第 188 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会関東支部学会
第 266 回日本呼吸器学会関東地方会　合同学会
プログラム・抄録集

会　　長 森本　耕三（公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター）

日　　時 2025 年 9 月 13 日（土）

開催方式 現地開催　※ライブ配信は無し

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

参 加 費 1,000 円
【無料】医学生（大学院生除く）・初期研修医
日本結核・非結核性抗酸菌症学会エキスパート会員

交通案内図

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

■交通アクセス

電 車

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

◆参加受付

1. 本会は、現地会場（秋葉原コンベンションホール）で開催いたします。ライブ配信（オンライン）はございません。
   ご参加には本会ホームページ（https://www.kekkaku.gr.jp/ntm/no188/）からオンライン参加登録が必要です。参加登録および参加費のお支払いが完了した方に、支払完了メールをお送りいたします。
   ＜参加登録期間＞9 月 13 日（土）17 時 30 分まで
   当日、現地会場で参加受付も可能ですが、オンラインでの参加登録を推奨いたします。
   ＜参加受付時間＞9 月 13 日（土）9 時 30 分から 17 時 30 分まで
   演題の発表は、現地会場のみとなります（リモートでの発表はありません）。
   演題発表を行う方も、オンライン参加登録を必ず行ってください。
2. 参加費　1,000 円
   ただし、医学生（大学院生除く）と初期研修医は無料です。
   オンライン参加登録時に、医学生・初期研修医を証明できる書類（証明書、ネームプレートなど）をスキャンまたは撮影したデータ（JPEG・PDF など）のアップロードが必要となります。
   日本結核・非結核性抗酸菌症学会エキスパート会員も無料です。
   領収証は、参加費の決済が完了した後、オンライン参加登録ページからダウンロード（保存・印刷）してください。
3. 参加証明書
   現地会場でお渡しいたします（日本呼吸器学会員、日本結核・非結核性抗酸菌症学会員、非会員共通）。
4. 参加される方へ
   参加受付にてネームカード（兼参加証明書）をお渡ししますので、所属・氏名をご記入のうえ、会場内では必ずご着用ください。なお、ネームカード（兼参加証明書）の再発行はいたしませんのでご注意ください。また、日本呼吸器学会員で、オンライン参加登録を完了されている場合は、会員カードの提示は不要です。
5. 参加で取得できる単位
   ・日本結核・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）
   ・日本呼吸器学会　呼吸器専門医　5 単位（筆頭演者　3 単位）
   ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会　呼吸ケア指導士　7 単位（筆頭演者　7 単位）
   ・3 学会合同呼吸療法認定士　20 単位
   ・ICD 制度協議会　5 単位（筆頭演者　2 単位）
6. 参加にあたっての注意事項
   ・抄録ならびにスライド・画像・動画等に関して、ビデオ撮影・録音・写真撮影（スクリーンショットを含む）は禁止いたします。
   ・参加登録後の取り消しは、お受けいたしかねます。お支払いされた参加費は理由の如何に関わらず返金いたしません。また、二重登録にご注意ください。

◆座長、演者の先生方へ

1. 座長紹介のアナウンスを行いますので、その後、セッションを開始してください。
2. 演者の紹介は所属と氏名のみとし、演題名は省略してください。
3. 発表 5 分、質問 2 分です。時間厳守でお願いいたします。

◆利益相反（COI）申告のお願い

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

◆ PC発表についてのご案内

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

◆医学生・初期研修医セッション　表彰式

9月13日（土）18時01分〜18時15分　第1会場
医学生・初期研修医セッションの演題を対象に、優秀者を表彰いたします。
演者および指導医の方は、表彰式にご出席ください。
採点結果は後日、日本呼吸器学会ホームページにて発表いたします。
なお、優秀者は第66回日本呼吸器学会学術講演会企画「ことはじめ甲子園」でもご発表いただく予定です。詳細は、本会ホームページ（https://www.jrs.or.jp/meeting/branch/）をご確認ください。

◆その他注意事項

1. プログラム・抄録集は、本会ホームページ（https://www.kekkaku.gr.jp/ntm/no188/）で閲覧（ダウンロード・印刷）が可能です（現地会場での配付はありません）。
2. 現地会場での掲示・印刷物の配布・ビデオ撮影等は、会長の許可が無い場合ご遠慮ください。
3. 発言は全て座長の指示に従い、必ず所属・氏名を述べてから簡潔に発言してください。
4. 会場内の呼び出しは、緊急でやむを得ない場合以外行いません。
5. 責任者は本会の会員に限ります。ただし、筆頭著者・共著者は非会員でも可とします。

◆発表演題等に関する個人情報の取り扱いについて

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

◆プログラム・抄録集の会員への事前発送について

関東地方会の抄録集については、2021 年度開催の地方会より事前発送を控えさせていただくこととなりました。恐れ入りますが、本会ホームページ（https://www.kekkaku.gr.jp/ntm/no188/）より PDF データにてご取得をお願い申し上げます。

第188回日本結核・非結核性抗酸菌症学会関東支部学会
第266回日本呼吸器学会関東地方会　合同学会　日程表

	第1会場	第2会場
10:00	開会式 10:00～10:05	
	セッションⅠ 10:05～10:47 TB、慢性感染症 1～6 座長：卜部　尚久	**セッションⅤ** 10:05～10:47 がん 25～30 座長：小林　研一
11:00	**教育セミナーⅠ** 10:55～11:55 慢性炎症性気道疾患の病態と治療展望 ―喘息・COPD・気管支拡張症を含めて― 演者：髙橋浩一郎 座長：森本　耕三 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社医薬開発本部	**教育セミナーⅡ** 10:55～11:55 Passage to Cure ～EGFR遺伝子変異陽性Ⅲ期非小細胞肺癌治療の革新～ 演者：加藤　晃史 座長：副島　研造 共催：アストラゼネカ株式会社
12:00	**ランチョンセミナーⅠ** 12:05～13:05 COPDとアスペルギルス症 演者：鈴木　純子 座長：尾形　英雄 共催：旭化成ファーマ株式会社	**ランチョンセミナーⅡ** 12:05～13:05 肺非結核性抗酸菌症の新展開： マイクロバイオームから読み解く病態と治療 演者：八木　一馬 座長：森本　耕三 共催：インスメッド合同会社
13:00	**医学生・初期研修医セッションⅠ** 13:10～13:52 感染症 研1～研6 座長：武田　啓太	**医学生・初期研修医セッションⅢ** 13:10～13:52 IP、肺癌 研12～研17 座長：高田　佐織
14:00	**医学生・初期研修医セッションⅡ** 13:57～14:32 肺循環、アレルギー 研7～研11 座長：岡安　　香	**医学生・初期研修医セッションⅣ** 13:57～14:32 肺癌 研18～研22 座長：大熊　裕介
15:00	**教育セミナーⅢ** 14:40～15:40 進化する呼吸器診療と医療連携の新しいかたち 座長：出雲　雄大 間質性肺炎の最近の話題～診療科連携の重要性～ 演者：宮本　　篤 呼吸器感染症の最新トピックスと多職種連携の重要性 演者：中島　　啓 共催：インスメッド合同会社	**若手向け教育セッション** 14:40～15:40 肺癌診療の過去・現在・未来 －いま我々には何が求められているのか－ 演者：中原　善朗 座長：櫻井　隆之
16:00	**セッションⅡ** 15:45～16:27 がん 7～12 座長：四方田真紀子	**セッションⅥ** 15:45～16:27 希少疾患 31～36 座長：下田　真史
17:00	**セッションⅢ** 16:32～17:14 びまん性肺疾患 13～18 座長：田中　　徹	**セッションⅦ** 16:32～17:14 肺炎 37～42 座長：永井　達也
18:00	**セッションⅣ** 17:19～18:01 NTM、慢性感染 19～24 座長：藤原　啓司	**セッションⅧ** 17:19～18:01 がん 43～48 座長：武内　　進
	表彰式・閉会式 18:01～18:15	

第１会場

セッションⅠ　TB、慢性感染症　10：05〜10：47

座長　卜部尚久（東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科学分野（大森））

1.　抗合成酵素抗体症候群に対するステロイドと MMF による治療中に発症した CMV 腸炎穿孔の一例

日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野[1]、
日本医科大学大学院医学研究科解析人体病理学[2]、日本医科大学付属病院病理部[3]

○木内慧子（きうち　さとこ）[1]、田中　徹[1]、芳賀三四郎[1]、鏑木翔太[1]、比嘉克行[1]、谷内七三子[1]、
田中庸介[1]、神尾孝一郎[1]、功刀しのぶ[2]、寺崎泰弘[2,3]、笠原寿郎[1]、清家正博[1]

症例は79歳男性。抗合成酵素抗体陽性の間質性肺炎に対し、ステロイドとミコフェノール酸モフェチル（MMF）による治療中に発熱を呈し受診。S 状結腸穿孔および急性汎発性腹膜炎と診断され、緊急手術を施行。切除検体よりサイトメガロウイルス（CMV）腸炎による潰瘍と診断。MMF は本邦でも適応が拡大されており、ステロイド併用下での CMV 再活性化リスク上昇の可能性について文献的考察を加え報告する。

2.　腹腔穿刺により診断がついた結核性多漿膜炎の一例

国立病院機構茨城東病院呼吸器内科

○三角明里（みすみ　あかり）、齋藤武文、大石修司、金澤　潤、林原賢治、兵頭健太郎、
荒井直樹、野中　水、久保田翔太、手島　修、名和日向子、平　晃誠、
石井幸雄

96 歳女性。倦怠感と湿性咳嗽を主訴に近医受診し抗菌薬を処方されたが改善せず、両側胸水を指摘され当院紹介受診した。CT で胸水と腹水を認め、細菌性肺炎およびうっ血性心不全して加療するも改善に乏しく、腹腔・胸腔穿刺を施行した。腹水の核酸増幅法で結核菌陽性となり、結核性多漿膜炎と診断した。抗結核薬開始後、腹水をはじめとした臨床所見は改善した。腹水から結核菌を証明し得た結核性多漿膜炎の一例を報告する。

3.　抗結核薬定期内服に対する理解が得られず治療継続が困難であった多剤耐性結核の一例

国保直営総合病院君津中央病院呼吸器内科

○小谷友子（こたに　ともこ）、鈴木健一、漆原崇司

75 歳男性。肺結核と診断され標準治療を受けたが、指示に従わず内服内容の自己調整を繰り返した。治療終了後に多剤耐性結核となったが新規薬剤を含む再治療でも自己調整が続き、抗結核薬は継続困難と判断された。病状理解が困難な結核患者では、治療中止も含めやむを得ない場合があるため、慎重な判断が必要である。

4. INH および TH 耐性肺結核治療中に妊娠し薬剤調整に難渋した外国出生結核患者の一例

東京都保健医療局多摩府中保健所[1]、豊島区健康部[2]、
国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター呼吸器内科[3]、
地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立墨東病院産婦人科[4]、江戸川区健康部[5]、
公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器内科[6]

○関口（せきぐち）　郁（かおる）[1]、佐藤桃香[2]、橋本理生[3]、江　沙音[4]、渡部　忍[2]、兵頭博信[4]、
飯嶋智広[5]、尾形英雄[6]、寺西　新[2]

ミャンマー国籍 26 歳女性。喀痰塗抹陰性培養陽性肺結核に対する初回標準治療開始後、INH および TH 耐性が判明しリファマイシン系抗菌薬は副作用で使用できず、薬剤調整中であった。通院自己中断もあり多施設連携で支援中、妊娠が判明した。EB/PZA/CS での 3 剤治療で規則的な内服となり経胎盤感染は起こさなかった。先天性結核は稀な病態であるが、INH および TH 耐性肺結核合併妊娠の報告は少なく、文献および疫学的検討を交えて報告する。

5. 結核病床をもたない救急指定医療機関における脊椎結核～高齢患者と若年患者の臨床像の違い～

川崎市立川崎病院感染症内科[1]、川崎市立川崎病院呼吸器内科[2]、川崎市立川崎病院整形外科[3]

○細田智弘（ほそだ ともひろ）[1]、大塚健悟[2]、坂本光男[1]、西村空也[3]

2009 年から 2025 年に脊椎結核と診断された 11 例を対象とした。年齢中央値は 56 歳、女性が 8 例、外国出生者が 3 例であった。65 歳以上の 4 例は全例が肺結核を合併し、2 例は喀痰抗酸菌塗抹検査が陽性であった。65 歳未満の 7 例は 2 例が喀痰抗酸菌塗抹検査陽性の肺結核を合併していた。高齢者の脊椎結核は肺結核を合併することが多く、脊椎病変からの検体採取が困難な場合には、喀痰や胃液の採取によって結核を診断できる可能性がある。

6. Paradoxical reaction により治療経過中に増悪をきたした結核性髄膜炎の 1 例

結核予防会複十字病院呼吸器内科[1]、防衛医科大学校病院呼吸器内科[2]

○竹内哲郎（たけうちてつろう）[1,2]、児玉達哉[1]、奥村昌夫[1]、森本耕三[1]、長尾香織[1]、大澤武司[1]、
田中良明[1]、尾形英雄[1]、工藤翔二[1]、吉山　崇[1]

ミャンマー国籍の 30 歳女性。粟粒結核、結核性髄膜炎、脳結核の診断となった。抗結核薬、ステロイドにより症状改善を認めた。治療開始 50 日目に右顔面神経麻痺、右外転神経麻痺を生じ、頭部造影 MRI にて脳結核種の増加、増大を認めた。再度腰椎穿刺を施行し、髄液結核菌 TRC 陰性、paradoxical reaction としてステロイドの増量を行った。文献的考察を含めて報告する。

教育セミナーⅠ　10：55～11：55

座長　森本耕三（公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター）

「慢性炎症性気道疾患の病態と治療展望―喘息・COPD・気管支拡張症を含めて―」

演者：髙橋浩一郎（佐賀大学医学部附属病院呼吸器内科）

重症喘息は、Type2 炎症が主な病態であり、Th2 細胞、ILC2 によって誘導される IL-4、IL-5、IL-13 などが関与し、好酸球の活性化、気道過敏性亢進、粘液分泌増加などを引き起こす。この結果、慢性炎症や気流閉塞が持続し、喘息が重症化する。好酸球数、呼気 NO、IgE などのバイオマーカーを用いて病態を評価し、生物学的製剤による個別化治療が可能となりつつある。

COPD の分子病態は主に好中球性炎症であり、IL-8 や TNF-α などが関与する。また、酸化ストレスの増強が気道上皮細胞や肺胞上皮細胞の障害、炎症性サイトカインの産生促進、プロテアーゼ活性の亢進を引き起こす。LAMA、LABA による気管支拡張薬に加え、Type2 炎症を伴う場合に ICS が併用される。さらに、喀痰分泌が多い慢性気管支炎型の COPD では、マクロライド少量投与が有用である。

気管支拡張症（BE）の病態には、好中球性炎症、病原微生物定着が関与し、感染と炎症の悪循環により気管支壁が傷害される。病因は多岐にわたり、感染後、免疫不全、膠原病（関節リウマチなど）、ABPM などが含まれる。重症喘息における BE 併存の頻度は、25～68％である。BE を合併した喘息では、増悪頻度が高く、喀痰から H. influenzae など細菌の検出頻度が高い。BE を対象とした EMBARC 研究において、COPD と BE は ROSE 診断基準（画像、閉塞性換気障害、症状、喫煙歴）に基づいた場合、12.7％であった。

本講演を通じて、慢性炎症性気道疾患への理解を深めていただきたい。

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社医薬開発本部

ランチョンセミナーⅠ　12：05～13：05

座長　尾形英雄（公益財団法人結核予防会複十字病院）

「COPD とアスペルギルス症」

演者：鈴木純子（国立病院機構東京病院呼吸器内科）

アスペルギルスはコロニー形成や感作、感染症としてのアスペルギルス症まで多様な疾患スペクトラムを示し、宿主免疫に応じて疾患の経過中に1つのアスペルギルス関連疾患から別の疾患へと移行することもある。COPD におけるアスペルギルスの各種病態が及ぼす影響として、アスペルギルスのコロニゼーションや感作は COPD の増悪や重症度に関連するほか、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症の発症の要因となり、また感染症としては免疫正常の COPD 患者において慢性だけでなく、海外では侵襲性肺アスペルギルス症として報告されている例も多く、COPD の死亡率をあげる原因になる。COPD 合併肺アスペルギルス症は難治性の重症肺炎として、抗生剤をエスカレーションしている間に急激に悪化する例もあるため、早期診断が救命の鍵となる。アスペルギルス抗体の保険収載が遅れたわが国では、これまで診断できなかった症例が多くあったと考えられ、本講演では特に、今後注意すべきと考えられる COPD 合併肺アスペルギルス症について当院での経験も踏まえ解説する。

共催：旭化成ファーマ株式会社

医学生・初期研修医セッションⅠ　感染症　13：10〜13：52

座長　武田啓太（国立病院機構東京病院呼吸器センター呼吸器内科）

研 1.　Bacillus subtilis 菌血症による敗血症性肺塞栓の 1 例

NTT 東日本関東病院

○丸谷樹広（まるたにたつひろ）、櫻井円香、酒谷俊雄、原田真希、渡邉かおる、小原さやか、野口智史、臼井一裕

既往のない 34 歳男性が発熱・胸痛・血痰を主訴に入院した。胸部 CT で胸膜直下に楔状・結節状の consolidation を認め、血液培養で Bacillus subtilis が検出された。同菌による敗血症性肺塞栓と診断し、ABPC/SBT 投与で軽快した。患者は納豆を常食しており、菌は納豆菌と考えられた。既往や併存疾患のない患者で本菌による菌血症の報告は少なく、敗血症性肺塞栓をきたした報告はない。微生物学的分析を交え考察とともに報告する。

研 2.　治療に難渋した甲状腺機能亢進症を伴う心肺疾患合併肺動脈性肺高血圧症の 1 例

国際医療福祉大学成田病院呼吸器内科[1]、国際医療福祉大学成田病院循環器内科[2]

○アリウンボルドノミントール（ありうんぼるどのみんとーる）[1]、岡谷　匡[1]、杉村宏一郎[2]、小林優香理[1]、川村倫生[1]、木内　達[1]、眞田喬行[1]、多田裕司[1]、黨　康夫[1]、河村朗夫[2]、坂尾誠一郎[1]

【症例】70 代女性。【病歴】肺高血圧症（PH）疑いで当院を受診。肺気腫と心房細動、甲状腺機能亢進症の所見に加え、右心カテーテル検査で PH の結果を得た。臨床的に心肺疾患合併肺動脈性 PH（PAH）と診断し、肺血管拡張薬の投与を開始。治療後、心不全による入院を要したが、肺血行動態は改善を認めた。【考察】近年、心肺合併 PAH の存在が注目されるが、甲状腺機能亢進症も合併した本例は示唆に富むと考えて報告する。

研 3.　診断に難渋した膀胱内 BCG 注入療法後の granuloma pneumonitis の一例

がん・感染症センター都立駒込病院総合診療科[1]、がん・感染症センター都立駒込病院呼吸器内科[2]、がん・感染症センター都立駒込病院病理科[3]

○張（ちゃん）　新一（しんいち）[1]、四方田真紀子[1,2]、滝澤あゆみ[1,2]、比島恒和[3]、久保田尚子[1,2]

BCG 膀胱内注入療法は非筋層浸潤膀胱癌に対する標準治療であるが、稀に播種性 BCG 感染を引き起こす。症例は 73 歳男性。BCG 膀胱内注入療法後に胸部 CT でびまん性小粒状影、肺・肝生検では非乾酪性類上皮肉芽腫を認めた。播種性 BCG 感染を考慮して開始した抗結核薬は薬疹により中断となった。治療中断後も臨床症状および画像所見はさらに改善した。BCG 膀胱内注入療法後の合併症は、多角的な評価に基づく診断と治療が重要である。

研 4.　腎生検により診断に至った薬剤性間質性腎炎合併腎結核の一例

国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター呼吸器内科[1]、
国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター腎臓内科[2]

○青山龍平[1]、波多野裕斗[1]、丸山詩音[1]、江里口直人[2]、菊池達也[2]、片山由梨[2]、
平川　良[1]、辻本佳恵[1]、片桐大輔[2]、草場勇作[1]、石田あかね[1]、橋本理生[1]、
鈴木　学[1]、高崎　仁[1]、西村直樹[1]、軒原　浩[1]、泉　信有[1]、高野秀樹[2]、
放生雅章[1]

症例はミャンマー人 24 歳男性。粟粒結核に対して RFP、INH、EB、PZA、LVFX での治療を継続していたが、治療経過中に緩徐に腎機能障害が進行した。潜在的な腎結核病変の初期悪化や薬剤性腎障害を鑑別に挙げ、RFP を中止したが改善が得られなかった。病因精査のために腎生検を実施したところ、腎結核を背景とした薬剤性急性間質性腎炎の病理診断となった。結核の治療経過中に腎生検を行う事例は稀であり、貴重な症例として報告する。

研 5.　外科的切除で診断した *Mycobacterium malmoense* の 1 例

南長野医療センター篠ノ井総合病院呼吸器内科[1]、南長野医療センター篠ノ井総合病院呼吸器外科[2]

○飯野泰成[1]、矢崎達也[1]、寺島慶太[1]、堀内俊道[1]、青木孝學[2]、藏井　誠[2]、
松尾明美[1]

症例は 50 歳女性。X 年 11 月に検診の胸部 X 線写真で異常を指摘され、胸部 CT で右肺尖部に空洞を伴う 15mm 大の結節影を認めた。3 月に胸腔鏡補助下右上葉部分切除術が施行され、病理組織で中心に核塵や好中球を伴う壊死巣と周囲に多核巨細胞を伴う類上皮細胞性肉芽腫を認めた。摘出標本から培養を行い、*Mycobacterium malmoense* が検出された。同菌はイギリスと北欧地域に偏り、日本での報告は少数であり、文献的考察を踏まえ、報告する。

研 6.　播種性 MAC 症を伴う AIDS 患者へ意思決定支援ツールを用いた Shared Decision Making を進め円滑に治療導入した 1 例

信州大学医学部内科学第一教室

○赤塚太一、木本昌伸、壬生和音、小松洸大、鈴木祐介、赤羽順平、
小松雅宙、曽根原圭、和田洋典、北口良晃、牛木淳人、花岡正幸

発熱の精査で、播種性 MAC 症および中枢神経系原発悪性リンパ腫を呈した AIDS と診断した。患者は告知後から抑うつ状態で、同居の母への告知には拒否的であった。我々は意思決定支援ツールを作成し、共有意思決定（Shared Decision Making）支援を行い、その結果母への告知と治療導入へ繋げることができた。複雑な病状の患者にとって、意思決定支援ツールは、Shared Decision Making の円滑なプロセスの形成や、患者参加型医療の実現に有用であった。

医学生・初期研修医セッションⅡ　肺循環、アレルギー　13：57～14：32

座長　岡安　香（横浜市立みなと赤十字病院呼吸器内科）

研 7.　抗てんかん薬の中断により再発した陰圧性肺胞出血の一例

武蔵野赤十字病院呼吸器内科

○東（ひがし）　章（あきら）、東　盛志、菅原麻莉、花輪俊弥、久保田夏史、加藤里奈、
花輪幸太郎、花田仁子、瀧　玲子

症例は 81 歳男性。過去に 2 回肺胞出血あり、病歴からてんかんによる陰圧性肺胞出血と診断し 1 年前に抗てんかん薬を導入した。しかし数ヶ月前に副作用のため内服を自己中断。就寝中に身体が強張っているところを妻が発見し救急要請。低酸素血症と CT で過去 2 回と同様の両肺すりガラス影を認め、気管支肺胞洗浄で肺胞出血と診断した。てんかん発作に肺胞出血が合併することは比較的稀であるが再発を繰り返すこともあり注意を要する。

研 8.　長期臨床的寛解を達成した重症喘息における中枢および末梢気道病変の画像変化に関する考察

横浜市立大学大学院医学研究科呼吸器病学[1]、京都大学大学院医学研究科・医学部呼吸器内科学[2]

○松浦亮太（まつうらりょうた）[1]、原　悠[1]、田辺直也[2]、室橋光太[1]、松下真也[1]、長岡悟史[1]、
林　優介[2]、小林信明[1]、平井豊博[2]、金子　猛[1]

70 歳代、非喫煙男性。好酸球性副鼻腔炎合併重症喘息として dupilumab を使用、4 年間臨床的寛解（ACT23 以上、定期ステロイド内服と増悪なし）を維持した。CT にて中枢気道粘液栓スコアは 17 から 6 と減少、気道樹欠損部位の描出は改善した。しかし、一秒率低値（50％以下）は残存し、air trapping index は 6.35 から 11.52、肺野フラクタル次元 D は 1.33 から 1.07 と悪化した。生物学的製剤の効果は、中枢と末梢気道以遠で乖離する可能性がある。

研 9.　血痰を契機に診断されたカテーテルアブレーション後の肺静脈狭窄症の 1 例

東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科[1]、池上総合病院呼吸器内科[2]、
東邦大学医療センター大森病院病理診断科[3]、東邦大学医療センター大森病院循環器内科[4]

○潘（はん）　家琳（かりん）[1]、時田　望[1]、関谷宗之[1]、吉澤孝浩[1]、臼井優介[1]、清水宏繁[1]、
三好嗣臣[1]、卜部尚久[1]、一色琢磨[1]、坂本　晋[1]、本橋　巧[2]、仲村泰彦[2]、
外井都貴[3]、藤野紀之[4]、栃木直文[3]、岸　一馬[1]

61 歳男性。血痰を主訴に前医受診、胸部 CT で左下葉に限局するすりガラス影を伴う浸潤影を認め、細菌性もしくは器質化肺炎を疑い、抗菌薬やステロイド治療を行うも改善ないため当院紹介。気管支鏡検査で左下葉支粘膜の発赤と腫脹、細血管の怒張を認め、生検では悪性所見を認めなかった。心房細動に対するカテーテルアブレーション治療歴と造影 CT で左下葉静脈に高度狭窄を認め、アブレーション後に併発した肺静脈狭窄症と診断した。

研 10. 肺胞出血を契機に発見されたアブレーション後肺静脈狭窄の一例

けいゆう病院呼吸器内科[1]、けいゆう病院循環器内科[2]

○山崎晧平[1]（やまざきこうへい）、橋口水葉[1]、谷野舞花[1]、米田涼之[1]、浅岡雅人[1]、扇野泰行[2]、
藤田浩文[1]、加行淳子[1]

59 歳男性。心房細動アブレーション 8 か月後に肺炎疑いで入院した。抗菌薬無効のため気管支鏡検査を実施、肺胞出血と診断した。不可逆的な肺実質の構造変化はなく陰影は自然軽快したが、後に肺静脈狭窄が判明し原因と考えられた。肺静脈狭窄は稀な合併症で呼吸器症状を契機に発見されることもあり、循環器科との連携が診断に重要である。見落とされやすい病態として文献的考察を加えて報告する。

研 11. トレプロスチニル持続皮下注射の導入により手術可能となった重症肺高血圧合併子宮体癌の 1 例

千葉大学医学部[1]、千葉大学医学部附属病院呼吸器内科[2]、千葉大学医学部附属病院婦人科[3]

○松永陽華[1]（まつなが はるか）、緑川遥介[2]、笠井　大[2]、杉浦寿彦[2]、羽生裕二[3]、藤本一志[2]、
山本慶子[2]、内藤　亮[2]、重田文子[2]、甲賀かをり[3]、鈴木拓児[2]

49 歳女性。肺動脈性肺高血圧に対する加療中に、子宮体癌で当院に紹介された。肺動脈圧 59/28（40）mmHg、肺血管抵抗 7.9WU と重症肺高血圧であり、トレプロスチニル持続皮下注射を導入し、4 ヶ月で 20μL/h に増量し、肺動脈圧および肺血管抵抗低下を得た。子宮体癌根治術を施行し、術後 ICU 管理されたのち、退院となった。トレプロスチニルは内服に移行予定である。重症肺高血圧症でもトレプロスチニルにより全身麻酔手術は可能となりうる。

教育セミナーⅢ　14：40～15：40

「進化する呼吸器診療と医療連携の新しいかたち」

座長　出雲雄大（日本赤十字社医療センター呼吸器内科）

「間質性肺炎の最近の話題～診療科連携の重要性～」

演者：宮本　篤（虎の門病院呼吸器センター内科・間質性肺疾患包括治療センター）

特発性肺線維症を含む慢性線維化性間質性肺炎の標準治療は抗線維化薬であり、有意に予後を延長することが Registry などの前向き長期観察研究で示された。慢性線維化性間質性肺炎は慢性進行を示す症例において抗線維化薬の適応があり、慢性線維化性過敏性肺炎やリウマチ関連間質性肺炎などの主な治療薬であるステロイド・免疫抑制薬に加え考慮すべき選択肢として重要である。近年、Medical unmet needs や Treatable traits といった概念で、本疾患群が広く議論されるようになった。すなわち、III 群肺高血圧や肺癌、感染症などの合併症にも注意を払う必要がある。リウマチ関連間質性肺炎では膠原病自体の治療との連携が重要となる。治療可能な合併症、併存症を検索し適切な治療時期を見定めるといった観点から多診療科連携が重要である。患者さんの治療経過を通じて、今どのような治療戦略が求められているのか、に焦点を当ててお伝えする予定である。

「呼吸器感染症の最新トピックスと多職種連携の重要性」

演者：中島　啓（医療法人鉄蕉会亀田総合病院呼吸器内科）

新型コロナウイルス感染症のパンデミックを経て、呼吸器感染症診療は新たな局面を迎えている。ポストコロナ時代において、我々の視点は市中肺炎の治療戦略最適化といった普遍的課題から、より複雑な病態を示す難治性感染症まで、広範な領域に向ける必要がある。市中肺炎診療では、臨床所見と疫学情報に基づく起炎菌推定と、薬剤耐性（AMR）を考慮した抗菌薬の適正使用が依然として最重要課題である。その一方で、これまで治療選択肢の乏しかった病態にも新たな治療法が登場し、臨床上の注目が集まっている。例えば、気管支拡張症では新薬開発が進み、慢性肺アスペルギルス症においても治療選択肢は着実に増加している。特に、増加傾向にある肺非結核性抗酸菌症（NTM 症）領域では、吸入抗菌薬アリケイス®に代表される新規モダリティの登場により治療パラダイムは大きく変化し、より個別化された治療戦略が求められている。しかし、これらの診断と治療が高度化し、複雑化する疾患群に対し、その恩恵を患者へ最大限に還元するには、医師単独の努力では限界がある。特にアリケイスのような専門的手技と長期的管理を要する治療を効果的かつ安全に実践する上で、緊密な多職種連携は不可欠である。当院におけるアリケイス導入に関する多職種連携を基に、効果的な多職種連携の実際と、治療成功にもたらす意義について述べる。

共催：インスメッド合同会社

セッションⅡ　がん　15：45〜16：27

座長　四方田真紀子（東京都立駒込病院呼吸器内科）

7.　ROS1 陽性肺腺癌の治療中に生じた MTAP 欠損の一例

一般財団法人神奈川県警友会けいゆう病院

○谷野舞花（たにの　まいか）、橋口水葉、米田涼之、浅岡雅人、藤田浩文、加行淳子

48 歳女性。38 歳時に Stage IV の肺腺癌と診断され、43 歳時に CGP 検査で ROS1 陽性が判明し、分子標的薬治療を継続してきた。47 歳時に脳転移が増悪し、症状緩和目的で摘出を行った。摘出組織で再度 CGP 検査を実施したところ、ROS1 陽性に加え MTAP 欠損を認めた。原発巣では検出されなかった変異であり、治療抵抗性や腫瘍進展との関連が示唆される。極めて稀な経過をたどった症例として報告する。

8.　傍腫瘍神経症候群を発症した原発性肺癌の 3 例

千葉ろうさい病院

○矢藤優希（やとう　ゆうき）、弥富真理、高橋由希子、石井大介、磯松　慧、久保木佑香、
平賀陽之、小島一歩、易　安悧

傍腫瘍神経症候群は腫瘍が存在することを示唆する重要な症状であり、的確に診断、治療導入を行うことが重要である。原疾患の治療が最優先であるが、多くの場合は良好な結果が得られるわけではない。今回、2 例は小細胞肺癌、1 例は肺腺癌と組織型の異なる原発性肺癌が原因で傍腫瘍性神経症候群を発症し、化学療法による治療導入を行った 3 症例を提示する。化学療法導入により異なる転帰を辿り、治療導入時期の難しさを実感した。

9. 蕁麻疹の副作用に対してオシメルチニブ減量隔日による再投与を行った肺腺癌の一例

東京科学大学病院呼吸器内科

○御子柴颯季（みこしば　さつき）、伊藤　優、榊原里江、本多隆行、望月晶史、八巻春那、宮崎泰成

55 歳女性、EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌に対しオシメルチニブ 80mg/日を投与したが Grade3 の蕁麻疹が出現し中止した。抗ヒスタミン薬併用の上 1 段階減量の 40mg で再開したが、蕁麻疹が Grade2 で遷延し、ゲフィチニブへ変更した。PD 判定後の再生検で T790M 変異を認め、オシメルチニブ 40mg 隔日投与としたところ蕁麻疹は Grade1 でコントロールでき、継続投与可能となった。

10. 間質性肺炎に対して長期ステロイド及びタクロリムス内服中に急性経過で発症した肺腺癌胸膜播種の 1 例

医療法人鉄蕉会亀田総合病院呼吸器内科

○川舩早絵（かわふね　さえ）、伊藤博之、池田真輝、坂本光士郎、佐藤奈緒、川上博紀、佐藤勇気、山路創一郎、出光玲菜、猪島直樹、河合太樹、林　　潤、伊藤　光、窪田紀彦、山本成則、永井達也、舟木佳弘、大槻　歩、金子教宏、中島　啓

73 歳男性。間質性肺炎に対して 5 年前からステロイドとタクロリムスを内服中であった。定期受診時に前月の胸部 X 線では認めなかった胸水貯留があり、胸部 CT で新規腫瘤影・多発胸膜結節を認め、精査の結果、肺腺癌多発胸膜転移と診断した。タクロリムスは膠原病疾患や間質性肺炎で頻用される免疫抑制剤であるが、使用に伴う悪性腫瘍発生率増加の可能性が報告されている。肺癌発症との関係を文献的考察を交えて報告する。

11. 気管支鏡下生検後に器質化肺炎を発症した肺扁平上皮癌の一例

千葉西総合病院呼吸器内科

○小嶺将平（こみねしょうへい）、小林真純、岩瀬彰彦

症例：84 歳、男性。前立腺がんで経過観察中に胸部異常陰影で紹介。右中葉 S4 の結節影で気管支鏡下生検により角化型扁平上皮癌と診断された。検査後に腫瘍近傍に浸潤影が出現、陰影は移動性で左肺にも出現した。感染徴候はなく器質化肺炎が疑われた。SpO2 低下がありステロイド治療で改善傾向を示した。肺癌に器質化肺炎の合併はまれに報告されており、気管支鏡下生検が契機となり発症した興味深い症例と考えられた。

12. 悪性胸膜中皮腫の術後ニボルマブ・イピリムマブ併用療法中に irAE 器質化肺炎を発症した一例

千葉ろうさい病院呼吸器内科[1]、千葉ろうさい病院呼吸器外科[2]

○久保木佑香（くぼき　ゆうか）[1]、高橋由希子[1]、磯松　慧[1]、矢藤優希[1]、石井大介[1]、弥富真理[1]、太枝帆高[2]

症例は 69 歳男性。肺癌を疑い、左胸壁腫瘍に対して胸腔鏡下左胸壁腫瘍切除及び左上葉合併部分切除を施行した。病理結果から二相型胸膜中皮腫と診断し、ニボルマブとイピリムマブの併用療法を開始した。投与開始 2 ヶ月後に両肺に多発結節影が出現し胸膜中皮腫の肺転移も疑われたが、気管支鏡検査所見を含めた臨床経過から irAE による器質化肺炎と診断し、ステロイド治療が奏効した一例を報告する。

セッションⅢ　びまん性肺疾患　16：32〜17：14

座長　田中　徹（日本医科大学付属病院呼吸器内科）

13. 緩徐に臨床症状が増悪した抗 MDA5 抗体陽性間質性肺炎の 1 例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター内科診療部呼吸器内科

○手島（てしま）　修（しゅう）、齋藤武文、平　晃誠、名和日向子、久保田翔太、野中　水、
荒井直樹、兵頭健太郎、金澤　潤、大石修司、林原賢治、石井幸雄

症例は 65 歳女性。X 年 3 月中旬に発熱、咳嗽のため当院受診。CT で多発浸潤影を認め、器質化肺炎として加療。画像所見は改善傾向であったが、食思不振のため 4 月初旬に入院。間質性肺炎増悪と診断し、ステロイドパルス療法やタクロリムス内服での加療を実施。抗 MDA5 抗体が 3040index と高値であり、第 14 病日にシクロホスファミド投与を行なった。緩徐に臨床症状が増悪した抗 MDA5 抗体陽性間質性肺炎の 1 例を経験したため報告する。

14. 急性増悪をきたした術後片側性 PPFE の一例

神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科

○松浦啓吾（まつうら けいご）、関根朗雅、小畑有未、大利亮太、奥田　良、萩原恵里、小倉高志

50 代男性、X-18 年左下葉肺癌に対して左下葉切除術が施行された。X 年に発熱と呼吸困難が出現し当院を紹介初診。胸部 CT では、術後片側性 PPFE を示唆する左肺の容積低下や胸膜下優位の浸潤影に加えて、両側に淡いすりガラス影を新規で認めた。各種培養や自己抗体はいずれも陰性であり、ステロイドパルスとシクロホスファミドの投与で改善した。画像所見・臨床経過から術後片側性 PPFE の急性増悪と診断した。

15. 初期治療反応は良好だったが、再燃を繰り返し治療に難渋した抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎の 1 例

国立病院機構水戸医療センター呼吸器内科

○高橋優太（たかはし ゆうた）、太田恭子、藤田弘輝、山崎健斗、岡田悠太、山岸哲也、
沼田岳士、遠藤健夫

症例は 55 歳女性。X-7 年に抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎と診断。ステロイド、タクロリムスで軽快したが、X-3 年 8 月、X 年 1 月に再燃。ステロイドパルス療法やエンドキサンパルス療法、IVIG、血漿交換を行ったが効果不良であり、他院膠原病内科へ転院となった。抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎は治療反応がよく比較的予後良好とされているが、本症例では再燃をくり返し治療に難渋した。予後不良因子に関して文献的考察を含めて検討する。

16. IPAF の治療中に潰瘍性大腸炎を発症した一例

横浜市立みなと赤十字病院

○澤田（さわだ）　淳（あつし）、山田貴之、岩永翔子、登坂瑞穂、島村貴史、石川利寿、
惠島　将、岡安　香

50 歳男性。発熱、咳嗽、呼吸困難を主訴に受診。低酸素血症と胸部 CT でびまん性すりガラス影を認め、間質性肺炎の診断とした。RF 陽性から IPAF と診断し、ステロイドおよび AZA により治療を行った。9 ヶ月後に下痢症状が出現し、下部消化管内視鏡検査から潰瘍性大腸炎の診断となった。潰瘍性大腸炎は腸管外病変として間質性肺炎を合併することもあり、文献的考察を踏まえて報告する。

17. 急性肺血栓塞栓症を併発した抗セントロメア抗体陽性間質性肺炎の1剖検例

東京都立多摩南部地域病院[1]、東京都立多摩南部地域病院病理診断科[2]、杏林大学呼吸器内科[3]

○菅野直大[1,3]（すがの なおひろ）、本多紘二郎[1,3]、矢野光一[1]、大谷咲子[1]、秋元真穂[2]、小松明男[2]、皿谷　健[3]、石井晴之[3]

70代男性。労作時呼吸困難を主訴に来院。両側肺野のすりガラス影と胸水貯留を認め、間質性肺炎の急性増悪を疑い緊急入院となった。膠原病を示唆する身体所見はなかったが、抗セントロメア抗体陽性。ステロイドパルス療法に反応せず第9病日に死亡。剖検にて右心房から肺動脈に連続した血栓をみとめ急性肺血栓塞栓症の確定診断となった。間質性肺炎と肺血栓塞栓症との関連を文献学的考察を加え報告する。

18. 灯油吸入に伴うリポイド肺炎の一例

国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院呼吸器内科[1]、
国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院化学療法科[2]

○金子侑平[1]（かねこ ゆうへい）、石川氷介[1]、安井　渉[1]、梶江晋平[1]、山本　遼[1]、安田武洋[1]、富永慎一郎[1]、夏目一郎[1]、坂下博之[2]

25歳男性。職場で同僚が灯油をこぼし換気をしつつ片付けを手伝った。帰宅後から倦怠感・発熱が出現し、翌日咳嗽の悪化も伴い当院ERを受診した。両側びまん性すりガラス影および呼吸不全を認め同日入院とした。気管支洗浄液で泡沫状のマクロファージを認めリポイド肺炎と診断した。3日間のステロイドパルス療法で呼吸状態・すりガラス影の改善を得た。誤飲を伴わないリポイド肺炎は稀であり、文献的考察を交えて報告する。

セッションⅣ　NTM、慢性感染　17：19〜18：01

座長　藤原啓司（公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター/公益財団法人結核予防会結核研究所抗酸菌部）

19. REC/EB/CAM/AMKが奏功したMycobacterium shinjukuense肺感染症の1例

横浜市立みなと赤十字病院呼吸器内科

○石川利寿（いしかわとしひさ）、山田貴之、澤田　淳、岩永翔子、登坂瑞穂、島村貴史、恵島　将、岡安　香

症例は60代女性。X年1月に咳嗽、喀痰で近医受診、胸部X線で左中肺野浸潤影を認めMFLXで軽快するも再燃。CAMが無効で血痰あり同年9月に紹介。発熱や酸素化低下はないが炎症反応上昇と胸部CTで多発空洞影を認めた。喀痰抗酸菌塗沫・T-SPOTが陽性だが結核PCRは陰性。気管支洗浄液でMycobacterium shinjukuenseが培養陽性。RFP/EB/CAMにAMKを追加し症状の軽快と多発空洞影の縮小を認めた。稀な菌種であり文献的考察を加え報告する。

20. 肺 *M.Avium* 感染加療後数年を経て *M.Heckeshornense* 感染を生じ加療した一例

順天堂大学医学部呼吸器内科学講座[1]、国立病院機構東京病院呼吸器センター[2]

○吉松俊一郎[1]、早川乃介[1]、加藤元康[1]、四元佳奈子[1]、矢内　歩[1]、松田浩成[1]、
佐々木結花[2]、髙橋和久[1]

71 歳男性。2016 年に非結核性抗酸菌症（*M. avium*）と診断、CAM、RFP、EB で 2 年間治療された。2024 年 12 月の胸部 CT で陰影の増悪を認め、肺癌も疑われたため外科的切除術を施行した。術後切除検体より *M. heckeshornense* が培養で検出された。術後は肺瘻による感染を併発したが、2025 年 3 月より AZM、RFP、EB で治療を開始し、改善傾向を示している。稀な菌種であり報告する。

21. アミカシンリポソーム吸入懸濁液（ALIS）による薬剤性肺障害後に、吸入回数を減らし継続可能であった 1 例

東京臨海病院呼吸器内科[1]、日本医科大学大学院医学研究科呼吸器・腫瘍内科学分野[2]

○永野惇浩[1]、門間直大[1]、深井真璃[1]、矢嶋知佳[1]、山口朋禎[1]、臼杵二郎[1]、
清家正博[2]

77 歳女性。4 年前に気胸・多発結節影・空洞影を認め、喀痰から M.avium が同定された。RFP+EB+CAM で 3 年間治療し陰影は改善したが、喀痰塗抹・培養は陽性が持続しており ALIS を導入とした。1 か月後に、呼吸不全と新規多発結節影を認め、薬剤性肺障害と考え休薬し速やかに改善した。休薬 4 か月後に週 3 回吸入で再開し、呼吸不全なく継続でき菌量減少も認めた。ALIS は難治性 M.avium 治療に重要な薬剤であり、文献的考察を加えて報告する。

22. 吸入アミカシンによる薬剤性肺障害が疑われた肺移植患者の一例

東京大学医学部附属病院呼吸器内科[1]、東京大学医学部附属病院呼吸器外科[2]

○山口美保[1]、原田千佳[2]、伊藤謙太郎[2]、叢　　岳[2]、柳谷昌弘[2]、赤嶺貴紀[2]、
唐崎隆弘[2]、川島光明[2]、豊川剛二[2]、此枝千尋[2]、佐藤雅昭[2]、鹿毛秀宣[1]

X-9 年特発性肺動脈性肺高血圧症に対し脳死両肺移植、X-1 年 12 月 M.avium と M.abscessus 重複感染の加療開始し、外来で AMK 点滴継続。X 年 3 月腎機能増悪で吸入 AMK へ変更した。吸入 AMK 導入後 5 週で発熱・咳嗽・呼吸機能低下、CT で GGO が出現、肺炎として加療開始するも改善せず、薬剤性肺障害を疑い吸入 AMK を終了した。その後若干改善、ステロイド投与を追加し陰影や呼吸機能はさらに改善した。

23. 抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎の経過中に発症した肺クリプトコッカス症の一例

国立病院機構東京病院

○糸川勝博、眞野優斗、中村侑愛、前田将臣、佐藤賢吾、中野恵理、
島田昌裕、成本　治、鈴木純子、守尾嘉晃、松井弘稔

症例は 66 歳男性。X-1 年より抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎と診断され維持治療中、両側肺に浸潤影を認めた。クリプトコッカス抗原陽性であり、気管支鏡検査で肺クリプトコッカス症と診断。リポソーマルアムホテリシン B、フルシトシン併用療法により改善し、フルコナゾール維持療法へ移行した。免疫抑制療法中の間質性肺炎患者において、本感染症の診断と治療の重要性を示す症例であり、文献的考察を含めて報告する。

24. ARDSを呈し集中治療を要した成人重症マイコプラズマ肺炎の一例

日本医科大学武蔵小杉病院呼吸器内科[1]、日本医科大学大学院医学研究科呼吸器・腫瘍内科学分野[2]

○出井（いでい）　俊（しゅん）[1]、岡田尚子[1]、新分薫子[1]、佐藤純平[1]、西島伸彦[1]、松本　優[1]、
清家正博[2]、斎藤好信[1]

50歳男性、胸部CTで右下葉すりガラス影を認め、低酸素血症も呈し入院となった。マイコプラズマ抗原陰性であったが、非定型肺炎を疑いAZM、LVFX投与したが効果なく、集中治療管理下でMINO・TAZ/PIPC・ステロイドパルスを併用し改善した。第12病日の呼吸器病原体マルチPCRでMycoplasma pneumoniae陽性、ペア血清抗体価も上昇認めマイコプラズマ肺炎と診断した。成人重症例を経験したので文献的考察を含め報告する。

第２会場

セッションⅤ　がん　10：05〜10：47

座長　小林研一（東京医科大学病院呼吸器内科）

25. オシメルチニブ耐性後に導入したゲフィチニブが多発脳転移に対して奏功したEGFR陽性肺腺癌の１例

昭和医科大学横浜市北部病院呼吸器センター内科

○上野桃子（うえの　ももこ）、瀧島弘康、山田智明、春木陽菜、三成卓也、岸野壮真、
高野賢治、酒井翔吾、柿内佑介、松倉　聡

66歳女性。左上葉肺腺癌 c-TXN2M1b StageIVA（EGFR exon19欠失変異陽性）に対して１・３次治療でオシメルチニブ、２・４・５次治療で細胞障害性抗癌剤を使用したが、いずれも奏功後に病勢の進行を認めていた。今回は６次治療としてゲフィチニブ（250mg/日）を導入し、５次治療以降に認めていた多発脳転移の縮小を認めた。オシメルチニブ耐性後、第１世代EGFR-TKIによって治療効果を得た稀な症例であり、若干の文献的な考察と共に報告する。

26. ブリグチニブ肺障害後の再投与が奏効したロルラチニブ不応ALK陽性肺腺癌の一例

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

○山中花音（やまなか かのん）[1]、渥美健一郎[1]、葛西瑞記[1]、白倉ゆかり[1]、二島駿一[1]、清家正博[2]、
廣瀬　敬[1]

65歳女性。ALK陽性肺腺癌 StageIVBと診断、アレクチニブでPR、１年後PDとなる。ブリグチニブ90mg開始の翌日にGrade3肺障害で中止、ステロイド治療を要した。ロルラチニブ開始１か月後PDで中止、以後ABCP、PEM+BEV、DTX+RAM、TS-1がPDとなる。PSL10mg併用下でブリグチニブ60mg再開、肺障害なく１週間後90mgへ増量、PSLは終了、以後PRを維持している。

27. アレクチニブと抗凝固薬の併用で良好な経過を得た、Trousseau症候群を合併したALK融合遺伝子陽性肺癌の一例

昭和医科大学横浜市北部病院呼吸器センター内科

○山田智明（やまだ ともあき）、瀧島弘康、上野桃子、春木陽菜、三成卓也、岸野壮真、
高野賢治、酒井翔吾、柿内佑介、松倉　聡

54歳女性。右下葉肺腺癌 cT3N2M0 stageIIIBに対する放射線化学療法後、再発と同時に複数の臓器に多発動静脈血栓を認め、Trousseau症候群と診断した。血栓症に対して抗凝固療法を導入した後、肺癌についてはALK融合遺伝子が検出されたためアレクチニブを開始して３年以上の病勢の制御を得ている。同症候群は予後不良だが、今回はアレクチニブと抗凝固療法の併用で過凝固状態を改善し良好な経過を得たため、文献的考察を含め報告する。

28. オンコマイン DxTT、AmoyDx で診断に至らず、FoundationOneCDx で診断し得た、uncommonEGFR 遺伝子変異陽性肺癌

国立病院機構東京医療センター呼吸器内科[1]、国立病院機構東京医療センター病理診断科[2]、
慶應義塾大学医学部腫瘍センターゲノム医療ユニット[3]

○石井真央[1]、篠崎太郎[1]、大川有彩[1]、網岡俊樹[1]、坂　幸雄[1]、廣瀬健司[1]、
渡辺理沙[1]、長谷川華子[1]、持丸貴生[1]、入佐　薫[1]、里見良輔[1]、前島新史[2]、
中村康平[3]、西原広史[3]、小山田吉孝[1]

【症例】肺腺癌術後再発の 55 歳女性。非喫煙者だが、オンコマイン DxTT、AmoyDx でドライバー遺伝子陰性であった。PD-L1 高発現であったため、pembrolizumab を開始するも、投与 5 カ月で PD となった。FoundationOneCDx を施行し、稀な uncommonEGFR 遺伝子変異を検出した。蛋白構造が L858R+T790M と類似していたため、osimertinib を開始し、奏効を確認した。【考察】非喫煙者であれば積極的に CGP を施行し、遺伝子異常の検索が重要である。

29. HER2 遺伝子変異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功した 1 例

国立病院機構霞ヶ浦医療センター

○渡邊安祐美、柴垣厚仁、羽鳥貴士、重政理恵、三枝美智子、阿野哲士、
菊池教大

HER2 遺伝子変異は肺腺癌の 2-3％程度と比較的稀である。今回 HER2 遺伝子変異陽性肺腺癌に対して、トラスツズマブ・デルクステカンを導入し奏功した症例を経験したため報告する。症例は PS1 の 74 歳女性、初回化学療法開始から約半年で原発巣増大、肝転移、脳転移の出現あり、HER2 遺伝子変異陽性のため二次治療として上記を導入し奏功した。間質性肺炎等副作用に注意が必要であるが、適応症例には積極的に使用を考慮すべきである。

30. 脳転移を伴う再発性小細胞肺癌へのタルラタマブ投与の経過と治療効果

災害医療センター

○水橋優介、児玉裕章、吉岡里紗、安部由希子、塚本香純、山名高志、
上村光弘

70 代男性。4 期小細胞肺癌に対し初回治療（カルボプラチン＋エトポシド）後に、脳転移を伴う病勢進行を認め、脳転移に対して放射線治療を施行。二次治療（アムルビシン）後に、胸膜内転移巣の増大を認め、三次治療としてタルラタマブを導入し、初回投与 24 時間後に発熱と血圧低下を認め、Grade2 のサイトカイン放出症候群と判断し、デキサメタゾンを投与し治療を継続した。その後の治療経過と効果について報告する。

教育セミナーⅡ　10：55～11：55

座長　副島研造（山梨大学医学部呼吸器内科）

「Passage to Cure　～EGFR遺伝子変異陽性Ⅲ期非小細胞肺癌治療の革新～」

演者：加藤晃史（東京都立駒込病院臨床研究・治験センター/呼吸器内科）

切除不能な局所進行EGFR遺伝子変異陽性非小細胞肺癌（NSCLC）患者に対して、これまでは変異のない患者と同様に化学放射線療法（CRT）が行われてきた。しかし、治療後早期の再発リスクがきわめて高く、長期生存に至れる患者はごく一部であった。EGFR-TKIを導入する試みはこれまでも行われてきたが、毒性の増強や効果の持続性の点で、充分ではなかった。

第3世代EGFR-TKIオシメルチニブをCRT後に維持療法として投与するLAURA試験が計画され、わが国を含む国際第III相試験として実施され多面的なエンドポイントの評価が行われた結果、わが国でもCRT後維持療法としてオシメルチニブが承認され実臨床で使用できるようになっている。

LAURA試験ではオシメルチニブ維持療法による治療効果に加えて、放射線肺臓炎、間質性肺疾患を中心に安全性の評価についてのデータが得られている。この結果、詳細なモニタリングと、迅速な副作用対応が有効な治療を継続し患者のアウトカムのために肝要であることも確認されている。

本講演では、EGFR変異陽性III期非小細胞肺癌に対する治療の実装への課題も含め概説する。

共催：アストラゼネカ株式会社

ランチョンセミナーⅡ　12：05～13：05

座長　森本耕三（公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター）

「肺非結核性抗酸菌症の新展開：マイクロバイオームから読み解く病態と治療」

演者：八木一馬（慶應義塾大学医学部感染症学教室）

マイクロバイオームとは、特定の区域に生息する細菌叢・微生物叢全体、およびそれらが持つ遺伝子を含む概念である。2007年にヒトマイクロバイオームプロジェクトが開始されて以降、腸内マイクロバイオーム（gut microbiome）を中心に、その生体への影響を解明する研究が世界中で活発に進められている。近年、腸内マイクロバイオームの構成や多様性の低下（dysbiosis）、微生物由来の代謝産物の変化が、宿主（ヒト）の代謝や免疫系に影響を及ぼし、さまざまな疾患の病態に関与することが明らかとなってきた。さらに、従来は無菌と考えられていた下気道にもマイクロバイオーム（respiratory microbiome）が形成されており、呼吸器疾患の病態形成や進行との関連が示唆されている。肺非結核性抗酸菌症を含む抗酸菌症領域においても、微生物の多様性や群集構成などのマイクロバイオーム関連指標を通じた病態理解に関する報告が増えている。本講演では、肺非結核性抗酸菌症におけるマイクロバイオームの関与の可能性を最新の知見を紐解きながら概説する。

共催：インスメッド合同会社

医学生・初期研修医セッションⅢ　IP、肺癌　13：10〜13：52

座長　高田佐織（杏林大学医学部付属病院呼吸器内科）

研 12. 特発性肺線維症に併発した末梢性仮性肺動脈瘤の一例

北里大学北里研究所病院呼吸器内科[1]、北里大学北里研究所病院放射線科[2]、
慶應義塾大学医学部内科学教室（呼吸器）[3]

○上地菜奈（うえち　なな）[1]、岡田真彦[1]、奥隅真一[1]、鈴木雄介[1]、矢内原久[2]、朝倉崇徳[3]

特発性肺線維症（IPF）で在宅酸素療法中の 56 歳男性が喀血し他院に入院した。呼吸状態から塞栓術は困難と判断され、第 6 病日に当院へ転院した。胸部 CT で右 S3 浸潤影内に造影剤漏出を伴う仮性動脈瘤を認め、第 13 病日に気管支動脈塞栓術（TAE）を施行したところ止血が得られ、再喀血を認めなかった。重度呼吸不全を伴う IPF 患者に対しても TAE が安全かつ有効な治療選択肢となり得ることを示した一例として報告する。

研 13. 禁煙後、20 年の経過で線維化が進行した剥離性間質性肺炎（DIP）：二度の肺生検からの考察

神奈川県立足柄上病院[1]、神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科[2]、
神奈川県立循環器呼吸器病センター病理診断科[3]、神奈川県立循環器呼吸器病センター放射線科[4]

○二本柳佑馬（にほんやなぎ ゆうま）[1]、大熊　尭[2]、大利亮太[2]、林　　潤[2]、三浦真史[2]、丹羽　崇[2]、
馬場智尚[2]、小松　茂[2]、萩原恵里[2]、澤住知枝[3]、武村民子[3]、岩澤多恵[4]、
小倉高志[2]

初診時 40 歳代男性。X－20 年に検診で胸部異常陰影の指摘あり、外科的肺生検により特発性 DIP と診断された。無症状かつ積極的加療の希望なく、禁煙のみで経過観察とした。その後、X－6 年に再評価のためクライオ肺生検を施行したところ、線維化の進行を呈した DIP パターンを認めた。特発性 DIP において、禁煙のみで長期に経過観察し、再評価の生検を行った症例報告はなく、文献的考察を含め考察する。

研 14. 乳癌に対する化学療法開始後に診断した抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎関連間質性肺炎の一例

信州大学医学部内科学第一教室

○古田　匠（ふるた　たくみ）、松井由希子、駒場志織、平林太郎、赤羽順平、曽根原圭、
和田弘典、北口良晃、牛木淳人、花岡正幸

62 歳女性。前医で乳癌に対する化学療法後に、発熱性好中球減少症で入院した。CT で左上葉に浸潤影を認め、薬剤性肺障害としてステロイド投与されたが改善せず、当院へ転院した。抗 MDA5 抗体陽性となり皮膚所見から悪性腫瘍合併抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎関連間質性肺炎と診断した。抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎は悪性腫瘍合併の頻度が低いとされるが、予後が不良となることが多く、悪性腫瘍合併例ではその鑑別が重要である。

研 15. 免疫関連有害事象（irAE）筋炎発症後プレドニゾロン 0.4mg/kg 内服中に irAE 肝炎を発症した一例

東京大学医学部附属病院呼吸器内科[1]、東京大学医学部附属病院総合研修センター[2]

○福地美月（ふくち　みづき）[1,2]、本村英明[1]、三上　優[1]、山際浩尚[2]、伊藤　佑[1]、三谷明久[1]、
川上正敬[1]、鹿毛秀宣[1]

症例は 65 歳男性。左肺下葉腺癌（cT3N3M1c StageIVB）の化学療法＋抗 PD-L1 抗体＋抗 CTLA-4 抗体併用療法後に irAE 筋炎を発症し PSL0.85 mg/kg（60 mg）で速やかに改善を認めた。0.4 mg/kg（30 mg）まで漸減していた day21 に全身倦怠感と肝酵素上昇が出現した。irAE 肝炎の診断で 1 mg/kg（70 mg）に増量したところ改善を得た。PSL0.4 mg/kg 相当で irAE 筋炎治療中に発症した時間的多発発症 irAE に対して PSL 再増量により対処できる可能性が示唆された。

研 16. トレメリムマブ・デュルバルマブと化学療法の併用で免疫関連大腸炎を発症し、TNF 阻害薬が奏効した 1 例

東京臨海病院呼吸器内科[1]、日本医科大学大学院医学研究科呼吸器・腫瘍内科学分野[2]

○井田利香（いだ　りか）[1]、永野惇浩[1]、門間直大[1]、深井真璃[1]、矢嶋知佳[1]、山口朋禎[1]、
臼杵二郎[1]、清家正博[2]

75 歳男性。肺腺癌 cT2aN3M1c stageIVB、ドライバー遺伝子陰性、PD-L1＜1％の診断に対して、Tremelimumab・Durvalumab と化学療法併用で治療し、効果良好だった。4 コース目投与時に、Gr3 の水様下痢と血便を認め、内視鏡検査等から免疫関連大腸炎の診断とした。ステロイドのみでは改善乏しく、インフリキシマブ追加し、化学療法を継続できた。Tremelimumab・Durvalumab 併用での大腸炎は報告が少なく、文献的考察を加えて報告する。

研 17. オシメルチニブ＋カルボプラチン＋ペメトレキセド開始後に薬剤性過敏症症候群を認めた肺腺癌の 1 例

東海大学医学部呼吸器内科

○山岡美友（やまおか　みゆ）、岡田直樹、平澤英実、魚谷宏樹、梅本耕平、白井あかり、
堀尾幸弘、滝口寛人、端山直樹、伊藤洋子、小熊　剛、浅野浩一郎

40 歳女性。EGFR exon19 del 陽性肺腺癌 stage4 と診断され、オシメルチニブ＋カルボプラチン＋ペメトレキセドを開始。10 日後に発熱、発疹を認め入院。血中異形リンパ球、肝腎機能障害、皮膚生検所見などから薬剤性過敏症症候群（regiSCAR score 6 点、J-SCAR score 5 点）と診断した。オシメルチニブ中止と抗ヒスタミン薬のみで症状は消失したため同薬が原因と考えられた。稀な症例であり、文献的考察を加え報告する。

医学生・初期研修医セッションⅣ　肺癌　13：57～14：32

座長　大熊裕介（国立がん研究センター中央病院呼吸器内科）

研 18. 気管支洗浄液中 EGFR 変異アレル頻度のオシメルチニブ治療効果予測におけるバイオマーカーとしての有用性

横浜市立大学附属呼吸器病学教室

○佐藤るりか（さとう　るりか）、染川弘平、小林信明、松本幸子、江口晃平、松下真也、
梶田至仁、村岡　傑、井澤亜美、金子彩美、柳生洋行、久保創介、
田中克志、室橋光太、藤井裕明、堀田信之、原　　悠、金子　猛

EGFR 変異アレル頻度（VAF）は分子標的治療の効果予測因子であるが、気管支洗浄液（BWF）中の VAF の有用性は不明。肺腺癌 20 例を、治療前 BWF 中 VAF を 365 日生存を指標に時間依存 ROC 解析（AUC 0.77）に基づき cut-off 値 60％で二群に層別化。観察期間上限 660 日までのオシメルチニブ（OSM）の制限平均生存期間を比較すると、高 VAF 群で有意に延長し、群間差 308 日であった（95％ CI：209-407、p＜0.001）。BWF 中 VAF は、OSM 治療効果予測の有用なバイオマーカーである。

研 19. 診断に苦慮した肺動脈血管内膜肉腫の 1 例

横浜市立大学附属病院医学部医学科[1]、横浜市立大学大学院医学研究科呼吸器病学教室[2]、
横浜南共済病院心臓血管外科[3]、横浜南共済病院呼吸器内科[4]、
横浜市立大学大学院医学研究科分子病理学教室[5]

○川俣夏瑛（かわまたなつあき）[1]、室橋光太[2]、孟　　真[3]、加志崎史大[4]、藤井誠志[5]、原田丈太郎[5]、
原　　悠[2]、金子　猛[2]、小林信明[2]

肺動脈血管内膜肉腫は頻度 0.03％程度、予後 1.5 か月と予後不良な希少疾患である。今回、診断に苦慮した症例を経験したため報告する。症例は 40 代男性、難治性の胸膜炎で紹介となった。胸部単純 CT にて肺動脈拡張、左下葉胸膜下に浸潤影を認め、肺塞栓が疑われたが、造影 CT にて肺動脈本幹に沿う造影欠損域を認め、形態から肺動脈血管肉腫が疑われた。右心カテーテル下で生検施行し、肺動脈血管内膜肉腫の診断となった。

研 20. EBUS-TBNA で診断された肺静脈から左心房内に進展する乳癌術後再発の 1 例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院呼吸器センター内科

○村上静郁（むらかみ しずか）、中濱　洋、坪井栄佑、高橋由以、三ツ村隆弘、花田豪郎、
宮本　篤、玉岡明洋

81 歳女性。X-19 年右乳癌（pStageIIA）で部分切除後、放射線・ホルモン療法施行。X-18 年肺腺癌術後。X 年前医 CT で両肺多発結節を指摘され当院紹介。造影 CT で右上肺静脈から左心房内への腫瘤、右肺門リンパ節腫大を認め、PET-CT で FDG 異常集積あり。EBUS-TBNA で乳癌術後再発と診断。肺静脈経由で左心房内へ進展した稀な症例として、文献的考察を交え報告する。

研 21. 下垂体転移により汎下垂体機能低下症をきたした肺小細胞癌の一例

武蔵野赤十字病院

○徳井爽馬（とくい　そうま）、東　盛志、菅原麻莉、花輪俊弥、久保田夏史、加藤里奈、
花輪幸太郎、花田仁子、瀧　玲子

73 歳男性。食欲低下を主訴に近医を受診し、胸部 X 線で腫瘤影を認め当科紹介受診。胸部 CT で肺癌を疑い、気管支鏡下生検で肺小細胞癌と診断した。血液検査で ACTH 低値、TSH 低値、脳造影 MRI で下垂体腫瘍を認め、下垂体転移に伴う汎下垂体機能低下症と診断。ホルモン補充により食事摂取可能となり、カルボプラチン＋エトポシド＋デュルバルマブを投与し奏功した。肺癌の食欲低下の原因として下垂体転移があり、教訓的と思われ報告する。

研 22. ステロイド投与が悪性胸水に対する胸膜癒着術成否に及ぼす影響の臨床的検討

成田赤十字病院内科[1]、成田赤十字病院呼吸器内科[2]、成田赤十字病院腫瘍内科[3]

○大竹悠太（おおたけ　ゆうた）[1]、竹下友一郎[2]、宇津欣和[3]、河野励哉[2]、土橋考介[2]、勝山恵太[2]、
鈴木友里[2]、安部光洋[2]、寺田二郎[2]

ステロイドが胸膜癒着術の成否に与える影響に関してリアルワールドデータで示した報告は少ない。本研究では悪性胸水に対して胸膜癒着術を施行した全 138 例のうち、胸腔ドレーン留置期間中のステロイド累積投与量とドレーン留置期間との関連性、およびステロイド使用の胸膜癒着術失敗に対する予後予測を後方視的に解析し、悪性胸水における胸膜癒着術の成否にステロイドが及ぼす影響を検討した。文献的考察を含めて報告する。

若手向け教育セッション　14：40〜15：40

座長　櫻井隆之（NTT 東日本関東病院感染症内科）

「肺癌診療の過去・現在・未来―いま我々には何が求められているのか―」

演者：中原善朗（北里大学医学部呼吸器内科学）

2000 年代に分子標的薬が、2010 年代に免疫チェックポイント阻害薬が登場し、進行非小細胞肺癌の治療戦略は劇的に変化し、予後も飛躍的に改善してきた。そして 2020 年代に入り、免疫チェックポイント阻害薬は周術期治療や小細胞肺癌治療においても有効性を示し、現在では肺癌診療のほぼ全ての局面で用いられるようになっている。さらに最近では抗体薬物複合体や二重特異性抗体も登場し、これらは高い治療効果を期待できる反面、我々が今までに経験がなく、かつ重篤な転帰となりうる副作用を伴う。現在も多くの新薬の開発治験が活発に行われている状況で、今後も大きな予後改善が期待できる一方、治療戦略がさらに多様化・複雑化し、毒性管理への習熟も求められ、我々呼吸器内科医が果たす役割はますます大きくなり、まさに力の見せ所といえる。本講演では、今までの肺癌治療の変遷を振り返り、今後の展望についてもお話ししたい。さらには演者が現在取り組んでいる研究についても紹介し、企業治験全盛の時代における医師主導研究のあり方についても触れていく。そして患者に向き合うものとして、いま我々に何が求められているのかを議論する場としたい。

セッションⅥ　希少疾患　15：45〜16：27

座長　下田真史（公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器内科）

31. 多発骨病変を認め、ステロイドが著効したサルコイドーシスの1例

三井記念病院呼吸器内科[1]、三井記念病院膠原病リウマチ内科[2]

○高嶋紗衣[1]、三次亮太朗[1]、宮下稜太[1]、原田広顕[2]、峯岸裕司[1]

症例は44歳男性。X-10年に多発縦郭リンパ節腫大、両側粒状影を認め、気管支鏡検査でサルコイドーシスと診断された。X-1年にsIL-2R、ACEの上昇があり、PET-CTを撮影し、鼻腔、肺野、胸部〜腹部・鼠径リンパ節、椎体、骨盤骨、肝に多発高集積を認めた。鼻腔、骨髄の生検から類上皮肉芽腫を確認し、プレドニゾロン40mg/日から治療を開始した。多発骨病変、特に骨盤骨優位の骨病変を呈する症例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

32. 右上下肢麻痺を契機に診断したサルコイドーシスの1例

医療法人鉄蕉会亀田総合病院呼吸器内科

○久慈奈美、伊藤博之、池田真輝、坂本光士郎、川上博紀、佐藤奈緒、
佐藤勇気、山路創一郎、出光玲菜、猪島直樹、河合太樹、林　　潤、
伊藤　光、窪田紀彦、山本成則、永井達也、舟木佳弘、大槻　歩、
金子教宏、中島　啓

46歳男性。突然発症の右上下肢麻痺で受診され、頭部MRI T2 FLAIR画像で延髄上部腹側左優位に高信号域を認めたが、脳卒中として典型的ではなく診断に至らなかった。原因精査目的で撮影した胸部CTで多発縦隔肺門リンパ節腫大を認め、生検の結果病理所見で非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め、一元的に肺・神経サルコイドーシスと診断した。突然発症の神経症状は呼吸器科医としても留意すべきサルコイドーシスの一症状であり、報告する。

33. 基礎疾患の無い50歳代男性が発症したMRSAによる有瘻性膿胸に対し、EWS留置が奏功した一例

横浜労災病院呼吸器内科

○中村祐太郎、石井宏志、伊藤　優、小澤聡子、逸見優理、伊藤幸太、
土屋七海、松長花保、山田向起

特に既往歴の無い50歳代男性がインフルエンザ感染後のMRSA膿胸を発症し入院となった。有瘻性膿胸があり、胸腔ドレナージ、抗菌薬投与および外科的に胸腔鏡下肺瘻閉鎖術を施行したがエアリークが遷延したため、EWS留置を行ったところエアリークは消失し瘻孔の閉鎖を得られた。外科的手術で改善しなかった難治性の有瘻性膿胸についてEWS留置が奏功したため報告する。

34. 間質性肺炎増悪を契機に心房中隔欠損症（ASD）が顕在化し Platypnea-Orthodeoxia 症候群をきたした一例

聖路加国際病院呼吸器内科[1]、聖路加国際病院循環器内科[2]

○小嶋智郎[1]（こじま ともろう）、青島あずさ[1]、雨宮拓紀[1]、田中三千穂[1]、盧　昌聖[1]、三好　梓[1]、
岡藤浩平[1]、北村淳史[1]、冨島　裕[1]、常見勇太[2]、大野雅文[2]、椎名由美[2]、
仁多寅彦[1]

80 代男性。ステロイドパルス療法を施行したが増悪寛解を繰り返す間質性肺炎の精査目的に紹介受診した。酸素吸入で改善せず座位で増悪する低酸素血症があり Platypnea-Orthodeoxia 症候群と判断し、マイクロバブル心エコー検査を実施したところ右左シャントを認めた。経食道心エコー検査、心臓カテーテル検査で ASD が確認され、間質性肺炎の増悪による右心圧上昇により ASD が開通し生じたシャントが低酸素血症の原因と考えられた。

35. シリコンバッグ破損で悪化し、除去後軽快した Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants の一例

東京医科大学病院呼吸器内科

○津田有紀（つだ　ゆき）、塩入菜緒、岡崎則子、浜口奈月、今里大吾、中野　湧、
秋山真哉、久冨木原太郎、木下逸人、小神真梨子、石割茉由子、菊池亮太、
小林研一、冨樫佑基、河野雄太、阿部信二

20 年前に両側乳房内にシリコンバッグを挿入し、気管支鏡検査で肉芽腫が検出されている 53 歳女性が、咳嗽のため受診した。CT では両側肺門/縦隔リンパ節腫脹とびまん性粒状影悪化、乳房内バッグの変形を認めた。破損バッグを除去したところ、咳嗽、CT 所見は軽快した。皮下にはシリコン漏出と異物性肉芽腫を認め Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants（ASIA）と診断した。原因物質除去は ASIA の治療に有用と思われる。

36. 胸部異常陰影を契機に診断したビスホスホネート誘発性骨硬化症の一例

医療法人鉄蕉会亀田総合病院呼吸器内科

○佐藤勇気（さとう　ゆうき）、伊藤博之、池田真輝、久慈奈美、坂本光士郎、川上博紀、
山路創一郎、出光玲菜、猪島直樹、河合太樹、林　　潤、伊藤　光、
窪田紀彦、山本成則、永井達也、舟木佳弘、大槻　歩、金子教宏、中島　啓

61 歳女性。健診での胸部 X 線異常を契機に紹介となった。CT で全身性骨硬化性変化を認め、骨密度も著明に上昇していた。悪性疾患は骨シンチ等で否定され、SLE に対するステロイド治療に伴い 10 年以上投与されていたビスホスホネート製剤の影響と考え、ビスホスホネート誘発性骨硬化症と診断し休薬したところ、骨密度は改善傾向を示した。ビスホスホネート製剤の長期投与に際しては、その継続適応を定期的に評価することが求められる。

セッションⅦ　肺炎　16：32〜17：14

座長　永井達也（亀田総合病院呼吸器内科）

37. RSウイルス、肺炎球菌、インフルエンザ菌の混合感染後に器質化肺炎としてステロイド投与を行った1例

医療法人鉄薫会亀田総合病院呼吸器内科

○坂本光士郎（さかもと こうしろう）、山本成則、池田真輝、窪田紀彦、永井達也、大槻　歩、伊藤博之、中島　啓

71歳女性。咳嗽、発熱、呼吸困難を認め呼吸器内科を受診。胸部CTで右上葉、両側下葉を主体に粒状影、浸潤影、スリガラス影を認めた。喀痰培養にて肺炎球菌とインフルエンザ菌、FilmArray（R）呼吸器パネル2.1にてRSウイルスを検出。市中肺炎として、セフトリアキソンとアジスロマイシンで加療し、酸素化は改善するも遷延。CTでは浸潤影の増強を認め、感染後器質化肺炎としてステロイドを投与し軽快。文献的考察を交えて報告する。

38. A型インフルエンザウイルス感染症後に壊死性肺炎を来した化膿性レンサ球菌感染症の1例

東名厚木病院呼吸器科

○三浦（みうら）　隼（じゅん）、佐藤　明、竹内真吾

症例は50歳代、男性。A型インフルエンザウイルス感染症加療17日後に発熱・咳嗽の増悪、左下腿腫脹を認め当院受診。CTで空洞を伴う右肺膿瘍・胸水貯留・蜂窩織炎の診断で入院。喀痰培養で*Streptococcus pyogenes*・*Staphylococcus aureus*が陽性となった。ドレナージおよび抗菌薬加療により軽快し、入院後51日で退院した。

近年インフルエンザウイルス感染後の二次性細菌性肺炎の関連が指摘されている。文献的考察を加えて報告する。

39. 食道穿孔から有瘻性膿胸に至った超高齢者の1例

平塚共済病院呼吸器内科

○山本実央（やまもと　みお）、由井沙和、山下将平、原　　哲、島田裕之、井上幸久、神　靖人、稲瀬直彦

90歳女性。右気胸と右胸水貯留で入院し、胸水ドレナージと抗菌薬治療を開始した。エアリークが持続し、有瘻性膿胸と診断した。難治性で、入院数日後に食事摂取後の胸水の色調変化や造影CTにおける縦隔炎を認め、食道穿孔が疑われた。その後、食道造影検査施行し、食道穿孔と診断した。超高齢で全身状態不良の為、手術困難で保存的加療を行ったが死亡した。高齢者の有瘻性膿胸の原因に食道穿孔を鑑別に挙げる必要がある。

40. 猩紅熱を伴い劇症型A群β溶連菌性胸膜肺炎をきたした若年女性の1例

総合病院土浦協同病院呼吸器内科

○今西隆介（いまにしりゅうすけ）、副島将史、春原　涼、竹山裕亮、川上直樹、斎藤弘明、若井陽子、齊藤和人

【背景】A群β溶連菌性肺炎は稀であるが、生来健康な若年女性が劇症型胸膜肺炎をきたした症例を経験した。【症例】発熱、咽頭痛、皮疹、呼吸苦で受診し両側肺炎と右胸水を認め入院した。咽頭拭い液と胸水のA群溶連菌抗原陽性でありドレナージと抗菌薬で改善した。【考察・結論】皮疹と迅速抗原検査から溶連菌性肺炎と早期診断し得た症例を経験した。溶連菌性肺炎は稀だが、劇症化し得るため早期診断・治療が重要である。

41. PVL非産生メチシリン感受性黄色ブドウ球菌による重症壊死性肺炎と続発性気胸を発症した1例

草加市立病院呼吸器内科

○安田朋加（やすだ　ともか）、遠藤　駿、泉　　誠、島矢和浩、塚田義一

基礎疾患のない56歳男性。胸痛を主訴に受診し、両肺に空洞形成を伴う肺炎および敗血症を発症していた。血液・胸水培養からPanton-Valentine Leucocidin（PVL）非産生MSSAが検出され、黄色ブドウ球菌性壊死性肺炎と診断した。ネーザルハイフロー療法、クリンダマイシンを含む抗菌薬投与、続発した気胸に対してEWS留置を施行し救命し得た。PVL非産生株でも重症化しうる点に注意を要する。

42. 肺炎球菌感染マウスモデルを用いたLECT2の解析

東京医科大学微生物学分野

○犬飼達也（いぬかい　たつや）、中村茂樹

主に肝臓で合成されるヘパトカインLECT2（Leukocyte cell-derived chemotaxin 2）は、多機能タンパク質であり自然免疫応答の活性化など感染防御との関連が報告されているがその詳細な役割は不明である。呼吸器感染で重要な病原体である肺炎球菌をマウスに感染させたところ、肺および血清中でのLECT2タンパク質の誘導を確認した。本研究では、LECT2の誘導が肺炎球菌感染の生体防御に関与があるかを明らかとすることを目的とした。

セッションⅧ　がん　17：19〜18：01

座長　武内　進（日本医科大学大学院医学研究科呼吸器・腫瘍内科学分野）

43. 濾胞性リンパ腫患者においてCOVID-19が持続感染し、器質化肺炎の治療中に感染が活性化した一例

日本大学病院呼吸器内科[1]、日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野[2]

○花村瑞季（はなむら　みずき）[1,2]、飯田由子[1,2]、仲　　剛[1,2]、辻野一郎[1,2]、清水哲男[2]、權　寧博[2]

54歳女性。濾胞性リンパ腫に対してベンダムスチン投与後。4か月前にCOVID-19軽症に罹患し軽快した。2か月前から発熱と咳嗽が持続し両側肺に浸潤影を認めた。気管支鏡検査にて器質化肺炎と診断され、PSL 40 mg/日で治療されたが肺炎像の悪化を認めた。COVID-19 PCR陽性が判明し、レムデシビル投与にて肺炎像は改善した。COVID-19持続感染とステロイドによる活性化の一例と考え報告する。

44. ニューモシスチス肺炎と免疫再構築症候群を合併し、治療に難渋した異所性 ACTH 産生甲状腺髄様癌の 1 例

亀田総合病院家庭医診療科[1]、亀田総合病院呼吸器内科[2]

○卜部真輝[1]（うらべ まさき）、猪島直樹[2]、池田真輝[2]、久慈奈美[2]、坂本光士郎[2]、川上博紀[2]、佐藤勇気[2]、山路創一郎[2]、出光玲菜[2]、河合太樹[2]、林　　潤[2]、伊藤　光[2]、窪田紀彦[2]、山本成則[2]、永井達也[2]、舟木佳弘[2]、大槻　歩[2]、伊藤博之[2]、金子教宏[2]、中島　啓[2]

65 歳男性。前頸部腫脹、呼吸困難で受診し、ニューモシスチス肺炎（PCP）を合併した異所性 ACTH 産生甲状腺髄様癌と診断した。ST 合剤開始後にメチラポン投与したところ、人工呼吸器管理を要する呼吸不全を呈した。免疫再構築症候群（IRIS）と考え、メチラポンを中止し、状態改善後に少量から再開したことで救命し得た。高コルチゾール血症による易感染性により PCP を、メチラポン投与後に IRIS を発症した教訓的症例であり、報告する。

45. 免疫化学療法が奏功した EGFR 陽性肺腺癌と胃癌の同時性重複癌の 1 例

公立館林厚生病院呼吸器内科[1]、新松戸中央総合病院呼吸器内科[2]

○松崎晋一[1]（まつざきしんいち）、永江由香[1]、藤田七恵[1]、平澤康孝[2]

症例は 76 歳男性。肺腺癌（cT4N3M1a stage IVA、EGFR/Exon 19 del 変異陽性、PD-L1 TPS：1～24%）の診断で、Osimertinib による 1 次治療後に再発。PET-CT と内視鏡検査で進行胃癌（cT3N1M0 stage IIB）を認め、同時性重複癌と診断。肺癌 2 次治療の Carboplatin + Pemetrexed + Pembrolizumab による併用療法で、肺癌は部分奏功を認め胃癌は病理学的完全奏功を認めた。免疫化学療法は重複癌に対して有用である可能性が考えられた。

46. 縦隔原発胚細胞腫瘍に対する化学療法中に急性巨核芽球性白血病を合併した一例

筑波大学附属病院呼吸器内科[1]、筑波大学附属病院腫瘍内科[2]、筑波大学附属病院血液内科[3]

○武石岳大[1]（たけいしたかひろ）、砂辺浩弥[1]、中澤健介[1]、並木智宏[1]、長谷川祥愛[1]、山崎勇輝[1]、酒井千緒[1]、北澤晴奈[1]、矢崎　海[1]、吉田和史[1]、塩澤利博[1]、松山政史[1]、増子裕典[1]、際本拓未[1]、森島祐子[1]、檜澤伸之[1]、會田有香[2]、関根郁夫[2]、坂田麻実子[3]、槙島健一[3]

X-2 年当院紹介、縦隔原発胚細胞腫瘍として術前化学療法、前縦隔腫瘍摘出術・右上中葉切除術、術後化学療法を施行後、再発を認めた。再発に対し化学療法を行うも血小板減少あり、骨髄穿刺で急性巨核芽球性白血病と診断した。縦隔原発胚細胞腫瘍と白血病の合併について、化学療法が原因となるだけではなく、共通の遺伝子変異が発症に関与することがあり、文献的な考察を含めて報告する。

47. 肺胞出血を呈した骨髄異形成症候群による腫瘍随伴性血管炎の一例

さいたま赤十字病院呼吸器内科[1]、さいたま赤十字病院膠原病・リウマチ内科[2]

○島田浩生[1]、太田啓貴[1]、峯川耕平[1]、樋口　翔[1]、町田蓉子[1]、中谷大輔[1]、
野牧　萌[1]、宇塚千紗[1]、草野賢次[1]、大場智広[1]、川辺梨恵[1]、横澤将宏[2]、
山川英晃[1]、佐藤新太郎[1]、赤坂圭一[1]、天野雅子[1]、松島秀和[1]

75 歳女性。両下肢の紫斑を主訴に前医受診。皮膚生検で白血球破砕性血管炎の所見を認め、精査目的に当院紹介。肺野にすりガラス影を認め、気管支肺胞洗浄を行ったところ、ヘモジデリン貪食マクロファージを認め、肺胞出血と診断した。その後全身精査で、骨髄異形成症候群（MDS）の診断となり、MDS による腫瘍随伴血管炎と考えた。ステロイド加療で皮疹、肺病変は改善し、化学療法中である。本症例に関して文献的考察を加えて報告する。

48. 肺類上皮血管内皮腫の一例

自衛隊中央病院呼吸器内科[1]、自衛隊中央病院呼吸器外科[2]

○加藤雄大[1]、淡島舞子[1]、黒川敦志[1]、安田享平[1]、野村祥加[1]、谷垣智美[1]、
三村敬司[1]、中山健史[2]

68 歳男性。X 年の健康診断で右中肺野結節影を指摘され当院を受診した。胸部 CT では右中葉に 1.6cm の境界明瞭で辺縁不整な結節影を認めた。気管支鏡検査を行い組織学的に腺癌の診断であった。原発性肺癌として当院呼吸器外科で胸腔鏡下右肺中葉切除＋上葉部分切除を行ったところ組織学的に肺類上皮血管内皮腫（PEH）の診断を得た。PEH は稀な疾患で、予後良好例から不良例まで様々報告されており文献的考察を加えて報告する。

今後のご案内

❑第 267 回日本呼吸器学会関東地方会

会　　期：2025 年 11 月 22 日（土）
会　　場：シャトレーゼホテル談露館（山梨県甲府市）
会　　長：副島　研造（山梨大学大学院総合研究部医学域内科学講座呼吸器内科学教室）

❑第 268 回日本呼吸器学会関東地方会
（合同開催：第 189 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会関東支部学会）

会　　期：2026 年 2 月 28 日（土）
会　　場：秋葉原コンベンションホール
会　　長：松山　政史（筑波大学医学医療系呼吸器内科）

❑第 269 回日本呼吸器学会関東地方会

会　　期：2026 年 5 月 9 日（土）
会　　場：国際医療福祉大学 東京赤坂キャンパス
会　　長：坂尾　誠一郎（国際医療福祉大学医学部呼吸器内科学）

❑第 270 回日本呼吸器学会関東地方会

会　　期：2026 年 7 月 11 日（土）
会　　場：秋葉原コンベンションホール
会　　長：仲村　秀俊（埼玉医科大学呼吸器内科）

※初期研修医ならびに医学生の発表を積極的に受け付けています。
　初期研修医・医学生には入会義務はありません。
　多数のご参加をお待ちしています。

謝　辞

旭化成ファーマ株式会社

アストラゼネカ株式会社

インスメッド合同会社

MSD 株式会社

杏林製薬株式会社

極東製薬工業株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社医薬開発本部

（五十音順）

2025 年 8 月 29 日現在

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

第 188 回日本結核・非結核性抗酸菌学会関東支部学会
第 266 回日本呼吸器学会関東地方会 合同学会
会長　　森本　耕三
（公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター）