

第121回 日本呼吸器学会東北地方会 第151回 日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会

講演プログラム・抄録集

会 長

第121回日本呼吸器学会東北地方会 田坂 定智

(弘前大学大学院医学研究科 呼吸器内科学講座)

第151回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 糸賀 正道

(弘前大学大学院医学研究科 臨床検査医学講座)

■一般演題

第1会場	セッション1 (研修医・学生セッション)	10:10~10:58
	セッション2 (研修医・学生セッション)	11:00~11:40
	セッション5	13:30~13:54
第2会場	セッション3 (結核・感染症)	10:10~10:58
	セッション4 (悪性腫瘍)	11:00~11:40

■優秀演題表彰式

第1会場	13:10~13:25
------	-------------

■ランチョンセミナー1・2

第1・第2会場	12:00~13:00
---------	-------------

日 時：2025年9月27日（土）受付9：30 より
会 場：ユートリー 多目的大ホール
〒039-1102 八戸市一番町1丁目9-22
参加費：無料

【事務局】

弘前大学大学院医学研究科 呼吸器内科学講座
〒036-8562 青森県弘前市在府町5
TEL：0172-39-5468

座長・演者へのご案内

◇座長の方へ

1. ご担当されるセッション開始の10分前までに会場内右側前方の次座長席にお着きください。
2. プログラムの円滑な進行のため、発表時間に厳守にご協力ください。

◇演者の方へ

1. 口演時間は6分、口演後の討論時間は2分です。口演中は緑色ランプが点灯し、1分前に黄色ランプ、終了時に赤色ランプが点灯しますので時間を厳守してください。
2. 発表時は演者の手元にある機器で、演者自身でPCを操作してください。
 - ・当日発表に使用するPCはWindows10、プレゼンテーションソフトはPowerPointです。Macintoshについては、各自PCの持ち込みと致します。
 - ・Windowsでは、文字化け防止のためWindows標準フォントをご使用ください。
 - ・スライドサイズは16:9、4:3の双方対応可能です。
 - ・発表用ファイルはUSBメモリにて発表の30分前までにPC受付にお持ちください。
 - ・動画・アニメーション・音声の使用はお断り致します。
 - ・円滑な進行のため、発表者ツールの使用はご遠慮ください。
 - ・ご自身のPCをお持ちの場合は、事前に動作確認をお願いします。電源アダプターおよびHDMIの変換ケーブルも忘れずにお持ちください。なお、動作不良の場合に備え、バックアップデータをご持参ください。
 - ・ウイルスチェックは事前に十分に行ってください。
 - ・スクリーンセーバーならびに省電力設定は予め解除してください。
 - ・発表データの中にCOI（利益相反）のスライドを必ず入れ込んでください。
詳しくは以下のサイトから開示スライド例をダウンロードして、ご作成ください。
◎日本呼吸器学会 HP（HOME >学会について>利益相反）
◎日本結核・非結核性抗酸菌症学会 HP（HOME >支部学会>東北支部>地方会 HP）

参加者へのご案内

1. 参加受付は9:30より、会場（ユートリー 多目的大ホール）にて行います。
2. 参加費 無料
ネームカード、参加証明書をお渡ししますので、氏名をご記入の上、会場内では常時着用してください。
3. 昼食はランチョンセミナーをご利用ください。
お弁当の数には限りがございますのでご了承ください。
4. 会場では携帯電話をマナーモードに設定してください。
5. 無許可の録音・録画および写真撮影は固く禁止いたします。

ご参加の皆様へ

1. 会場内での発言はすべ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。
2. 学会中の呼び出しは緊急でやむを得ない場合以外はいたしません。
3. プログラム・抄録集の当日配布はいたしませんので、各自ダウンロード・印刷の上ご持参ください。
4. 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出席は5単位、筆頭演者は3単位加算
 - ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 出席は7単位、筆頭演者は7単位加算
 - ・3学会合同呼吸器療法認定士 20単位
 - ・ICD 制度協議会 5単位（筆頭演者 2単位）
 - ・日本結核病学会結核・抗酸菌症認定医 / 指導医、抗酸菌症エキスパート資格 出席は5単位、筆頭演者は5単位追加
5. 日本呼吸器学会会員の当日、単位登録を行います。受付の際に、会員カードのバーコードを読み取らせていただきますので、必ず会員カードをご持参ください。
会員カードをお忘れになった場合は、ご自身で参加証明書を保管の上、専門医更新時に参加証明書のコピーを添えてご提出ください。

アクセス



ユートリー（VISIT はちのへ）

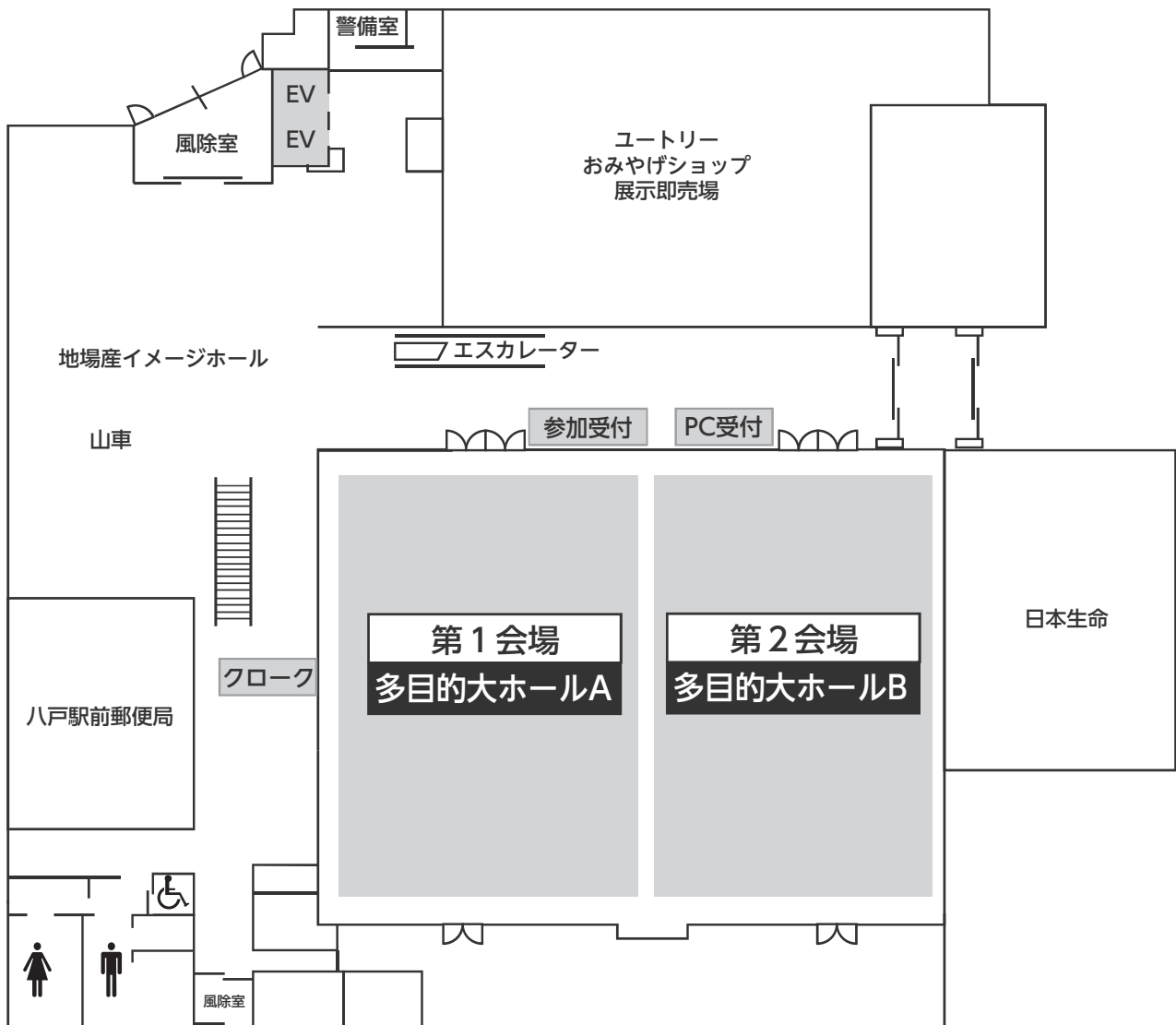
〒039-1102 青森県八戸市一番町 1 丁目 9-22

- 八戸駅東口から・・・徒歩 1 分
乗り入れ線：J R 東北新幹線・東北本線・八戸線・青い森鉄道
ユートリーと八戸駅と八戸駅前駐車場は 2 階連絡通路にて相互接続されています
- 東北自動車道八戸 IC から・・・車で 8 分
八戸駅への案内表示に従い進み、八戸駅正面の交差点を左折すると 8 階建てのユートリーが見えます
- 八戸自動車道八戸西スマート IC から・・・車で 7 分
八戸駅東口への案内表示に従い進み、八戸駅正面の交差点を左折すると 8 階建てのユートリーが見えます
- 三沢空港から・・・車で 40 分
連絡バス：三沢空港から三沢駅まで約 15 分
電車：三沢駅から八戸駅まで約 30 分
- フェリーふ頭から・・・車で 15 分
八戸駅への案内表示に従い進み、八戸駅正面の交差点を左折すると 8 階建てのユートリーが見えます

会場案内図

ユートリー

1F



第121回日本呼吸器学会東北地方会
第151回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会
日 程 表

	第1会場 (大ホールA)	第2会場 (大ホールB)
9:00		
10:00	10:05～10:10 開会の辞 第121回日本呼吸器学会東北地方会 会長 田坂 定智	10:05～10:10 開会の辞 第151回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 会長 糸賀 正道
11:00	10:10～10:58 セッション1 (研修医・学生セッション) 座長：當麻 景章 川田 一郎	10:10～10:58 セッション3 (結核・感染症) 座長：二瓶 真由美 鈴木 康仁
	11:00～11:40 セッション2 (研修医・学生セッション) 座長：二階堂 雄文 村上 康司	11:00～11:40 セッション4 (悪性腫瘍) 座長：宮崎 収 伊藤 貴司
12:00		
	12:00～13:00 ランチョンセミナー1 ILD患者における抗線維化薬の使いどころとコツ 座長：田坂 定智 演者：杉野 圭史 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	12:00～13:00 ランチョンセミナー2 残存する咳嗽症状に着目した喘息吸入療法の 選択肢を探る 座長：糸賀 正道 演者：齋藤 純平 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社
13:00	13:10～13:25 研修医・学生セッション優秀演題表彰式 13:30～13:54 セッション5 座長：森本 武史・松本 周一郎	
14:00	13:55～14:00 閉会の辞 第121回日本呼吸器学会東北地方会 会長 田坂 定智	
15:00		
16:00		

(敬称略)

< プログラム >

一 般 演 題

第1会場 (大ホールA)

開会の辞 10:05～10:10

第121回日本呼吸器学会東北地方会 会長 田坂 定智
(弘前大学大学院医学研究科 呼吸器内科学講座)

セッション1 (研修医・学生セッション)

10:10～10:58 第1会場 (大ホールA)

座長：弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科，感染症科 當麻 景章
岩手医科大学内科学講座呼吸器内科分野 川田 一郎

01. 家族内発症を認めた pleuroparenchymal fibroelastosis (PPFE) の症例

青森県立中央病院

◎宮本 茉里奈，森本 武史，三浦 大，中鉢 敬，石戸谷 美奈，千葉 俊介，
長谷川 幸裕

02. COVID-19 持続感染に対し、免疫グロブリンが著効した一例

青森県立中央病院¹，青森県立病院 呼吸器内科²

◎澤谷 俊之介¹，森本 武史²，三浦 大²，中鉢 敬²，石戸谷 美奈²，
小田切 遥²，長谷川 幸裕²

03. COVID-19 罹患後の間質性肺病変を契機に診断した HIV 陽性ニューモシスティス肺炎の一例

十和田市立中央病院 初期研修医¹，十和田市立中央病院 呼吸器内科²

◎岩織 瑛典¹，伊藤 貴司²

04. 異時性に異なる間質性肺疾患を発症した造血幹細胞移植後肺障害の1例

東北大学医学部 6年¹，東北大学病院 呼吸器内科²，東北大学病院 血液内科³，
東北大学大学院 医学系研究科 病理診断学分野⁴

◎金子 仁太郎¹，村上 康司²，塩谷 梨沙子²，京極 自彦²，東出 直樹²，
菊池 崇史²，小野寺 晃一³，井上 千裕⁴，富永 循哉⁵，杉浦 久敏²

05. 拡張した気管支内に限局する腫瘍形成を認めた

慢性肺アスペルギルス症の一例

秋田大学医学部附属病院 総合臨床教育研修センター¹, 秋田大学大学院呼吸器内科学講座²,
秋田大学大学院腫瘍制御医学系胸部外科学講座³

◎柴原 大征¹, 五島 哲², 滝田 友里², 泉谷 有可², 坂本 祥², 奥田 佑道²,
竹田 正秀², 佐藤 一洋², 今井 一博³, 中山 勝敏²

06. 亜急性に肺構造の破壊が進行した

M. fortuitum と Aspergillus の共感染の一例

東北大学病院 卒後研修センター¹, 東北大学病院 呼吸器内科²

◎大野 桃香¹, 松本 周一郎², 村上 康司², 井上 直紀², 伊藤 辰徳²,
市川 朋宏², 山田 充啓², 杉浦 久敏²

セッション2 (研修医・学生セッション)

11:00 ~ 11:40 第1会場 (大ホールA)

座長：福島県立医科大学 呼吸器内科学講座 二階堂 雄文
東北大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学分野 村上 康司

07. トシリズマブ併用で病勢コントロールが可能となった

再発性多発軟骨炎の1例

一般社団法人 慈山会医学研究所附属 坪井病院呼吸器内科¹, 同院病理診断科²,
一般財団法人 太田総合病院 太田西ノ内病院耳鼻咽喉科³

◎小野 紘貴¹, 齋藤 美加子¹, 安藤 真弘¹, 五十嵐 誠治², 角田 結衣³

08. 甲状腺両葉にびまん性転移を呈した原発不明 (TO) 肺腺癌の1例

山形県立中央病院 臨床研修センター¹, 山形県立中央病院 呼吸器内科²,
山形大学医学部附属病院 病理診断科³

◎須藤 一真¹, 宮崎 収², 日野 俊彦², 麻生 マリ², 野川 ひとみ²,
相澤 貴史², 吾妻 祐介², 渡辺 友理², 島田 佳林², 鈴木 彩花²,
樺澤 崇允³, 鈴木 博貴²

09. オシメルチニブ投与後早期に薬剤性肺障害を発症した EGFR exon 18 G719X 陽性肺腺癌の1例

仙台市立病院 初期臨床研修医¹, 仙台市立病院 呼吸器内科²

◎花澤 快聖^{1,2}, 成田 大輔², 佐々木 優作², 田中 里江², 白土 陽一²,
芦野 有悟², 小荒井 晃²

10. アムルピシンによる急性胃潰瘍が疑われた小細胞肺癌の一例

八戸市立市民病院 初期研修医¹, 八戸市立市民病院 呼吸器内科²

◎浅野 玲央菜¹, 田中 佑典², 嶋中 拓弥², 土橋 雅樹², 二瓶 真由美²,
熊谷 美香², 安ヶ平 英夫²

11. ガイドシース併用クライオ生検で診断できた肺浸潤性粘液性腺癌の1例

山形大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター¹, 山形大学医学部附属病院 第一内科²

◎竹田 万里¹, 五十嵐 朗², 中野 寛之², 板坂 脩平², 菅野 悠太²,
久米 壮亮², 名和 祥江², 福島 茂之², 結城 嘉彦², 古山 広大²,
小林 真紀², 佐藤 建人², 根本 貴子², 西脇 道子², 渡辺 昌文²,
井上 純人²

セッション5

13:30～13:54 第1会場（大ホールA）

座長：青森県立中央病院 呼吸器内科 森本 武史
東北大学病院 呼吸器内科 松本 周一郎

23. 脳死片肺移植後に肝悪性腫瘍を併発した2症例

岩手県立中央病院 呼吸器内科¹, 岩手県立中央病院 血液内科²

◎長谷川 祥¹, 寺田 明輝¹, 千葉 真士¹, 宇部 健治¹, 濱田 宏之²

24. 発作性心房細動に対するカテーテルアブレーションに合併した うっ血性肺梗塞、随伴性胸膜炎の一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科, 感染症科¹,

弘前大学医学部附属病院 高度救命救急センター²

◎鹿内 久嵩¹, 中野渡 優人¹, 千葉 俊介¹, 福島 聖菜¹, 布村 恭仁¹,
小山 新太郎¹, 三浦 桐子¹, 向井 峻太², 小堀 由璃¹, 福島 高志²,
秋田 貴博¹, 坂本 博昭¹, 牧口 友紀¹, 田中 寿志¹, 當麻 景章¹,
田坂 定智¹

25. 長期生存中の ALK 陽性肺癌肉腫の一例

八戸市立市民病院 呼吸器内科

◎熊谷 美香, 二瓶 真由美, 土橋 雅樹, 田中 佑典, 嶋中 拓弥, 安ヶ平 英夫

第2会場(大ホールB)

開会の辞 10:05～10:10

第151回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 会長 糸賀 正道
(弘前大学大学院医学研究科 臨床検査医学講座)

セッション3 (結核・感染症)

10:10～10:58 第2会場(大ホールB)

座長：八戸市立市民病院 呼吸器内科 二瓶 真由美
福島県立医科大学 呼吸器内科学講座 鈴木 康仁

12. 胃液検査により早期診断できた結核性脊椎炎合併粟粒結核の一例

十和田市立中央病院 呼吸器内科¹, 十和田市立中央病院 整形外科²
◎伊藤 貴司¹, 板橋 泰斗²

13. BCG 膀胱内注入療法後に播種性 BCG 感染症を発症した 1 例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科, 感染症科¹,
弘前大学医学部附属病院 高度救命救急センター²,
公益財団法人 結核予防会 結核研究所 抗酸菌部³, 北里大学 大村智記念研究所⁴
◎中野渡 優人¹, 鹿内 久嵩¹, 布村 恭仁¹, 小山 新太郎¹, 三浦 桐子¹,
向井 峻太², 小堀 由璃¹, 福島 高志², 秋田 貴博¹, 坂本 博昭¹, 糸賀 正道¹,
牧口 友紀¹, 田中 寿志¹, 當麻 景章¹, 瀧井 猛将^{3,4}, 田坂 定智¹

14. リポソーム化アミカシン吸入療法中に気管支喘息が 顕在化したと考えられる一例

岩手医科大学附属病院呼吸器内科
◎長島 広相、千葉 祐胤、藤本 亜美、大浦 慎之介、菖蒲澤 大樹、八鍬 一博、
片桐 紘、堀井 洋祐、秋山 真親、内海 裕、川田 一郎

15. 続発性気胸発症後に非結核性抗酸菌による胸膜炎を発症した 2 例

福島県立医科大学 呼吸器内科学講座¹,
福島県立医科大学 会津医療センター 感染症・呼吸器内科²
◎熊中 貴弘¹, 二階堂 雄文¹, 佐藤 理子², 久米 裕昭², 田中 竜太郎¹,
齋藤 弘志¹, 富田 ひかる¹, 渡邊 菜摘¹, 東川 隆一¹, 佐藤 佑樹¹,
鈴木 康仁¹, 斉藤 純平¹, 金沢 賢也¹, 谷野 功典¹, 柴田 陽光¹

16. 当院における *Mycoplasma pneumoniae* (Mp) 感染症に対する 診療の変遷：迅速診断技術の進展と治療実態の変化

坂総合病院 呼吸器内科

◎生方 智, 佐藤 幸佑, 小室 英恵, 神宮 大輔, 矢島 剛洋, 渡辺 洋,
高橋 洋

17. 横紋筋融解症と難治性中枢型深部静脈血栓症を併発した 重症マイコプラズマ肺炎の一例

坂総合病院 呼吸器内科

◎小室 英恵, 生方 智, 佐藤 幸佑, 神宮 大輔, 矢島 剛洋, 渡辺 洋,
高橋 洋

セッション4 (悪性腫瘍)

11:00 ~ 11:40 第2会場 (大ホールB)

座長：山形県立中央病院 呼吸器内科 宮崎 収
十和田市立中央病院 呼吸器内科 伊藤 貴司

18. 豪雨後の浸水被害地域で発症したレジオネラ肺炎の一例

秋田大学医学部附属病院 呼吸器内科¹, 秋田赤十字病院 呼吸器内科²

◎滝田 友里^{1,2}, 五島 哲¹, 泉谷 有可¹, 坂本 祥¹, 奥田 佑道¹, 小高 英達²,
竹田 正秀¹, 佐藤 一洋¹, 中山 勝敏¹

19. 著明な貧血を呈した肺癌の1例

石巻赤十字病院呼吸器内科¹, 石巻赤十字病院血液内科²

◎佐藤 ひかり¹, 奥友 洸二¹, 大橋 圭一², 佐藤 公威¹, 山本 香¹,
浅原 健人¹, 山邊 千尋¹, 石田 雅嗣¹, 小野 学¹, 小林 誠一¹

20. 紡錘細胞癌疑いの肺癌にペムブロリズマブが奏功した一例

弘前中央病院 呼吸器内科¹, 弘前中央病院 病理診断科²

◎鈴木 幸雄¹, 奥寺 光一¹, 三國谷 恵¹, 鎌田 義正²

21. EGFR exon 19 insertion 変異が同定された肺腺癌の一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科¹,

弘前大学医学部附属病院 高度救命救急センター²

◎坂本 博昭¹, 鹿内 久嵩¹, 中野渡 優人¹, 千葉 俊介¹, 福島 聖菜¹,
布村 恭仁¹, 小山 新太郎¹, 三浦 桐子¹, 向井 峻太², 小堀 由璃¹,
福島 高志², 秋田 貴博¹, 牧口 友紀¹, 田中 寿志¹, 當麻 景章¹,
田坂 定智¹

22. 感染症により死亡した ACTH 産生小細胞肺癌の一例

日本海総合病院 呼吸器内科¹, 日本海総合病院 代謝内科²,

日本海総合病院 病理診断科³

◎齊藤 溪大郎¹, 町田 浩祥¹, 安孫子 拓人¹, 鈴木 友美理¹, 花輪 翁有¹,
町屋 純一¹, 齋藤 弘¹, 佐藤 優雅², 木村 守², 西田 晶子³

ランチョンセミナー 1 (12:00 ~ 13:00)

第1会場 (大ホールA)

座長

弘前大学大学院医学研究科 呼吸器内科学講座 教授
田坂 定智

ILD 患者における抗線維化薬の使いどころとコツ

演者

一般社団法人 慈山会医学研究所付属 坪井病院 院長
杉野 圭史

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

ランチョンセミナー 2 (12:00 ~ 13:00)

第2会場 (大ホール B)

座長

弘前大学大学院医学研究科 臨床検査医学講座 講師
糸賀 正道

残存する咳嗽症状に着目した喘息吸入療法の選択肢を探る

演者

福島県立医科大学 呼吸器内科学講座 講師
齋藤 純平

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

研修医・学生セッション優秀演題表彰式 13:10 ~ 13:25

閉会の辞 13:55 ~ 14:00

第121回日本呼吸器学会東北地方会 会長 田坂 定智
(弘前大学大学院医学研究科 呼吸器内科学講座)

< 抄 録 集 >

セッション1（研修医・学生セッション）

10:10～10:58 第1会場（大ホールA）

座長：弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科，感染症科 當麻 景章
岩手医科大学内科学講座呼吸器内科分野 川田 一郎

01. 家族内発症を認めた pleuroparenchymal fibroelastosis (PPFE) の症例

青森県立中央病院

◎宮本 茉里奈，森本 武史，三浦 大，中鉢 敬，石戸谷 美奈，千葉 俊介，
長谷川 幸裕

【背景】 pleuroparenchymal fibroelastosis (PPFE) は特発性間質性肺炎の一亜型であり、家族内発症の報告もあるが詳細は不明である。【症例】 71 歳女性。X-1 年 10 月に咳嗽あり。近医胸部 CT で両側上葉胸膜下索状・すりガラス陰影認め当科紹介受診。再評価で両側上葉の陰影は PPFE が疑われた。原因となる薬剤や膠原病合併を疑う所見もなかった。X-8 年の胸部 x-p で既に両側肺尖部索状陰影を認めており PPFE の増悪が疑われた。X 年 5 月の肺機能検査で肺活量低下を認め、臨床診断基準を満たしており難病申請の上で同 6 月から Nintedanib を導入した。本患者には家族歴があり、兄 2 人とも特発性肺線維症 (IPF) として当院での加療歴があった。再確認で 2 人とも PPFE と IPF が合併した画像を呈していた。【まとめ】 家族内発症の疑われる PPFE 症例を経験した。間質性肺炎の原因として複数の原因遺伝子や環境因子が影響している可能性が報告されており、文献的考察を加えて報告する。

02. COVID-19 持続感染に対し、免疫グロブリンが著効した一例

青森県立中央病院¹，青森県立病院 呼吸器内科²

◎澤谷 俊之介¹，森本 武史²，三浦 大²，中鉢 敬²，石戸谷 美奈²，
小田切 遥²，長谷川 幸裕²

63 歳男性、X-2 年～X-1 年に悪性リンパ腫にて、化学療法 (CHOP 療法 + オビヌツズマブ) 施行。X 年 7 月 COVID-19 感染にて抗ウイルス薬で治療。同 10 月に発熱、咳嗽悪化あり。前医受診し CT で両肺に広範なすりガラス影、網状影を認めたため同院入院。抗生剤とステロイドパルス療法施行も改善なく当科転院となった。入院時、SARS-CoV2 抗原が弱陽性であり、COVID-19 肺炎を疑いレムデシビルを投与し肺炎は改善した。その後も発熱や肺炎増悪を繰り返し、複数回抗原検査も陽性となったため COVID-19 持続感染と判断し対応した。抗ウイルス薬で一時的に改善するも肺炎再燃を繰り返したため免疫不全に対して X+1 年 3 月免疫グロブリンを投与した。投与後は速やかに肺炎の改善を認め、その後は再燃なく 1 年以上経過している。抗 CD20 抗体などの生物学的製剤で COVID-19 持続感染となる症例が報告されており、免疫グロブリンが有効である可能性が指摘されている。文献的考察を加えて報告する。

03. COVID-19 罹患後の間質性肺病変を契機に診断した

HIV 陽性ニューモシスティス肺炎の一例

十和田市立中央病院 初期研修医¹，十和田市立中央病院 呼吸器内科²

◎岩織 瑛典¹，伊藤 貴司²

【症例】50 歳代女性【既往歴】子宮がん手術【現病歴】X 年 8 月上旬より感冒症状を認め、9 月 Y-18 日に前医を受診し、SARS-CoV-2 抗原陽性だったが発症時期不明として対症薬で経過がみられた。労作時の息切れのため 9 月 Y 日前医を再受診し、肺炎疑いとして同日当科紹介、入院となった。【経過】紹介時も SARS-CoV-2 抗原は陽性で、胸部 HRCT で両肺に広範なすりガラス影を認め、間質性肺炎として鑑別を並行しながらステロイド療法を施行していたところ、 β -D- グルカン高値を認めニューモシスティス肺炎 (PCP) の合併を疑った。追加検査により、喀痰ニューモシスティス DNA 陽性のほか HIV 抗原抗体検査も陽性と判明し、HIV 確認検査も陽性であった。HIV-1 感染と COVID-19 の合併を基礎とした PCP と診断し、AIDS 診療対応医療機関へ転院した。【考察】一般的な呼吸器診療の場で HIV 感染者を発見する機会があるため、教訓的症例として報告する。

04. 異時性に異なる間質性肺疾患を発症した造血幹細胞移植後肺障害の 1 例

東北大学医学部 6 年¹，東北大学病院 呼吸器内科²，東北大学病院 血液内科³，

東北大学大学院 医学系研究科 病理診断学分野⁴

◎金子 仁太郎¹，村上 康司²，塩谷 梨沙子²，京極 自彦²，東出 直樹²，
菊池 崇史²，小野寺 晃一³，井上 千裕⁴，富永 循哉⁵，杉浦 久敏²

症例:41 歳、男性。現病歴:X-10 年 11 月、T リンパ芽球性リンパ腫に対して同種造血幹細胞移植(Allo-HSCT)を実施した。同年 12 月、急性 GVHD を発症しプレドニゾロン (PSL) とタクロリムスで加療した。X-9 年 6 月、両肺に多発浸潤影が出現し、気管支鏡検査で器質化肺炎 (OP) と診断され、PSL を増量し改善した。X-6 年 1 月、OP が再燃したが PSL 再増量で改善した。その後 PSL を再度漸減したところ、両肺にすりガラス陰影が出現し、肺活量が低下傾向となり X 年 1 月当科に紹介された。気管支鏡検査では特異的所見が得られず、外科的肺生検を実施。集学的検討 (MDD) を行い OP 以外の HSCT 後間質性肺疾患と診断、炎症細胞浸潤に乏しく線維化所見が優勢のため抗線維化治療が推奨された。考察:HSCT 後に異なるタイプの間質性肺疾患が異時性に発症することは稀である。OP 以外の HSCT 後肺障害に対する PSL の有効性は乏しく、診断のみならず治療方針を決定する上でも MDD が有用であった。

05. 拡張した気管支内に限局する腫瘍形成を認めた

慢性肺アスペルギルス症の一例

秋田大学医学部附属病院 総合臨床教育研修センター¹, 秋田大学大学院呼吸器内科学講座²,
秋田大学大学院腫瘍制御医学系胸部外科学講座³

◎柴原 大征¹, 五島 哲², 滝田 友里², 泉谷 有可², 坂本 祥², 奥田 佑道²,
竹田 正秀², 佐藤 一洋², 今井 一博³, 中山 勝敏²

73歳の女性。20歳代より右中葉に嚢状気管支拡張症を指摘。咯血を契機に右中葉慢性肺アスペルギルス症の診断で抗真菌薬治療を開始し、浸潤影は消褪した。治療継続も同部位に腫瘍状病変の出現を認め、精査・加療目的に当科紹介。造影CT検査で拡張・肥厚した気管支壁に充満する低吸収領域を認めた。気管支鏡検査で気管支内に被膜を伴う病変を認め、内部の膿汁からアスペルギルスが検出された。抗真菌薬治療への反応に乏しく、病変が右中葉に限局していたことから、外科的切除術が施行された。病理検体では線維化した気管支壁とアスペルギルスの菌球を認めたが、病変周囲の肺組織は保たれていた。慢性肺アスペルギルス症として、非典型的な経過と画像・病理所見を認めた症例であり報告する。

06. 亜急性に肺構造の破壊が進行した

M. fortuitum と Aspergillus の共感染の一例

東北大学病院 卒後研修センター¹, 東北大学病院 呼吸器内科²

◎大野 桃香¹, 松本 周一郎², 村上 康司², 井上 直紀², 伊藤 辰徳²,
市川 朋宏², 山田 充啓², 杉浦 久敏²

【症例】72歳男性。【現病歴】Asthma-COPD overlapのため通院中、X-1年9月の胸部CTで左肺尖部に空洞を伴う浸潤影を認めた。喀痰検査でM. fortuitumが2回培養陽性となり、X年2月、X年6月のCTで空洞および周囲浸潤影の顕著な拡大傾向を認めたため、精査加療目的に当科に入院した。【経過】入院後の喀痰検査では緑膿菌が検出された。気管支鏡検査で採取した洗浄液の細胞診で分岐状糸状菌塊を認めたが、真菌・抗酸菌培養は陰性だった。CT画像所見と合わせて緑膿菌感染を併発した慢性肺アスペルギルス症の合併と臨床診断し、タゾバクタム・ピペラシリンとボリコナゾールを開始し改善を得られた。【考察】迅速発育菌であるM. fortuitum感染により生じた空洞病変にAspergillusが共感染したことで、肺構造の破壊が亜急性に進行した可能性が考えられた。比較的急速に進行する空洞を伴う浸潤影を認める場合、Aspergillusの共感染を考慮すべきである。

セッション2（研修医・学生セッション）

11:00～11:40 第1会場（大ホールA）

座長：福島県立医科大学 呼吸器内科学講座 二階堂 雄文
東北大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学分野 村上 康司

07. トシリズマブ併用で病勢コントロールが可能となった

再発性多発軟骨炎の1例

一般社団法人 慈山会医学研究所附属 坪井病院呼吸器内科¹，同院病理診断科²，
一般財団法人 太田総合病院 太田西ノ内病院耳鼻咽喉科³
◎小野 紘貴¹，齋藤 美加子¹，安藤 真弘¹，五十嵐 誠治²，角田 結衣³

【症例】37歳，男性．【主訴】発熱、咳嗽、呼吸困難．【現病歴】X年4月から発熱、咳嗽、呼吸困難、両側手関節痛が出現し当院受診。胸部CT検査で気管から両側主気管支壁の肥厚と周囲の脂肪組織濃度の上昇を認めた。気管支鏡検査で気管粘膜の著明な発赤と浮腫性変化をみとめたが、組織学的な確定診断は得られなかった。多関節炎、気道軟骨炎を認めたため、臨床的に再発性多発軟骨炎と診断しステロイドパルス療法、後療法としてPSL 50mgで治療開始し症状及び画像所見の改善が得られた。その後シクロスポリンも併用していたが、PSL 15mgに漸減したところ再燃を認めた。血液検査でIL-6 114 pg/mlと上昇を認め、トシリズマブ導入。導入後はPSL 5mgまで漸減を行うもIL-6 32 pg/mlと低下を認め、再燃なく経過している。【考察】再発性多発軟骨炎の治療としてトシリズマブの有効性についての症例報告が散見される。本症例もトシリズマブにより良好な経過が得られたため報告する。

08. 甲状腺両葉にびまん性転移を呈した原発不明（T0）肺腺癌の1例

山形県立中央病院 臨床研修センター¹，山形県立中央病院 呼吸器内科²，
山形大学医学部附属病院 病理診断科³
◎須藤 一真¹，宮崎 収²，日野 俊彦²，麻生 マリ²，野川 ひとみ²，
相澤 貴史²，吾妻 祐介²，渡辺 友理²，島田 佳林²，鈴木 彩花²，
樺澤 崇允³，鈴木 博貴²

甲状腺へのびまん性転移は稀であり、画像所見のみで他の甲状腺疾患との鑑別は困難である。今回我々は、両側にびまん性の甲状腺転移を呈した原発不明（T0）肺腺癌の1例を経験したので報告する。症例は63歳男性。2025年2月、息切れを主訴に救急搬送され、心タンポナーデを伴い心嚢ドレナージ施行。心嚢液セルブロックでTTF-1陽性の異形細胞を検出した。PET-CTでは頸部、縦隔、肺門リンパ節および甲状腺両葉にFDGのびまん性集積を認めたが、原発巣となる肺病変は確認されなかった。縦郭リンパ節のEBUS-TBNAでは、TTF-1およびNapsin-A陽性、PAX8陰性の所見より肺腺癌が強く示唆された。甲状腺の針細胞診と頸部リンパ節生検でも同様の所見を認め、T0肺腺癌の甲状腺転移と診断した。進行肺腺癌として化学療法を開始した。びまん性の甲状腺腫大みとめた場合には、転移性腫瘍の可能性を鑑別に挙げる必要がある。

09. オシメルチニブ投与後早期に薬剤性肺障害を発症した

EGFR exon 18 G719X 陽性肺腺癌の 1 例

仙台市立病院 初期臨床研修医¹, 仙台市立病院 呼吸器内科²

◎花澤 快聖^{1,2}, 成田 大輔², 佐々木 優作², 田中 里江², 白土 陽一²,
芦野 有悟², 小荒井 晃²

【症例】80 歳男性. 【現病歴】X 年 4 月に胸部 CT で右上葉腫瘤影と左下葉結節影を認め、精査の結果、肺腺癌 cT3N1M1c (肺, 脳) stage IV B と診断された. 遺伝子解析で EGFR exon 18 G719X 陽性であった. 6 月に発熱と咳嗽が出現し、右上葉の腫瘍による閉塞性肺炎と判断し、抗菌薬に加え EGFR チロシンキナーゼ阻害剤であるオシメルチニブ投与を入院の上で開始した. 投与 11 日目に酸素需要が増加し、胸部 CT で両側びまん性すりガラス影を新規に認めた. 薬剤性肺障害と判断し、オシメルチニブを中止しステロイド投与を行ったところ、呼吸状態と画像所見は改善傾向を示した. 【考察】一般に、オシメルチニブによる薬剤性肺障害は投与から 8-12 週での発症が多いとされているが、本症例のように早期に発症する例も存在する. EGFR Uncommon 変異におけるオシメルチニブ関連薬剤性肺障害の報告は限られているが、閉塞性肺炎などの炎症病態を合併する場合、早期の薬剤性肺障害が生じる可能性があり、注意を要する.

10. アムルビシンによる急性胃潰瘍が疑われた小細胞肺癌の一例

八戸市立市民病院 初期研修医¹, 八戸市立市民病院 呼吸器内科²

◎浅野 玲央菜¹, 田中 佑典², 嶋中 拓弥², 土橋 雅樹², 二瓶 真由美²,
熊谷 美香², 安ヶ平 英夫²

72 歳男性. X-6 年に右下葉肺扁平上皮癌に対して右下葉切除術+リンパ節郭清を施行. X-1 年 4 月左上葉結節影が出現、増大を認め、精査にて小細胞肺癌の診断となり、X-1 年 6 月に精査加療目的に当科紹介. 同年 8 月よりカルボプラチン+エトポシドによる化学療法を 4 コース完遂. X 年 3 月に CT にて縦隔リンパ節の増大を認め、アムルビシンの投与を開始した. 3 コース投与後、5 月 21 日に食思不振、経口摂取不良で入院. 補液で改善し退院も、5 月 30 日の造影 CT にて胃粘膜の不整を指摘、6 月 2 日に嘔気、腹部不快感を認め再入院. 同日消化器内科に紹介し、上部消化管内視鏡検査にて胃潰瘍を認め、同日より絶食補液、プロトンポンプ阻害薬にて加療を開始した. 6 月 9 日の内視鏡検査では胃潰瘍の改善を認めた. *H.pylori* 抗体は陰性であり、アムルビシンによる薬剤性の胃潰瘍が疑われた. アムルビシンによる消化管潰瘍の報告は稀であり、文献的考察を含めて報告する.

11. ガイドシース併用クライオ生検で診断できた肺浸潤性粘液性腺癌の1例

山形大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター¹, 山形大学医学部附属病院 第一内科²

◎竹田 万里¹, 五十嵐 朗², 中野 寛之², 板坂 脩平², 菅野 悠太²,
久米 壮亮², 名和 祥江², 福島 茂之², 結城 嘉彦², 古山 広大²,
小林 真紀², 佐藤 建人², 根本 貴子², 西脇 道子², 渡辺 昌文²,
井上 純人²

症例は70歳代男性。健康診断で胸部異常陰影を指摘され当院を受診した。胸部造影CTでは、右下葉に気管支透亮像を含む浸潤影を認め、血管の走行は保たれていた。細菌性肺炎としては咳嗽や発熱の症状が乏しく血液検査では炎症所見は軽度であり非典型的と考えられた。悪性疾患の可能性を考え気管支鏡下にガイドシース(GS)併用クライオ生検を施行し肺浸潤性粘液性腺癌の診断(IMA)となった。IMAは、肺腺癌の一亜型であり約5%を占める。粘液を大量に産生し肺胞内に充満するため、画像所見ではすりガラス影や浸潤影を示し肺炎との鑑別が困難である。病理学的には、肺胞構造を保ったまま腫瘍細胞が肺胞上皮に沿って増殖し、経気管支肺生検(TBLB)やCT下肺生検では診断困難な場合が多い。GS併用クライオ生検はTBLBと比べ挫滅の少ない良質な検体を採取でき本疾患の診断に有効である。

セッション3（結核・感染症）

10:10～10:58 第2会場（大ホールB）

座長：八戸市立市民病院 呼吸器内科 二瓶 真由美
福島県立医科大学 呼吸器内科学講座 鈴木 康仁

12. 胃液検査により早期診断できた結核性脊椎炎合併粟粒結核の一例

十和田市立中央病院 呼吸器内科¹，十和田市立中央病院 整形外科²

◎伊藤 貴司¹，板橋 泰斗²

【症例】83歳男性【既往歴】尿管結石、腎痿造設【現病歴】左尿管結石嵌頓の治療に関連して左腎痿を造設後、当院泌尿器科を通院中に背部痛と発熱を認め、腎盂腎炎疑いとして当院泌尿器科に入院。発熱が持続しCTで両肺に粟粒様の粒状影、胸椎に炎症性病変を認めたため当科紹介となった。【経過】喀痰3連痰の抗酸菌塗抹は陰性で結核菌群LAMP法も陰性だったが、T-SPOT陽性であり粟粒結核が否定できなかったため胃液検査を追加したところ、結核菌群PCR陽性の結果が得られ、粟粒結核と診断し抗結核薬4剤による治療を開始した。胸椎病変は整形外科にて結核性脊椎炎の診断となり、下肢の神経症状が出現してきたため手術目的に他院へ転院となった。【考察】粟粒結核は血行性播種性結核症であり、他臓器への播種を合併しやすく喀痰塗抹陽性率も低いため、早期診断のための積極的な検査が重要である。

13. BCG膀胱内注入療法後に播種性BCG感染症を発症した1例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科，感染症科¹，

弘前大学医学部附属病院 高度救命救急センター²，

公益財団法人 結核予防会 結核研究所 抗酸菌部³，北里大学 大村智記念研究所⁴

◎中野渡 優人¹，鹿内 久嵩¹，布村 恭仁¹，小山 新太郎¹，三浦 桐子¹，

向井 峻太²，小堀 由璃¹，福島 高志²，秋田 貴博¹，坂本 博昭¹，糸賀 正道¹，

牧口 友紀¹，田中 寿志¹，當麻 景章¹，瀧井 猛将^{3,4}，田坂 定智¹

症例は80歳男性。膀胱癌術後のX年10月よりBCG膀胱内注入療法を施行していた。翌年3月に発熱、咳嗽、息切れが出現。低酸素血症、肺野異常影を認め肺炎と診断され一般抗菌薬が投与されたが、悪化傾向のため当科紹介となった。CTでは肺野にびまん性すりガラス影を認め、気管支肺胞洗浄ではリンパ球分画が増加していた。その時点で喀痰、尿、血液、気管支肺胞洗浄液のいずれからも有意菌の検出なく、BCGによる薬剤性肺障害としてステロイド全身投与を開始した。症状、検査所見の改善が得られたものの、3週間後に喀痰培養で *Mycobacterium bovis* が検出され、播種性BCG感染症と診断し、INH、RFP、EB併用療法を開始した。一時的な発熱を認めたが、その後の経過は良好であった。BCG膀胱内注入療法における合併症として薬剤性肺障害と播種性BCG感染症の鑑別に難渋することは少なくない。教訓的症例として報告する。

14. リポソーム化アミカシン吸入療法中に気管支喘息が顕在化したと考えられる一例

岩手医科大学附属病院呼吸器内科

◎長島 広相、千葉 祐胤、藤本 亜美、大浦 慎之介、菖蒲澤 大樹、八鍬 一博、
片桐 紘、堀井 洋祐、秋山 真親、内海 裕、川田 一郎

背景 リポソーム化アミカシン吸入療法は、難治性肺 MAC 症に対して使用され、主な副作用は嘔声、咳嗽、気管支攣縮などである。しかし、治療中に気管支喘息が顕在化した報告は稀である。

症例 81 歳男性。既往に気管支喘息はない。肺 MAC 症に対して内服による抗菌薬治療を行っていたが薬疹等の副作用により治療が継続できず、また喀痰培養陽性が持続するため、リポソーム化アミカシン吸入療法を 202X 年 5 月 10 日より開始した。開始 2 週間後より、吸入後の咳嗽が増加した。9 月 13 日診察時、強制呼気時に喘鳴を聴取。末梢血好酸球数は $1090/\mu\text{L}$ 、FeNO も 300ppb と高値であった。気管支喘息を念頭に、ICS/LABA 開始したところ数日で症状は改善した。その後リポソーム化アミカシン吸入療法を再開し、問題なく治療継続できた。

結論 リポソーム化アミカシン吸入療法中に新たな咳嗽や喘鳴が出現した場合には、本薬による喘息の顕在化も鑑別に挙げる必要がある。

15. 続発性気胸発症後に非結核性抗酸菌による胸膜炎を発症した 2 例

福島県立医科大学 呼吸器内科学講座¹、

福島県立医科大学 会津医療センター 感染症・呼吸器内科²

◎熊中 貴弘¹、二階堂 雄文¹、佐藤 理子²、久米 裕昭²、田中 竜太郎¹、
齋藤 弘志¹、富田 ひかる¹、渡邊 菜摘¹、東川 隆一¹、佐藤 佑樹¹、
鈴木 康仁¹、斉藤 純平¹、金沢 賢也¹、谷野 功典¹、柴田 陽光¹

【症例 1】89 歳男性。気腫合併間質性肺炎にて通院中、突然の呼吸困難で発症した右側気胸に対し胸腔ドレーンが留置された。留置後より 300 ml/日程度の滲出性胸水を認め、胸水培養で *Mycobacterium fortuitum* を認めたことから同菌による胸膜炎と診断した。多剤化学療法（AMK+MLFX+CAM）で改善した。

【症例 2】76 歳男性。特発性上葉優位型肺線維症の診断時に施行した BAL 液にて肺 *M. avium* 症と診断され、標準化学療法（RFP+EB+CAM）が導入された。その後、突然の呼吸困難で左気胸が判明し、胸腔ドレーンが留置された。留置後より発熱とともに 150 ml/日程度の滲出性胸水が観察され、胸水培養にて *M. avium* を認め、同菌による胸膜炎と診断した。上記に経静脈的 AMK 投与も追加して治療継続し改善を得た。

2 症例とも間質性肺炎を背景とした肺に定着または感染していた非結核性抗酸菌が気胸を契機に胸腔へ移行し発症した胸膜炎症例と推測され、文献的考察も含めて報告する。

16. 当院における *Mycoplasma pneumoniae* (Mp) 感染症に対する 診療の変遷：迅速診断技術の進展と治療実態の変化

坂総合病院 呼吸器内科

◎生方 智, 佐藤 幸佑, 小室 英恵, 神宮 大輔, 矢島 剛洋, 渡辺 洋,
高橋 洋

【目的】当院における15歳以上のMp肺炎症例について、流行シーズンだった2024年と2016年の診療実態を比較検討し、診断と治療の変化につき検討すること。

【方法】対象群は2024年、比較群を2016年の患者とした。診断は迅速診断検査(抗原ないし遺伝子検査)、又は血清抗体価で行い臨床経過を後方視的に検討した。

【結果】対象群23例、比較群26例、各群の年齢中央値は30歳(15～59)/23歳(15～60)、入院例は10例(43%)/17例(65%)、重複細菌感染合併は3例(13%)/1例(4%)だった。迅速検査による診断例はそれぞれ19例(83%)/12例(46%)だった。初期抗菌薬として有効抗菌薬が使用された症例は22例(96%)/20例(77%)だった。

【考察】2024年のMp肺炎診療においては、迅速診断技術の進展により初診時での確定診断例が増加し、初期治療としての有効抗菌薬の選択率も向上していた。

【結語】急性期診断技術の進歩は、Mp肺炎の診療の迅速化と適正化に影響を与えた可能性が考えられた。

17. 横紋筋融解症と難治性中枢型深部静脈血栓症を併発した 重症マイコプラズマ肺炎の一例

坂総合病院 呼吸器内科

◎小室 英恵, 生方 智, 佐藤 幸佑, 神宮 大輔, 矢島 剛洋, 渡辺 洋,
高橋 洋

【症例】15歳女性、既往歴なし。5日間続く発熱、咳嗽で近医を受診し肺炎として当院紹介となった。高熱と呼吸不全を呈し、CTでは両側下葉主体の肺炎像を認めた。喀痰検体で抗原陽性となりマイコプラズマ肺炎としてMINOで加療した。炎症反応上昇は軽度であったが横紋筋融解症を併発していた。呼吸不全が進行しNPPVを要した。第2病日からmPSL500mgを3日間投与し、その後肺炎と横紋筋融解症は軽快した。第5病日Dダイマー上昇を機に両側外腸骨静脈の壁在血栓を指摘し、肺塞栓はなく、DOAC内服と安静で加療した。1週後DVTは残存したが全身状態回復ありDOAC継続でリハビリを進め19病日退院とした。半年経過後もDVTは残存しDOAC継続中である。【考察】本症は宿主免疫応答の結果、血栓症を含む多様な肺外疾患を呈することが知られる。若年例でもあり凝固能異常検索も行ったが異常なし。ステロイド、安静臥床、高サイトカイン血症等複数の要因が関与しており、報告する。

セッション4（悪性腫瘍）

11:00～11:40 第2会場（大ホールB）

座長：山形県立中央病院 呼吸器内科 宮崎 収
十和田市立中央病院 呼吸器内科 伊藤 貴司

18. 豪雨後の浸水被害地域で発症したレジオネラ肺炎の一例

秋田大学医学部附属病院 呼吸器内科¹，秋田赤十字病院 呼吸器内科²

◎滝田 友里^{1,2}，五島 哲¹，泉谷 有可¹，坂本 祥¹，奥田 佑道¹，小高 英達²，
竹田 正秀¹，佐藤 一洋¹，中山 勝敏¹

症例は38歳男性。X年8月3日より発熱と頭痛が出現し、近医で急性上気道炎と診断され、アセトアミノフェンと葛根湯を処方された。しかし症状は改善せず、頭痛で体動困難となり救急搬送された。造影CTで左肺下葉にコンソリデーションを認め、尿中レジオネラ抗原陽性からレジオネラ肺炎と診断した。LVFXを投与し第11病日に退院した。X年7月中旬の豪雨で浸水被害を受けた地域で基礎工事に従事しており、汚染土壌エアロゾル吸引による感染と考えた。水害後の肺炎患者では、職歴の聴取が診断の鍵となる。

19. 著明な貧血を呈した肺癌の1例

石巻赤十字病院呼吸器内科¹，石巻赤十字病院血液内科²

◎佐藤 ひかり¹，奥友 洸二¹，大橋 圭一²，佐藤 公威¹，山本 香¹，
浅原 健人¹，山邊 千尋¹，石田 雅嗣¹，小野 学¹，小林 誠一¹

69歳男性。非小細胞肺癌（cT4N3M1b/BRA）と臨床診断され、2025年1月よりカルボプラチン+ペメトレキセド（Pem）+ペムプロリズマブ（Pembro）の治療を4サイクル施行し、PR得られて5月よりPem+Pembro維持療法に移行。4サイクル目と維持療法初日に各々貧血認め、開始延期や輸血などの対象療法を要した。維持療法1サイクル目day12に呼吸困難を主訴に臨時受診。みぎ胸水悪化と汎血球減少を認め、精査加療目的に入院。胸水穿刺では悪性所見は認めず。白血球と血小板の自然軽快は認めたが貧血は進行。骨髓検査で赤芽球分布密度の著減を認め、癌の骨髓浸潤は認めなかった。最終的に免疫関連有害事象（irAE）による赤芽球癆の病態と判断。ステロイド全身投与を開始し、貧血は改善した。免疫チェックポイント阻害薬に伴うirAEは多彩であるが、赤芽球癆様の症状を発症した症例報告は少ない。本症例は骨髓抑制による症状との鑑別が困難だったことから考察を含めて報告する。

20. 紡錘細胞癌疑いの肺癌にペムブロリズマブが奏功した一例

弘前中央病院 呼吸器内科¹, 弘前中央病院 病理診断科²

◎鈴木 幸雄¹, 奥寺 光一¹, 三國谷 恵¹, 鎌田 義正²

症例は75歳男性。X年9月頃より咳嗽があり、11月に前医で右肺の異常を指摘され、12月に当科受診。胸部CTで右肺下葉S6に臓側胸膜への浸潤が疑われる長径60mmの腫瘤を認め、腫瘤はPET-CTでSUV23.1の集積あり。気管支鏡検査を行い、右B6を閉塞し気管支内腔に隆起した腫瘍性病変を生検した。生検組織ではやや大小のある紡錘形の異型細胞がびまん性、充実性、密に増生し、免疫染色でサイトケラチンとビメンチンに陽性で紡錘細胞癌疑いの肺癌と診断された。手術予定とされたが、急速に進行し左副腎転移を認めたため手術は不適応となった。生検標本でドライバー遺伝子変異/転座が陰性で、PD-L1が高発現(TPS100%)であったため、X+1年3月よりペムブロリズマブ(以下Pem)200mgを3週間毎に点滴投与した。治療が奏功し腫瘍は縮小した。紡錘細胞癌は肺肉腫様癌の一亜型で治療に抵抗性で予後不良とされているが、Pemが奏功した本症疑いの一例を経験したので報告する。

21. EGFR exon 19 insertion 変異が同定された肺腺癌の一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科¹,

弘前大学医学部附属病院 高度救命救急センター²

◎坂本 博昭¹, 鹿内 久嵩¹, 中野渡 優人¹, 千葉 俊介¹, 福島 聖菜¹,
布村 恭仁¹, 小山 新太郎¹, 三浦 桐子¹, 向井 峻太², 小堀 由璃¹,
福島 高志², 秋田 貴博¹, 牧口 友紀¹, 田中 寿志¹, 當麻 景章¹,
田坂 定智¹

【症例】58歳女性【経過】X年3月に出現した右下肢痛・腰部痛を契機に肺腺癌(cT4N2M1c, Stage IVB)と診断された。Oncomine Precision Assay(OPA)でEGFR exon 19 insertion(ex19ins)変異が同定され、Afatinibを開始した。部分奏効が得られ、約8ヶ月間治療継続した。【考察】Ex19insは肺腺癌全体の約0.5%とされる遺伝子変異である。近年はOncomine DxTT、AmoyDxなどマルチプレックス遺伝子検査が主流であるが、これらではex19insは検出されず、EGFR陰性と判定される可能性がある。他のEGFR変異と同様、ex19insはアジア人、女性、非喫煙者に比較的多く、このような症例で見逃される可能性がある。一方、Comprehensive Genomic Profilingではex19insもカバーされており、追加検査として有用と考えられる。今回、OPAでex19insを同定し、Afatinibで一定の治療効果が得られた症例を経験したため、文献的考察を交え報告する。

22. 感染症により死亡した ACTH 産生小細胞肺癌の一例

日本海総合病院 呼吸器内科¹, 日本海総合病院 代謝内科²,
日本海総合病院 病理診断科³

◎齊藤 亙太郎¹, 町田 浩祥¹, 安孫子 拓人¹, 鈴木 友美理¹, 花輪 翁有¹,
町屋 純一¹, 齋藤 弘¹, 佐藤 優雅², 木村 守², 西田 晶子³

【症例】64 歳、男性【既往歴】2 型糖尿病【現病歴】X-1 年 10 月～X 年 1 月に限局型小細胞肺癌に対して放射線化学療法を実施した。X 年 4 月 18 日に、糖尿病のコントロール悪化のため入院した。画像検査では明らかな再発巣を認めなかったが、ProGRP の著明な上昇を認めたため小細胞肺癌の再発と判断した。ACTH 高値、8mg デキサメタゾン負荷試験でのコルチゾール上昇、ACTH 免疫染色陽性から異所性 ACTH 産生肺癌と診断した。第 9 病日からメチラポン内服を開始した。第 14 病日、左三叉神経第 2 枝領域の発疹ならびに吸気性喘鳴を呈し、水痘带状疱疹ウイルスによる急性喉頭蓋炎と判断した。第 15 病日に呼吸不全を呈し死亡した。【考察】異所性 ACTH 産生による Cushing 症候群は小細胞肺癌の約 5% に発症する。コルチゾール過剰のため免疫機能が低下し、感染症により急激に致死的となる場合があるため注意が必要である。

セッション5

13:30～13:54 第1会場（大ホールA）

座長：青森県立中央病院 呼吸器内科 森本 武史
東北大学病院 呼吸器内科 松本 周一郎

23. 脳死片肺移植後に肝悪性腫瘍を併発した2症例

岩手県立中央病院 呼吸器内科¹，岩手県立中央病院 血液内科²

◎長谷川 祥¹，寺田 明輝¹，千葉 真士¹，宇部 健治¹，濱田 宏之²

固形臓器移植後の悪性腫瘍罹患率は、一般人口と比較して3～5倍以上と高いことが報告されている。その病因として、長期にわたる免疫抑制と腫瘍原性ウイルス感染が深く関与すると考えられている。国内における肺移植後の悪性腫瘍発生率は10.1%であり、発生時期の中央値は移植後20.5ヶ月と報告されている。これらの悪性腫瘍は、移植後1年以降の主要な死亡原因の10～15%を占める。特に、EBウイルス感染が関与する移植後リンパ増殖性疾患（PTLD）が最も頻度の高い病型である。今回我々は、間質性肺疾患に対する脳死片肺移植後に肝悪性腫瘍を併発した2症例を経験したため、その臨床的特徴と経過に考察を加え、報告する。

24. 発作性心房細動に対するカテーテルアブレーションに合併したうつ血性肺梗塞、随伴性胸膜炎の一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科，感染症科¹，

弘前大学医学部附属病院 高度救命救急センター²

◎鹿内 久嵩¹，中野渡 優人¹，千葉 俊介¹，福島 聖菜¹，布村 恭仁¹，
小山 新太郎¹，三浦 桐子¹，向井 峻太²，小堀 由璃¹，福島 高志²，
秋田 貴博¹，坂本 博昭¹，牧口 友紀¹，田中 寿志¹，當麻 景章¹，
田坂 定智¹

【症例】73歳男性【経過】X年1月 発作性心房細動に対して肺静脈隔離術（PVI）施行、DOACも投与されていた。X年5月 術後CTで左下肺静脈が左心房入口部で閉塞し、左下葉全体に肺野濃度の上昇を認めたが、症状なく経過観察とされた。X年8月 発熱、息切れを伴うようになり、健診で胸水貯留を指摘され当科紹介。左胸水と、左下葉胸膜下に浸潤影が出現し、胸水は特異的所見を欠く滲出液であった。経過よりPVIによる左下肺静脈閉塞で、うつ血性肺梗塞、随伴性胸膜炎をきたしたと考えた。左下肺静脈への血行再建は、肺静脈内への血栓形成の危険性を考慮して施行しなかった。徐々に胸水は消失し、症状の改善が得られた。【考察】PVIのまれな合併症として肺静脈狭窄、閉塞が知られている。治療後数ヶ月後に発症することが多く、症状、経過も多彩なため、診断に難渋することも珍しくない。治療も標準治療は定まっておらず、自然軽快が得られた症例として報告する。

25. 長期生存中の ALK 陽性肺癌肉腫の一例

八戸市立市民病院 呼吸器内科

◎熊谷 美香, 二瓶 真由美, 土橋 雅樹, 田中 佑典, 嶋中 拓弥, 安ヶ平 英夫

症例は 51 歳女性。健診で右肺結節陰影を指摘され受診。気管支鏡検査および CT ガイド下肺生検で診断に至らず、右肺下葉切除術を施行した。病理検査で腺癌と肉腫様成分を併せ持つ肺癌肉腫と診断された。ALK 免疫染色が両組織とも陽性となった。FISH 検査の結果判明までの間、化学療法を施行したが、新病変が出現し、Crizotinib に切り替えた。投与により著明な腫瘍縮小を認め、以後再増悪なく現在まで 10 年以上の長期生存を得ている。ALK 陽性肺癌肉腫は極めて稀であり、かつ本症例は分子標的薬の奏功した貴重な一例と考えられる。

協 賛 企 業

共 催

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

広 告

旭化成ファーマ株式会社
アストラゼネカ株式会社
アムジェン株式会社
インスメッド合同会社
MSD 株式会社
杏林製薬株式会社
サノフィ株式会社
医療法人三良会村上新町病院
株式会社シバタ医理科
一般財団法人双仁会青森厚生病院
一般財団法人双仁会黒石厚生病院
第一三共株式会社
大鵬薬品工業株式会社
帝人ヘルスケア株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
日本イーライリリー株式会社
ファイザー株式会社
ブリストルマイヤーズスクイブ株式会社
メルクバイオフーマ株式会社
持田製薬株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

(五十音順)