。臨床経過および画像所見から肺結核を強く疑う病歴であり胃液培養検査を追加したところ結核菌が検出され、活動性肺結核の化学療法開始となった。肺結核の診断には喀痰検査が基本であり喀痰検査で菌を検出できない場合は気管支鏡検査が検討される。本症例では喀痰および気管支洗浄液から結核菌を検出できなかったが、胃液培養により診断に至った。呼吸器検体が陰性であっても臨床的に肺結核が疑われる場合には胃液培養が診断の一助となる。

B-06

ゾンゲルチニブ既治療HER２陽性肺腺癌に対してトラスツズマブ・デルクステカンが奏効した一例

静岡県立総合病院　呼吸器内科

○寶持　　舞、三枝　美香、逢坂　　学、樋田　慎司、清原　翔徳、志村　征哉、手嶋　隆裕、深澤　詠美、増田　考祐、赤堀　大介、赤松　泰介、山本　輝人、森田　　悟、白井　敏博、朝田　和博

症例は50歳台男性。X-３年秋の健康診断で胸部異常影を指摘され、紹介医で左下葉肺腺癌の診断に至りX-２年２月当院呼吸器外科へ紹介となった。X-２年３月に胸腔鏡下左下葉切除術を行い、術後病期T2aN1M0, stageⅡBの診断に至った。X-２年５月より術後補助化学療法を行っていたが、X-２年11月多発脳転移および縦隔リンパ節再発を認めX-１年１月より治験（Beamion Lung-１）に参加しゾンゲルチニブ120mgが開始となり、最良治療効果PRを得られた。X年２月に縦隔リンパ節病変の増大および新規骨転移病変を認めたため、X年３月よりトラスツズマブ・デルクステカンへ治療を変更し、２サイクル終了後のPET-CTで縦隔リンパ節病変の縮小および骨病変へのFDG集積の著しい低下を認め、奏効が確認された。ゾンゲルチニブ投与後にトラスツズマブ・デルクステカンが有効であった症例は貴重と考えられたため報告する。

B-07

閉塞性肺炎を契機に診断された右肺粘表皮癌の一例

JA愛知厚生連　豊田厚生病院

○今泉　勇人、鈴木　日向、伊東　幸祐、糸魚川英之、村上　　靖、中原　義夫

【症例】50歳女性。X－１年11月、咳嗽および発熱を主訴に受診し、右下葉閉塞性肺炎の診断で抗菌薬治療を行った。造影CTで右下葉に無気肺と肺炎像を認めた。気管支鏡検査では、中間幹を閉塞する腫瘤を認め、病理所見としては異型を伴う上皮が乳頭状に認められたが、悪性腫瘍と断定する事ができなかった。X年１月、他院にて、硬性気管支鏡下に高周波スネアとクライオプローブを用いて腫瘍切除し、低悪性度粘表皮癌と診断された。右下葉粘表皮癌（cT2aN0M0、臨床病期ＩＢ期）に対して手術の方針とした。X年３月の気管支鏡検査で腫瘍の増大を認めたため、右中下葉切除術を予定した。X年６月、開胸右肺中下葉切除術およびリンパ節郭清を施行した。肺粘表皮癌は原発性肺腫瘍の0.1～0.2％を占める稀な腫瘍であり、中枢気道に発生して閉塞性肺炎を来すことがある。本例では診断に難渋した貴重な症例であったため、文献的考察を加えて報告する。

B-08

リンパ節病変との鑑別を要しEBUS-TBNAにより診断に至った上縦隔神経鞘腫の一例

静岡県立総合病院　呼吸器内科

○阪部　千峻、赤堀　大介、樋田　慎司、逢坂　　学、清原　翔徳、志村　征哉、深澤　詠美、手嶋　隆裕、増田　考祐、三枝　美香、赤松　泰介、山本　輝人、森田　　悟、白井　敏博、朝田　和博

症例は87歳女性。X年６月に食思不振のため他科を受診した際、胸部CTで上縦隔結節を指摘され当科紹介となった。気管上部右側に20×16mmの結節性病変、FDG PET-CTでは同部位にSUVmax＝5.13のFDG集積を認め、＃２Ｒリンパ節腫大、孤立性線維性腫瘍、神経鞘腫などが疑われた。確定診断目的に８月に気管支鏡検査を行い、同部位からEBUS-TBNAを実施した。組織学的には一部柵状配列を伴う紡錘形腫瘍細胞が束状に錯綜し、免疫染色でS-100びまん性陽性を呈したことから上縦隔神経鞘腫と診断し、患者背景も踏まえて無治療経過観察とした。上縦隔神経鞘腫はリンパ節病変との鑑別が困難な場合があり、EBUS-TBNAによる組織診断は不要な治療介入を回避し、適切な治療方針を決定する上で有用と考えられた。

B-09

急速に増大し気道狭窄が懸念された単発巨大転移性未分化多形肉腫の１例

静岡市立静岡病院　呼吸器内科

○前田　旭輝、渡辺　綾乃、臼井　鉄郎、宮本　凌太、鈴木　　僚、志村　暢泰、中川栄実子、増田　寿寛、佐野　武尚、藤井　雅人

【症例】３年前に左大腿部未分化多形肉腫（UPS）の手術歴のある86歳男性．右上葉に気道や食道への壁外性圧排を伴う10cmの巨大孤立性腫瘤を認め当科紹介．10カ月前のCTでは同部位に１cm以下の結節を認め，造影CTでは中心部壊死と周縁濃染部を認めたことから内部壊死を伴い急速に進行する腫瘤と考えられた．気管支鏡検査でエコー下に壊死と思われる低エコー領域を避けたEBUS-TBNAを施行し転移性UPSと確定診断した．気道狭窄進行のリスクに対し，非侵襲的局所制御を目的に根治的中等度寡分割放射線治療（60Gy/16fr）を施行．腫瘍縮小に伴いオフライン再計画を２回行い，有害事象を低減しつつ目標線量を投与した．照射後、気道ステント等の侵襲的処置を要さず12カ月以上にわたり気道開通性と腫瘍縮小が維持された．【結語】急速に増大し壊死を伴う巨大腫瘍に対するEBUS-TBNAおよび肉腫に対する根治的中等度寡分割放射線治療の有用性について示唆された．

B-10

気管支喘息として長期治療され、診断に苦慮した気道病変主体の再発性多発軟骨炎の一例

[1]順天堂大学医学部附属静岡病院　呼吸器内科
[2]同　膠原病内科

○八木　淳多[1]、松本　卓也[1]、世古ゆり子[1]、永井怜太郎[1]、巾　麻奈美[1]、黒田　優実[1]、今西　啓太[2]、三浦　啓太[1]、三森　友靖[1]、岩神　直子[1]、岩神真一郎[1]

50歳代女性。X-10年から喘息の加療歴がある。X年１月から喘鳴や上気道の圧迫症状が増悪し、近医で喘息発作としてプレドニゾロン30mg/日を投与されるも症状は改善しなかった。胸部CTで中枢気道から末梢気道にかけて気管支壁肥厚を認め、再発性多発軟骨炎（RP）が疑われ当院へ紹介となった。

呼吸機能検査では上気道閉塞パターン（フローボリューム曲線でのプラトー形成）を呈し、気管支鏡検査では気管粘膜に敷石状の浮腫性変化や声門の狭窄を認めた。耳介軟骨炎など他病変の合併はなく気道病変主体のRPと診断し、ステロイドパルス療法およびシクロホスファミドパルス療法を開始した。症状は速やかに改善し、治療開始28日目に気管支鏡検査を再度施行したところ、気管粘膜や声門狭窄の改善を確認した。

RPは希少疾患であり、気道病変主体の症例では喘息として治療されている症例も存在する。気道病変は時に致死的な病態となるため、文献的考察を踏まえて報告する。

B-11

慢性進行性気管支拡張症を呈し線毛機能不全症候群を疑われた嚢胞性線維症の高齢診断例

藤田医科大学　呼吸器内科学

○小西　彩加、堀口　智也、廣地真理子、桐生　七海、太田　真樹、長谷川　新、外山　陽子、後藤　康洋、磯谷　澄都、近藤　征史、今泉　和良、橋本　直純

症例は77歳男性。７年前に咳・痰を主訴に他院を受診し、慢性進行性の気管支拡張症の精査目的で当院に紹介された。マクロライド少量維持療法を行うも症状は進行し、経過中に２度気管支鏡検査を施行したが、慢性炎症と器質化のみを認めた。両側中耳炎、感音難聴、副鼻腔炎の既往や、子がいないことなどから線毛機能不全症候群（PCD）を疑い、他院にて電子顕微鏡や高速度ビデオカメラによる線毛構造評価を行ったが診断には至らなかった。全エクソーム解析を施行したところ、CFTR遺伝子にc.4056G＞C（p.Gln1352His）のバリアントをホモで認め、汗クロライド試験も陽性であった。呼吸器症状と気管支拡張症を踏まえ嚢胞性線維症（CF）と確定診断した。高齢でのCF診断は稀であるが、原因不明の進行性気管支拡張症においては、PCDなどの鑑別に加えてCFも念頭に置くことが重要だと示唆された。

B-12

びまん性嚢胞性肺病変を呈したpulmonary light-chain deposition diseaseの一例

[1]公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科
[2]市立札幌病院　病理診断科
[3]横須賀共済病院　病理診断科
[4]日本医科大学　統御機構診断病理学

○鈴木あかり[1]、笹野　　元[1]、古屋　充子[2]、中谷　行雄[3]、堂本裕加子[4]、尾崎　由佳[1]、箕浦　健悟[1]、武原　　陸[1]、水谷　文香[1]、柏井　康彦[1]、平光　花保[1]、西科　雄太[1]、長江　典彦[1]、萩本　　聡[1]、寺町　　涼[1]、富貴原　淳[1]、横山　俊樹[1]、片岡　健介[1]、木村　智樹[1]

喫煙歴のない48歳男性、数年前から咳嗽とわずかな息切れを自覚していた。202*/４健診で肺気腫が疑われ前医を受診した。CT上、気腫性変化ではなく多発嚢胞を指摘され、精査目的で８月に当院へ紹介となった。気胸・腫瘍の家族歴は無し。FVC 3.02L、FEV１ 1.72L、FEV１/FVC 57.0%。肺病変以外に腎障害、蛋白尿を認めず、その他の肺外臓器にも明らかな病変を認めなかった。組織学的診断目的に外科的肺生検を行った。肺組織では肺血管周囲の好酸性無構造物の沈着を認めた。Congo red陰性で、免疫組織染色ではκ優位に染色され、ISH法ではκ優位の形質細胞がこの沈着物周囲に認められていたことから肺の軽鎖沈着病と診断した。さらに病変部位の質量分析からはimmunoglobulin kappa constantが主要なタンパクとして同定された。肺に限局した軽鎖沈着病は非常にまれであり、文献的考察を加えて報告する。

B-13

気胸との関連が疑われた非消化管穿孔性気腹症の一例

岐阜市民病院　呼吸器・腫瘍内科

○桑原　望来、堀場あかね、石黒　　崇、小牧　千人、吉田　　勉

症例は72歳、女性。20XX－4年4月に乳癌手術を施行、同年10月に再発し化学療法を継続していた。20XX年7月23日のCTで左気胸を認めたが、軽度で無症状のため経過観察とし、1週間後の確認で改善傾向であった。しかし乳癌の腹腔内リンパ節転移への放射線治療中の8月19日に腹痛の訴えあり、CTを施行したところ左気胸の増悪と上腹部にfree airを認めた。腹膜刺激症状はなく、WBC 4,330/mm^3、CRP 0.36mg/dLであった。胸腔ドレナージ後、消化管穿孔を疑い緊急手術を施行したが穿孔は認めず、非消化管穿孔性気腹症と診断した。放射線治療の影響は否定できないが、気胸と気腹症の増悪が同時期であり、気胸との関連が示唆された。文献的考察を加えて報告する。

B-14

Benralizumabを投与後HOT離脱に至った、末梢血好酸球数上昇を伴う喘息の合併が疑われたCOPDの1例

伊賀市立上野総合市民病院　呼吸器内科

○宇佐美果那、中村　祐基

症例は78代男性。受診5年前にCOPDと診断され他院にて在宅酸素療法（HOT）を導入された（安静時/就寝時1L/min, 労作時2L/min）。X年12月に夜間発作性呼吸困難のため当院ERへ受診。4L/min以上の酸素需要を要し、喘鳴著明。血液検査上の炎症反応に乏しくCT上は気管支壁肥厚並びに高度の肺気腫を認めた。COPDの増悪と診断し、同日入院の上静注ステロイドの導入およびSABAにて症状軽快するも酸素化の改善に乏しく、ステロイドを漸減し入院前のHOTの酸素投与量にて入院第8病日に自宅退院。入院1ヶ月後再診時に酸素化は改善なかったが、血液検査上著明な末梢血好酸球数、IgEの著明な上昇を認め、喘息の合併も疑われたためBenralizumabを導入。投与第4ヶ月後HOT離脱に至り投与9ヶ月後も増悪なく経過している。重症好酸球性喘息においてはIL－5製剤の有効性が確立されているが、肺気腫合併例での十分なエビデンスは乏しいため、文献的考察も加えて報告する。

B-15

反応性細気管支上皮化を伴う肺胞上皮が取り込まれた臓側胸膜原発平滑筋腫の1例

[1]名古屋大学医学部附属病院　呼吸器外科
[2]同　病理診断科

○杉原　　実[1]、仲西　慶太[1]、都築　恵美[2]、ファン　ヘン[1]、桐山　亮太[1]、今村　由人[1]、増田　達也[1]、市川　靖久[1]、渡邉　裕樹[1]、川角　佑太[1]、栢分　秀直[1]、門松　由佳[1]、加藤　毅人[1]、中村　彰太[1]、水野　鉄也[1]、加留部謙之輔[2]、芳川　豊史[1]

患者は40歳代の男性。胸部CTで右胸腔背側に胸壁と接する最大径4.2cmの境界明瞭な腫瘤を認め、PET-CTで軽度のFDG集積あり。診断・治療目的に胸腔鏡下手術を施行し、右下葉臓側胸膜に連続する有茎性腫瘤を完全切除した。病理組織学的には、好酸性細胞質を有する紡錘形細胞が増殖する腫瘍であり、壊死や周囲への破壊性浸潤は認めず。免疫染色で腫瘍細胞はα-SMA陽性、desmin陽性、Ki-67標識率1～2％を示し、平滑筋腫と診断。腫瘍表面には胸膜弾性板と考えられる弾性線維を認め、術中所見と合わせ臓側胸膜原発と判断した。腫瘍内にTTF-1陽性、p63陽性の腺管構造を認め、これらは既存のTTF-1陽性、p63陰性の肺胞上皮から連続的に移行しており、腫瘍成分ではなく、反応性細気管支上皮化を伴った既存肺胞上皮の取り込みと考えられた。緩徐な腫瘍増殖により既存肺胞上皮が反応性変化を伴って取り込まれた、極めて稀な臓側胸膜原発平滑筋腫の1例を報告する。

B-16

身体活動量と予後との関連における呼吸器疾患横断的長期フォローアップ解析

済生会松阪市民病院　呼吸器センター　呼吸器内科

○伊藤健太郎、松浦　信太、江角　征哉、江角　真輝、藤浦　悠希、鈴木　勇太、坂口　　直、古田　裕美、西井　洋一、畑地　　治

【背景】呼吸器疾患における身体活動量が予後との関連については複数報告があるが、疾患横断的に解析したものは少ない。また、COPDなど長期フォローアップを要する疾患群もある。【方法】GPSシステムを持つ身体活動計を保持して2週間の歩行距離を測定し測定値の平均値と長期における予後との関連を調査した。【結果】追跡中央値は43.2か月で、12か月死亡予測に対するAUCは0.789であった。多変量解析にて歩行距離高知群は低値群と比較して死亡リスクが有意に低かった（HR0.34, 95%CI 0.21-0.54）平均歩行距離における探索的な疾患別閾値は、肺癌が1016.9、間質性肺炎が457.6、COPDが579.9であった。【結語】GPS由来の日常歩行距離は呼吸器疾患患者の予後を反映する客観的指標となる可能性が示唆されたが、その閾値は疾患毎で定める必要があると考えられた。

B-17

潰瘍性大腸炎に併発した胸膜心膜炎の１例

愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科

○有働知佐子、片野　拓馬、荒井　健吾、村尾　大翔、荻須　智之、米澤　利幸、武井玲生仁、山野　泰彦、伊藤　　理

【症例】50歳台、男性。潰瘍性大腸炎（UC）のためにメサラジンで治療されていた。左側胸部痛のため、近医を受診し、胸膜炎の診断でLVFXを投与された。胸痛が悪化したため、当院を紹介受診した。CRP 19 mg/dLと高値、胸部CTで左胸水と心嚢水貯留、心電図で広範な誘導でのST上昇を認め、胸膜心膜炎と診断した。細菌性胸膜炎の疑いでMEPM、心膜炎に対しコルヒチンとロキソプロフェンで加療した。心膜炎は軽快したものの胸膜炎は改善せず、末梢血（780/ μL）と胸水（19%）の好酸球が増多していた。メサラジンによる薬剤性を疑い、中止により改善した。UC治療は、フィルゴチニブへ変更した。しかし１ヶ月後に胸膜心膜炎は再燃し、アスピリンの追加により改善した。【考察】UCに胸膜心膜炎が併発することがあり、メサラジンによる薬剤性に加え、稀に腸管外病変も報告されている。メサラジン休薬後に再燃し、UCの腸管外病変の可能性が考えられた貴重な症例であり、報告する。

B-18

特徴的な多発肺嚢胞を有する気胸を契機にFLCN遺伝子検査で診断したBirt-Hogg-Dube症候群の１例

[1]浜松ろうさい病院　呼吸器内科
[2]浜松医科大学　内科学第二講座

○亀井　淳哉[1]、杉山　裕樹[1]、幸田　敬悟[1]、豊嶋　幹生[1]、藤澤　朋幸[2]

症例は51歳男性．近医で左気胸を指摘され当院を紹介受診した．肺虚脱が軽度で外来経過観察としたが，３日後の再診時に肺虚脱が増悪し入院とした．胸部CTで下葉優位かつ中枢側優位に卵円系の多発肺嚢胞を認めた．胸腔ドレナージを施行し，自己血による胸膜癒着術を経て，気胸は改善した．肺嚢胞の形状や分布と気胸の家族歴からBirt-Hogg-Dube（BHD）症候群の可能性を考えた．皮膚病変および腎病変の併発はなかったが，追加検査でFLCN遺伝子に病的変異が検出され，同疾患の診断に至った．BHD症候群は同遺伝子変異を原因とする常染色体顕性遺伝性疾患であり，多発肺嚢胞や皮疹，腎腫瘍を特徴とする．皮膚・腎病変を認めない場合でも，肺嚢胞の特徴的な分布や家族歴から同疾患を想起する必要がある．診断後は気胸再発のみならず腎腫瘍に対する長期的なサーベイランスや血縁者への対応も重要となる．気胸を契機に診断に至ったBHD症候群の１例を経験したため報告する．

B-19

複数回の気管支鏡検査により気道粘膜障害の急性期経過を観察しえた鉄剤誤嚥症候群の１例

[1]JA愛知厚生連　海南病院　呼吸器内科
[2]同　病理診断科

○兼久　　樹[1]、木下　亮輔[1]、小林　紘生[1]、長谷川万里子[1]、林　俊太朗[1]、栗山満美子[1]、武田　典久[1]、中尾　心人[1]、村松　秀樹[1]、露木　琢司[2]

症例は82歳女性．X年Y月５日夕方に薬剤内服後むせを自覚しその後咳嗽が持続するため当院救急外来を受診した．CTで右主気管支内に10mm大の結節状隆起物を認め，異物誤嚥を疑いY月６日に緊急気管支鏡検査を実施した．内視鏡所見では右主気管支に溶解途中の薬剤と思われる異物と周囲気道上皮の出血，びらん，浮腫性狭窄および膿性痰を認めた．内服歴より鉄剤誤嚥症候群（IPAS）と考え，異物除去後より抗菌薬治療とステロイドパルス療法を開始した．Y月９日の２nd lookで気道出血は改善したが膿性痰やびらんは残存していた．Y月14日の３rd lookで膿性痰の消失を確認のうえ退院した．Y月30日の４th lookでは気道の浮腫性狭窄は軽減しており，びらんと色素沈着を認めたのみであった．病変部の気道上皮から採取した組織診にて，ベルリン染色で濃染する鉄沈着を伴う気道粘膜障害を認めたことからIPASと確定診断した．IPASの気管支鏡所見や治療について既報例を踏まえ報告する．

B-20

抗凝固療法中に契機なく発症し閉塞性ショックを呈した縦隔型気管支動脈瘤破裂の１例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

○川浪　匡史、後藤まどか、近藤　玲生、秋葉　嘉将、岡戸　翔嗣、福本　紘一、内山　美佳、森　　正一

症例は，心房細動の既往のある40 歳代男性．自動車運転中に契機なく胸痛を自覚し近医に救急搬送された．造影CTで食道・気管周囲の縦隔血腫，右血胸および造影剤漏出を認め，気管支動脈瘤破裂が疑われた．同時に血圧低下を認めたため，当院へ転院となった．心臓超音波検査では心嚢液貯留を認めなかったが閉塞性ショックと判断し，アンデキサネットアルファの投与を行いつつ，輸血体制を整えたうえで，胸腔ドレナージを施行した．一旦血圧は改善したが，出血が持続し循環動態は安定を得なかったため，輸血しつつ，血管造影を施行し，責任病変に対し経カテーテル的動脈塞栓術（TAE）を施行した．術後は状態が安定し，第６病日に胸腔ドレーン抜去，第11病日に自宅退院となった．今回，DOAC（エドキサバン）内服中に気管支動脈瘤が破裂し，縦隔血腫および血胸による心外性圧迫から閉塞性ショックを呈した症例を経験したため報告する．

B-21

複数の自己抗体が陽性を示し，多彩な病理学的所見を認めた分類不能型特発性間質性肺炎の１例

[1]浜松労災病院　呼吸器内科
[2]浜松医科大学　内科学第二講座

○杉山　裕樹[1]、亀井　淳哉[1]、幸田　敬悟[1]、
豊嶋　幹生[1]、藤澤　朋幸[2]

症例は70代女性．X－８年に労作時呼吸困難のため当科紹介．画像所見で両下葉中心のすりガラス影や小葉間隔壁の肥厚が見られ，気管支鏡検査を施行したが，診断に至らず，経過観察の方針となった．しかし，経年的な画像所見や呼吸機能，自覚症状の悪化を認め，再精査を行う方針となった．血液検査で抗CCP抗体，RF，抗ds-DNA抗体，PR３-ANCAが陽性であったが，膠原病や血管炎を示唆する身体所見はなかった．気管支鏡検査では確定診断は得られず，外科的肺生検を施行し，高度の炎症細胞浸潤と胚中心を伴うリンパ濾胞を多数認めた．集学的検討（MDD）を行い，分類不能型特発性間質性肺炎の診断と至った．診断後，プレドニゾロン30mg/day＋タクロリムスを開始し，画像所見，呼吸機能の改善が見られた．MDDにより診断に至り，良好な転機を得られた分類不能型特発性間質性肺炎の一例を経験したため，報告する．

B-22

ルキソリチニブの関与が疑われた肺胞出血を伴う続発性肺胞蛋白症の１例

[1]浜松医科大学　内科学第二講座
[2]同　内科学第三講座
[3]同　臨床薬理学講座

○古関　尚子[1]、北原　佳泰[1]、安井　秀樹[1]、
田熊　　翔[1]、勝又　峰生[1]、井上　裕介[1]、
鈴木　勇三[1]、穂積　宏尚[1]、柄山　正人[1]、
古橋　一樹[1]、榎本　紀之[1]、竹村　兼成[2]、
乾　　直輝[1、3]、藤澤　朋幸[1]

40歳代女性。X－４年にPh陽性急性リンパ性白血病に対して臍帯血移植を施行した。慢性GVHDにルキソリチニブを含む免疫抑制療法中、X年４月に呼吸不全を呈し、胸部CTで両肺にすりガラス影を認めた。気管支鏡検査を施行し、白濁を呈するとともに、連続回収に伴い血性が増強する気管支肺胞洗浄液を回収した。細胞診では、PAS染色陽性の細顆粒状物質と鉄染色陽性のヘモジデリン貪食マクロファージを認めた。抗GM-CSF自己抗体は陰性で、臨床背景と併せ、肺胞出血を伴う続発性肺胞蛋白症（PAP）と診断した。血小板減少も認めたが、ルキソリチニブ中止後に血小板数は回復し、すりガラス影も緩徐に改善した。続発性PAPとルキソルチニブとの関連を示す報告は限られるが、本症例では、同剤によるGM-CSF受容体下流シグナルの阻害がPAPの発症に、血小板減少が肺胞出血に関与した可能性が考えられ、注意すべき合併症と考え報告する。

B-23

Corynebacterium jeikeium肺炎との鑑別に苦慮したirAE肺臓炎の１例

[1]藤田医科大学　ばんたね病院　呼吸器内科
[2]同　呼吸器外科

○常喜　栄太[1]、伊奈　拓摩[1]、樽川　智人[2]、
樋田　泰浩[2]、川口　　萌[1]、吉田　隆純[1]、
廣瀬　正裕[1]

症例は70歳男性。左腎癌に対して２ヶ月前よりPembrolizumabとLenvatinibによる治療中であった。X年11月、胸部CT検査で右中葉にすりガラス影を認め抗菌薬で治療を開始するも陰影は増大傾向と空洞化を認めたため気管支鏡検査を実施した。気管支洗浄液からCorynebacterium jeikeiumが検出されたためバンコマイシンでの加療を開始したが陰影は悪化傾向のため肺化膿症に対する外科的治療目的に右中葉切除を行った。中葉切除検体からは切除肺全体にわたって高度の肺胞内好中球浸潤や肺胞内水腫が見られ急性肺炎像に矛盾しない組織所見であったため抗菌薬での治療を継続したが、12月に呼吸不全進行のため挿管・人工呼吸器管理へ移行し改善ないまま死亡した。剖検の肺組織からは両肺全葉にフィブリン滲出、繊維性肉芽種組織の形成が見られirAE肺臓炎の関与が疑われた。ICI治療中の肺病変では、感染性肺炎とirAE肺臓炎の併存も考慮した包括的な評価が重要である。

B-24

HFNC離脱困難な難治性特発性器質化肺炎にミコフェノール酸モフェチルが有効であった一例

名古屋市立大学病院　呼吸器・アレルギー内科学

○中川　佳恵、金光　禎寛、田中　達也、鈴木　達朗、
伊藤　圭馬、福田　悟史、藤川　将志、伊藤　利泰、
森　　祐太、岩田　駿昂、柿原　章人、福光　研介、
大久保仁嗣、赤松　弘朗

【症例】73歳男性。COPDに対し吸入薬で長期管理中であった。入院５日前から呼吸困難を自覚し、肺炎およびCOPD増悪の診断で緊急入院となった。

【経過】第１病日より呼吸状態が悪化し、HFNCを開始した。抗菌薬や利尿薬を投与するも改善を認めず、fine cracklesを聴取したため特発性器質化肺炎（COP）と診断し、第９病日よりステロイド治療を開始した。しかし画像所見は経時的に悪化し、HFNCからの離脱も困難であった。難治性COPと判断し、第34病日よりミコフェノール酸モフェチル（MMF）1000mg/日の併用を開始したところ、画像所見の改善とHFNCからの離脱を認めた。

【考察】MMFは強皮症に伴う間質性肺炎等への有効性が示されている。難治性COPに対する本薬剤の有効性について、文献的考察を加えて報告する。

B-25

テモゾロミドが被疑薬と考えられた薬剤性肺炎の一例

島田市立総合医療センター

○落合　杏凪、金田　　桂、伊藤祐太朗、一條甲子郎、
上原　正裕

症例は83歳女性。某年１月、右片麻痺を主訴に当院脳神経外科を受診し、頭部MRIで左前頭葉腫瘍を認めた。開頭腫瘍摘出術を施行し、膠芽腫と診断された。２月よりテモゾロミド・ベバシズマブ併用療法を開始された。５月より発熱が出現し、前医で肺炎としてセフトリアキソンを投与されたが改善せず、当院脳神経外科へ転院となった。６月に精査加療目的で当科紹介となり、タゾバクタム／ピペラシンへ変更したが肺炎は改善しなかった。６月17日に気管支鏡検査を行い、気管支肺胞洗浄（BAL）でリンパ球分画78.5％と著名なリンパ球増多を認め、経気管支肺生検（TBLB）では類上皮肉芽腫が確認でき、肉芽腫性間質性肺炎パターンを呈する薬剤性肺炎と診断した。プレドニン２mg（0.5mg/kg）を開始したところ、肺炎は軽快した。テモゾロミドが被疑薬と考えられた薬剤性肺炎の一例として、文献的考察を加え報告する。

C-01

オシメルチニブ治療中、帯状疱疹ワクチン接種後に多発リンパ節腫大を認めたEGFR陽性肺癌の１例

済生会松阪市民病院

○佐々木　健、古田　裕美、蓮見　伊織、松浦　信太、江角　真輝、江角　征哉、藤浦　悠希、坂口　　直、鈴木　勇太、伊藤健太郎、田口　　修、畑地　　治

70歳代女性。左上葉肺腺癌（pStage ＩＡ２）切除後、右上葉に増大する結節性病変を認め、再発が疑われた。再手術は困難で、組織学的診断を推奨したが、既切除肺癌がEGFR遺伝子変異陽性であり本人が薬物療法を希望したため、５月よりオシメルチニブを開始した。右上葉病変は縮小し、左肺の斑状性病変は消失したが、約１か月後のCTで縦隔、右肺門部、両側腋窩、頸部リンパ節の腫大、右下葉の既存微小結節２個の増大、左胸水の増加を認めた。病勢進行も疑われたが、３週間後にはこれらの病変は縮小し、胸水も減少した。再聴取で５月の帯状疱疹ワクチン接種と、経過中の有痛性右頸部リンパ節腫脹が判明し、ワクチン接種後の免疫反応に伴う一過性変化を疑いオシメルチニブを継続した。ウイルスワクチン接種後の全身性リンパ節腫大の報告もあり、担癌患者の病勢評価において留意すべきと考え報告する。

C-02

完全切除を得られた微小腫瘍が、早期多発リンパ節転移をきたした大細胞癌の一例

大垣市民病院　呼吸器内科

○多田　朱里、安藤　守恭、沼口　孟子、磯部　知宏、中井　將仁、堀　　翔、中島　治典、安部　　崇、安藤　守秀

症例は50代男性。検診異常で当科紹介となり、CT検査で中葉に最大径24mmの辺縁整な楕円形結節を認めた。内部のCT値は低く、液体成分を伴う嚢胞と考えられた。１か月の経過観察の後、緩徐な増大を認めたため手術方針とした。術後検体にて壊死物質で満たされた嚢胞とともに最大径２mmの微小大細胞癌を認めた。腫瘍が微小であったことから術後治療は行わず、経過観察方針とした。術後６か月目のフォローのCTで縦隔リンパ節の腫大を指摘され、急速に増大した。気管支鏡検査にて大細胞癌再発と診断した。縦隔リンパ節のみでの再発であったため放射線化学療法を行った。微小な原発から急激な再発経過をたどった稀な大細胞がんの一例であり、術後治療の必要性や再発後の治療について示唆に富む症例であり、報告する。

C-03

気胸を契機に診断された高齢者肺芽腫の１例

島田市立総合医療センター

○大塚裕香子、金田　　桂、落合　杏凪、伊藤祐太朗、一条甲子郎、上原　正裕

症例は84歳女性。右背部痛および呼吸苦を主訴に受診し、右気胸および右上葉肺門部腫瘤を認めたため当院紹介となった。造影CTでは右肺動脈内に腫瘍栓を疑う陰影、右副腎腫瘤を認めた。胸腔ドレナージ後に気管支鏡検査およびCTガイド下生検を施行したが確定診断に至らず、再度の気管支鏡下生検により肺芽腫と診断した。PET-CTでは右肺門リンパ節転移および左副腎転移も疑われ、cT4N１M1b、Stage ⅣAと診断した。高齢かつ遠隔転移を伴うことから、原発巣に対して放射線治療60Gy/30回を施行し、腫瘍縮小を認めたが、肺動脈内腫瘍栓の縮小は乏しかった。肺芽腫は稀な原発性肺悪性腫瘍であり、高齢者での発症は比較的少ない。成人において気胸を合併して発見された肺芽腫は極めて稀と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

C-04

外科的生検にて診断した重症呼吸不全を呈する肺腺癌の１例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　呼吸器内科

○高木　湖湖、五島　　真、小川　紗葵、長谷川将暉、野村　公作、中村　花凜、吉田　健太、白髭　　彩、田中　麻里、稲垣　雅康、小玉　勇太、伊藤　亮太、竹山　佳宏、横山　俊彦

症例は30代男性．２ヶ月前からの咳嗽と呼吸困難の増悪のため，X年６月前医に救急搬送された．レントゲンにて両肺の広範な浸潤影，胸部CTでは両肺末梢優位にスリガラス陰影を認め，一部は小葉中心性に分布していた．間質性肺炎急性増悪としてステロイドパルス療法が施行されたが改善得られず，第12病日外科的生検目的に当院転院となった．酸素７L/分を要する呼吸不全の状態で，翌日全身麻酔下で左胸腔鏡下肺部分切除術を施行し，術後ICUでの人工呼吸器管理を継続した．EGFR ex19 欠失陽性肺腺癌の診断が得られ，術後２日目より経鼻胃管から簡易懸濁したOsimertinib 80mgの投与を開始した．呼吸状態，画像所見は改善得られ，術後７日目に抜管，その後も経過良好で自宅退院となった．びまん性スリガラス陰影を呈し，間質性肺炎と鑑別困難であった重症呼吸不全を伴う肺腺癌の診断・治療を経験したため報告する．

C-05

免疫チェックポイント阻害薬使用中に出現した異時性重複肺癌の一例

公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科

○久利　一翔、平光　花保、尾崎　由佳、箕浦　健悟、武原　　陸、水谷　文香、柏井　康彦、西科　雄太、長江　典彦、萩本　　聡、寺町　　涼、富貴原　淳、笹野　　元、横山　俊樹、片岡　健介、木村　智樹

症例は70歳代女性，20本50年のCurrent-smoker．20年前に肺結核の治療歴あり，COPD合併．肺がん検診で右肺結節を指摘され受診．精査により両側肺内転移，胸膜浸潤を伴う右下葉扁平上皮肺癌を診断．X年２月よりカルボプラチン＋ナブパクリタキセル＋ペムブロリズマブ療法を４コース行い部分寛解を確認．ペムブロリズマブ維持療法を行っていたが皮膚障害が出現したためX年12月から休薬．X年10月に左下葉結節影が新規に出現し12月に増大を認めた．経気管支肺生検を行い小細胞肺癌と判明し，限局型と診断した．X+１年１月よりシスプラチン＋エトポシド＋放射線併用療法を行い，化学療法４コース終了後にCRを確認した．その後は化学療法を行わず２年間いずれの癌も寛解を維持している．治療経過中に出現した新規病変を安易に転移と判断せず組織診断を行ったことで異時性重複癌の発見に至り，良好な長期予後を得た貴重な１例と考えられ，文献的考察を交えて報告する．

C-06

加湿器肺との鑑別を要したドキソルビシンによる薬剤性肺障害の１例

島田市立総合医療センター

○田代　舞人、金田　　桂、落合　杏凪、伊藤祐太朗、一條甲子郎、上原　正裕

症例は49歳女性。X年１月より右乳癌に対してドキソルビシン・シクロホスファミド療法が開始された。３月に４コース施行後、労作時呼吸困難と発熱を認めた。胸部CTでは両側肺野にびまん性すりガラス陰影を認め、精査目的に当科紹介入院となった。細菌性肺炎を疑い抗菌薬治療を開始したが改善は認めなかった。超音波式加湿器の使用歴から加湿器肺も鑑別に挙がったが、加湿器貯留水のβ-D-グルカン・エンドトキシンは上昇を認めず、有意菌も検出されなかった。気管支鏡検査を施行したところ、気管支肺胞洗浄液でリンパ球優位の細胞分画を認め、肺生検では肺胞隔壁にリンパ球主体の炎症細胞浸潤と膠原線維化を伴う肥厚を認め、薬剤性肺障害に矛盾なかった。プレドニゾロン0.7mg/kg開始後、症状および画像所見は改善した。経過からドキソルビシンによる薬剤性肺障害と診断した。加湿器肺との鑑別を要した症例として文献的考察を加え報告する。

C-07

壊疽性膿皮症に関連した肺病変が疑われた１例

小牧市民病院　呼吸器内科

○岡田　朋也、池山　賢樹、森下　琢人、全並　正人、櫻井　　孟、後藤　大輝、高田　和人、小島　英嗣

73歳女性。当院でびまん性大細胞型Ｂ細胞リンパ腫、関節リウマチ、COVID-19肺炎後器質化肺炎疑いで経過観察中であった。Ｘ－２年に左下腿皮疹が出現、Ｘ－１年12月から増悪したため、Ｘ年３月に皮膚科を受診した。同月下旬に咳嗽が出現、胸部CTで１か月前と比べて広範な浸潤影とすりガラス影の増悪を認め、肺炎疑いで入院加療となった。入院２日後、新規すりガラス影の部位で気管支肺胞洗浄を施行し、好中球比率は74.4％、各種培養は陰性であった。抗菌薬１週間投与後、白血球数とCRPは低下し、浸潤影の一部は改善したが、すりガラス影が増悪し、酸素需要も持続した。下腿皮膚生検では好中球、リンパ球主体の炎症細胞浸潤を認め、臨床所見と併せ壊疽性膿皮症が疑われた。肺・皮膚病変を一連の病態と考え、メチルプレドニゾロン40mg/日を開始したところ、７日後に両病変が改善した。壊疽性膿皮症関連肺病変を疑った１例として報告する。

C-08

抗MDA５抗体陽性皮膚筋炎性間質性肺炎の１例

刈谷豊田総合病院　呼吸器内科

○柴田　佑子、加藤　早紀、日下　真宏、伊藤　優汰、野又　夏実、鈴木　康広、手柴　富美、中島　国也、平野　達也、岡田　木綿、武田　直也、吉田　憲生

【症例】59歳、女性。４か月間持続する咳嗽を主訴に受診した。胸部CTで両肺下葉・胸膜下優位のすりガラス影を認め、前額部紅斑、ヘリオトロープ疹、Gottron徴候および逆Gottron徴候を認めた。明らかな筋力低下はなく、CK 43 U/Lであったが、抗MDA５抗体陽性から臨床的無筋症性皮膚筋炎に伴う間質性肺炎と診断した。ステロイドパルス療法、タクロリムス、シクロホスファミド間欠静注療法を開始した。経過中、高流量鼻カニュラ酸素療法を要する呼吸不全を呈し２回ICU管理となったが、治療継続により改善し在宅酸素療法下に退院した。【考察】抗MDA５抗体陽性間質性肺炎は、筋症状やCK上昇に乏しくても急速に重症化し得る。特徴的皮疹を見逃さず、早期に診断し強力な多剤併用療法を開始することが重要である。

C-09

クライオ生検を実施したシェーグレン症候群に合併したリンパ球性間質性肺炎（LIP）の１例

国立病院機構　長良医療センター　呼吸器内科
○蓑島　淳平、五明　岳展、浅野　幸市、大西　涼子、
鱸　　稔隆、松野　祥彦、加藤　達雄

【症例】69歳，男性．【主訴】労作時呼吸困難，咳嗽，喀痰，【現病歴】数年前から，口腔，目の乾燥症状あり，前医でシェーグレン症候群の診断を受けた．202X 年５月より咳嗽，喀痰あり，202X+２年３月労作時呼吸困難（MRC-１）の悪化精査のため入院．胸部CTにて，両側肺に下肺野優位に嚢胞が多発，気管支壁肥厚，粒状影を認めた．肺機能では、% VC 55%，１秒率 55% と混合性呼吸障害を認めた．右S８でクライオ生検を実施し，軽度のリンパ球、形質細胞の浸潤あり、形質細胞は多クローン性で、LIPの初期像が疑われた．シェーグレン症候群に合併したLIPと診断し，プレドニゾロン，ミコフェノール酸モフェチルにて加療し，自覚症状，画像所見，肺機能の改善をみた．【考察】従来はシェーグレン症候群に合併したLIPの診断には，外科的生検が実施されてきたが，気管支鏡下のクライオ生検は，LIPの診断に有用であった

C-10

肺胞出血を合併した高齢者の顕微鏡的多発血管炎に対しリツキシマブによる寛解導入療法が奏功した一例

[1]藤枝市立総合病院　教育研修センター
[2]同　呼吸器内科
○佐野芳珠季[1]、山田耕太郎[2]、松下　京平[2]、
松下　翔磨[2]、藤田　大河[2]、山本　雄也[2]、
中村　隆一[2]、大石　享平[2]、田中　和樹[2]、
秋山　訓通[2]、松浦　　駿[2]、小清水直樹[2]

症例は82歳男性。近医より間質性肺炎の疑いで当院へ紹介となる。来院時カヌラ２Lの酸素投与を要し、胸部CTではUIP patternの間質性肺炎像を背景に両側上葉優位に濃厚な浸潤影あり。入院後は広域抗菌薬治療を開始したが経時的に呼吸不全は増悪し、第３病日よりNHF管理を要した。間質性肺炎の急性増悪としてステロイドパルス療法を導入したがNHF離脱は困難であった。第６病日にMPO-ANCA強陽性が判明し、腎機能障害認めないが、入院後より出現した血痰と併せ、びまん性肺胞出血（DAH）を合併した顕微鏡的多発血管炎（MPA）と診断した。寛解導入療法として第８病日よりリツキシマブ（RTX）を開始した。その後呼吸状態は改善し、第13病日にNHF離脱、第21病日に酸素需要も消失した。ステロイドの漸減も可能であり、第37病日に自宅退院となった。パルス療法の効果が限定的な呼吸不全を伴うDAH合併のMPAに対しRTXを併用した寛解導入療法が有用であったと考えられ報告する。

C-11

呼吸困難と胸痛を契機に診断された全身性エリテマトーデスの１例

[1]トヨタ記念病院　内科
[2]同　呼吸器内科
○森本　充咲[1]、木村　元宏[2]、高森　友基[2]、
佐野　開人[2]、佐野　真由[2]、内田　岬希[2]、
松浦　彰伸[2]、中村　さや[2]、杉野　安輝[2]

症例は60歳代女性。数ヶ月前からの増悪と寛解を繰り返す労作時呼吸困難および吸気時胸痛を主訴に呼吸器内科を受診した。身体所見上は特記すべき異常は認めなかった。胸部CTでは肺野に有意な所見はなく、少量の左胸水および心嚢水を認めた。血液検査では炎症反応の上昇と低アルブミン血症を認めたが、血清クレアチニン値は正常範囲内であった。肺機能検査では拘束性肺障害を認めた。膠原病に伴う漿膜炎を疑い精査をしたところ、尿蛋白を認め、抗核抗体640倍、抗ds-DNA抗体陽性であった。腎生検を施行しループス腎炎に矛盾しない所見が得られたため、全身性エリテマトーデス（SLE）と診断した。高齢発症のSLEは典型的な臨床所見を欠くことが多く、診断に苦慮する場合がある。若干の文献的考察を加えて報告する。

C-12

間質性肺疾患が先行し、全身性強皮症所見が経時的に進展した抗PM/Scl抗体陽性筋炎の１例

[1]静岡済生会総合病院　呼吸器内科
[2]同　病理診断科
○寺原　未智[1]、渡邉　裕文[1]、霜多　　凌[1]、
児嶌　　駿[1]、明石　拓郎[1]、土屋　一夫[1]、
大山　吉幸[1]、北山　康彦[2]、池田　政輝[1]

70歳代女性。手指関節痛を主訴に通院を開始した。全身検索で間質性肺疾患（ILD）と核小体型抗核抗体を認めたが、通常測定する膠原病関連自己抗体は陰性であった。約半年後より寒冷期にRaynaud現象が出現し、さらに半年後、１～２週間の経過で大腿筋痛および筋力低下が出現・進行した。CK上昇、筋MRIおよび筋生検所見から炎症性筋疾患と診断し、追加検査で抗PM/Scl抗体陽性が判明した。同時期に、半年前まで陰性であった抗セントロメア抗体が陽転化し、全身性強皮症（SSc）の分類基準も満たした。MMFと中等量のPSLにより、筋症状とILDはいずれも改善した。抗PM/Scl抗体は、従来SScと筋炎のオーバーラップに関連する自己抗体とされてきたが、より幅広い臨床スペクトラムを呈することがある。本症例は、ILDが先行し、その後筋炎およびSSc関連所見が出現するという、抗PM/Scl抗体陽性疾患の経時的な表現型の進展を示した症例である。

C-13

てんかん発作後に急性呼吸不全を呈し神経原性肺水腫を疑われた1例

社会法人厚生会　中部国際医療センター
○矢野百合香、加藤　智也、林　　優里、大谷　元太、半田　直久、樋田　豊明

30代女性、既往にてんかんがあり通院中。自宅で15～25分間持続する強直間代発作を認め救急搬送された。来院時意識は清明だったが、38℃台の発熱とリザーバーマスク6L/分投与で$SpO_2$86%と著明な低酸素血症を認めていた。血液検査で炎症反応高値、胸部CTで両側肺野びまん性の粒状影とすりガラス影の散在を認めた。心エコーで心機能低下を認めず、心原性肺水腫は否定的であった。てんかん発作時に関連した誤嚥性肺炎やARDSを疑い、入院管理のもと抗菌薬投与を開始した。入院後から呼吸状態は速やかに改善し、第3病日には酸素離脱できた。第4病日には解熱を認め、胸部CTで肺野陰影消退傾向を認め、血液検査で炎症反応も改善したため抗生剤を終了、第7病日に退院となった。

発作直後に急激な呼吸不全を呈し、短期間で改善した臨床経過からてんかん発作に伴う神経原性肺水腫であった可能性を考えた。当院で経験した本症例について、文献的考察を交えて報告する。

C-14

増殖期のびまん性肺胞障害の病理組織像を呈した急性呼吸不全の1剖検例

[1]愛知医科大学　卒後臨床研修センター
[2]同　呼吸器・アレルギー内科
[3]同　病理診断科
○野田　竜平[1]、武井玲生仁[2]、山野　泰彦[2]、米澤　利幸[2]、片野　拓馬[2]、岡田茉莉花[2]、深見　正弥[2]、荻須　智之[2]、村尾　大翔[2]、檜本　朱成[3]、伊藤　　理[2]

【症例】70歳台、男性。血痰を主訴に前医を受診した。胸部CT画像でのびまん性のすりガラス影とI型呼吸不全のため、当院に搬送され、緊急で侵襲的人工呼吸器管理が開始された。胸部陰影は急速に悪化し、気管支鏡検査で泡沫状ピンク色の気管分泌物を認めた。ステロイドパルス療法と広域抗菌薬治療を開始したが、呼吸不全が進行し、入院翌日にV-V ECMOを導入した。入院3日目の気管支肺胞洗浄の回収液は血性で好中球76%、培養陰性、膠原病関連自己抗体は陰性であった。一旦改善し入院8日目にECMOを離脱したが、入院14日目に再悪化し、入院20日目に呼吸不全で死亡した。病理解剖は急性肺障害を示す増殖期のびまん性肺胞障害（DAD）の所見であった。【考察】病理解剖で線維化期ではなく、増殖期のDADの所見を確認した希少症例を経験した。病態の理解における病理解剖の重要性を示唆する症例と考え、報告する。

C-15

妊娠を契機に診断されたBMPR2変異関連遺伝性肺動脈性肺高血圧症の1例

[1]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　呼吸器内科
[2]同　循環器内科
○原田　麻衣[1]、五島　　真[1]、小川　紗葵[1]、長谷川将暉[1]、野村　公作[1]、中村　花凛[1]、吉田　健太[1]、白髭　　彩[1]、田中　麻里[1]、稲垣　雅康[1]、小玉　勇太[1]、伊藤　亮太[1]、竹山　佳宏[1]、横山　俊彦[1]、近藤　　俊[2]、安田健一郎[2]

バングラディッシュ国籍20歳代女性．3年前から喀血を反復し，他院で多発肺動静脈奇形を指摘されたが放置．X年8月妊娠20週に切迫流産のため入院中の第4病日大量喀血された．胸部造影CTでは，両肺の広範にわたる肺動脈の拡張と血管末梢の多発シャントの存在が強く疑われた．喀血軽快後も低酸素血症が遷延し，右心カテーテル検査でmPAP 71mmHg，PAWP 8mmHg，PVR 17.7 WUと前毛細血管性肺高血圧症を認めた．妊娠に伴う循環負荷が病態を顕在化させた可能性があり，母胎リスクを考慮し専門施設へ転院，準緊急帝王切開を施行した．分娩後ICU管理を要したが，多剤併用療法により6週後にmPAP 34mmHgまで改善した．最終的に遺伝子解析でBMPR2遺伝子変異関連遺伝性肺動脈性肺高血圧症の診断に至った．同疾患では肺動静脈奇形との関連も報告されており，文献的考察を加えて報告する．

一般演題
第２日目
抄　録

A-24

献腎移植後の進行非小細胞肺癌患者に対して免疫チェックポイント阻害薬治療を行った一例

[1]浜松医科大学　内科学第二講座
[2]同　泌尿器科学講座

○坂根　　怜[1]、鈴木　浩介[1]、柄山　正人[1]、
田熊　　翔[1]、勝又　峰生[1]、井上　裕介[1]、
安井　秀樹[1]、鈴木　勇三[1]、穂積　宏尚[1]、
古橋　一樹[1]、榎本　紀之[1]、乾　　直輝[1]、
藤澤　朋幸[1]、田村　啓多[2]

症例は60歳男性．糖尿病性腎症による末期腎不全に対しX-４年に献腎移植が行われ，タクロリムス・ミコフェノール酸モフェチル（MMF）・メチルプレドニゾロンにより腎機能は良好に推移していた．X年５月に近医で咳嗽の精査のため行った胸部CTにて左肺下葉に結節影を認め，６月に当科を紹介受診し，精査にて胸膜播種を伴う扁平上皮肺癌 Stage ⅣA（ドライバー遺伝子変異陰性，PD-L１ TPS １-24%）と診断した．腎機能を含む臓器機能は正常，かつECOG-PS ０と良好であり，７月よりMMFをエベロリムスに変更した上で，カルボプラチン+nab-パクリタキセル+ペムブロリズマブ併用療法を開始した．腎移植後患者に免疫チェックポイント阻害薬（ICI）を用いる場合，免疫関連有害事象により急性拒絶反応や移植腎機能廃絶に至る例が報告されている．腎移植患者におけるICI使用のリスクおよび免疫抑制薬の調整について，文献的考察を交えて報告する．

A-25

ニボルマブ・イピリムマブ併用療法後に心筋炎，筋炎，重症筋無力症の同時発症を認めた悪性胸膜中皮腫の１例

社会医療法人宏潤会大同病院　呼吸器内科

○小島　康裕、平野　彩未、加治屋裕基、寧　　洋儀、
東　　敬之、杉原　雅大、石原　明典、沓名　健雄、
吉川　公章

【症例】86歳男性【現病歴】右胸部痛を契機に右悪性胸膜中皮腫と診断され，ニボルマブ・イピリムマブ併用療法を開始した．初回投与15日後，労作時呼吸困難の増悪とトロポニンI，CK-MBの著明な上昇を認め，irAE心筋炎と診断した．ステロイドパルス，トシリズマブ投与後，心筋障害は改善したが，弛緩性四肢麻痺と呼吸筋障害が進行し，CO_2ナルコーシスを発症した．irAE筋炎・重症筋無力症と考え免疫グロブリン静注療法，ステロイドパルス，タクロリムス投与，血漿交換療法を施行したが去痰不全により死亡した．【考察】免疫チェックポイント阻害剤投与後に心筋炎，筋炎，重症筋無力症を併発するMMMオーバーラップ症候群は稀だが極めて致死率が高い．心筋炎，筋炎，重症筋無力症のいずれかを発症した場合には，他２つの疾患が併発する可能性を念頭に入れて治療介入することが重要と考えられた．

A-26

抗PD-L１抗体投与後にCheckMate ９LAレジメンで腫瘍縮小を認めた肺多形癌の１例

刈谷豊田総合病院　呼吸器内科

○手柴　富美、中島　国也、伊藤　優汰、野又　夏実、
鈴木　康広、平野　達也、加藤　早紀、日下　真宏、
岡田　木綿、武田　直也、吉田　憲生

【症例】73歳、男性。健診で右上葉に41mm大の腫瘤を指摘され、気管支鏡で肺多形癌と診断した。cT2bN0M0、Stage ⅡAとして右上葉切除術を施行し、病理病期も同様であった。EGFR・ALK陰性、PD-L１TPS 90%であった。術後CDDP + VNRを腎障害で中止し、アテゾリズマブへ変更したが、１コース後に左半身麻痺を契機に脳転移と縦隔リンパ節転移が判明し、PDで中止した。脳転移にSRT 30Gyを施行後、ニボルマブ+イピリムマブ+CBDCA + PEMを２コース施行し、ニボルマブ+イピリムマブを追加した。CT・造影MRIで腫瘍縮小を認めたが、PS低下と肝機能障害のため治療を中止しBSCとした。【考察】肺多形癌は化学療法抵抗性だが、PD-L１高発現例が多い。本例では術後早期再発に対して二重免疫療法と短期化学療法を施行し、縮小を認めた。同療法が肺多形癌の治療選択肢となる可能性が示唆された。

A-27

120コースを超えるペムブロリズマブ投与中に発症したirAE胸膜炎の１例

刈谷豊田総合病院　呼吸器内科

○鈴木　康広、平野　達也、伊藤　優汰、野又　夏実、
手柴　富美、中島　国也、加藤　早紀、日下　真宏、
岡田　木綿、武田　直也、吉田　憲生

【症例】80歳、男性。2017年に右上葉肺腺癌と診断し、化学放射線療法後、2018年に腋窩リンパ節転移で再発し、ペムブロリズマブを開始した。120コース以上投与し病勢安定中、2026年４月に無症候性の左胸水が出現した。翌月さらに増加し、リンパ球優位の滲出性胸水でADA低値、T-SPOT・細胞診陰性、CTで癌の進行を認めず、irAE胸膜炎を疑った。投与継続後、６月に呼吸困難が出現し中止した。一時停滞したが再増加し、８月に局所麻酔下胸腔鏡を施行した。胸膜生検で胚中心を伴うリンパ球・形質細胞の集簇を認め、悪性・結核性所見はなく、臨床経過と併せirAE胸膜炎と診断した。胸膜癒着術後、再貯留はない。【考察】ICI関連胸膜炎は稀で、癌性・感染性胸膜炎の除外を要する。長期投与後も発症し得るため、原因不明胸水では本症を鑑別すべきである。休薬後の遷延例では胸腔鏡下生検が診断に有用で、局所治療は選択肢となる。

A-28

Pembrolizumabによるサイトカイン放出症候群（CRS）を発症した二例

聖隷三方原病院　呼吸器センター　内科

○佐藤　海斗、天野　雄介、小谷内敬史、鈴木　理紗、豊田　峻輔、友田　　悠、森川　萌子、杉山　未紗、加藤　慎平、長谷川浩嗣、松井　　隆、横村　光司

CRSは免疫療法に伴うT細胞等の活性化による炎症性疾患でありICIでは稀とされているが、当院にてPembrolizumabによるCRSを2例経験したため、文献的考察を添えて報告する。【症例1】68歳女性。小細胞肺癌転移再発（TMB-high）に対してPembrolizumabを開始した。X年11月に5サイクル目を投与し12月から発熱、倦怠感が出現、抗菌薬不応でIL-6とフェリチンの上昇を認め、CRSと診断しステロイドを開始した。減量中に再燃しトシリズマブ投与、X+1年1月に中枢神経症状を認めステロイドを増量し、改善を認めた。【症例2】76歳男性。肺扁平上皮癌に対してCBDCA+nabPTX+Pembrolizumabを開始した。Y年1月に2サイクル目を投与し2月に発熱のため受診、肺炎の診断で治療を開始するもショック、DICとなった。抗菌薬不応で培養検査は陰性であり、フェリチンの上昇を認め、CRSと診断しステロイド、トシリズマブを開始、CHDFや昇圧剤での管理を行い改善を認めた。

A-29

右胸水で見つかったFluid Overload-Associated Large B-Cell Lymphomaの1例

静岡赤十字病院　呼吸器内科

○大角　侑美、増田　拓也、鈴木健太郎、持塚　康孝、杉本　　藍、森田　雅子、松田　宏幸

症例は87歳女性．X年6月に右胸水で入院となった．胸水細胞診で悪性リンパ腫などの非上皮性腫瘍が疑われる異型細胞を認め，胸水細胞診のフローサイトメトリーでCD19・CD20陽性，免疫グロブリンH鎖JH再構成でクローナルな遺伝子再構成を認めた．また，セルブロックで施行したHHV-8陰性，EBER-ISH陰性であった．CTで明らかな腫瘤やリンパ節腫大を認めず，Fluid Overload-Associated Large B-Cell Lymphoma（FO-LBCL）と診断した．高齢かつ重度の弁膜症を有するため化学療法は行わず経過観察としていたが，7月にFO-LBCLに伴う右胸水が増加し呼吸困難が出現したため，胸腔ドレナージを施行した．ドレナージ後に膿胸を併発し抗生剤治療による反応が乏しいため，外科的に剥皮術を施行した．術後は胸水の再増加なく経過した．FO-LBCLについて文献的考察を加えて報告する．

A-30

irAE大腸炎治療中にcollagenous colitisを発症した肺癌の一例

一宮西病院　呼吸器内科

○廣瀬　健司、織田　　智、貫　　智嗣、太田　智陽、石田　貢一、小澤　達志、野尻　正史、村田　泰規、竹下　正文

73歳男性。多発筋転移を伴う非小細胞肺癌NOS（cT2aN3M1c、stage ⅣB、KRAS G12C陽性、PD-L1 TPS 30%）に対しABCP療法4コース後、アテゾリズマブ+ベバシズマブ維持療法を施行した。16コース終了後に頻回の下痢が出現し、大腸生検でリンパ球性大腸炎様の病理像を認め、irAE大腸炎と診断した。全身性ステロイド投与により改善したが、漸減中に下痢が再燃した。irAE大腸炎の再燃を疑い下部消化管内視鏡を再検したところ、大腸粘膜表層にcollagen bandを認め、collagenous colitisと診断した。PPIを中止しP-CABへ変更後、下痢は改善した。ICI治療中の下痢ではirAE大腸炎のみならず、collagenous colitisを含めた鑑別が重要であり、その発症にはPPIなどの併用薬が関与する可能性がある。本症例について文献的考察を加えて報告する。

A-31

セルペルカチニブ投与中に乳糜胸を合併したRET融合遺伝子陽性肺腺癌の1例

三重県立総合医療センター　呼吸器内科

○後藤　広樹、児玉　秀治、藤原　篤司、吉田　正道

症例は50歳代女性．X年2月から3月にかけて肺腺癌cT2aN3M0，stageⅢBに対し化学放射線療法を施行した．同年11月から12月にかけての評価で多発骨転移，多発肺転移による再発を指摘され，RET融合遺伝子陽性例であったことからX+1年1月からセルペルカチニブ投与を開始した．その後，良好な腫瘍制御が得られたが，X+1年5月の評価で右胸水貯留を指摘され，6月に精査目的で局所麻酔下胸腔鏡検査を施行した．その結果，胸腔内には乳糜様の胸水を認め，胸膜面には明らかな播種結節は認めず，胸水細胞診も陰性であった．胸水中の中性脂肪が1182mg/dLと上昇していたことから，乳糜胸と診断した．その後，絶食，中心静脈栄養，胸腔ドレナージによりセルペルカチニブの休薬・減量を要することなく乳糜胸は軽快した．セルペルカチニブ投与中には稀に乳糜胸や乳糜腹水を合併することが報告されており，文献的考察を加えて報告する．

A-32

Atezolizumabによりir AE胆管炎を発症した一例

藤田医科大学医学部　呼吸器内科

○亀之園翔子、池田　安紀、堀口　智也、長谷　哲成、岡地祥太郎、後藤　康洋、磯谷　澄都、近藤　征史、今泉　和良、橋本　直純

60代男性。右肺尖部非小細胞肺癌（cT4N2M0，stage ⅢB）に対し化学放射線療法を開始したが放射線性肺臓炎で中断、CBDCA+nab-PTX療法に切り替えた。1コース終了時点で腫瘍縮小が得られ、2コース目からAtezolizumabを追加したところ、day18にAST506IU/L、ALT634IU/Lと著明な上昇を認めた。irAE肝炎を疑いメチルプレドニゾロン（mPSL）80mg/dayを開始した。irAE肝炎発症2日目にはAST，ALTは低下傾向となったが、発症5日目からT-Bil2.8mg/dLと胆道系酵素の上昇を認めた。irAE胆管炎としてミコフェノール酸モフェチル（MMF）2mgを追加したが肝胆道系酵素は上昇傾向が続いた。発症14日目に内視鏡的経鼻胆道ドレナージを施行したが胆汁排液はごく少量であった。その後もmPSLとMMFによる加療を継続したが全身状態は悪化し発症28日目に死亡した。irAE胆管炎は稀な有害事象であるが、ステロイドや免疫抑制剤への反応は不良と知られており、早期の鑑別・治療開始が重要である。

A-33

セルペルカチニブ関連乳び胸を発症したRET 融合遺伝子陽性肺腺癌の一例

静岡市立静岡病院　呼吸器内科

○宮本　凌太、増田　寿寛、臼井　鉄郎、村山　賢太、志村　暢泰、中川栄実子、渡辺　綾乃、佐野　武尚、藤井　雅人

症例は69歳女性。左上葉原発肺腺癌（StageⅣB、RET融合遺伝子陽性）に対し、14か月前よりセルペルカチニブを開始し、1段階減量で治療継続中であった。X年11月、胸部X線で右胸水貯留を認め、病勢悪化を疑い胸腔穿刺を施行した。胸水は乳び様で、胸水中TG 1343 mg/dLと高値を示し、細胞診は陰性であった。その他、画像上明らかな病勢進行を認めず、セルペルカチニブ関連乳び胸と考えた。休薬、脂質制限食で改善し、第10病日に2段階減量で再開後も胸水再増加なく、第23病日に退院した。その後も病勢増悪までの6ヶ月間継続することができた。セルペルカチニブに関連した乳び胸について文献的考察を加えて報告する。

A-34

ソトラシブの肝障害に対し低用量からの漸増で継続可能となったKRAS G12C変異陽性肺癌の2例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院　呼吸器内科

○山田　千歳、大塚　健人、鈴木萌菜美、林　　慶子、惠美　亮佑、佐藤　孝哉、石井あずさ、小沢　直也、松井　利憲、村田　直彦、若山　尚士

ソトラシブはKRAS G12C変異陽性非小細胞肺癌に有効であるが、肝障害は治療継続上問題となる有害事象の一つである。症例は1．51歳女性と2．63歳男性。症例1は一次治療としてカルボプラチン＋ペメトレキセド＋ペムブロリズマブを施行したが、2コースで早期に病勢進行を認めた。症例2はカルボプラチン＋パクリタキセル＋ベバシズマブ＋アテゾリズマブを開始し、毒性のためカルボプラチン、パクリタキセルは2コースで終了した後、ベバシズマブ＋アテゾリズマブによる維持療法を継続した。病勢進行後、両例ともソトラシブを開始したが肝障害を認め、休薬・減量再開後にも再燃した。十分な説明と同意のもと最小投与量で投与を継続したところ、肝障害は時間経過とともに改善し、その後は増量して長期投与が可能となった。低用量ソトラシブの長期投与により、肝障害に対する耐容性を獲得する可能性が示唆された。

A-35

外科治療が奏功したCAM耐性肺Mycobacterium lentiflavum症の一例

[1]国立病院機構　天竜病院　呼吸器・アレルギー科
[2]聖隷三方原病院　呼吸器外科

○大竹　亮輔[1]、金井　美穂[1]、平松　俊哉[1]、大嶋　智子[1]、伊藤　靖弘[1]、永福　　建[1]、岩泉江里子[1]、藤田　　薫[1]、三輪　清一[1]、中村祐太郎[1]、土田　浩之[2]、棚橋　雅幸[2]

症例は60歳代女性。肺 Mycobacterium avium 症に対してX-11年～X-9年まで化学療法を受けた既往がある。X-5年に左肺舌区陰影の悪化を認め、喀痰抗酸菌培養では同定不能菌が連続して検出された。X-4年から化学療法が再開されるも陰影の改善は得られずX-1年5月に当院へ紹介となった。気管支鏡検査における吸引痰、気管支洗浄液の抗酸菌塗抹および培養はいずれも陽性で、質量分析からMycobacterium lentiflavumが同定された。薬剤感受性検査ではCAM、AZMへの耐性が確認され、抗菌薬変更を行うも肺陰影悪化を認めたことから肺切除術を施行した。術後経過は良好で化学療法を継続し、呼吸器症状は軽快して抗酸菌培養陰性を維持できている。CAM耐性肺Mycobacterium lentiflavum症は極めて稀少で報告例がなく、貴重な症例を経験したため報告する。

A-36

難治性気胸術後に発症したクリプトコッカス胸膜炎の１例

静岡県立総合病院　呼吸器内科

○逢坂　　学、赤松　泰介、樋田　慎司、清原　翔徳、志村　征哉、手嶋　隆裕、深澤　詠美、増田　考祐、赤堀　大介、三枝　美香、山本　輝人、森田　　悟、白井　敏博、朝田　和博

症例は78歳、男性。X年３月に発熱、呼吸困難を自覚し当科紹介受診となった。酸素吸入を要する呼吸不全とCTで両側肺野びまん性に牽引性気管支拡張を伴う浸潤影・すりガラス影を認め緊急入院となった。呼吸不全は急速に進行し肺野陰影も拡大したが、ステロイド治療を開始し緩徐に軽快した。ステロイド漸減中の第26病日に右気胸を来し胸腔ドレナージを開始した。リーク持続のため第32病日に胸腔鏡下に中葉のリーク部位を同定し、胸膜欠損部結紮を施行した。術後にリークは停止し、第35病日にカテーテルを抜去した。軽度の気胸腔残存を認めたが悪化なく、再ドレナージは行わなかった。第46病日頃から右胸水が出現し、胸水培養で*Cryptococcus neoformans*を検出し、同菌による胸膜炎と診断した。フルコナゾール投与により胸水・炎症所見は改善した。クリプトコッカス胸膜炎は稀であり文献的考察を加えて報告する。

A-37

気管支鏡検査により診断した*Rhizomucor pusillus*による肺ムーコル症の１例

静岡赤十字病院　呼吸器内科

○増田　拓也、鈴木健太郎、大角　侑美、持塚　康孝、杉本　　藍、森田　雅子、松田　宏幸

症例は63歳男性．X−２年に急性骨髄性白血病に対する同種骨髄移植後の慢性移植片対宿主病に対してプレドニゾロン５mg/日とタクロリムス0.7mg×２/日が開始された．X−１年に中枢神経再発を認めたため，大量シタラビン療法が開始となり，３コース施行後のX年２月に発熱性好中球減少症を発症し，当院血液内科に入院した．抗菌薬・抗真菌薬が開始されたが，好中球の回復後も炎症反応高値が遷延し，胸部CTで左肺上葉にreversed halo signを伴う浸潤影を認めたため当科紹介となった．ガイドシース併用気管支腔内超音波断層法を用いて経気管支肺生検，気管支洗浄を施行し，組織病理で幅広く隔壁に乏しい直角分岐菌糸を伴う壊死組織を認め，気管支洗浄液の培養から*Rhizomucor pusillus*を同定したため肺ムーコル症と診断し，同菌に対してイサブコナゾールの投与を開始したところ肺病変は縮小した．免疫不全患者に発症した稀な肺ムーコル症に関して文献的考察を加えて報告する．

A-38

気管支洗浄液培養により診断した*Exophiliala dermatitidis*肺感染症の１例

藤田医科大学 ばんたね病院　呼吸器内科

○川口　　萌、伊奈　拓摩、常喜　栄太、吉田　隆純、廣瀬　正裕

症例は72歳女性。X−４年に右中下葉および左上葉舌区にすりガラス影・粒状影を指摘され、炎症性変化として経過観察されていた。X年８月、健診の胸部単純写真で両側下肺野優位のすりガラス影を指摘され当院へ紹介となった。胸部CTで右中下葉および左上葉舌区・下葉にすりガラス影や浸潤影を認めたが、１ヶ月後のCTでは一部陰影の消失と新規病変の出現を認めた。非結核性抗酸菌症を疑ったものの喀痰培養およびMAC抗体は陰性であった。無症状のため経過観察していたが、同年12月に陰影の増悪を認め気管支鏡検査を施行し、気管支洗浄液培養から*Exophiliala dermatitidis*を検出した。現在まで陰影の拡大はなく経過観察中である。同菌は土壌やサウナなどに生息する肺黒色真菌症の原因菌の１つである。既報によると気管支拡張、粒状影、空洞病変など画像所見は多様であり、画像のみでの診断は困難と考えられることから、気管支鏡検査が診断の一助となる可能性がある。

B-26

間質性肺疾患における病勢の経時的変化を捉えるDEDIの縦断的検証

藤田医科大学　呼吸器内科学

○木村祐太郎、加古　寿志、石井友里加、長谷　哲成、後藤　康洋、磯谷　澄都、近藤　征史、橋本　直純、今泉　和良

【背景】日常生活下労作時低酸素化指標（Daily-Life Exertional Desaturation Index: DEDI）は，進行性で予後不良な間質性肺疾患（ILD）の前重症状態を単回評価で識別し得る指標であるが，経時的変化を反映するかは明らかでない．【目的】DEDIがILDの病勢に伴う経時的変化を反映する低侵襲モニタリング指標となり得るかを後方視的に検討した．【方法】DEDIによる初回評価したILD症例のうち，（a）労作時酸素療法導入４例，（b）ステロイド治療反応３例，（c）無治療経過観察７例を対象に２回目のDEDI評価を行った．【結果】初回DEDIスコア中央値は（a）48.0，（b）2.1，（c）3.3であった．２回目のDEDIスコア中央値は（a）19.4，（b）3.4，（c）9.7であった．６分間歩行試験の歩行距離中央値は，（a）290mから425m，（b）500mから520m，（c）430mから415mであった．【結論】DEDIは，日常生活下で低侵襲かつ反復的に定量評価可能であり，ILDの病勢変化を捉えるモニタリング指標となる可能性が示唆された．

B-27

シェーグレン症候群に合併した肺アミロイドーシスの２症例

中部ろうさい病院　呼吸器内科

○澤田　千晶、高橋　一臣、石川　和暉、横井　英人、松下　明弘、松尾　正樹

当院でシェーグレン症候群に合併した結節性肺アミロイドーシスの２例を経験した．症例１：69歳女性．慢性咳嗽，多発嚢胞性病変で経過フォロー中であった．ドライマウス，ドライアイの症状が出現し，シェーグレン症候群と診断した．経過中に右下葉に新規の小結節影を認め，診断的治療目的に胸腔鏡下肺生検を行い，肺アミロイドーシスの診断に至った．その後シェーグレン症候群に対して治療強化を行い，現在まで新規の結節影出現や増大は見られていない．症例２：75歳女性．抗SS-A抗体陽性，口唇生検などでシェーグレン症候群と診断した．診断時より胸部CTで両肺に多発結節影および嚢胞性病変を認め，結節影が経時的に増大したため，経気管支肺生検を行い，肺アミロイドーシスの診断に至った．シェーグレン症候群に合併する肺アミロイドーシスは稀な病態であるため，若干の文献的考察を加えて報告する．

B-28

メポリズマブ300mgへの増量後に神経症状とADLが改善した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の１例

刈谷豊田総合病院　呼吸器内科

○伊藤　優汰、平野　達也、野又　夏実、鈴木　康広、手柴　富美、中島　国也、加藤　早紀、日下　真宏、岡田　木綿、武田　直也、吉田　憲生

【症例】75歳、女性。2024年６月、両下肢のしびれと筋力低下を呈し、腰部脊柱管狭窄症と診断された。喘息増悪で入院時、好酸球数1371/μL、MPO-ANCA陽性、好酸球性副鼻腔炎からEGPAを疑った。８月、重症喘息としてメポリズマブ100mgを導入し、神経根ブロックで一時改善したが、しびれと疼痛は残存した。2025年９月の神経伝導検査で下肢感覚運動性軸索障害を認め、多発単神経炎と診断し、EGPAの神経障害と判断した。11月に300mgへ増量後、疼痛頻度と筋力低下は徐々に改善し、車椅子生活からボウリング、登山が可能となった。【考察】EGPAの末梢神経障害は不可逆的となり得るが、メポリズマブ増量による効果の知見は乏しい。本例では発症から１年以上経過後も増量後に神経症状とADLが改善した。喘息患者の神経症状をEGPAの臓器障害として再評価し、適応疾患に応じた用量を選択する重要性が示唆された。

B-29

多彩な神経症状を呈した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の１例

聖隷三方原病院　呼吸器センター内科

○内藤　龍仁、加藤　慎平、佐藤　海斗、清水聡一郎、鈴木　理紗、豊田　峻輔、友田　　悠、森川　萌子、杉山　未紗、小谷内敬史、天野　雄介、長谷川浩嗣、松井　　隆、横村　光司

症例は70歳女性。気管支喘息で近医通院中、２週間前より喘息症状が悪化していた。両足趾の痺れのために体動困難となり、その後嗄声、嚥下障害が進行したため当科紹介。入院時点でMMT２-３の両下肢筋力低下とNRS５の神経障害性疼痛があり、下肢の紫斑を伴っていた。食事は摂取不能であり、経管栄養を開始した。ANCA陰性であったが、末梢血好酸球数14090と著明高値であり臨床症状とあわせ好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）と診断した。ステロイドパルス療法、シクロホスファミドパルス療法およびベンラリズマブを投与したが神経症状は改善しなかった。２回目のステロイドパルス療法を行うも改善乏しく、免疫グロブリン静注療法（IVIG）を施行したがそれでも改善しなかった。翌月に２回目のIVIGを行った頃より症状は緩徐に改善し、嗄声も軽快、経管栄養を離脱し、車椅子レベルのADLで自宅退院した。神経症状を主体とするEGPAで治療に難渋した症例であり、報告する。

B-30

外構工事従事者に発症したsilicosarcoidosisの一例

聖隷浜松病院

○村松　卓実、河野　雅人、郡司　哲仁、山崎　里紗、高橋　里奈、中根　千夏、日笠　美郷、竹田健一郎、二橋　文哉、青野　祐也、三輪　秀樹、三木　良浩、橋本　　大

60歳代男性。16歳より外構工事に従事し、コンクリートを扱っていた。咳嗽を主訴に当科を受診し、CTで両肺野びまん性粒状影と縦隔リンパ節腫脹を認めた。気管支鏡検査では気管支肺胞洗浄液中のリンパ球分画56%と上昇、経気管支肺生検では非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め、EBUS-TBNAでは硝子様線維化および炭粉沈着を認めた。眼・心・皮膚等の肺外病変はなかった。確定診断目的に外科的肺生検を施行し、胸膜面や肺胞領域に珪肺結節と多核巨細胞を伴う類上皮細胞肉芽腫を認めた。いずれの病変にも偏光顕微鏡で複屈折性を示す粒子を認めた。真菌、抗酸菌、悪性腫瘍を疑う所見はなかった。近年、シリカの曝露歴を有し珪肺症とサルコイドーシスの特徴を併せ持つ肉芽腫性肺疾患をsilicosarcoidosisと称することが提唱されており、本症例は同病態に合致すると考えた。シリカ曝露の回避を指導し、経過観察中である。

B-31

活動性肺結核と潜在性結核感染症（LTBI）の鑑別に苦慮した1例

名古屋大学医学部附属病院　呼吸器内科

○野口陽一朗、柴田　智文、松澤　令子、田中　一大、阪本　考司、石井　　誠

症例は60代，男性．X-3年3月，画像異常で前医を受診し，胸部CTで右肺底部に腫瘤状の浸潤影を認めた．IGRAと抗MAC抗体が陽性で，気管支鏡検査では組織検体で肉芽腫を認めたが壊死成分や悪性所見はなく，気管支洗浄液培養でも抗酸菌を認めず，経過観察のみで陰影は自然縮小し，X-2年6月のCTでも陰影変化はなく，以降の診察は自己中断していた．X年6月に中咽頭癌の化学療法前の胸部CTで異常陰影を認めたため当院当科を受診した．前医終診時と陰影の変化はなく，IGRA陽性であり，LTBIと判断した．7月よりINH単剤治療を開始し，8月より中咽頭癌の化学療法を開始した．化学療法開始後15日目に発熱があり，胸部CTで右肺底部の陰影の悪化を認めた．TBLBを実施したところ，壊死成分主体で，結核PCR検査で陽性を示した．このため活動性肺結核としてのHREZの4剤治療に切り替えた．活動性肺結核の診断および気管支鏡検査の再施行の判断に苦慮した症例として報告する．

B-32

黒色真菌*Exophiala dermatitidis*によるアレルギー性気管支肺真菌症と臨床診断した1例

愛知医科大学　呼吸器・アレルギー内科

○砂川　大輔、米澤　利幸、大西　沙織、加藤　康孝、伊藤　　理

83歳、男性。喘息やアレルギーの既往はない。X年6月、労作時呼吸困難を主訴に当院を受診した。喘鳴はなく、呼吸機能は%FEV1 128%、FEV1/FVC84.5%だった。胸部CTで、左B3に気管支拡張と粘液栓を認めた。X年9月、咳嗽が悪化し、胸部CTで粘液栓が増大し周囲に浸潤影を伴ったため緊急入院となった。TAZ/PIPC治療で改善せず、末梢血好酸球数546/μL、総IgE値823IU/mLと高値であった。ABPAを疑ったが、アスペルギルスIgG抗体とAsp f1特異的IgEはいずれも陰性だった。気管支鏡で採取した粘液栓の細胞診で好酸球性粘液中に菌糸が観察され、培養で*E.dermatitidis*が検出された。我が国の診断基準6項目を満たしたため、同真菌によるABPMと臨床診断した。mPSLとVRCZ開始後、咳嗽と画像所見は改善し、好酸球数は低下した。*E.dermatitidis*によるABPMの希少例を経験したため、報告する。

B-33

ニューモシスチス肺炎を発症したHTLV-1抗体陽性患者の2例

大同病院　呼吸器内科

○寧　　洋儀、杉原　雅大、小島　康裕、加治屋裕基、平野　彩未、東　　敬之、石原　明典、沓名　健雄、吉川　公章

【諸言】ニューモシスチス肺炎（PCP）は白血病やAIDSなど免疫不全状態下で発症する日和見感染症である．【症例1】54歳男性．既往歴はない．熊本県出身．X年7月にびまん性すりガラス陰影で入院し，血中β-D-glucan高値，喀痰P. jirovecii PCR陽性でPCPと診断．HTLV-1抗体，プロウイルスDNA陽性で，くすぶり型成人T細胞白血病/リンパ腫と診断．その後急性型へ移行しX+2年6月に永眠．【症例2】45歳女性．既往歴はない．福岡県出身．Y年8月に急性肺炎で入院時の血液検査でflower cellを認め，HTLV-1抗体陽性でHTLV-1キャリアと診断．Y+1年6月にびまん性すりガラス陰影で入院し，血中β-D-glucan高値，喀痰P. jirovecii PCR陽性でPCPと診断．ST合剤で治療し，現在予防量を継続中．【考察】既往歴がない患者がPCPを発症した際は，HIVだけでなくHTLV-1のスクリーニングが重要である．免疫不全状態はHTLV-1キャリアの時期から見られることがあり，慎重な経過観察を要する．

B-34

多発性筋炎に伴う間質性肺疾患の治療中に合併した肺Schizophyllum commune感染症の1例

静岡県立総合病院

○樋田　慎司、赤松　泰介、逢坂　　学、清原　翔徳、志村　征哉、手嶋　隆裕、深澤　詠美、増田　考祐、赤堀　大介、三枝　美香、山本　輝人、森田　　悟、白井　敏博、朝田　和博

症例は80歳女性。X-3年、抗ARS抗体陽性多発性筋炎に伴う間質性肺疾患に対して、プレドニゾロンとタクロリムスによる治療を開始した。X-1年10月、右肺下葉に散布性粒状影を認め抗酸菌感染症を疑ったが喀痰塗抹・培養は陰性であった。11月に気管支鏡検査を実施し、気管支洗浄液からSchizophyllum communeが検出され、同菌による肺感染症と診断した。経過観察としていたが緩徐な増悪を認めたため、X年7月に治療目的に入院となった。タクロリムスを減量した上でイサブコナゾールを開始したものの、タクロリムス血中濃度上昇、嘔気、低Na血症、皮疹が出現したため治療を中止した。約2週間の治療で粒状影は縮小を認め、現在も経過観察中である。S. communeはアレルギー性気管支肺真菌症の原因真菌としての報告が散見されるが、細気管支病変を呈する病態は稀であり、文献的考察を加え報告する。

B-35

手術可能NRG1融合遺伝子陽性肺癌に対して術前化学療法は行うべきか

桑名市総合医療センター

○一瀬　咲貴、平井　貴也、八木　昭彦、大岩　綾香、蛯原　愛子、油田　尚総

症例は77歳，女性．咳嗽を主訴に近医受診し左中肺野に胸部異常陰影を認めたため当院紹介．気管支鏡検査を行い，左下葉肺腺癌cT2bN0M0，stage2Aと診断した．病理結果では浸潤性粘液性腺癌を疑う所見を認め，コンパクトパネルとPD-L1の結果に応じて術前化学療法の有無を検討する予定であったが，患者の希望も強く手術先行の方針となった．コンパクトパネルの結果はNRG1融合遺伝子陽性，PD-L1陰性の結果であった．NRG1融合遺伝子は肺癌で最も高頻度であり，その中でも浸潤性粘液性腺癌に多い．また一般的にNRG1融合遺伝子陽性肺癌ではPD-L1は低発現となることが多く，免疫チェックポイント阻害薬の反応性が不良であると言われている．本症例は手術先行したが，手術可能NRG1融合遺伝子陽性肺癌の症例に対して術前化学療法は行うべきかを文献的考察を交えて報告する．

B-36

肺尖部腫瘤および胸椎浸潤を呈し、原発性肺癌が疑われた多発性骨髄腫の1例

三重大学医学部付属病院　呼吸器内科

○伊藤　優太、藤本　　源、井上　れみ、磯部　太一、森田　大智、辻　　愛士、岩中　宗一、小久江友里恵、古橋　一樹、鶴賀　龍樹、齋木　晴子、藤原　拓海、岡野　智仁、都丸　敦史、小林　　哲

症例は78歳男性。数日で進行する下肢脱力からの歩行困難および排尿障害を主訴に近医受診、胸部CTで右肺尖部から縦隔にかけて骨破壊を伴い脊柱管内へ進展する腫瘤性病変を認め当科へ紹介となった。当初は原発性肺癌を疑ったが、蛋白アルブミン解離、腎機能障害、IgG型単クローン性免疫グロブリン異常を認め、骨に多発する溶骨性病変もあり、多発性骨髄腫が鑑別に挙がった。生検箇所を検討している間に誤嚥性肺炎、肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症、横紋筋融解症などを合併したため、まずは脊髄浸潤に対して放射線治療を先行した。全身状態改善後、右腸骨の溶骨性病変からCTガイド下生検を施行し、多発性骨髄腫と診断した。化学療法は全身状態の悪化により導入には至らず、BSCとなった。多発性骨髄腫は多彩な画像所見を呈し、肺癌との鑑別を要することがある。示唆に富む症例と思われるため報告する。

B-37

肺サルコイドーシスの長期経過中に肺腺癌を発症した1例

藤田医科大学医学部　呼吸器内科

○長谷川　新、外山　陽子、加古　寿志、大矢　由子、長谷　哲成、岡地祥太郎、後藤　康洋、磯谷　澄都、近藤　征史、今泉　和良、橋本　直純

64歳女性。12年前にTBLBで肺サルコイドーシスと確定診断され、PSL 5 mg/日で維持されていた。X年より腰背部痛と体重減少が出現し、左舌区結節が1年間で10mmから15mmへ増大、CEA 337ng/mLを認めた。PET/CTおよび頭部MRIで骨・多発脳転移を指摘。気管支鏡翌日に脳梗塞（Trousseau症候群）を発症した。生検で肺腺癌（EGFR exon 19 del陽性）と診断し、オシメルチニブを開始した。サルコイドーシスの長期経過例では、既存の多発陰影や縦隔・肺門リンパ節腫大の中に生じる新規肺癌の早期識別・診断は極めて困難である。sarcoid reactionとは異なり、確診後10年以上の寛解・増悪を繰り返す安定期であっても、わずかな結節の増大や非典型的な進行を認めた際には、肺癌合併を念頭に置いた積極的な再評価が重要である。

B-38

EGFR変異陽性肺がんにおけるカルボプラチン・ペメトレキセド・ベバシズマブ療法と化学免疫療法の実臨床比較

[1]NHO三重中央医療センター 呼吸器内科
[2]三重大学医学部附属病院　呼吸器内科
[3]NHO近畿中央呼吸器センター　内科
[4]済生会松阪市民病院　呼吸器内科
[5]三重県立総合医療センター　呼吸器内科
[6]桑名市総合医療センター　呼吸器内科
[7]愛媛大学大学院医学系研究科　循環器・呼吸器・腎高血圧内科学
[8]済生会今治病院　内科
[9]愛媛大学大学院医学系研究科　地域胸部疾患治療学講座

○西村　　正[1]、藤本　　源[2]、住谷　　仁[3]、谷口　善彦[3]、田宮　朗裕[3]、松田　能宣[3]、藤原　拓海[2]、坂口　　直[4]、伊藤健太郎[4]、藤原　篤司[5]、大岩　綾香[6]、中村　行宏[7]、川上　真由[8]、野上　尚之[9]、小林　　哲[2]

背景：EGFR変異陽性のNSCLC患者のEGFR-TKI耐性後のAtezolizumab, Bevacizumab, Carboplatin, Paclitaxelの併用療法（ABCP）は有効性を示しているものの、Carboplatin, Pemetrexed, Bevacizumab（CPemB）との比較データは限られている。方法：2012年4月から2025年6月にかけて、日本の8施設で多施設共同の後ろ向き観察研究を実施した。結果：計106名の患者が対象となった。CPemB群ではABCP群に比べ、客観的奏効率が有意に低かった（34% vs 55.6%, p=0.031）。PFS中央値はCPemB群で8.44ヶ月、ABCP群で6.87ヶ月であり、OSの中央値はCPemB群で16.8ヶ月、ABCP群で17.8ヶ月であった。副作用はCPemB群では血小板減少症および肝機能障害の発生頻度が高く、一方、ABCP群では発熱性好中球減少症、発疹、および末梢神経障害がより多く見られた。結論：ABCPはCPemBよりも高い奏効率を達成したがPFS、OSは両レジメン間で有意差はなかった。

B-39

絨毛癌様分化を呈した原発性肺癌の2例

聖隷浜松病院

○郡司　哲仁、橋本　　大、山崎　里紗、村松　卓実、中根　千夏、日笠　美郷、竹田健一郎、二橋　文哉、青野　裕也、三輪　秀樹、河野　雅人、三木　良浩

症例1は70歳代男性．左上葉の胸部異常陰影を指摘され同腫瘤影に対して気管支鏡検査を実施し低分化癌の所見であった．肝・副腎・脳・骨を含めた多臓器転移を認めcStageⅣBと診断した．治療目的で入院した際に貧血と肝機能障害を認め，全身状態が急激に悪化し第8病日に死亡した．病理解剖を行い剖検組織の免疫染色にてhCG陽性の絨毛癌様分化を示す原発性肺癌と考えられた．症例2は70歳代男性，前立腺癌に対して内分泌療法を施行中に左下葉の充実性結節を指摘され，肺癌cStageⅡBの診断で左肺下葉切除を施行した．病理検体では一部腺癌組織含む絨毛癌様分化を示す原発性肺癌の診断となった．術後4ヶ月で再発しCBDCA + nab-PTX療法を施行したが，新規脳転移と胸髄転移を認めた．血清hCG高値であった．絨毛癌様分化を示す原発性肺癌は稀な病態である．急速な経過をたどり予後不良な疾患であり，早期診断と厳重な経過観察が重要と考えられる．

C-16

嚥下造影検査で診断した胃切除後嚥下性肺炎の１症例

[1]名古屋市立大学　医学部附属　東部医療センター　呼吸器内科
[2]同　リハビリ技術科

○川口　裕子[1]、小林　玄弥[1]、藤田　浩平[1]、
鈴木　悠斗[1]、荒川　総介[1]、横山　　智[2]、
藤井　裕也[2]

症例は80歳の男性．肺炎を頻回に発症し入退院を繰り返していた．20年以上前に胃癌による胃全摘を実施されており，胃切除後嚥下性肺炎が疑われた．嚥下造影検査（VF）では臥位で摂取物の逆流が認められた．嚥下内視鏡検査（VE）では咽喉頭の残留物の喉頭侵入を認めた．VF，VEの所見から逆流物の誤嚥を生じる可能性が考えられ，胃切除後嚥下性肺炎と診断した．その結果に基づいてリハビリテーションや生活上の注意点などの指導を行った．嚥下性肺炎の治療は抗菌薬などの薬物治療だけでなく，リハビリテーション，栄養指導などの介入も必要であり，コメディカルとの協力が重要であった．文献から若干の考察を加える．

C-17

大量喀血を契機に診断されたListeria monocytogenesによる感染性胸部大動脈瘤の１例

[1]豊田厚生病院　呼吸器内科
[2]同　心臓血管外科
[3]同　呼吸器外科

○久　　和泉[1]、村上　　靖[1]、鈴木　日向[1]、
伊東　幸祐[1]、糸魚川英之[1]、中原　義夫[1]、
野田　美香[2]、荒木　義盛[2]、伊藤　俊成[3]、
岡坂　敏樹[3]

80歳男性。X年７月、大量喀血後の意識障害を主訴に救急搬送された。CTで胸部下行大動脈に壁の肥厚や造影効果を伴う長径74mmの嚢状動脈瘤を認め、左肺主体にびまん性の浸潤影が拡大していた。感染性大動脈瘤破裂、大動脈気管支瘻が疑われたため、第21病日に手術を施行した。術中所見で大動脈瘤は左肺下葉と一体化し、肺内への穿破が疑われた。瘤切除・人工血管置換および左下葉切除を施行し、瘤内容物の培養でListeria monocytogenesを検出した。病理では大動脈壁の好中球性炎症や肺内血腫を認めた。周術期は抗菌薬を継続し、致命的合併症なく第63病日に退院となったが、X+１年１月に再喀血をきたし死亡された。Listeria monocytogenesによる感染性大動脈瘤が原因の大量喀血は稀である。喀血診療では肺疾患のみならず、胸部大動脈病変の肺内穿破も鑑別に挙げ、迅速な対応が必要と考えられる。

C-18

Group A Streptococcus肺炎から急速に劇症型溶血性レンサ球菌感染症へ進展した１例

静岡市立静岡病院　呼吸器内科

○臼井　鉄郎、宮本　凌太、鈴木　　僚、志村　暢泰、
中川栄実子、増田　寿寛、渡辺　綾乃、佐野　武尚、
藤井　雅人

68歳男性。５日前からの発熱、湿性咳嗽、食欲不振を主訴に救急搬送された。来院時SpO２ 92%（酸素８L/分）、胸部CTで左肺を主体とする大葉性肺炎を認め、人工呼吸管理下に重症細菌性肺炎として治療を開始した。数時間後には血圧低下に加え肝・腎障害、凝固異常が急速に進行した。喀痰、血液培養、咽頭検体からGroup A Streptococcus（GAS）が検出され、肺炎を感染巣とする劇症型溶血性レンサ球菌感染症（STSS）と診断した。集学的治療により循環動態は改善し、第７病日に人工呼吸器を離脱した。その後、同菌による膿胸を発症しドレナージおよび外科的治療を要したが救命し得た。

C-19

尿中抗原陰性で核酸検査により診断したレジオネラ肺炎の２例

磐田市立総合病院

○村山　賢太、原田　雅教、渡邉梨紗子、佐藤　大樹、
白鳥晃太郎、柴田　立雨、村上有里奈、青島洋一郎、
西本　幸司、松島紗代実、佐竹　康臣、妹川　史朗

【症例１】76歳男性。発熱、咳嗽で受診し、CTで左舌区に浸潤影を認めた。レジオネラ尿中抗原は陰性であったが、レジオネラ肺炎予測スコア４点であり、BioFire FilmArray 肺炎パネルでLegionella pneumophilaが陽性となり診断した。【症例２】59歳男性。発熱、背部痛で受診し、左下葉に浸潤影を認めた。尿中抗原は陰性でレジオネラ肺炎予測スコアは３点であった。スルバクタム/アンピシリンによる抗菌薬治療に反応せず、高熱が持続し、肝障害、ＣＫ上昇、低Ｎａ血症、幻視を認め、同スコアは５点となった。レジオネラ肺炎を疑いアジスロマイシンを開始し、喀痰レジオネラ核酸同定検査で陽性となり診断した。尿中抗原が陰性であっても、レジオネラ肺炎予測スコアを含む臨床経過から経時的に再評価し、疑わしい場合には呼吸器検体を用いた核酸検査などの追加を検討することが重要である。

C-20

高病原性肺炎桿菌による肺化膿症加療後，同一菌による肺炎を来した一例

市立四日市病院　呼吸器内科

○五軒矢　桜、久野　泰雅、米田　一樹、井上　正英、
宮崎　晋一、山下　　良

【症例】神経性やせ症で他院通院中の41歳女性．来院２年前，高病原性肺炎桿菌による肺化膿症の加療歴がある．難治性のため経皮的な膿瘍ドレナージを要し，肺瘻のため内視鏡的気管支充填術を追加した．来院数日前より湿性咳嗽が出現し，当院救急外来を受診した．SOFAスコア（平均動脈圧54mmHg，クレアチニン値2.5mg/dl）３点から敗血症，胸部画像所見から市中肺炎（BUN≧20mg/dl，収縮期血圧≦90mmHg，A-DROP ２点）の診断に至った．タゾバクタム・ピペラシリン，レボフロキサシン投与により軽快し，第17病日外来管理となった．喀痰・血液培養からString test陽性の肺炎桿菌を検出し，遺伝子解析で２年前の喀痰・血液培養分離株と同一菌株と判明した．【考察】神経性やせ症の若年女性に，同一菌株である高病原性肺炎桿菌が，約２年を隔て肺化膿症，肺炎を来した．再発の機序として上気道に保菌した肺炎桿菌の誤嚥，または同菌の気管支充填物の生着が考慮された．

C-21

診断に難渋した Nocardia beijingensis 感染による肺膿瘍の一例

[1]藤田医科大学病院　医学部　呼吸器内科学
[2]藤田医科大学　医学部　微生物学講座・感染症科

○西田　奎登[1]、重康　善子[1]、渡邊　俊和[1]、
辻村　充誉[2]、堀口　智也[1]、後藤　康洋[1]、
今泉　和良[1]、磯谷　澄都[1]、近藤　征史[1]、
橋本　直純[1]

症例は74歳，男性，常染色体優性多発性嚢胞腎及び２型糖尿病による慢性腎臓病のため血液透析中であった．X-２ 年頃より右S６に空洞を伴う肺炎を繰り返しており，気管支鏡検査及びCTガイド下針生検を複数回施行したが，有意所見は得られなかった．X年５月の胸部CTでair bronchogramを伴う右下葉浸潤影および右肺底部にlow-density area（LDA）の出現を認めた．右肺底部LDAに対してCTガイド下針生検およびドレナージを施行したところ，生検組織では菌体を認めなかったが，ドレナージ排液の培養からNocardia beijingensisが同定され，肺膿瘍と診断した．血液透析に配慮した用量調節のもとトリメトプリム・スルファメトキサゾールおよびイミペネム・シラスタチンによる治療を開始し，陰影の著明な改善を得た．反復する空洞性肺病変では，組織生検で陰性が続く場合でもノカルジア症を念頭に置き，膿瘍内容液など適切な検体を採取し，十分な培養期間を確保することが重要である．

C-22

EWSによる気管支充填術が奏効した肺ノカルジア症に伴う気管支胸膜瘻の一例

藤田医科大学　医学部　呼吸器内科

○桐生　七海、堀口　智也、廣地真理子、外山　陽子、
長谷川　新、後藤　康洋、今泉　和良、橋本　直純

40歳代男性。クローン病、IgA血管炎を基礎疾患に有し、維持透析中で、免疫抑制薬およびステロイドを内服していた。発熱、呼吸困難を認め、胸部CTで右下葉の空洞性病変と右胸水を認め胸腔ドレナージを施行した。血液培養、胸水培養のいずれからもNocardia farcinicaが検出され、ノカルジア膿胸・菌血症と診断し、ST合剤＋IPM/CSによる治療を開始。炎症反応は改善し、胸水排液量も減少したため胸腔ドレーンを抜去したところ、広範な皮下気腫が急速に出現した。CTを再検すると、右下葉に明らかな気管支胸膜瘻を認め瘻孔から胸腔内へ流入した空気が、ドレーン抜去部を介して皮下へ漏出したと考えられた。責任気管支と考えられた右B６、B９に対しEWSを用いた気管支充填術を施行したところ、皮下気腫は著明に改善し、外来治療へ移行した。組織破壊により生じた大きな気管支胸膜瘻の閉鎖にもEWSは極めて有効であった。

C-23

脳膿瘍を合併した肺ノカルジア症の一例

公立陶生病院　呼吸器・アレルギー疾患内科

○當銘　　響、武原　　陸、尾崎　由佳、箕浦　健悟、
水谷　文香、柏井　康彦、平光　花保、西科　雄太、
長江　典彦、萩本　　聡、寺町　　涼、富貴原　淳、
笹野　　元、横山　俊樹、片岡　健介、木村　智樹

症例は72歳男性．X年に両側肺炎のため入院．一般的な抗菌療法に対する反応が乏しかったため，気管支肺胞洗浄を施行したところノカルジアの検出が確認された．広域抗菌薬に変更後に肺炎は改善したため，当時はノカルジアの関与は乏しいと考え，その後は肺陰影の経過観察を行った．X+３年に肺陰影の増悪を認めたため，気管支鏡検査を施行したところ気管吸引液より再度ノカルジアの検出を確認し，肺ノカルジア症と診断した．さらに頭部MRIでは多発脳膿瘍を認め，肺病変からの中枢神経系への播種が疑われた．ST合剤を中心とした抗菌療法を約１年間行ったところ，臨床症状および画像所見は改善した．ノカルジア症は免疫不全患者を中心に発症し，肺を主要な感染部位とする一方，血行性に中枢神経系へ播種し脳膿瘍を形成することがある．脳膿瘍を合併した肺ノカルジア症に関して，文献学的考察を交えて報告する．

C-24

免疫正常者に発症した水痘肺炎の症例検討

磐田市立総合病院

○渡邉梨沙子、原田　雅教、佐藤　大樹、村山　賢太、
白鳥晃太郎、柴田　立雨、村上有里奈、青島洋一郎、
西本　幸司、松島紗代実、佐竹　康臣、妹川　史朗

成人水痘は稀であるが、免疫正常者にも発症し肺炎合併により診断の遅れが時に致死的となる。【症例１】30歳男性、発熱と皮疹を主訴に受診。同居の息子が水痘であった。水疱部位の水痘帯状疱疹ウイルス（VZV）抗原が陽性となり確定診断となった。肺炎も合併していたがアシクロビル（ACV）の点滴と抗菌薬で改善した。【症例２】23歳女性、全身の掻痒感と発熱で受診、皮膚科で水疱部位のVZV抗原陽性から成人水痘の診断となった。肺炎も伴っていたが、ACVの点滴により軽快した。【症例３】32歳男性、近医で皮疹の改善がなく紹介となった。水疱部位のVZV抗原が陽性であり、CTで広範な多発浸潤影を伴い、水痘肺炎の診断となった。ACVの点滴で改善した。３例とも免疫不全のない若年成人に発症しており、早期診断と治療介入により改善が得られた。若年成人に発症する水痘肺炎の報告も散見され、肺炎の原因として水痘も留意することが重要である。