

第3回日本びまん性肺疾患研究会

<https://bimangakkai.jimdofree.com>

プログラム・抄録集



当番幹事：坂東 政司

自治医科大学 内科学講座 呼吸器内科学部門 教授

会場：ステーションコンファレンス東京

〒100-0005 東京都千代田区丸の内 1-7-12 サピアタワー

会
期

2023年

9月30日(土)～

10月1日(日)



第3回研究会 当番幹事ご挨拶

この度、第3回日本びまん性肺疾患研究会を2023年9月30日（土）から10月1日（日）の日程で、ステーションコンファレンス東京にて開催させていただきます。本研究会の開催に当たり、ご尽力いただきました多くの関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

日本びまん性肺疾患研究会は、長きにわたり、我が国における間質性肺疾患や難治性気道疾患などのびまん性肺疾患の研究の進歩に重要な役割を果たした「臨床呼吸器カンファレンス」、「DPB・難治性気道疾患研究会」、「間質性肺炎細胞分子病態研究会」を新たな研究会組織として一元化し、2021年に発足しました。本研究会の目的は、びまん性肺疾患領域の臨床・基礎研究のさらなる発展を図り、また、この領域に関わる医師・研究者の育成および生涯教育の場を提供することであり、第1回研究会（会長：本間栄先生、2021年10月2日～10月3日、東京）、第2回研究会（会長：須田隆文先生、2022年10月1日～10月2日、東京）では、全国から500名近い参加者があり、基礎から臨床まで幅広い領域で質の高い多くの発表および活発な議論が行われ、大変有意義な研究会となりました。

第3回研究会では、40演題を超える一般口演とともに、びまん性肺疾患の基礎、臨床の最前線の知見を共有できるような2つの特別講演および5つのシンポジウム、次世代の若手医師育成・生涯教育のための2つの教育講演などを予定しており、オールジャパンの英知を結集して、実り多き研究会にしたいと考えております。また近年、医療分野における患者・市民参画（patient and public involvement）の重要性が指摘されている中、今回初めての試みとして、元プロ野球選手・監督で、現在もNHKプロ野球解説者等としてご活躍の梨田昌孝氏から、ご自身の重症COVID-19闘病体験をお伺いし、びまん性肺疾患の診療・研究に従事する我々への応援メッセージを語っていただく特別対談を企画しました。

本研究会をより充実したものとするためにも、多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。
エンジョイ・びまん！



2023年9月
第3回日本びまん性肺疾患研究会 当番幹事
自治医科大学 内科学講座呼吸器内科学部門 教授
坂東 政司

開催概要

会期	2023 年 9 月 30 日（土）・10 月 1 日（日）
会場	ステーションコンファレンス東京 〒 100-0005 東京都千代田区丸の内 1-7-12
当番幹事（代表）	坂東 政司 （自治医科大学 内科学講座 呼吸器内科学部門・教授）
日本びまん性肺疾患研究会ウェブサイト	https://bimangakkai.jimdofree.com/
事務局本部	自治医科大学 内科学講座 呼吸器内科学部門 〒 329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1
問い合わせ先	第 3 回日本びまん性肺疾患研究会 運営事務局 株式会社コンベンションプラス 〒 113-8538 東京都文京区湯島 2-31-14 湯島ファーストジェネシスビル 5 階 TEL：03-4355-1137 E-mail: biman@convention-plus.com

参加者の皆様へ

1. 参加受付

場所：ステーションコンファレンス東京 5階ロビー

9月30日（土）8：00～17：30

10月1日（日）7：30～14：30

2. 開催形式

現地およびライブ配信となります。また会期後に一部のセッションを除き、オンデマンド配信を予定しております。質疑応答は会期中の現地会場のみで可能です。質問したい方は現地会場（ステーションコンファレンス東京）でのご参加をお願いいたします。

3. 参加登録

オンライン参加登録は9月7日（木）～11月9日（木）まで可能です。会期後にオンデマンド配信（10月9日（月）～11月9日（木））を予定しております。オンライン参加登録はオンデマンド配信期間中も可能です。お申込み方法や詳細は日本びまん性肺疾患研究会ウェブサイト「<https://bimangakkai.jimdofree.com/>」をご参照ください。

	当日会場参加 +WEB 参加	WEB 参加のみ
医師・一般	8,000 円	5,000 円
学生・初期研修医 (証明書の提示が必要)	無料	無料

会場に参加登録される場合は、お釣りのないよう現金をご用意ください。

会場でのクレジットカード利用はできません。

参加証に氏名・所属を記入のうえ、会場内では必ずご着用ください。

※ 学生・初期研修医の方は運営事務局（biman@convention-plus.com）まで、証明書のコピーデータをお送りください。なお現地参加の際は、参加登録窓口にてご提示ください。

※ 情報交換会はございません。

4. 抄録集 一冊 3,000 円

（抄録集はオンラインにて公開しております）

5. 年会費・入会受付

現在、研究会の会員を募集しておりません。

6. クローク

クロークはございません。

7. 会場内での撮影について

許可のない掲示・展示・印刷物の配布・写真撮影・ビデオ撮影および録音は禁止です。

8. 機器展示

場所：ステーションコンファレンス東京 5階ロビー

9. その他

モーニングセミナー，ランチョンセミナー，コーヒースレイクセミナーは整理券制ではございません．直接会場までお越しください．

日本びまん性肺疾患研究会利益相反に関する運用細則

＜利益相反（COI）申告のお願い＞

本研究会では，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ております．

COI 申告書の提出がない場合は受付できません．

申告内容は，

- 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．

座長および演者の先生方へのご案内

1. 座長へのご案内

原則、オンラインでの座長進行はできません。現地にお越しください。
セッション開始の15分前までに、会場前方の「次座長席」にご着席ください。

2. 演者へのご案内

現地発表のみとなります。オンラインでの発表はできません。
セッション開始30分前までに、PC受付にお越しください。

場 所：ステーションコンファレンス東京 5階ロビー

日 時：9月30日（土）8:00～17:30

10月1日（日）7:30～14:05

3. 発表データ持込み

1) 口頭発表は、すべてPC発表（PowerPoint2016以降で作成）のみといたします。

2) 発表データは、USBフラッシュメモリにてご持参ください。

3) フォントは特殊なものではなく、標準フォントをご使用ください。

フォント（日本語）：MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝、游明朝、游ゴシック、メイリオ等

フォント（英語）：Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman等

4) ファイル名は、演題番号（半角）_演者氏名としてください。

（例：KO-17_発表太郎）※スペースは入れないでください。

5) 表示画像の解像度は16:9のHD画質（1280px×720px）となります。

4. PC本体持込み

1) 動画や音声を含む場合やMacOSをご利用の方は、ご自身のPCをご持参ください。

2) 会場でご用意するPCケーブルコネクタの形状は、HDMIです。この出力端子を持つPCをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。また、電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。

3) 動画データは、mp4形式に限定します。

第1日目 9月30日(土)

第1会場 501A		第2会場 501B	
9:00	開会挨拶(10分)		9:00
9:10	シンポジウム1 (70分) 肺線維症の病態研究最前線 座長：星野 友昭／鈴木 拓児		9:10
		一般口演2 (40分) 座長：稲瀬 直彦／杉野 圭史	9:40
10:20			10:20
10:25	一般口演1 (40分) 座長：佐々木信一／宮本 篤	一般口演3 (40分) 座長：泉 信有／西山 理	10:25
11:05			11:05
11:10	教育講演1 (60分) 嚢胞性肺疾患の画像・病理診断 座長：宮崎 泰成		11:10
		基礎・一般口演4 (50分) 座長：桑野 和善／吾妻安良太	11:20
12:10			12:10
12:15	ランチョンセミナー1 (60分) 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社 座長：須田 隆文／演者：宮崎 泰成	ランチョンセミナー2 (60分) 共催：帝人ヘルスケア株式会社 座長：富井 啓介／演者：近藤 康博	12:15
13:15			13:15
13:20	年次報告会(15分)		13:20
13:35	特別講演1 (60分) わが国におけるびまん性肺疾患50年の歩み 座長：杉山幸比古／演者：本間 栄		13:35
14:35			※第2会場は中継 14:35
14:40	教育講演2 (60分) 薬剤性肺障害の臨床・画像診断 座長：花岡 正幸	一般口演5 (60分) 座長：渡辺憲太郎／喜舎場朝雄	14:40
15:40			15:40
15:45	コーヒーブレイクセミナー1 (50分) 共催：サノフィ株式会社 希少疾患領域メディカル統括部 座長：井上 義一 演者：吾妻安良太／高橋 勉	コーヒーブレイクセミナー2 (50分) 共催：塩野義製薬株式会社 座長：富岡 洋海／演者：小倉 高志	15:45
16:35			16:35
16:40	シンポジウム2 (70分) 超稀少びまん性肺疾患:Review To Date 座長：富岡 洋海／石井 晴之	シンポジウム3 (70分) リアルワールドデータを用いた びまん性肺疾患研究の現状と課題 座長：一門 和哉／今野 哲	16:40
17:50			17:50
運営委員会/幹事会(40分)			
18:30			18:30

第2日目 10月1日(日)

第1会場 501A		第2会場 501B	
8:15	モーニングセミナー (40分) 共催：積水メディカル株式会社 座長：高橋 弘毅／演者：千葉 弘文		8:15
8:55			8:55
9:00	特別講演2 (60分) 肺線維症に対する分子標的治療の開発を目指して～増殖因子からfibrocyteへ～ 座長：須田 隆文／演者：西岡 安彦		9:00
10:00	※第2会場は中継		10:00
10:05	シンポジウム4 (70分) 気管支拡張症：難治化病態と治療戦略 座長：慶長 直人／森本 耕三	シンポジウム5 (70分) 膠原病に伴う間質性肺疾患の診療 update 座長：近藤 康博／半田 知宏	10:05
11:15			11:15
11:20	特別対談(30分) 重症COVID-19を語る		11:20
11:50	司会：坂東 政司／ゲスト：梨田 昌孝		11:50
	※第2会場は中継		
12:10	ランチョンセミナー3 (60分) 共催：日本ベーリンガー株式会社 医薬開発本部 座長：本間 栄／演者：福島 清春	ランチョンセミナー4 (60分) 共催：アストラゼネカ株式会社 座長：坂東 政司／演者：桑平 一郎	12:10
13:10			13:10
13:20	一般口演6 (40分) 座長：阿部 信二／加藤 元康	一般口演8 (40分) 座長：坂上 拓郎／新井 徹	13:20
14:00			14:00
14:05	一般口演7 (50分) 座長：坂本 晋／早稲田優子	一般口演9 (50分) 座長：福岡 順也／山内 浩義	14:05
14:55			14:55
15:00	閉会挨拶(5分)		15:00

プログラム

特別講演 1

9月30日(土) 13:35-14:35 第1,2会場(5F 501A/501B)

座長：杉山幸比古(練馬光が丘病院呼吸器内科)

SL1 わが国におけるびまん性肺疾患 50 年の歩み

演者：本間 栄(東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科学分野(大森))

特別講演 2

10月1日(日) 9:00-10:00 第1,2会場(5F 501A/501B)

座長：須田 隆文(浜松医科大学内科学第二講座)

SL2 肺線維症に対する分子標的治療の開発を目指して～増殖因子から fibrocyte へ～

演者：西岡 安彦(徳島大学大学院医歯薬学研究部呼吸器・膠原病内科学分野)

特別対談

10月1日(日) 11:20-11:50 第1,2会場(5F 501A/501B)

司会：坂東 政司(自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門)

重症 COVID-19 を語る

ゲスト：梨田 昌孝(NHK プロ野球解説, 日刊スポーツ野球評論家)

教育講演 1

9月30日(土) 11:10-12:10 第1会場(5F 501A)

嚢胞性肺疾患の画像・病理診断

座長：宮崎 泰成(東京医科歯科大学呼吸器内科/東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科統合呼吸器病学)

EL1-1 嚢胞性肺疾患の画像診断

演者：上甲 剛(独立行政法人労働者健康安全機構関西労災病院放射線科)

EL1-2 嚢胞性肺病変の病理所見

演者：蛇澤 晶(国立病院機構東京病院臨床研究部)

薬剤性肺障害の臨床・画像診断

座長：花岡 正幸（信州大学医学部内科学第一教室）

EL2-1 薬剤性肺障害の臨床診断

演者：牛木 淳人（信州大学医学部内科学第一教室）

EL2-2 薬剤性肺障害の画像診断

演者：栗原 泰之（聖路加国際病院放射線科）

シンポジウム 1

肺線維症の病態研究最前線

座長：星野 友昭（久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門）

鈴木 拓児（千葉大学医学部附属病院呼吸器内科）

SY1-1 Genomics を背景とした肺線維化の機序解明へ

演者：瀬戸口靖弘（東京医科歯科大学大学院統合呼吸器病学分野）

SY1-2 肺線維化の維持における単球由来マクロファージの動態と役割

演者：渡辺 知志（金沢大学附属病院呼吸器内科）

SY1-3 肺胞オルガノイドを使った肺線維症のスクラップ&ビルド

演者：森本 充（理化学研究所生命機能科学研究センター呼吸器形成研究チーム）

SY1-4 特発性肺線維症の病態解明と治療応用

演者：荒屋 潤（東京慈恵会医科大学内科学講座呼吸器内科）

超希少びまん性肺疾患: Review to Date

座長: 富岡 洋海(神戸市立医療センター西市民病院呼吸器内科)
石井 晴之(杏林大学医学部呼吸器内科学)

SY2-1 肺胞微石症の病態と今後の治療戦略の展望

演者: 齋藤 充史(札幌医科大学医学部呼吸器・アレルギー内科学講座)

SY2-2 インジウム肺

演者: 大河内眞也(東北大学大学院医学系研究科産業医学分野)

SY2-3 Birt-Hogg-Dubé 症候群(BHDS)における肺嚢胞・気胸を中心とした臨床的特徴について

演者: 難波由喜子(順天堂大学医学部附属浦安病院呼吸器内科)

SY2-4 特発性樹枝状肺骨化症

演者: 西岡 安彦(徳島大学大学院医歯薬学研究部呼吸器・膠原病内科学分野)

シンポジウム 3

リアルワールドデータを用いたびまん性肺疾患研究の現状と課題

座長: 一門 和哉(済生会熊本病院呼吸器内科)
今野 哲(北海道大学大学院医学研究院内科学講座呼吸器内科学教室)

SY3-1 DPC データベース解析結果から分かった日本における過敏性肺炎の疫学

演者: 山下 将平(東京医科歯科大学呼吸器内科)

SY3-2 PROMISE 試験からみたびまん性肺疾患リアルワールドデータの現状と課題

演者: 古川 大記(名古屋大学医学部附属病院メディカル IT センター)

SY3-3 特発性肺線維症における抗線維化薬治療と死亡リスクとの関連性: ナショナルデータベースを用いた大規模解析

演者: 穂積 宏尚(浜松医科大学内科学第二講座)

SY3-4 九州沖縄早期 IPF study からみてきた早期 IPF に対する治療の現状と研究としての課題

演者: 坂本 憲穂(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科呼吸器内科学分野)

気管支拡張症：難治化病態と治療戦略

座長： 慶長 直人（公益財団法人結核予防会結核研究所）

森本 耕三（公益財団法人結核予防会複十字病院，公益財団法人結核予防会結核研究所）

SY4-1 難治性肺 MAC 症に対する気管支拡張症としてのマネージメント

演者： 卜部 尚久（東邦大学医学部医学科内科学講座呼吸器内科学分野（大森））

SY4-2 小児の気管支拡張症患者とその移行期医療

演者： 肥沼 悟郎（国立成育医療研究センター小児内科系専門診療部呼吸器科）

SY4-3 PCD の遺伝的多様性と難治化病態

演者： 土方美奈子（公益財団法人結核予防会結核研究所）

SY4-4 気管支拡張症と 2 型気道炎症

演者： 松本 久子（近畿大学医学部呼吸器・アレルギー内科学教室）

シンポジウム 5

膠原病に伴う間質性肺疾患の診療 update

座長： 近藤 康博（公立陶生病院呼吸器・アレルギー疾患内科）

半田 知宏（京都大学大学院医学研究科呼吸不全先進医療講座）

SY5-1 多発性筋炎 / 皮膚筋炎関連間質性肺疾患 (PM/DM-ILD)

演者： 藤澤 朋幸（浜松医科大学内科学第二講座）

SY5-2 強皮症 ILD: 最新のエビデンスを臨床に生かす

演者： 山野 泰彦（公立陶生病院呼吸器アレルギー疾患内科）

SY5-3 関節リウマチ (RA) に ILD を併存した際の管理・治療戦略

演者： 山川 英晃（さいたま赤十字病院呼吸器内科）

SY5-4 膠原病に伴う間質性肺疾患における経気管支クライオ肺生検の意義

演者： 田畑恵里奈（神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科）

10月1日(日) 8:15-8:55 第1会場(5F 501A)

MS 間質性肺疾患診療におけるバイオマーカー測定の有用性

座長：高橋 弘毅（社会医療法人即仁会北広島病院，札幌医科大学名誉教授）

演者：千葉 弘文（札幌医科大学医学部呼吸器・アレルギー内科学講座）

共催：積水メディカル株式会社

ランチョンセミナー 1

9月30日(土) 12:15-13:15 第1会場(5F 501A)

LS1 特発性間質性肺炎の新たな展開

座長：須田 隆文（浜松医科大学内科学第二講座）

演者：宮崎 泰成（東京医科歯科大学統合呼吸器病学）

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

9月30日(土) 12:15-13:15 第2会場(5F 501B)

LS2 間質性肺疾患の呼吸管理 Up to date

座長：富井 啓介（神戸市立医療センター中央市民病院）

演者：近藤 康博（公立陶生病院呼吸器・アレルギー疾患内科）

共催：帝人ヘルスケア株式会社

ランチョンセミナー 3

10月1日(日) 12:10-13:10 第1会場(5F 501A)

LS3 ILD と免疫細胞の関わり

座長：本間 栄（東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科学分野（大森））

演者：福島 清春（大阪大学大学院医学系研究科免疫学フロンティア研究センター自然免疫学）

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

10月1日(日) 12:10-13:10 第2会場(5F 501B)

LS4 病態を理解するための呼吸機能検査のみかた ～ IPF, CPFE, COPD に触れながら～

座長：坂東 政司（自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門）

演者：桑平 一郎（総合東京病院呼吸器疾患センター，東海大学）

共催：アストラゼネカ株式会社

コーヒーブレイクセミナー 1

9月30日(土) 15:45-16:35 第1会場(5F 501A)

間質性肺疾患から見つける希少疾患

座長：井上 義一（大阪府結核予防会・大阪複十字病院，国立病院機構近畿中央呼吸器センター）

CBS1-1 ILD; 原因不明の細胞内代謝異常に目を向ける

-Focusing on Intracellular Metabolic Abnormalities of Unknown Cause-

演者：吾妻安良太（所沢明生病院呼吸器内科兼治験・臨床研究センター，日本医科大学）

CBS1-2 ASMD（ニーマンピック病 A/B 型）における間質性肺疾患：診断と治療の最新

演者：高橋 勉（秋田大学大学院医学系研究科医学専攻小児科学講座）

共催：サノフィ株式会社 希少疾患領域メディカル統括部

コーヒーブレイクセミナー 2

9月30日(土) 15:45-16:35 第2会場(5F 501B)

CBS2 間質性肺炎の診断と治療の達人 ～多職種チーム医療のオーガナイザーを目指して～

座長：富岡 洋海（神戸市立医療センター西市民病院）

演者：小倉 高志（神奈川県立循環器呼吸器病センター）

共催：塩野義製薬株式会社

一般演題プログラム

一般口演 1

9月30日(土) 10:25-11:05 第1会場(5F 501A)

座長： 佐々木信一(順天堂大学医学部附属浦安病院呼吸器内科)

宮本 篤(虎の門病院呼吸器センター内科)

O-1 軽症の抗ARS抗体陽性間質性肺炎の自然経過の検討

演者：茂田 光弘(NHO近畿中央呼吸器センター呼吸器内科)

O-2 非典型的な経過を呈した抗MDA-5抗体陽性皮膚筋炎の一例

演者：大瀨 敏弘(公立陶生病院呼吸器・アレルギー疾患内科)

O-3 皮膚筋炎関連間質性肺疾患における組織中の補体とイムノグロブリンの検討

演者：財前 圭晃(久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科,
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科情報病理学講座)

O-4 関節リウマチ(RA)薬物治療に関連したニューモシスティス肺炎(PCP)の臨床的特徴

演者：森 俊輔(NHO熊本再春医療センターリウマチ科)

一般口演 2

9月30日(土) 9:40-10:20 第2会場(5F 501B)

座長： 稲瀬 直彦(国家公務員共済組合連合会平塚共済病院)

杉野 圭史(一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院呼吸器内科/間質性肺炎・肺線維症センター)

O-5 Acremonium 沈降抗体陽性住居関連過敏性肺炎の臨床的特徴の検討

演者：由良 博一(長崎大学病院呼吸器内科)

O-6 詳細な問診や環境調査により吸入抗原を特定し、過敏性肺炎の診断に至った間質性肺炎の臨床的特徴

演者：齋藤美加子(一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院呼吸器内科)

O-7 過敏性肺炎診断における曝露評価票の有用性に関する検討

演者：飯島 裕基(東京医科歯科大学呼吸器内科)

O-8 BALFのリンパ球比率上昇と間質性肺炎におけるリンパ球性胞隔炎の関連性の検討

演者：澤田 淳(東京医科歯科大学病院呼吸器内科)

座長： 泉 信有（国立国際医療研究センター病院呼吸器内科）
西山 理（近畿大学呼吸器・アレルギー内科学部門）

O-9 撮影した写真を用いたばち指の評価精度に関する検討

演者：山内 浩義（自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門）

O-10 BAL 細胞分画評価の標準化のための AI モデル作成

演者：三ツ井美穂（福井大学医学系部門内科学（3）分野）

O-11 邦人における経気管支氷結肺生検関連有害事象と肥満の関係

演者：田中 智大（久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門）

O-12 6分間歩行試験における SpO₂ 低下は、線維化性間質性肺疾患の重症度、進行性肺線維化の独立リスク因子である

演者：岡元 昌樹（国立病院機構九州医療センター呼吸器内科、臨床研究センター、久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門）

基礎・一般口演 4

座長： 桑野 和善（国際医療福祉大学医学部呼吸器内科、国際医療福祉大学三田病院）
吾妻安良太（所沢明生病院呼吸器内科兼治験・臨床研究センター、日本医科大学）

KO-1 肺胞の動態を考慮した間質性肺炎の新たな理解の提案

演者：北岡 裕子（東京農工大学工学部生体医用システム工学科）

KO-2 特発性肺線維症における末梢血単核球のトランスクリプトーム解析

演者：石井 大介（千葉大学大学院医学研究院呼吸器内科学）

KO-3 オートタキシン阻害作用を有する 2ccPA の肺線維症における有効性の検討

演者：土師 恵子（徳島大学大学院医歯薬学研究部呼吸器・膠原病内科学分野）

KO-4 アリシンの肺線維化、肺障害抑制効果の検討

演者：平川 治樹（順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学）

KO-5 BRD4 阻害剤 ARV825 の線維化関連遺伝子の発現抑制と老化細胞除去を介した抗線維化効果の検討

演者：佐藤 正大（徳島大学大学院医歯薬学研究部呼吸器・膠原病内科学分野）

一般口演 5

9月30日(土) 14:40-15:40 第2会場(5F 501B)

座長： 渡辺憲太朗（医療法人西福岡病院呼吸器内科）

喜舎場朝雄（沖縄県立中部病院呼吸器内科）

O-14 器質化肺炎における無治療改善例の特徴

演者：下田 真史（結核予防会複十字病院呼吸器内科）

O-15 乾癆合併間質性肺炎の臨床的検討

演者：高崎 俊和（自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門）

O-16 10年の経過を観察し得た超硬合金肺の3例

演者：松本 宗大（北海道大学大学院医学研究院呼吸器内科学教室）

O-17 特発性 Pleuroparenchymal fibroelastosis における画像所見と予後・気胸発症の検討

演者：加藤 元康（順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学）

O-18 特発性 PPFE の自然史と予後予測に関する検討

演者：石井 寛（福岡大学筑紫病院呼吸器内科）

O-19 脳死肺移植登録された間質性肺炎患者における家族性肺線維症

演者：谷澤 公伸（京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学）

一般口演 6

10月1日(日) 13:20-14:00 第1会場(5F 501A)

座長： 阿部 信二（東京医科大学呼吸器内科学分野）

加藤 元康（順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科）

O-20 特発性肺線維症患者におけるオシロメトリーで測定した呼吸リアクタンスと生命予後との関連の検討

演者：石川 立（札幌医科大学医学部呼吸器・アレルギー内科学講座）

O-21 特発性肺線維症患者に対する睡眠薬継続治療と死亡リスク：ナショナルデータベースを用いた大規模解析

演者：穂積 宏尚（浜松医科大学内科学第二講座）

O-22 無症候性線維化性間質性肺疾患に対するニンテダニブ治療の有効性と忍容性の解析

演者：西井 裕哉（国立病院機構九州医療センター呼吸器内科，臨床研究センター）

O-23 特発性肺線維症における経口優先的 PDE4B 阻害薬 BI 1015550 の安全性および有効性：第2相試験

演者：吾妻安良太（所沢明生病院呼吸器内科兼治験・臨床研究センター，日本医科大学）

一般口演 7

10月1日(日) 14:05-14:55 第1会場(5F 501A)

座長： 坂本 晋（東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科）
早稲田優子（福井大学医学系部門内科学（3）分野）

O-24 間質性肺疾患（ILD）の長期予後への併存疾患の影響に関する検討

演者：藤井 裕明（横浜市立大学大学院医学研究科呼吸器病学）

O-25 当院における間質性肺炎合併肺癌の治療に関する検討

演者：小野 紘貴（坪井病院呼吸器内科）

O-26 特発性間質性肺炎合併進行期原発性肺癌の内科治療の実態調査

演者：宮本 篤（虎の門病院呼吸器センター内科）

O-27 特発性多中心性キャスルマン病の肺病変

演者：小松 雅宙（信州大学医学部内科学第一教室）

O-28 間質性肺炎における在宅医療導入時の現状と課題

演者：安藤 克利（医療法人社団よりり会目黒ケイホームクリニック）

一般口演 8

10月1日(日) 13:20-14:00 第2会場(5F 501B)

座長： 坂上 拓郎（熊本大学大学院生命科学研究部呼吸器内科学分野）
新井 徹（国立病院機構近畿中央呼吸器センター臨床研究センター）

O-29 特発性線維化性間質性肺炎の急性増悪症例における院内肺炎の検討

演者：山崎 亮（近畿大学呼吸器・アレルギー内科）

O-30 診断時に一般細菌の定着を認める肺 Mycobacterium avium complex 症の臨床経過の検討

演者：伊藤 優志（公益財団法人結核予防会複十字病院）

O-31 COVID-19 流行期における非 COVID-19 肺炎入院症例の検討

演者：李 正道（神戸市立医療センター西市民病院呼吸器内科）

O-32 NDB を用いたオミクロン株流行期までの間質性肺疾患を有する COVID-19 患者の死亡率の推移

演者：宮下 晃一（浜松医科大学第二内科，浜松医科大学附属病院感染制御センター）

座長： 福岡 順也（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科病理学／病理診断科）
山内 浩義（自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門）

O-33 Presence of Usual Interstitial Pneumonia-like Fibrosis is a Key Factor of Progressive Pulmonary Fibrosis (PPF)

演者：都島由紀雄（新松戸中央総合病院呼吸器外科，
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科情報病理学）

O-34 クライオ生検による病理診断精度と診断アルゴリズムの提案

演者：財前 圭晃（久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科，
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科情報病理学講座）

O-35 説明可能な病理診断 AI モデルである MIXTURE は、世界中の専門病理医と同等の UIP の 予後予測が可能である

演者：根井雄一郎（帝京大学ちば総合医療センターリウマチ科，長崎大学大学院医歯薬学総合研究科情報病理学）

O-36 2 回目の多分野合議 (MDD2) による診断再評価の意義に関する検討

演者：飯島 裕基（東京医科歯科大学呼吸器内科）

O-37 びまん性肺疾患の集学的合議 (MDD) における Time Study

演者：佐藤 大介（藤田医科大学病院経営学・管理学）

抄録集

本間 栄

東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科学分野 (大森)

わが国におけるびまん性肺疾患 50 年の歩み

1954 年、我が国に肺線維症の疾患概念が初めて紹介され、1964 年にはびまん性汎細気管支炎 (DPB) の疾患概念が日本から発信された。このような背景に、1972 年に厚生省サルコイドーシス調査研究班、1974 年には肺線維症研究班が発足し、その後班構成を変えながら今日に至るまで 50 年間にわたって、原因不明の間質性肺炎、サルコイドーシス、DPB を重要な研究課題として共同研究が進められてきた。又、これらの研究班と連動した様々な研究会が展開されてきたが、2021 年、新たな研究会組織として一元化し、『日本びまん性肺疾患研究会』が発足した。本講演では、半世紀に及ぶわが国のびまん性肺疾患研究の歩みについて自験例を交えながら解説する。

西岡安彦

徳島大学大学院医歯薬学研究部呼吸器・膠原病内科学分野

肺線維症に対する分子標的治療の開発を目指して ～増殖因子から fibrocyte へ～

特発性肺線維症（IPF）に対する治療薬として 2 剤の抗線維化薬が使用されているが未だ IPF の予後は不良である。我々は 2000 年代初頭から IPF に対する分子標的治療薬の開発を目指し、血小板由来増殖因子（PDGF）に焦点を当て橋渡し研究を進めてきた。その結果、PDGF/PDGF 受容体阻害を主軸とする至適薬剤プロファイルを決定し大鵬薬品工業との共同研究により新規抗線維化薬候補 TAS-115 を見出した。早期第 II 相試験の良好な成績を受け後期第 II 相試験が進んでいる。一方、基礎的視点から着目した fibrocyte 標的治療の検討を進めている。本講演では、これまでの我々の研究を中心に今後の IPF 治療について考えたい。

【特別対談】重症 COVID-19 を語る

梨田 昌孝
NHK プロ野球解説, 日刊スポーツ野球評論家



プロフィール

梨田 昌孝（なした まさたか）

1953 年島根県生まれ.

1972 年ドラフト 2 位で近鉄バファローズに入団。強肩捕手として活躍する一方、独特のスタイルでバッティングのタイミングをとる「コンニャク打法」で人気を博す。

現役時代は、リーグ優勝 2 回を経験し、ベストナイン 3 回、ゴールデングラブ賞 4 回を受賞した。

1988 年に現役を引退した。

2000 年に大阪近鉄バファローズの最後の監督に就任。2001 年には、前シーズンに最下位だったチームをリーグ優勝へと導いた。

2008 年から 2011 年は、北海道日本ハムファイターズの監督としてチームを率い、2009 年にリーグ優勝とクライマックスシリーズ優勝を果たす。その後は、NHK プロ野球解説者、日刊スポーツ野球評論家として活躍し、2013 年には WBC 日本代表野手総合コーチを務めた。2016 年から 2018 年まで東北楽天ゴールデンイーグルスの監督としてチームの指揮を執り、2017 年シーズンはクライマックスシリーズに進出している。3 球団での監督通算成績は、805 勝 776 敗である。

【教育講演 1】 EL1-1

嚢胞性肺疾患の画像・病理診断

上甲 剛

独立行政法人労働者健康安全機構
関西労災病院放射線科

嚢胞性肺疾患の画像診断

嚢胞性肺疾患の画像診断は、併発所見の有無、嚢胞の数と形態の評価から始まる。併発所見が無いものに Birt-Hogg-Dube 症候群があるが、数は比較的少なく、胸膜近傍でより粗大である。肺リンパ脈管筋腫症はまれに平滑筋腫や Micronodular pneumocyte hyperplasia が併発した場合小結節や円形すりガラス影を伴う。併発所見の多い、Langerhans cell histiocytosis は早期には小葉中心性分岐粒状影を示し、融合し小結節となり、内部に空洞形成し、最後には嚢胞化する。リンパ増殖性肺疾患は良性から悪性まで嚢胞形成が特徴で、早期には嚢胞はすりガラス影内部に生じる。リンパ路の異常を反映した様々な所見が併存する。

【教育講演 1】 EL1-2

嚢胞性肺疾患の画像・病理診断

蛇澤 晶

国立病院機構東京病院臨床研究部

嚢胞性肺病変の病理所見

嚢胞性肺病変は多岐にわたり、先天性気管支閉鎖症や分画肺の一所見である気管支性嚢胞から、肺末梢領域における嚢胞性病変までが含まれる。後者ではブラを含む肺気腫症の頻度が高いが、シェーグレン症候群を代表とする膠原病や遺伝性疾患である Birt-Hogg-Dube 症候群に随伴する嚢胞、アミロイド症や軽鎖沈着症に伴う嚢胞、さらには腫瘍性・増殖性疾患である lymphangioleiomyomatosis や Langerhans cell histiocytosis によって形成される嚢胞を経験することがある。今回は、肺末梢領域に形成される嚢胞性病変について、それぞれの特異的・特徴的な形態像を提示したい。

【教育講演 2】 EL2-1

薬剤性肺障害の臨床・画像診断

.....

牛木淳人
信州大学医学部内科学第一教室

薬剤性肺障害の臨床診断

薬剤性肺障害の診断は除外診断であるため確立した診断基準はない。したがって病歴や各種検査所見，臨床経過などを踏まえて総合的に診断しているのが現状である。しかし重症例などでは十分な検査などが行えず，診断に難渋することも稀ではない。その場合，病状が改善しても薬剤性肺障害の可能性が否定できなければ，被疑薬の再投与は避けることとなるが，それは原疾患の治療選択肢が限定されることとなり，患者の生命予後や QOL を損なうことにつながる。

本講演では全国の医療機関から報告された薬剤性肺障害の 285 例の臨床像を提示し，さらに現在当教室で取り組んでいる薬剤性肺障害の診断基準作成の試みについて紹介する。

【教育講演 2】 EL2-2

薬剤性肺障害の臨床・画像診断

.....

栗原泰之
聖路加国際病院放射線科

薬剤性肺障害の画像診断

分子標的薬や生物製剤の導入により肺障害が注目されて久しいですが，薬剤性肺障害の画像診断は容易ではありません。まず除外診断であるので想定しないと診断できません。画像的には両側性，非区域性等が基本ですが例外もあり，その画像は多彩で特異的な画像所見はありません。しかし薬剤ごとの特徴もある程度見られるのも事実なのです。よってその画像所見に精通することは診断の近道となります。本講演では①薬剤性肺障害の基本画像病型を学び，② ILA との関連を知り，③免疫チェックポイント阻害剤のユニークな画像所見についてふれ，④比較的特徴のある画像所見を呈する薬剤性肺障害についてレビューしましょう。

【シンポジウム 1】 SY1-1

肺線維症の病態研究最前線

瀬戸口靖弘
東京医科歯科大学大学院統合呼吸器病学分野

Genomics を背景とした肺線維化の 機序解明へ

肺線維症発症に以前から遺伝的背景因子の存在は予想されてきたが、ヒト全ゲノム解読とゲノム解析技術の進歩により肺線維症の発症感受性遺伝子、責任遺伝子の同定が進んだ。現状では、若年者、家族性間質性肺炎に於ける責任遺伝子の大部分が肺胞環境の恒常性維持に重要なサーファクタント関連遺伝子群、telomere 関連遺伝子群の病的 rare variant であることが明らかになった。また、IPF において感受性遺伝子として MUC5, DSP が注目されている。本邦の慢性過敏性肺炎において FVC 低下に tollip と TGF β 1 の発現の関連性を見いだした。これらの機序は多くの進行性肺線維症にも通ずるのか更なる研究が必要である。

【シンポジウム 1】 SY1-2

肺線維症の病態研究最前線

渡辺知志，加瀬一政
金沢大学附属病院呼吸器内科

肺線維化の維持における単球由来マクロ ファージの動態と役割

肺線維症において末梢血単球数は予後と関連し、単球由来マクロファージは肺線維化の形成に働くことが報告されている。そこで我々は、肺線維化の維持における単球由来マクロファージの動態と役割を検討した。慢性的な肺線維化を生じるアスベスト気管内投与モデルやブレオマイシン持続投与モデルでは、肺内への持続的な単球の遊走、単球由来マクロファージの増加を認めた。単球由来マクロファージを阻害すると、肺の線維化は抑制された。シングルセル RNA-seq 解析より、単球由来マクロファージの動員・分化には、CSF1 のオートクリン・パラクリン作用によるシグナル伝達に関わることが示唆された。

【シンポジウム 1】 SY1-3

肺線維症の病態研究最前線

森本 充

理化学研究所生命機能科学研究センター呼吸器
形成研究チーム

肺胞オルガノイドを使った肺線維症の スクラップ&ビルド

特発性肺線維症（IPF）は非炎症性疾患で、肺胞上皮障害と再生過程の異常が原因とされる。ブレオマイシン投与によるマウスモデルは IPF 研究に用いられるが、細胞分子レベルの研究には限界があった。そこで、AT2-lineage 細胞と肺線維芽細胞による最小限の細胞構成で筋繊維芽化を再現する肺線維症オルガノイド培養の実験系を確立した。

AT2-lineage 細胞のみで構成された spheroid を BLM 処理し、p53 シグナルの活性化と TGF β が筋線維芽細胞誘導因子であり、AT2 細胞自身に自家フィードバックして TGF β 発現を増強することが分かった。AT2-lineage 細胞における paracrine-autocrine TGF β シグナルは免疫非依存的線維化誘導機構の根幹であり、IPF の治療標的となり得ることが示唆された。

【シンポジウム 1】 SY1-4

肺線維症の病態研究最前線

荒屋 潤

東京慈恵会医科大学内科学講座呼吸器内科

特発性肺線維症の病態解明と治療応用

肺線維症病態では、肺上皮細胞傷害と引き続く創傷治癒機転の異常が、線維化進展の重要な過程である。我々は肺上皮細胞傷害として制御された細胞死であるアポトーシスやネクロトーシスの存在を明らかにし、創傷治癒機転での化生上皮細胞における細胞老化の亢進や、筋線維芽細胞への分化誘導の機序について検討してきた。これら細胞表現型の規定には不十分なオートファジー分解が関与し、さらにサイトカインや extracellular vesicle (EV) による異常な上皮間葉間相互作用が重要である。一方正常な気道上皮細胞由来 EV は、内包する miRNA により肺線維化を抑制する抗線維化治療となり、また我々は空間トランスクリプトーム解析により、新規治療標的の同定も試みている。

【シンポジウム 2】 SY2-1

超希少びまん性肺疾患 : Review to Date

.....

齋藤充史, 上原康昭, 千葉弘文
札幌医科大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学講座

肺胞微石症の病態と今後の治療戦略の展望

肺胞微石症は肺胞 II 型上皮細胞におけるナトリウムリン酸共輸送体 (Npt2b) の遺伝子異常が原因で肺胞腔内にリン酸カルシウム結石を生ずる常染色体劣性遺伝の希少肺疾患である。これまで本邦に多いとされていた疾患であるが、近年の全国調査において国内生存例は 10 例以下とごく少数であった。最近では中国やインドといった新興国からの患者報告が増えている。ただし超希少疾患であるため病態解明や治療法の開発は遅れており、依然有効な治療戦略はない。本シンポジウムでは、原因遺伝子の発見から、典型症例の紹介、またこれまで報告されている治療法の検討を発表者らのマウスモデルを用いた研究成果も含めて概説する。

【シンポジウム 2】 SY2-2

超希少びまん性肺疾患 : Review to Date

.....

大河内眞也¹, 井上千裕², 色川俊也¹, 小川浩正¹, 黒澤 一¹, 岡田克典³

¹ 東北大学大学院医学系研究科産業医学分野,

² 東北大学大学院医学系研究科病理診断学分野,

³ 東北大学加齢医学研究所呼吸器外科学分野

インジウム肺

本症は薄型ディスプレイ等の製造に使用されるインジウムスズ酸化物 (ITO) の吸入により発症する職業性肺疾患である。2003 年に世界に先駆けて本邦より報告された。病理学的には、コレステロール結晶含有肉芽腫、粉塵沈着、激しい炎症細胞浸潤を伴う間質性病変に、高度気腫病変を合併することを特徴とし、気胸を繰り返す例は予後不良である。肺組織からの ITO クリアランスは数年～数十年を要すると考えられ、重症例の治療は肺移植以外にない。一方、医師、公衆衛生関係者、企業等の連携により、ITO 障害防止対策が確立され、今後の本症の発症はほぼないと予想されている。本症の経験に学ぶことは、今後の職業性肺疾患の対策を考える上でも重要である。

【シンポジウム 2】 SY2-3

超希少びまん性肺疾患：Review to Date

.....

難波由喜子¹, 瀬山邦明²

¹ 順天堂大学医学部附属浦安病院呼吸器内科,

² 順天堂大学医学部附属順天堂医院呼吸器内科

Birt-Hogg-Dubé 症候群 (BHDS) における肺嚢胞・気胸を中心とした臨床的特徴について

Birt-Hogg-Dubé 症候群は皮膚良性腫瘍である線維毛包腫, 腎腫瘍, 多発肺嚢胞, 気胸を特徴とする稀な常染色体顕性の単一遺伝子疾患である。欧米では 20 代から出現し特徴的とされる皮疹は日本人ではあまり目立たず, 日本人の気胸の発症年齢中央値は 30 代であることから気胸が診断の契機になる頻度が高い。胸部画像では不整形の大小さまざまなサイズの肺嚢胞が下肺野優位で肺底部や縦隔側に多く分布しており, 嚢胞は中枢側の比較的大い肺血管に接することが多い。日常診療で遭遇する気胸や嚢胞性肺疾患の中に潜む稀な疾患であるが, 的確な診断により気胸の再発予防や腎腫瘍のサーベイランスにつなげることが重要である。

【シンポジウム 2】 SY2-4

超希少びまん性肺疾患：Review to Date

.....

西岡安彦, 豊田優子

徳島大学大学院医歯薬学研究部呼吸器・膠原病内科学分野

特発性樹枝状肺骨化症

肺野にびまん性に微石症類似の高吸収域の小粒状影をきたし, 組織学的に異所性の骨形成を認める稀少病態があり肺骨化症として知られている。その病態は不明であるが, 報告の多くは慢性の肺うっ血や肺線維症などに伴う続発性の症例である。一方, 基礎疾患を伴わない特発性の症例も散見される。厚生労働科学研究「びまん性肺疾患調査研究」で行われた全国調査では若年男性での発症, 特徴的な樹枝状の骨化病変に加え, 多くの症例で経年的に呼吸機能の緩徐な悪化を認めている。特発性樹枝状肺骨化症 (idiopathic dendriform pulmonary ossification: IDPO) を中心に肺骨化症の臨床像について報告する。

【シンポジウム 3】 SY3-1

リアルワールドデータを用いたびまん性肺疾患研究の現状と課題

.....

山下将平¹, 岡本 師^{1,2}, 河原達雄¹, 立石知也¹,
安齋達彦³, 高橋邦彦³, 伏見清秀⁴, 宮崎泰成¹
¹ 東京医科歯科大学呼吸器内科, ² 東京医科歯科大学肺免疫治療学講座, ³ M&D データ科学センター生物統計学分野, ⁴ 東京医科歯科大学医療政策情報学分野

DPC データベース解析結果から分かった 日本における過敏性肺炎の疫学

日本の過敏性肺炎における疫学研究について過去に報告が複数あるが、いずれも規模が十分でない。今回 2011 年から 2017 年の 7 年間で全国の DPC 病院に過敏性肺炎で入院した症例を収集し疫学的な分析を行ったところ、合計 3634 名であった。内訳は夏型過敏性肺炎 490 名、鳥飼病 199 名、空調機肺 106 名、農夫肺 48 名、原因不明の過敏性肺炎 2761 名であった。夏型過敏性肺炎は日本の南西側の地域で多く、夏と秋に認めた。鳥飼病は入院期間が夏型過敏性肺炎より有意に長かった。院内死亡リスクは高齢、BMI 低値、重度の呼吸困難、鳥飼病の診断と有意に関連していた。これらの臨床的特徴は HP の診断に有用であると思われる。

【シンポジウム 3】 SY3-2

リアルワールドデータを用いたびまん性肺疾患研究の現状と課題

.....

古川大記¹, 寺町 涼²
¹ 名古屋大学医学部附属病院メディカル IT センター,
² 名古屋大学大学院医学系研究科呼吸器内科学

PROMISE 試験からみたびまん性肺疾患 リアルワールドデータの現状と課題

本邦では大規模なびまん性肺疾患レジストリである PROMISE 試験が 2020 年から開始された。210 以上のご施設に参加いただき、2022 年 10 月までに 2,900 例のびまん性肺疾患が初回登録された。現在中間解析を行っている。

本試験はオンライン診断プラットフォームをベースとした、参加施設とのインタラクティブな中央 MDD 診断を実施している。本試験により、参加施設と中央 MDD 診断の間における診断の差異、疾患進行への見通し、治療選択の違いなど、びまん性肺疾患の診療実態も明らかになった。

本シンポジウムでは、PROMISE 試験の概要とリアルワールドデータの注意点について述べる。

【シンポジウム 3】 SY3-3

リアルワールドデータを用いたびまん性肺疾患研究の現状と課題

.....

穂積宏尚，宮下晃一，井上裕介，安井秀樹，鈴木勇三，柄山正人，古橋一樹，榎本紀之，藤澤朋幸，乾 直輝，須田隆文
浜松医科大学内科学第二講座

特発性肺線維症における抗線維化薬治療と死亡リスクとの関連性：ナショナルデータベースを用いた大規模解析

過去研究により，抗線維化薬治療（AFT）が特発性肺線維症（IPF）患者の死亡率を低下させる可能性が示唆されているが，それらの研究は薬物効果を誇張する不死時間バイアスを考慮していない．我々は，匿名レセプト情報・特定健診等情報データベースと不死時間バイアスを回避する複数の統計手法を用いて，AFT が真に死亡率低下と関連性するかどうかを調査した．仮想臨床試験モデルでは，ニンテダニブ（調整ハザード比 0.69）もピルフェニドン（調整ハザード比 0.81）も死亡率低下と関連した．AFT 開始を時間依存性共変量とした解析でも同様の結果だった．年齢や性別，併存症のサブグループ解析でも概ね一貫した関連性が示された．

【シンポジウム 3】 SY3-4

リアルワールドデータを用いたびまん性肺疾患研究の現状と課題

.....

坂本憲穂
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科呼吸器内科学分野

九州沖縄早期 IPF study からみえてきた早期 IPF に対する治療の現状と研究としての課題

IPF に対する抗線維化薬の効果が広く知られるようになり約 10 年が経とうとしているが，早期 IPF に対するリアルワールドデータを用いた研究の報告は少ない．我々は 2019 年から九州沖縄地区の各施設の協力のもと，早期 IPF に対してニンテダニブを開始された症例に対する多施設前向き観察研究（九州沖縄早期 IPF study）を実施中である．本講演では，九州沖縄早期 IPF study を通して得られた早期 IPF に対する治療の現状を一部紹介し，早期 IPF に対するリアルワールドデータを用いた研究を行ううえでの限界や課題について考察したい．

【シンポジウム 4】 SY4-1

気管支拡張症：難治化病態と治療戦略

ト部尚久, 坂本 晋, 時田 望, 岸 一馬
東邦大学医学部医学科内科学講座呼吸器内科学
分野 (大森)

難治性肺 MAC 症に対する気管支拡張症としてのマネージメント

本邦では近年、結節気管支拡張 (NB) 型の肺 MAC 症が増加している。肺 MAC 症の肺病変の中でも、気管支拡張病変は抗菌薬治療による改善が困難である。気管支拡張病変は様々な病原微生物による慢性下気道感染症の温床となり、45% の肺 MAC 症患者が、他の病原微生物との混合感染を起こしているという報告もある。当院において、NB 型の肺 NTM 症が疑われる 130 名の BALF を、16SrRNA 領域の PCR と次世代シーケンサーを使用して解析を行なったところ、NTM 培養陽性症例の 77.5% (55/71 例) で *Pseudomonas* 属の遺伝子を認めた。緑膿菌との混合感染を認める肺 MAC 症患者は呼吸器症状が悪化や CT 画像所見を悪化させるという報告もあり、治療や管理において大きな問題となっている。このような症例に対する治療戦略を模索する必要がある。

【シンポジウム 4】 SY4-2

気管支拡張症：難治化病態と治療戦略

肥沼悟郎
国立成育医療研究センター小児内科系専門診療
部呼吸器科

小児の気管支拡張症患者とその移行期医療

小児の気管支拡張症 (慢性気管支炎) は稀であり、その実態は不明である。成人同様に原因は多岐にわたると推測されるが正確な診断方法・治療法が確立していないこと、患者が治癒することなく成人期に達した場合にどうすべきか、などの問題が山積している。今回は、当科で経験した気管支拡張症の実例について提示し、小児期から成人期への移行の段階で何が問題になっているのかを小児科医の立場から述べさせていただく。このような課題について、成人診療科の先生方と一緒に考えてみる機会とさせていただければ幸いである。

【シンポジウム 4】 SY4-3

気管支拡張症：難治化病態と治療戦略

土方 美奈子¹, 若林佳子¹, 宮林亜希子¹,
牛島紗季¹, 山田博之¹, 伊藤優志², 森本耕三²,
慶長直人¹

¹ 公益財団法人結核予防会結核研究所, ² 公益財団法人結核予防会複十字病院

PCD の遺伝的多様性と難治化病態

原発性線毛運動不全症（PCD）は、運動性線毛の機能に関わる遺伝子の異常による稀な先天性疾患で、現在 50 前後の原因遺伝子が知られている。2019 年に我々が同定した DRC1 遺伝子のエクソン 1-4 を含む大規模欠失アレルのホモ接合体は、原因遺伝子変異の判明した日本人 PCD 症例の約半数を占めるが、慢性鼻副鼻腔炎と気管支拡張症以外に所見が乏しく、成人になって疑われる例が多い。

「線毛機能不全症（カルタゲナー症候群を含む。）」はこのたび指定難病として承認され、2024 年 4 月より医療費助成が予定されているため、注意深い診療体制が求められる。原因遺伝子や線毛構造異常部位による臨床症状の違い、遺伝子解析法とその限界、今後の展望について紹介する。

【シンポジウム 4】 SY4-4

気管支拡張症：難治化病態と治療戦略

松本久子
近畿大学医学部呼吸器・アレルギー内科学教室

気管支拡張症と 2 型気道炎症

非 2 型炎症、特に好中球性気道炎症を主病態とする気管支拡張症において、近年好酸球性炎症を呈する一群が約 2 割存在し、同群への吸入ステロイド薬や抗 2 型炎症生物学的製剤の有効性について検討が重ねられている。一方 2 型気道炎症が主体である気管支喘息において、感染エピソードに難渋する気管支拡張症（アレルギー性気管支肺真菌症を除く）合併例が存在する。いずれも下気道細菌叢と好酸球性気道炎症に対して、長期的な予後も視野に入れた適切な管理が求められる。本シンポジウムでは、既報、自験結果から“気管支拡張症と 2 型気道炎症”の病態と治療・管理について考えたい。

【シンポジウム 5】 SY5-1

膠原病に伴う間質性肺疾患の診療 update

.....

藤澤朋幸
浜松医科大学内科学第二講座

多発性筋炎 / 皮膚筋炎関連間質性肺疾患 (PM/DM-ILD)

PM/DM において、ILD は予後に深く関わる筋外病変である。PM/DM-ILD は、多彩な発症様式や臨床経過を呈する。また、筋炎特異的抗体（MSA）は PM/DM-ILD の約 80% に検出され、病態を反映することが報告される。抗 MDA5 抗体陽性例は、しばしば予後不良な急速進行型 ILD を呈するが、免疫抑制治療で長期に安定する症例も少なくない。抗 ARS 抗体陽性例では、治療反応性に比較的優れるものの、緩徐に線維化が進行して呼吸機能低下を来す症例も経験される。MSA や発症様式に基づく初期治療に加え、多因子を加味した治療強度の層別化や、慢性進行性を考慮した治療戦略の考案が重要となる。

【シンポジウム 5】 SY5-2

膠原病に伴う間質性肺疾患の診療 update

.....

山野泰彦，武井玲生仁，富貴原淳，笹野 元，
松田俊明，片岡健介，木村智樹，近藤康博
公立陶生病院呼吸器アレルギー疾患内科

強皮症 ILD: 最新のエビデンスを臨床に生かす

強皮症に伴う間質性肺疾患（SSc-ILD）は、膠原病 ILD の中でも頻度が高く、しばしば遭遇する疾患である。SSc-ILD は複数の RCT が行われ、治療に関するエビデンスが豊富であり、また多くの疾患挙動に関する報告がある。今回の講演では、①間質性肺炎患者に潜む強皮症を診断すること、②皮膚病系（びまん皮膚硬化 / 限局皮膚硬化型）毎の臨床像の差異、③ ILD の phase を意識した治療薬のエビデンスの理解について述べる。今回の講演を通して SSc-ILD のより良いコントロールを目指す。

【シンポジウム 5】 SY5-3

膠原病に伴う間質性肺疾患の診療 update

.....

山川英晃
さいたま赤十字病院呼吸器内科

関節リウマチ (RA) に ILD を併存した際の 管理・治療戦略

RA-ILD 患者の一部は、予後が悪い可能性が指摘されている。UIP パターンが予後不良という報告が多いが、CT をみて UIP パターンか否かを診断することは特発性 ILD の経験からも難しいように感じる。さらに予後を悪くする因子として ILD 急性増悪・薬剤性肺障害や感染症合併が絡んでくる。RA-ILD 患者の治療管理の重要な点は、関節炎のコントロールの制御ができていないか、と ILD 自体の疾患挙動を意識すること、治療選択や強度の決定に際し合併症リスクとのバランスをみて診療することである。膠原病ではステロイドや免疫抑制剤など多数の抗炎症治療薬の歴史があり、呼吸器内科医として学ぶことが多く、特発性や過敏性肺炎の管理にもいきけると考えている。

【シンポジウム 5】 SY5-4

膠原病に伴う間質性肺疾患の診療 update

.....

田畑恵里奈¹, 馬場智尚¹, 丹羽 崇¹, 武村民子²,
岩澤多恵³, 奥寺康司⁴, 小倉高志¹
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 横浜市立大学医学部医学科病態病理学教室

膠原病に伴う間質性肺疾患における 経気管支クライオ肺生検の意義

膠原病に伴う間質性肺疾患 (CTD-ILD) はその疾患の予後を左右する重要な病変であり、的確な診断が必要である。2017 年に本邦でも承認された経気管支クライオ肺生検 (TBLC) は従来の外科的肺生検よりも合併症が少なく、鉗子生検よりも大きく良質な検体が採取できることから、間質性肺炎全般での診断に活用されている。TBLC では気管支・細気管支病変および肺泡領域での炎症細胞浸潤の有無の評価がしやすく、また UIP パターンの線維化を評価して進行性線維化を伴う間質性肺疾患の存在を評価するにも適している。CTD-ILD における TBLC の利点とその意義について、当院での実施経験も踏まえて報告する。

.....

千葉弘文
札幌医科大学医学部呼吸器・アレルギー内科学講座

間質性肺疾患診療におけるバイオマーカー 測定の有用性

間質性肺疾患の診断や活動性の評価には HRCT や呼吸機能検査が用いられるが、HRCT は被爆の問題、呼吸機能検査は患者の努力が必要となり簡便な検査ではない。そのため、低侵襲で簡便なバイオマーカーが必要とされる。バイオマーカーは、疾患を特定するための診断マーカー、経過を予測する予後マーカー、症状の推移を診るモニタリングマーカーなど、その役割は様々である。本邦では、KL-6、SP-A、SP-D が間質性肺疾患のバイオマーカーとして認可されている。いずれのマーカーも診断感度が高く、活動性の評価、予後予測に有用である。抗線維化薬が標準的治療となった現在、バイオマーカーには、早期診断や治療効果予測など新たな役割が期待されている。

宮崎泰成
東京医科歯科大学統合呼吸器病学

近藤康博
公立陶生病院呼吸器・アレルギー疾患内科

特発性間質性肺炎の新たな展開

特発性間質性肺炎 診断と治療の手引き 2022 (改訂第四版)の「第2章 診断の進め方」に、家族性間質性肺炎と進行性線維化を伴う間質性肺炎 (PF-ILD) / 進行性フェノタイプを示す慢性線維化性間質性肺疾患の2項目が新たに追加された。特発性間質性肺炎 (IIPs) の10~19.5%が家族性であり、その発症・進行における遺伝的要因の関与が示唆されている。また、IIPsの20~30%がPF-ILDのフェノタイプであり、IPF同様に予後不良であることが示されている。IIPsにおける遺伝的要因と進行性線維化フェノタイプについて本セミナーで概説する。

間質性肺疾患の呼吸管理 Up to date

間質性肺疾患 (ILD) は急性あるいは慢性呼吸不全に陥る場合がしばしばある。ILDにおいては内在する肺の脆弱性のため、呼吸管理中に生じる人工呼吸器関連肺損傷や、最近では患者自身の呼吸努力が原因で生じる肺損傷 (P-SILI) がより増幅される危険性がある。高流量鼻カニューラ酸素療法 (HFNC) は、専用的高流量システムと鼻カニューラを用い、①相対湿度100%までの加湿可能、②鼻咽腔における死腔洗い出し効果、③FiO₂設定可能、④PEEP様効果、⑤上気道抵抗の減少効果、等の特徴とし急性期および慢性期の呼吸管理に使用されている。本講演では、ILDの呼吸管理についてHFNCの知見も含め解説したい。

福島清春

大阪大学大学院医学系研究科免疫学フロンティア
研究センター自然免疫学

ILD と免疫細胞の関わり

肺線維症は予後不良の重篤な病態であり、多様な間質性肺疾患（ILDs）が原因となる。免疫・炎症細胞以外にも、血管系や細胞死、fibrocyteなどが関与し、極めて複雑な病態である。シングルセル RNA シークエンスにより、線維化に関わる特徴的な細胞サブセットが明らかになるとともに、空間的遺伝子発現解析により、分子・細胞間相互作用も明らかになりつつある。免疫細胞の新たな側面や空間的相互作用の解明は、将来的な治療法の可能性を秘めている。今回のセミナーでは、線維化関連単球 / マクロファージサブセットの最新研究や、急速に進展しつつあるILD進行にかかわる免疫細胞に関する最新の知見を紹介したい。

桑平一郎

総合東京病院呼吸器疾患センター，東海大学

病態を理解するための呼吸機能検査のみかた～IPF, CPFE, COPDに触れながら～

本講演では、質的診断を高めるためのポイントを紹介したい。①間質性肺炎では拡散障害は安静時低酸素血症の原因とはならず、換気血流比不均等で説明可能である。②DLとDL/VAは意味が異なる。VCが低下するだけでDLは低値となる。DLの値のみから拡散障害があるとはいえない。③低酸素血症は息切れの直接の原因ではない。換気できないことが息苦しさに繋がる。④呼吸機能検査ハンドブックにも記載がないFEF25-75%（MMF）は、閉塞性障害においてFEV1より末梢気道の病態を捉える点で重要である。⑤フローボリュームループの位置から薬物療法の効果が簡単に推定できる。診療の参考になれば幸いである。

【コーヒースタイルセミナー 1】 CBS1-1 間質性肺疾患から見つける希少疾患

.....

吾妻安良太^{1,2}

¹ 所沢明生病院呼吸器内科兼治験・臨床研究センター,

² 日本医科大学

ILD; 原因不明の細胞内代謝異常に目を向ける - Focusing on Intracellular Metabolic Abnormalities of Unknown Cause -

間質性肺疾患 (ILDs) は、肺実質を取り巻く肺間質を炎症や線維化病変の主座とする疾患群であり、現時点で原因不明なものと、原因が明らかなものに大別される。前者は総称して特発性間質性肺炎 (IIPs) と呼ばれ、後者は自己免疫性、職業環境性、医原性およびサルコイドーシスや肺胞蛋白症などの ILDs が含まれる。

ASMD は高率に ILD を合併する。しかし、疾患認知度が低かった影響か、国内で ILD の所見から ASMD が診断された報告はない。一方で、昨年治療薬が上市され、早期診断の重要性が増している。

ASMD に伴う肺病変は広義間質に沿った肥厚を特徴とする。ILD から ASMD を想起するには、広義間質病変に加え、肝脾腫や HDL-C 低値をキーワードに絞り込むことが重要である。

【コーヒースタイルセミナー 1】 CBS1-2 間質性肺疾患から見つける希少疾患

.....

高橋 勉

秋田大学大学院医学系研究科医学専攻小児科学講座

ASMD (ニーマンピック病 A/B 型) における 間質性肺疾患: 診断と治療の最新

Acid sphingomyelinase deficiency (ASMD) は原因酵素をコードする SMPD1 遺伝子異常による常染色体潜性遺伝性のライソゾーム病である。3 臨床型 (乳児内臓神経型 :A 型、慢性内臓神経型 :A/B 型、慢性内臓型 :B 型) に分類されるが、B 型では神経症状がなく間質性肺疾患、軽度および重度の肝脾腫、脂質代謝異常などから多彩な合併症を示して成人期を経過する。

ASMD の間質性肺疾患は、小児期より胸部レントゲンで下肺野の顆粒状陰影が認められ、肺 CT では間質性肺疾患像と肺気腫像が著明である。呼吸症状は呼吸困難や血痰などであり臨床検査では DLCO での著明な低下が示される。B 型の死亡原因の約 30% は肺合併症と報告されている。

2022 年より本邦で ASMD に対する酵素補充療法 (Olipudase alfa) が承認された。

.....

小倉高志
神奈川県立循環器呼吸器病センター

間質性肺炎の診断と治療の達人 ～多職種 チーム医療のオーガナイザーを目指して～

演者は当初は比較的稀な疾患である間質性肺炎（interstitial pneumonia：IP）を、「武道」に譬えてその診断と治療の達人に憧れた。2022年の人口動態統計では、IPは男性では第9位の死因にあげられて呼吸器内科医にとっても重要な疾患になった。その後、画像や病理医とのMDD（多職種議論）、日本で初めて立ち上げた間質性肺炎センターでの看護師、PT、栄養士との連携を経験したため、患者中心のチーム医療、更には他分野研究者との臨床研究のオーガナイザーを目指している。私の臨床は、いままでに会った患者さんや数多く参加した研究会で学び追体験をした症例が基本になっており、具体例を提示しながら、間質性肺炎領域の過去、現在、未来を語りたい。

一般演題抄録集

【一般口演 1】O-1

茂田光弘¹, 新井 徹², 新谷亮多¹, 竹内奈緒子¹, 香川智子¹, 滝本宜之¹, 澄川裕充³

¹NHO 近畿中央呼吸器センター呼吸器内科, ²NHO 近畿中央呼吸器センター臨床研究センター, ³NHO 近畿中央呼吸器センター放射線科

軽症の抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎の自然経過の検討

目的：軽症の抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎（ASS-ILD）の自然経過と進行の予測因子を同定する。方法：当院で診断した ASS-ILD のうち、すぐに治療導入をしなかった 26 例を後ろ向きに調査した。進行は % FVC > 10% の低下、治療導入もしくは呼吸器関連死亡と定義した。結果：追跡期間中央値 71 か月で、5 年無増悪生存割合は 80%、中央値は 106 か月であった。高齢と KL-6 高値が進行の予測因子であった。

【一般口演 1】O-2

大瀧敏弘, 山野泰彦, 武井玲生仁, 富貴原淳, 笹野 元, 松田俊明, 片岡健介, 木村智樹, 近藤康博

公立陶生病院呼吸器・アレルギー疾患内科

非典型的な経過を呈した抗 MDA-5 抗体陽性皮膚筋炎の一例

症例は 72 歳男性。X-3 年に間質性肺炎を指摘されるが、自然軽快した。X-1 年 12 月頃より間質性肺炎が同部位に再燃し、同時に関節痛、耳輪部の潰瘍を認めた。初回時及び再燃時の血液検査で、抗 MDA-5 抗体陽性が判明し皮膚筋炎と診断した。再燃時には、集学的な免疫抑制治療を行うも抵抗性の経過であった。非典型的な経過を呈した抗 MDA-5 抗体陽性皮膚筋炎の一例であり文献的考察を踏まえ報告する。

【一般口演 1】O-3

財前圭晃^{1,2}, 岡本昌樹^{1,3}, 東 公一¹, 福岡順也², 穂積宏尚⁴, 坂本憲穂⁵, 須田隆文⁴, 迎 寛⁵, 星野友昭¹

¹久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科, ²長崎大学大学院医歯薬学総合研究科情報病理学講座, ³国立病院機構九州医療センター呼吸器内科, ⁴浜松医科大学内科学第二講座呼吸器内科, ⁵長崎大学病院呼吸器内科・感染症内科

皮膚筋炎関連間質性肺疾患における組織中の補体とイムノグロブリンの検討

皮膚筋炎関連間質性肺疾患（DM-ILD）の病理発生は未だよくわかっていない。DM-ILD と IPF の病理組織について MDA5 とイムノグロブリン（Ig）及び C3 の発現を免疫組織化学染色で検討したところ、両群で MDA5 は肺に強く発現していたが、C3 と Ig は DM-ILD ではより強く発現していた。抗 MDA5 抗体陽性 DM-ILD では陰性例と比較して C3 がより強く発現していた。さらに肺特異的に発現させたヒト MDA5 トランスジェニックマウスに抗ヒト MDA5 抗体を投与したところ肺傷害を呈し、コントロールマウスと比較して強い C3 と Ig の発現が見られた。DM-ILD では強い Ig と C3 の発現が見られることから III 型アレルギー反応が関与していることが示唆され、その程度が予後と相関すると想定される。

【一般口演 1】O-4

森 俊輔, 滝本宜之

NHO 熊本再春医療センターリウマチ科

関節リウマチ（RA）薬物治療に関連したニューモシスティス肺炎（PCP）の臨床的特徴

PCP は RA 薬物治療に関連した代表的日和見感染症であるが、その実態は未だ不明な点が多い。今回、RA 患者に発生した PCP 70 症例を解析した結果、多くは、メトトレキサート（MTX）治療により潜伏感染が顕在化したものと考えられる。生命予後因子は、呼吸器症状出現から 48 時間以内の診断・治療と間質性肺病変合併であった。以上より PCP 発生予防の ST 合剤投与を提案したい。

【一般口演 2】 O-5

由良博一¹, 坂本憲穂¹, 時任高諄¹, 奥野大輔¹, 宮下律子¹, 小笹睦¹, 石本裕士¹, 城戸貴志¹, 齋藤明美², 迎 寛¹

¹ 長崎大学病院呼吸器内科, ² 国立病院機構相模原病院臨床研究センターアレルギー研究室

Acremonium 沈降抗体陽性住居関連過敏性肺炎の臨床的特徴の検討

住居関連過敏性肺炎は、日本の慢性過敏性肺炎の疫学調査で鳥関連、夏型に次いで多いとされているが抗原の同定が困難であることが多い。Acremonium は住居関連過敏性肺炎の原因抗原の一つとして報告されているが、その臨床的特徴は明らかとなっていない。これまでに当科で過敏性肺炎を疑い沈降抗体を測定した 191 例中、Acremonium 陽性であった 46 例の臨床的特徴を検討し報告する。

【一般口演 2】 O-7

飯島裕基¹, 恵島 将², 園田史朗¹, 柴田 翔¹, 白井 剛¹, 古澤春彦¹, 岡本 師¹, 立石知也¹, 足立拓也³, 桐村 進⁴, 宮崎泰成¹

¹ 東京医科歯科大学呼吸器内科, ² 武蔵野赤十字病院呼吸器内科, ³ 東京医科歯科大学放射線診断科, ⁴ 東京医科歯科大学病理部

過敏性肺炎診断における曝露評価票の有用性に関する検討

背景：過敏性肺炎（HP）疑い症例で抗原の臨床的意義を 4 段階に分類する曝露評価票を作成した。

方法：当院の MDD 症例 172 例に曝露評価票を適用、ATS ガイドラインによる診断や MDD による最終診断との関連を評価した。

結果：ATS ガイドラインで高確診度でも抗原の臨床的意義が低い症例の最終診断は HP 以外が多かった。ATS ガイドラインに曝露評価票を組み込むと診断能が上昇した。

結論：曝露評価票は有用である。

【一般口演 2】 O-6

齋藤美加子¹, 杉野圭史¹, 小野紘貴¹, 安藤真弘¹, 原口秀司², 五十嵐誠治³, 黒崎敦子⁴, 蛇澤 晶⁵, 坪井永保¹

¹ 一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院呼吸器内科, ² 一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院呼吸器外科, ³ 一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院病理診断科, ⁴ 公益財団法人結核予防会複十字病院放射線診断科, ⁵ 独立行政法人総合病院国保旭中央病院臨床病理科

詳細な問診や環境調査により吸入抗原を特定し、過敏性肺炎の診断に至った間質性肺炎の臨床的特徴

当初、IPF または分類不能型間質性肺炎（UCIP）と診断した症例のうち、病理所見や再度の詳細な問診により CHP と診断した 18 例を対象。初回診断では IPF 5 例, UCIP 13 例。VATS 前に HP ガイドラインで低確診例、除外不能となった 6 例は、最終診断で高確診 3 例、確定 3 例となり病理学的検査の有用性が示唆された。吸入抗原は鳥関連 10 例、住居関連 3 例、農夫肺 3 例、キノコ 1 例、小麦粉 1 例。

【一般口演 2】 O-8

澤田 淳¹, 園田史朗¹, 飯島裕基¹, 青木 光¹, 島田 翔¹, 榎原里江¹, 柴田 翔¹, 本多隆行¹, 白井 剛¹, 古澤春彦¹, 岡本 師¹, 立石知也¹, 宮崎泰成¹, 足立拓也², 桐村 進³

¹ 東京医科歯科大学病院呼吸器内科, ² 東京医科歯科大学病院放射線科, ³ 東京医科歯科大学病院病理部

BALF のリンパ球比率上昇と間質性肺炎におけるリンパ球性胞隔炎の関連性の検討

間質性肺炎におけるリンパ球性胞隔炎を推定するにあたり、BALF がそのサロゲートマーカーになりうる条件については報告が少ない。今回我々は BALF と組織所見の一致する条件を検討した。当院で MDD を行った 173 例に対してロジスティック解析を行ったところ、BALF 細胞分画のリンパ球比率が 50% 以上の場合に病理学的なリンパ球性胞隔炎との有意な関連がみられた（ $p=0.032$, 95%CI 1.129-15.41）。BALF のリンパ球比率と臨床的な意義について考察を交えて報告する。

【一般口演 3】 O-9

山内浩義, 坂東政司, 斎藤瑞穂, 矢尾板慧, 新井郷史, 新井直人, 川崎樹里, 内山 歩, 高崎俊和, 瀧上理子, 久田 修, 中山雅之, 間藤尚子, 前門戸任

¹ 自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門

撮影した写真を用いたばち指の評価精度に関する検討

ばち指の有無は、外観・爪床角度・指節骨深度比・シヤムロスサインなどの所見から総合的に判断することが多いが、それぞれの所見の評価者間の一致率は必ずしも高くない。今回「ばち指測定器」で撮影した 175 枚の右第 2 指の写真を用い、14 名の呼吸器内科医のばち指の評価一致率を検討したところ、爪床角度の中でも特に Hyponychial angle が評価者のばち指の有無の判断に影響を与えている可能性が考えられた。

【一般口演 3】 O-11

田中智大¹, 財前圭晃^{1,2}, 梅元崇志¹, 真玉豪士¹, 岡元昌樹^{1,3}, 富永正樹¹, 星野友昭¹

¹ 久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門, ² 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科病理診断科, ³ 国立病院機構九州医療センター呼吸器内科

邦人における経気管支氷結肺生検関連有害事象と肥満の関係

クライオ生検 (TBLC) において BMI 35 以上は検査失敗リスクと報告されているが、邦人におけるデータはない。102 例の TBLC について有害事象 (AE) の発生と BMI の相関を検討した。AE は 19 例 (18.6%) で認め、出血 14 例 (13.7%), 気胸 5 例, 間質性肺炎急性増悪 1 例だった。出血の AE と BMI について解析したところ、BMI 26.8 をカットオフとして出血の有害事象が有意に多かった (37.5% vs 8.4%)。肥満は邦人においても出血など TBLC-AE のリスクだった。

【一般口演 3】 O-10

三ツ井美穂¹, 早稲田優子¹, 谷 圭馬¹, 竹内亜衣¹, 細川 泰¹, 武田俊宏¹, 島田昭和^{1,2}, 園田智明¹, 山口牧子¹, 本定千知¹, 門脇麻衣子^{1,2}, 安斎正樹¹, 梅田幸寛¹, 上紙 航³, 福岡順也^{3,4}, 齊藤雄二^{2,5}, 石塚 全¹

¹ 福井大学医学系部門内科学 (3) 分野, ² 福井大学難治性呼吸器疾患診断・治療学講座, ³ N Lab, ⁴ 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科情報病理学, ⁵ はるひ呼吸器病院

BAL 細胞分画評価の標準化のための AI モデル作成

BAL の正確な判定は間質性肺炎の診断に重要であるが、染色性、評価範囲等にばらつきが見られ、標準化はできていない。我々は BAL の細胞を分別できる AI モデルを構築し、BAL 検体内を網羅する細胞分布を数値化することで評価の標準化を試みている。サイトスピン検体のギムザ染色スライドを用い、ディープラーニングによる特徴抽出を行い病理医によるグループ化を経て正解データを設定、モデルを構築後、AI の判定について検討を行った。

【一般口演 3】 O-12

岡元昌樹^{1,2}, 財前圭晃², 松尾規和^{1,2}, 空閑亮太¹, 星野友昭²

¹ 国立病院機構九州医療センター呼吸器内科、臨床研究センター, ² 久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門

6 分間歩行試験における SpO2 低下は、線維化性間質性肺疾患の重症度、進行性肺線維化の独立リスク因子である

FILD の重症度、進行性肺線維化関連因子の特定を目的として、FILD 102 例における GAP ステージ ≥ 2 (20 例), 1 年間の進行性肺線維化 (FVC 低下 $\geq 10\%$, DLCO 低下 $\geq 15\%$, 急性増悪あるいは死亡, 39 例) との関連因子をロジスティック回帰分析した。独立関連因子は、GAP ステージ ≥ 2 が 6 分間歩行試験の最低 SpO2、進行性肺線維化が最低 SpO2, CAT であった。研究結果は、ILD の重症度評価、進行性肺線維化の予測のために 6 分間歩行試験が必須であることを示している。

【基礎・一般口演 4】 KO-1

北岡裕子

東京農工大学工学部生体医用システム工学科

肺胞の動態を考慮した間質性肺炎の新たな理解の提案

間質性肺炎は肺胞腔内の滲出物がわずかで、肺胞壁が肥厚しているように見える肺炎の総称である。組織学的な亜分類が多数提案されているが、病因や症状との関連は明確でなく、観察者間の一致度も低い。その原因は、肺胞構造の理解が2次元的なパターン認識にもとづいているためと考えられる。肺胞は呼吸中に形状が変化する4次元構造物である。間質性肺炎を肺胞の運動異常という観点から理解することを提案する。

【基礎・一般口演 4】 KO-2

石井大介¹, 川崎 剛¹, 佐藤裕範², 今本拓郎¹, 安部光洋¹, 巽浩一郎¹, 鈴木拓児¹

¹ 千葉大学大学院医学研究院呼吸器内科学, ² 千葉大学大学院医学研究院小児病態学

特発性肺線維症における末梢血単核球のトランスクリプトーム解析

特発性肺線維症 (IPF) の病態がどのように末梢血単核球 (PBMC) の遺伝子発現に反映されているかは不明である。IPF における PBMC の特徴、さらに抗線維化薬投与の PBMC への影響について RNAseq 解析にて検討した。IPF は健常者とは異なる遺伝子発現を呈し、抗線維化薬の投与により遺伝子発現の変動をみとめた。IPF の病態の特徴と抗線維化薬の影響を PBMC のトランスクリプトームの観点から検討した。

【基礎・一般口演 4】 KO-3

土師恵子¹, 佐藤正大¹, 小川博久², 村上行人¹, 山下雄也¹, 小山竜也¹, 河野 弘¹, 小林克利³, 諸星俊郎³, 西岡安彦¹

¹ 徳島大学大学院医歯薬学研究部呼吸器・膠原病内科学分野, ² 徳島大学大学院医歯薬学研究部疾患病理学分野, ³ SANSO 株式会社

オートタキシン阻害作用を有する 2ccPA の肺線維症における有効性の検討

オートタキシン (ATX) はリゾホスファチジルコリン (LPC) を加水分解し、線維化促進作用を有するリゾホスファチジン酸 (LPA) を産生する。ATX 阻害作用を有する脂質メディエーター 2ccPA は ATX/LPC 刺激によるヒト肺線維芽細胞の増殖を抑制した。またプレオマイシン誘発肺線維症モデルマウスでは 2ccPA 投与により肺の線維化が抑制された。2ccPA は肺線維症治療に有用な薬剤である可能性が示唆された。

【基礎・一般口演 4】 KO-4

平川治樹, 加藤元康, 候 嘉, 蔵田航一, 末安巧人, 荒井雄太, 中沢 舜, 本村宏明, 越智裕介, 住吉一誠, 十合晋作, 佐々木信一, 高橋和久

順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学

アリシンの肺線維化、肺障害抑制効果の検討

本検討ではアリシンによる肺線維化、肺障害の抑制効果を明らかにする。アリシンは肺線維芽細胞株における TGF β 誘導性の 3D ゲル収縮能、遊走能、ファイブロネクチンや α SMA の発現及び Smad3 リン酸化を有意に改善、プレオマイシン誘導性肺線維症モデルマウスにおける肺線維化、肺障害を有意に抑制した。アリシンが肺線維症、肺障害の治療に有用である可能性が示唆された。

【基礎・一般口演 4】 KO-5

佐藤正大¹, 小川博久², 村上行人¹, 山下雄也¹, 土師恵子¹,
河野 弘¹, 原 英二³, 西岡安彦¹

¹ 徳島大学大学院医歯薬学研究部呼吸器・膠原病内科学分野, ² 徳島大学大学院医歯薬学研究部疾患病理学分野, ³ 大阪大学微生物病研究所遺伝子生物学分野

BRD4 阻害剤 ARV825 の線維化関連遺伝子の発現抑制と老化細胞除去を介した抗線維化効果の検討

本研究では新規 BRD4 阻害薬である ARV825 の老化細胞除去作用と抗線維化作用に着目し検討した。ARV825 は老化細胞の細胞死を誘導する一方、非老化線維芽細胞に対しては、線維化関連遺伝子の発現を低下させた。ブレオマイシン誘発肺線維症モデルマウスにおいて、ARV825 は肺線維症を抑制し、体重の回復を促進し、肺機能を改善した。ARV825 投与により、肺組織中の老化 2 型肺胞上皮細胞数が減少した。

【一般口演 5】 O-15

高崎俊和, 坂東政司, 山内浩義, 久田 修, 中山雅之, 間藤尚子,
前門戸任

自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門

乾癬合併間質性肺炎の臨床的検討

慢性炎症性皮膚疾患である乾癬は皮膚病変以外に、心血管疾患、COPD、糖尿病などの全身疾患を合併し、近年間質性肺炎の合併例や抗体製剤による薬剤性肺障害も報告されている。今回、2018 年 4 月～2023 年 3 月に当科に入院した間質性肺炎患者 382 名の中で、乾癬を合併した 8 名の臨床的特徴を後方視的に検討した（合併率 2%）。胸部 CT 所見や臨床経過を中心に、文献的考察を交えて報告する。

【一般口演 5】 O-14

下田真史, 田中良明, 森本耕三, 吉森浩三, 大田 健

結核予防会複十字病院呼吸器内科

器質化肺炎における無治療改善例の特徴

特発性器質化肺炎（COP）は多くの症例でステロイド治療を要するが無治療で改善する例もある。そこで当院で過去 6 年間に COP と診断した 40 例を後方視的に検討した。16 例が無治療で改善しており、治療例に比べ CRP が低く、血中リンパ球比率が高く、症状出現から診断までの期間が長かった。また CRP ≤ 3.79 mg/dL は無治療群の予測に対し感度 73.9%、特異度 93.8%、オッズ比 39.8 であった。

【一般口演 5】 O-16

松本宗大, 鈴木 雅, 今野 哲

北海道大学大学院医学研究院呼吸器内科学教室

10 年の経過を観察し得た超硬合金肺の 3 例

超硬合金肺は、超硬合金を使用または製造する労働者やダイヤモンド研磨者に起こる塵肺であり、微細粉塵となった超硬合金（主にコバルト）の吸入が原因である。粉塵暴露からの回避が必要とされているが、長期間にわたる経過を観察し得た報告はない。今回、発症及び粉塵暴露回避後、10 年の経過を観察し得た 3 症例を報告する。いずれも画像的には軽度の改善ながらも、長期的に呼吸機能の改善を認め、暴露回避の重要性が示唆された。

【一般口演 5】 O-17

加藤元康, 早川瑛梨, 平川治樹, 高橋和久
順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学

特発性 Pleuroparenchymal fibroelastosis における 画像所見と予後・気胸発症の検討

当院で特発性 Pleuroparenchymal fibroelastosis と診断された症例から画像所見と気胸発症及び予後との関連を後方視的に検討した。胸部 X 線での気管偏移と HRCT における胸壁近傍への気管支透亮像は気胸発症, 胸部 X 線での気管偏位と HRCT における下葉 UIP パターンは予後と関連した。これらの結果は本疾患の予後や気胸発症の予測に有用である可能性がある。

【一般口演 5】 O-19

谷澤公伸¹, 半田知宏^{1,2}, 大角明宏³, 池添浩平¹, 魚住龍史⁴, 坂本 亮⁵, 吉澤明彦^{6,7}, 伊達洋至³, 平井豊博¹

¹ 京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学, ² 京都大学大学院医学研究科呼吸不全先進医療講座, ³ 京都大学大学院医学研究科呼吸器外科学, ⁴ 東京工業大学工学院経営工学系東京工業大学工学院経営工学系, ⁵ 京都大学大学院医学研究科放射線医学(画像診断学・核医学), ⁶ 京都大学大学院医学研究科附属総合解剖センター, ⁷ 京都大学医学部附属病院病理診断科

脳死肺移植登録された間質性肺炎患者における家族性肺線維症

京都大学病院から脳死肺移植登録された, 線維性間質性肺炎 170 例を対象に, 家族性肺線維症の頻度, 臨床像, 移植待機予後を検討した。家族性肺線維症は 25 例 (14.7%) に見られ, 孤発例に比べて, 特発性肺線維症の頻度が高く, 膠原病関連の頻度が低かった。全症例において, 家族性発症は待機予後と関連しなかったが, 6 分間歩行距離 250m 以上の症例では, 予後不良因子であった (ハザード比 2.34)。

【一般口演 5】 O-18

石井 寛, 木下義晃, 串間尚子
福岡大学筑紫病院呼吸器内科

特発性 PPFE の自然史と予後予測に関する検討

特発性 PPFE の診断には進行性の画像所見, 呼吸機能低下などを確認する必要がある。初期病変は診断が困難だが, PPFE 患者の画像経過をさかのぼって確認したところ, 肺尖部の陰影は 5-6 年前から存在し, 病変の進行を指摘し得るのは診断前の短い期間であった。我々はこれまで挙げられた予後不良因子をスコア化したモデルを作成した。また, 体重減少や二酸化炭素分圧の上昇も簡便な予後予測因子であることが分かってきた。

【一般口演 6】 O-20

石川 立, 錦織博貴, 森 勇樹, 齋藤充史, 高橋 守, 黒沼幸治, 千葉弘文

札幌医科大学医学部呼吸器・アレルギー内科学講座

特発性肺線維症患者におけるオシロメトリーで測定した 呼吸リアクタンスと生命予後との関連の検討

[背景] 特発性肺線維症 (IPF) 患者においてオシロメトリーを用いて測定した各指標と生命予後との直接的な関連は不明である。

[方法] 当院を受診した IPF 患者 148 症例について, オシロメトリーで測定した各指標と転帰を後ろ向きに解析した。

[結果] 単変量解析および多変量解析で, 呼吸リアクタンスは予後予測因子であった。

[結論] オシロメトリーを用いて測定した呼吸リアクタンスは IPF の生命予後と関連していた。

【一般口演 6】 O-21

穂積宏尚, 宮下晃一, 井上裕介, 安井秀樹, 鈴木勇三, 柄山正人, 古橋一樹, 榎本紀之, 藤澤朋幸, 乾 直輝, 須田隆文

浜松医科大学内科学第二講座

特発性肺線維症患者に対する睡眠薬継続治療と死亡リスク: ナショナルデータベースを用いた大規模解析

背景: 特発性肺線維症 (IPF) 患者に対する睡眠薬治療の影響は不明である。

方法: 匿名レセプト情報・特定健診等情報データベースに 2013 ~ 18 年に登録された IPF 患者 30154 人を解析した。

結果: 睡眠薬継続治療は死亡率上昇と関連した (調整ハザード比 2.99, 95% 信頼区間 2.83-3.18)。睡眠薬の種類毎の解析でも同様の結果を示した。

結語: IPF 患者に対する睡眠薬適正使用に関する議論が必要である。

【一般口演 6】 O-22

西井裕哉¹, 岡元昌樹^{1,2}, 財前圭晃², 松尾規和^{1,2}, 南野高志^{1,2}, 星野友昭¹

¹ 国立病院機構九州医療センター呼吸器内科、臨床研究センター,
² 久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門

無症候性線維化性間質性肺疾患に対するニンテダニブ治療 の有効性と忍容性の解析

呼吸困難がない 17 例を含む FILD のニンテダニブ投与例 73 例の治療有効性、忍容性を解析。無症候例では症候例と比較して、6 か月間 FVC (1.4% vs -0.43%)、DLCO 相対的低下 (-0.58% vs -10.5%)、進行性肺線維化率 (17% vs 52%) が軽度であった。副作用による薬剤中止率は同等 (18% vs 14%) であった。無症候 FILD に対する抗線維化薬早期介入の有効性を示した。

【一般口演 6】 O-23

吾妻安良太^{1,2}, Luca Richeldi³, Vincent Cottin⁴, Christian Hesslinger⁵, Susanne Stowasser⁶, Claudia Valenzuela⁷, Marlies S. Wijsenbeek⁸, Yi Liu⁹, Donald F. Zoz¹⁰, Florian Voss¹¹, Toby M. Maher^{12,13}

¹ 所沢明生病院呼吸器内科兼治験・臨床研究センター, ² 日本医科大学, ³ Unità Operativa Complessa di Pneumologia, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy, ⁴ Hôpital Louis Pradel, Centre Coordonateur National de Référence des Maladies Pulmonaires Rares, Hospices Civils de Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France, ⁵ Translational Medicine and Clinical Pharmacology, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Biberach an der Riss, Germany, ⁶ TA Inflammation Med, Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Germany, ⁷ ILD Unit, Pulmonology Department, Hospital Universitario de la Princesa, University Autónoma de Madrid, Madrid, Spain, ⁸ Department of Respiratory Medicine, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands, ⁹ Department of Biostatistics and Data Sciences, Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc., Ridgefield, CT, USA, ¹⁰ Global Clinical Development and Medical Affairs, Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc., Ridgefield, CT, USA, ¹¹ Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Ingelheim am Rhein, Germany, ¹² Department of Pulmonary, Critical Care and Sleep Medicine, Keck Medicine of USC, Los Angeles, CA, USA, ¹³ National Heart and Lung Institute, Imperial College London, London, UK.

特発性肺線維症における経口優先的 PDE4B 阻害薬 BI 1015550 の安全性および有効性: 第 2 相試験

第 2 相試験では、1147 例の IPF 患者を 12 週間、BI 1015550 18mg 1 日 2 回投与群とプラセボ群に 2:1 で無作為割付けした。抗線維化薬 (AF) 併用の有無によらず、治験薬は許容される安全性と忍容性を示し、呼吸機能低下を抑制した。AF 併用によらず、治験薬はプラセボと比較し、頻度の高い有害事象として下痢を認めた。治験薬は、IPF 患者の炎症、上皮傷害、線維化の血中バイオマーカーを低下させた。

【一般口演 7】 O-24

藤井裕明¹, 原 悠¹, 三枝祐輔², 室橋光太¹, 長澤 遼¹, 青木絢子¹, 渡邊恵介¹, 堀田信之¹, 小林信明¹, 金子 猛¹

¹ 横浜市立大学大学院医学研究科呼吸器病学, ² 横浜市立大学医学部臨床統計学

間質性肺疾患 (ILD) の長期予後への併存疾患の影響に関する検討

既報にて併存疾患の存在は ILD の長期予後に影響を与えることが指摘されている。185 例の ILD (IPF 57 例 (31%) を含む) を対象にチャールソン併存疾患指数 (CCIS) を算出し、長期予後との関連性を検討した。ILD-GAP に CCIS を加えた ILD-GAPC は、前者に比べて予後予測性能が良好であった (C-index: 0.68 (ILD-GAPC) vs. 0.548 (ILD-GAP))。また、予後予測マーカーとして近年報告されている末梢血単球数と ILD-GAPC score は相関した (R = 0.21, P = 0.005)。

【一般口演 7】 O-25

小野紘貴¹, 杉野圭史¹, 齋藤美加子^{1,4}, 安藤真弘¹, 原口秀司², 五十嵐誠治³, 坪井永保¹

¹ 坪井病院呼吸器内科, ² 坪井病院呼吸器外科, ³ 坪井病院病理診断科, ⁴ 福島県立医科大学呼吸器内科学講座

当院における間質性肺炎合併肺癌の治療に関する検討

当院で治療した間質性肺炎合併肺癌患者 67 例を検討。16 例に手術療法を施行し術後急性増悪 2 例。51 例に化学療法を施行。細胞障害性抗癌剤 25 例, 奏効率 63.6%, PFS 5.7 カ月, 肺障害 2 例。ICI 単剤 7 例, 奏効率 57%, PFS 6.8 カ月, 肺障害 1 例。ICI 併用 18 例, 奏効率 75.3%, PFS 6.1 カ月, 肺障害 6 例。ICI が著効する症例も認めたが, 重篤な肺障害も経験され, リスク因子検討を要する。

【一般口演 7】 O-27

小松雅宙¹, 山中美和¹, 小沢陽子¹, 北口良晃¹, 牛木淳人¹, 上原 剛², 川上 聡³, 花岡正幸¹

¹ 信州大学医学部内科学第一教室, ² 信州大学医学部病態解析診断学教室, ³ 信州大学医学部画像医学教室

特発性多中心性キャスルマン病の肺病変

【背景】特発性多中心性キャスルマン病 (MCD) は稀な疾患であり, 肺病変の特徴は不明な点が多い。【目的】MCD の臨床的特徴を明らかにする。【方法】当院で診断された MCD 24 例を対象とした。【結果】MCD 24 例の内, 形質細胞型が 14 例であった。18 例 (75%) に肺病変を認めた。肺病変を有する 18 例の内, 11 例でステロイド / トシリズマブの治療が行われた。無治療期間の画像所見が評価可能であった 9 例の内, 8 例ですりガラス影の増悪を認めた。

【一般口演 7】 O-26

宮本 篤¹, 道前洋史², 赤川志のぶ³, 中川和彦⁴, 中原保治⁵, 峯岸裕司⁶, 小倉高志⁷, 本津茂人⁸, 伊達洋至⁹, 高橋和久¹⁰, 本間 栄¹¹, 岸 一馬¹¹

¹ 虎の門病院呼吸器センター内科, ² 北里大学薬学部臨床医学臨床統計学, ³ NHO 東京病院呼吸器内科, ⁴ 大阪赤十字病院呼吸器内科, ⁵ 姫路医療センター呼吸器内科, ⁶ 三井記念病院呼吸器内科, ⁷ 神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科, ⁸ 奈良県立医科大学呼吸器内科学講座, ⁹ 京都大学大学院医学研究科器官外科学講座呼吸器外科学, ¹⁰ 順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学, ¹¹ 東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科学分野 (大森)

特発性間質性肺炎合併進行期原発性肺癌の内科治療の実態調査

日本呼吸器学会認定 110 施設より特発性間質性肺炎合併進行肺癌 1,003 例 (男 / 女 645/62; 平均年齢 70.4 ± 6.9 歳) を集積し化学療法群, BSC 群を比較し化学療法と急性増悪発症リスクの関連および化学療法中の急性増悪発症が予後に与える影響を検証した。結果, 化学療法は BSC と比較し急性増悪発症リスクは上昇したが有意に予後を改善した。更に, 化学療法中に急性増悪を発症すると予後不良であった。

【一般口演 7】 O-28

安藤克利¹, 鈴木 歩¹, 吉田寛輝²

¹ 医療法人社団より会目黒ケイホームクリニック, ² 株式会社データシード

間質性肺炎における在宅医療導入時の現状と課題

訪問診療を行なった緩徐進行性の間質性肺炎 52 例を①急性増悪後の退院例, ②慢性進行例, ③併存症による ADL 低下例に分け, 検討した。③は他より, 脳神経疾患の併存割合が多かった。診療開始時, 介護保険の申請状況は, ③の 88.9% に対し, ①, ②は 17.6%, 19.2% と有意に低く, 介護サービスを受けていなかった。診療開始後は, 全例が申請された。要介護 1, 2 例の生存率は, ③の 100% に対して, ②は 25.0% と有意に低かった。

【一般口演 8】O-29

山崎 亮, 西山 理, 吉川和也, 御勢久也, 大森 隆, 西川裕作, 佐野安希子, 松本久子¹

近畿大学呼吸器・アレルギー内科

特発性線維化性間質性肺炎の急性増悪症例における院内肺炎の検討

2008 年～2019 年に当科で入院した特発性線維化性間質性肺炎 (fIIP) 急性増悪患者における院内肺炎 (HAP) 発症頻度, 原因微生物, 治療成績を検討した. 期間中に 128 人の fIIP 患者がのべ 155 回急性増悪で入院し, HAP はのべ 50 回 (49 人) で発症した (32.2%). 初回 HAP の検討では, HAP 発症患者の院内死亡率 48.9%, 原因微生物は *Corynebacterium* が最多で次いで cytomegalovirus であった. fIIP 急性増悪治療中に発症した HAP では, 本結果を考慮した早期の治療開始が予後改善につながる可能性がある.

【一般口演 8】O-31

李 正道, 岩林正明, 横田 真, 橋本梨花, 網本久敬, 瀧口純司, 金子正博, 藤井 宏, 富岡洋海

神戸市立医療センター西市民病院呼吸器内科

COVID-19 流行期における非 COVID-19 肺炎入院症例の検討

【目的】COVID-19 との鑑別に注意を要する疾患を検討する.

【方法】COVID-19 流行下の 2020 年 4 月 1 日から 2021 年 10 月 31 日までの期間中, 当科に入院した非 COVID-19 肺炎症例 445 例のうち, CT を撮像した 405 例について画像所見等の検討を行った. 【結論】びまん性肺疾患の中でも薬剤性肺障害や過敏性肺炎等は初診時 COVID-19 と類似した所見を呈する場合が多く注意を要した.

【一般口演 8】O-30

伊藤優志¹, 古内浩司¹, 渡辺史也², 児玉達哉¹, 香川智子¹, 田中良明¹, 吉山 崇¹, 大田 健¹, 森本耕三¹

¹ 公益財団法人結核予防会複十字病院, ² 明治薬科大学薬物動態学研究室

診断時に一般細菌の定着を認める肺 *Mycobacterium avium* complex 症の臨床経過の検討

【方法】2016 年から 2020 年の間に肺 MAC 症と診断された 558 例のうち, 一般細菌を診断前後 1 年間に 2 回以上検出した 70 例と, 1 度も検出しなかった 74 例を後方視的に比較した. 【結果】一般細菌定着を認めた群では, 気管支拡張症増悪までの期間が有意に短かった ($p = 0.015$). 一方で, 肺 MAC 症の治療導入率は有意に低かった (41.4% vs. 67.6%, $p = 0.003$). 【結論】診断時に一般細菌が定着した肺 MAC 症に対しては, 気管支拡張症としての管理がより重要と考えられた.

【一般口演 8】O-32

宮下晃一^{1,2}, 穂積宏尚¹, 古橋一樹^{1,2}, 中谷英仁³, 尾島俊之⁴, 須田隆文¹

¹ 浜松医科大学第二内科, ² 浜松医科大学附属病院感染制御センター, ³ 静岡社会健康医学大学院大学, ⁴ 浜松医科大学健康社会医学講座

NDB を用いたオミクロン株流行期までの間質性肺疾患を有する COVID-19 患者の死亡率の推移

レセプト情報・特定健診等情報データベースを用いて, 基礎に間質性肺疾患 (ILD) を持つ COVID-19 患者のオミクロン (o) 株流行期までの死亡率を調査した. 各流行期の ILD 患者数 / 60 日死亡率は, 従来株 4033 人 / 15.6%, α 株 1786 人 / 14.4%, δ 株 2850 人 / 9.1%, o 株 77622 人 / 5.7% だった. 死亡率は低下傾向だったが, 依然として ILD のない患者より高く, 今後も注意が必要である.

【一般口演 9】 O-33

都島由紀雄^{1,2}, 片岡健介³, 山野泰彦³, 武井玲生仁³, 澄川裕充^{3,2}
¹ 新松戸中央総合病院呼吸器外科, ² 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科情報病理学, ³ 公立陶生病院呼吸器・アレルギー疾患内科

Presence of Usual Interstitial Pneumonia-like Fibrosis is a Key Factor of Progressive Pulmonary Fibrosis (PPF)

臨床的に進行性肺線維症（PPF）に合致する 201 症例の外科的肺生検を検討した結果，組織学的に UIP 診断を示す症例は半数程度，10%の範囲を超える focal な UIP 様病変の存在を示す症例を合わせると約 80%を占めることがわかりました。また背景の病態に関わらず 10%以上 UIP 病変が存在することが予後不良因子となることが明らかになりました。PPF の早期治療を実施する根拠に応用できる可能性があります。

【一般口演 9】 O-35

根井雄一郎^{1,4}, 上紙 航^{2,4}, 片岡健介³, 近藤康博³, 福岡順也^{2,4}
¹ 帝京大学ちば総合医療センターリウマチ科, ² 亀田総合病院病理診断科, ³ 公立陶生病院呼吸器・アレルギー疾患内科, ⁴ 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科情報病理学

説明可能な病理診断 AI モデルである MIXTURE は、世界中の専門病理医と同等の UIP の予後予測が可能である

間質性肺炎では病理組織学的に UIP pattern の存在を診断することは，予後や治療反応性を予測のために重要である。

我々は説明可能な病理診断 AI モデルである MIXTURE を用い，病理コンサルテーション症例 120 例のバーチャル病理スライドにおいて UIP/UIP pattern の存在診断を行った。また，12 名の世界の間質性肺炎診断を専門とする病理医の診断結果と比較し，予後の比較を行った。

【一般口演 9】 O-34

財前圭晃^{1,2}, 立花由梨^{2,3}, 小笹 睦^{2,4}, 上甲 剛⁵, 近藤康博⁶, 星野友昭¹, 福岡順也^{2,3}
¹ 久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科, ² 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科情報病理学講座, ³ 亀田総合病院臨床病理科, ⁴ 長崎大学病院呼吸器内科・感染症内科, ⁵ 長崎大学病院呼吸器内科・感染症内科, ⁶ 関西ろうさい病院放射線科, ⁶ 公立陶生病院呼吸器・アレルギー疾患内科

クライオ生検による病理診断精度と診断アルゴリズムの提案

びまん性病理クライオ部会の研究として，クライオ生検が実施された 431 例について病理診断と MDD 診断を比較した。病理のみの診断と MDD 診断が一致した症例は 232 例（53.8%）で，IPF は 72.6%，IIPs は 65.1% だった。臨床情報を加えることで一致率は 86.0%，80.7% と上昇した。結果として，1）臨床情報の提示が重要である。2）IPF 以外の診断では精度が低下する。ことが明らかとなった。びまん性病理クライオ部会ではクライオ生検の特徴を踏まえ，病理診断のポイントとアルゴリズムを提案したのでこれらを併せて報告する。

【一般口演 9】 O-36

飯島裕基¹, 古澤春彦¹, 園田史郎¹, 柴田 翔¹, 白井 剛¹, 岡本 師¹, 立石知也¹, 足立拓也², 桐村 進³, 宮崎泰成¹
¹ 東京医科歯科大学呼吸器内科, ² 東京医科歯科大学放射線診断科, ³ 東京医科歯科大学病理部

2 回目の多分野合議（MDD2）による診断再評価の意義に関する検討

背景：間質性肺疾患の診断において多分野合議（MDD）による診断は暫定診断であり再評価が必要である。

方法：初回 MDD の 1 年後に臨床経過と画像情報を用いて 2 回目の MDD（MDD2）を行った。

結果：MDD2 の対象患者 52 名のうち 13 名が診断変更，8 名が確診度変更となった。特に初回 MDD で分類不能型または低確診度であった症例において診断変更が多かった。

結論：再生検がなくても MDD2 は有意義である。

佐藤大介¹, 古川大記², 小林大介³, 上甲 剛⁴, 福岡順也⁵,
近藤康博⁶

¹ 藤田医科大学病院経営学・管理学, ² 名古屋大学医学部附属病院
メディカル IT センター, ³ 富山大学附属病院地域医療総合支援学講
座, ⁴ 関西労災病院放射線科, ⁵ 長崎大学病理診断学, ⁶ 公立陶生病
院呼吸器・アレルギー疾患内科

びまん性肺疾患の集学的合議 (MDD) における Time Study

びまん性肺疾患 (ILD) 診断において多分野集学的合議 (MDD) は診断のゴールドスタンダードではあるが, 呼吸器
基幹施設でも 10% 程度しか定期実施されない理由の 1 つ
として時間がかかることが考えられるため, Time Study 調
査を行った.

専門施設の新規 ILD 患者 14 例に対し, MDD 関連時間を
測定. MDD 医とは別の者が測定した. MDD は 1 例あたり
平均 682 分を要しており, 規定労働時間に 87.7% (408 分)
の追加労働時間が生じた.

謝 辞

●協賛企業一覧（五十音順）

旭化成ファーマ株式会社

アステラス製薬株式会社

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

キッセイ薬品工業株式会社

杏林製薬株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

サノフィ株式会社 希少疾患領域メディカル統括部

サーモフィッシュャーダイアグノスティックス株式会社

塩野義製薬株式会社

積水メディカル株式会社

大鵬薬品工業株式会社

武田薬品工業株式会社

中外製薬株式会社

帝人ヘルスケア株式会社

株式会社南江堂

日本イーライリリー株式会社

日本化薬株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社 医薬開発本部

フクダライフテック関東株式会社

ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

株式会社星医療酸器

いのちの
数だけ、
アンサーを。



旭化成ファーマ株式会社

旭化成ファーマの医療関係者向けサイト
<https://akp-pharma-digital.com>

Pharma DIGITAL



まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。



www.astellas.com/jp/

アステラス製薬株式会社

がんに勝ちたい、もっと。

家族と一緒にいたい、もっと。

患者さんを笑顔にしたい、もっと。

革新的な薬を届けたい、もっと。

がんと向き合う
一人ひとりの想いに
応えたい。

私たちMSDは、革新的ながん治療薬を
開発する情熱を抱き、
一人でも多くの患者さんに
届けるという責任をもって
がん治療への挑戦を続けています。

MSD株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北 1-13-12 北の丸スクエア
<http://www.msd.co.jp/>

WINNING

MORE

AGAINST

CANCER

Kyorin 



薬価基準収載
選択的P2X3受容体拮抗薬/咳嗽治療薬

リフヌア[®]錠45mg

LYFNUA[®] Tablets 45mg

ゲーファピキサントクエン酸塩錠
処方箋医薬品（注意－医師等の処方箋により使用すること）

投薬期間
制限解除

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等
情報等については電子添文をご参照ください。

発売元

杏林製薬株式会社

東京都千代田区神田駿河台四丁目6番地
（文献請求先及び問い合わせ先：くすり情報センター）

製造販売元

MSD株式会社

東京都千代田区九段北 1-13-12

作成年月:2023.5

いつもを、いつまでも。



大鵬薬品

新薬を、

笑顔を、

ともに未来へ。



特発性肺線維症の 治療ガイドライン2023 改訂第2版

監 日本呼吸器学会／
厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策
研究事業「びまん性肺疾患に関する調査研究」班

A4変型判・140頁 2023.4. ISBN978-4-524-23408-0
定価**3,300**円(本体3,000円+税10%)

エビデンスに基づいた特発性肺線維症 (IPF) のオフィシャルな治療ガイドライン。予後を大きく左右する急性増悪、IPF を含む IP 合併肺癌に関してはもちろんのこと、今版では肺高血圧症合併時の治療、進行期における緩和医療などに関して新たなクリニカル・クエスチョン(CQ)を追加した。



特発性間質性肺炎 診断と治療の手引き 2022 改訂第4版

編 日本呼吸器学会 びまん性肺疾患診断・
治療ガイドライン作成委員会

A4変型判・212頁 2022.2. ISBN978-4-524-22828-7
定価**4,400**円(本体4,000円+税10%)

特発性間質性肺炎 (IIPs) の臨床における診断・治療の指針としてまとめた手引きの改訂版。今改訂では、本邦における特発性肺線維症 (IPF) 治療に関するガイドラインや国際的な IPF 診断に関するガイドラインとの整合性を図るほか、新たなフェノタイプや緩和ケアに関する解説も追加し、最新情報へアップデート。



タイプ2炎症 バイオマーカーの 手引き

編 タイプ2炎症バイオマーカーの手引き作成委員会／
日本呼吸器学会肺生理専門委員会

A4変型判・120頁 2023.4. ISBN978-4-524-23372-4
定価**3,190**円(本体2,900円+税10%)

呼気 NO 濃度、血中好酸球、喀痰中好酸球、血清 IgE をはじめとするタイプ2炎症のバイオマーカーの分子機序や測定方法、交絡因子などを整理し、臨床で活用できるよう要点をまとめた手引き書。気道・肺疾患におけるバイオマーカーの測定意義や結果の解釈の根拠となるエビデンスを記載し、最新の情報を提供。



呼吸器疾患 最新の治療 2023-2024

編 弦間昭彦／西岡安彦／矢寺和博

B5判・508頁 2023.3. ISBN978-4-524-23366-3
定価**11,000**円(本体10,000円+税10%)

最新の治療シリーズの呼吸器版。巻頭ボックスでは、注目のテーマを15題取り上げた。各論では、主な呼吸器用薬剤・治療手技、各疾患の診断から処方方を含めた標準的治療について最新の知見を紹介し解説。巻末には薬剤一覧も収載。最新の呼吸器診療を網羅した一冊。



南江堂

〒113-8410 東京都文京区本郷三丁目42-6 (営業) TEL 03-3811-7239 FAX 03-3811-7230



RetevmoTM

selpercatinib

抗悪性腫瘍剤／RET^{※1} 受容体型チロシンキナーゼ阻害剤
創薬、処方箋医薬品*

レットヴァモ[®] カプセル40mg
カプセル80mg
セルベルカチニブカプセル

注) RET: rearranged during transfection *注意-医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載



CYRAMZA[®]

(ramucirumab)

抗悪性腫瘍剤 ヒト型抗VEGFR-2^{※1} モノクローナル抗体
生物由来製品、創薬、処方箋医薬品*

サイラムザ[®] 点滴静注液 100mg
点滴静注液 500mg

CYRAMZA[®] Intravenous Injection ラムシルマブ(遺伝子組換え)注射液

注) VEGFR-2: Vascular Endothelial Growth Factor Receptor-2(血管内皮増殖因子受容体2)
*注意-医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

PP-SE-JP-0539
2022年6月作成

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)

日本イーライリリー株式会社
〒651-0086 神戸市中央区磯上通5丁目1番28号

Lilly Answers リリーアンサーズ
日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口
www.lillymedical.jp

(医療関係者向け)

0120-360-605^{※1}

受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:30^{※2}

※1 通話料は無料です。携帯電話からでもご利用いただけます。
※2 祝祭日および当社休日を除きます。

Lilly



代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品^{※1}

薬価基準収載

ペメトレキシド点滴静注液 100mg・500mg・800mg「NK」

ペメトレキシドナトリウムヘミペンタ水和物注射液

Pemetrexed Solution for I.V. Infusion 100mg・500mg・800mg「NK」

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品^{※1}

ペメトレキシド点滴静注用 100mg・500mg・800mg「NK」

注射用ペメトレキシドナトリウムヘミペンタ水和物

Pemetrexed for I.V. Infusion 100mg・500mg・800mg「NK」

注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

製造販売元



日本化薬株式会社
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

文献請求先及び問い合わせ先

日本化薬医薬品情報センター

0120-505-282 (フリーダイヤル)

日本化薬医療関係者向け情報サイト

https://mink.nipponkayaku.co.jp/

'21.06作成

※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

患者さん自らが持つ免疫力を、
がん治療に大きく生かすことはできないだろうか――。

小野薬品とブリストル・マイヤーズ スクイブは、
従来のがん治療とは異なる
「新たながん免疫療法」の研究・開発に取り組んでいます。

ONO 小野薬品工業株式会社

 ブリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社

2023年3月作成



Immuno-Oncology

未来をひらくがん免疫療法

insmed®



アミノグリコシド系抗生物質製剤

 アリケイス®吸入液590mg

ARIKAYCE® **アミカシン硫酸塩 吸入用製剤**

処方箋医薬品^{注)} 薬価基準収載 注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元

インスメッド合同会社
東京都千代田区永田町二丁目10番3号
東急キャピトルタワー13階
<https://insmed.jp>

〔文献請求先及び問い合わせ先〕
メディカルインフォメーションセンター
電話：0120-118808

Insmed®, Insmed logo, インスメッド®, ARIKAYCE® and アリケイス® are registered trademarks of Insmed Incorporated.

2022年3月作成
PP-ARIK-JP-00227
© 2022 Insmed GK. All Rights Reserved.

CONFRONTING CONstriction

～ 気道閉塞*に対する新たな道筋～

3in1

- FF^{※1}の抗炎症作用
- UMEC^{※2}の気道平滑筋収縮の抑制作用
- VI^{※3}の気管支拡張作用

*: 気管支喘息による気道閉塞です。テルリジーの効能又は効果は気管支喘息（吸入ステロイド剤、長時間作用性吸入抗コリン剤及び長時間作用性吸入 β_2 刺激剤の併用が必要な場合）です
 ※1: フルチカゾンフランカルボン酸エステル ※2: ウメクリジニウム臭化物 ※3: ビランテロールトリフェニル酢酸塩

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）

- 2.1 有効な抗菌剤の存在しない感染症、深在性真菌症の患者〔ステロイドの作用により症状を増悪するおそれがある。〕
- 2.2 閉塞隅角緑内障の患者〔抗コリン作用により、眼圧が上昇し症状を悪化させるおそれがある。〕
- 2.3 前立腺肥大等による排尿障害がある患者〔抗コリン作用により、尿閉を誘発するおそれがある。〕[9.1.6 参照]
- 2.4 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

4. 効能又は効果

テルリジー 100 エリプタ

- 気管支喘息（吸入ステロイド剤、長時間作用性吸入抗コリン剤及び長時間作用性吸入 β_2 刺激剤の併用が必要な場合）
- 慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎・肺気腫）の諸症状の緩解（吸入ステロイド剤、長時間作用性吸入抗コリン剤及び長時間作用性吸入 β_2 刺激剤の併用が必要な場合）

テルリジー 200 エリプタ

- 気管支喘息（吸入ステロイド剤、長時間作用性吸入抗コリン剤及び長時間作用性吸入 β_2 刺激剤の併用が必要な場合）

5. 効能又は効果に関連する注意

〈気管支喘息〉 5.1 患者に対し、次の注意を与えること。本剤は発現した発作を速やかに軽減する薬剤ではないので、急性症状に対しては使用しないこと。[8.1-8.3, 8.11参照]
 〈慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎・肺気腫）の諸症状の緩解〉 5.2 本剤は慢性閉塞性肺疾患の増悪時の急性期治療を目的として使用する薬剤ではない。[8.1-8.3参照]

6. 用法及び用量

〈気管支喘息〉 通常、成人にはテルリジー 100 エリプタ1吸入（フルチカゾンフランカルボン酸エステルとして100 μ g、ウメクリジニウムとして62.5 μ g及びビランテロールとして25 μ g）を1日1回吸入投与する。なお、症状に応じてテルリジー 200 エリプタ1吸入（フルチカゾンフランカルボン酸エステルとして200 μ g、ウメクリジニウムとして62.5 μ g及びビランテロールとして25 μ g）を1日1回吸入投与する。

〈慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎・肺気腫）の諸症状の緩解〉 通常、成人にはテルリジー 100 エリプタ1吸入（フルチカゾンフランカルボン酸エステルとして100 μ g、ウメクリジニウムとして62.5 μ g及びビランテロールとして25 μ g）を1日1回吸入投与する。

8. 重要な基本的注意

〈効能共通〉 8.1 本剤は喘息の急性症状又は慢性閉塞性肺疾患の増悪を速やかに軽減する薬剤ではないので、毎日規則正しく使用するよう患者を指導すること。[5.1, 5.2, 8.8参照]
 8.2 本剤の投与期間中に発現する喘息の急性症状又は慢性閉塞性肺疾患の急性増悪に対しては、短時間作用性吸入 β_2 刺激剤（例えば吸入用サルブタモール硫酸塩）等の他の適切な薬剤を使用するよう患者に注意を与えること。また、その薬剤の使用量が増加したり、あるいは効果が十分でなくなってきた場合には、疾患の管理が十分でないことが考えられるので、可及的速やかに医療機関を受診し医師の治療を求めるよう患者に注意を与えること。[5.1, 5.2, 8.11参照]
 8.3 用法及び用量どおり正しく使用しても効果が認められない場合には、本剤が適当でないと考えられるので、漫然と投与を継続せず中止すること。[5.1, 5.2参照]
 8.4 本剤の投与終了後に症状の悪化があらわれることがあるので、患者自身の判断で本剤の使用を中止することがないよう指導すること。また、投与を中止する場合には観察を十分に行うこと。8.5 本剤の吸入後に喘鳴の増加を伴う気管支痙攣があらわれることがある。そのような状態では、患者の生命が脅かされる可能性があるため、気管支痙攣が認められた場合には、直ちに本剤の投与を中止し、短時間作用性気管支拡張剤による治療を行うこと。また、患者を評価し、必要に応じて他の治療法を考慮すること。8.6 全身性ステロイド剤と比較し可能性は低いが、吸入ステロイド剤の投与により全身性の作用（クッシング症候群、クッシング様症状、副腎皮質機能抑制、小児の成長遅延、骨密度の低下、白内障、緑内障、中心性漿液性網脈絡膜症を含む）が発現する可能性がある。特に長期間、大量投与の場合には定期的に検査を行い、全身性の作用が認められた場合には患者の症状を観察しながら適切な処置を行うこと。[8.10参照]
 8.7 本剤の臨床試験において肺炎が報告された。一般に肺炎の発現リスクが高いと考えられる患者へ本剤を投与する場合には注意すること。[11.1.2参照]
 8.8 過度に本剤の使用を続けた場合、不整脈、場合により心停止を起こすおそれがあるので、用法及び用量を超えて投与しないよう注意すること。患者に対し、本剤の過度の使用による危険性を理解させ、本剤を1日1回なるべく同じ時間帯に吸入するよう（1日1回を超えて投与しないよう）注意を与えること。[8.1, 13.1参照]
 〈気管支喘息〉 8.9 本剤の投与期間中に喘息に関連した事象及び喘息の悪化があらわれることがある。本剤の投与開始後に喘息症状がコントロール不良であったり、悪化した場合には、患者自身の判断で本剤の吸入を中止せずに、医師に相談するよう指導すること。8.10 吸入ステロイド剤の投与により全身性の作用が発現する可能性があるため、喘息患者においては定期的に診察し、吸入ステロイド剤の投与量は患者毎に喘息をコントロールできる最少用量に調節すること。[8.6参照] 8.11 本剤の投与期間中に発現する喘息の急性症状

に対して、短時間作用性吸入 β_2 刺激剤（例えば吸入用サルブタモール硫酸塩）等の薬剤の使用量が増加したり、あるいは効果が十分でなくなってきた場合には、患者の生命が脅かされる可能性があるため、患者の症状に応じてステロイド療法の強化（本剤のより高用量製剤への変更等）を考慮すること。[5.1, 8.2参照]

9. 特定の背景を有する患者に関する注意（一部抜粋）

9.1 合併症・既往歴等のある患者 9.1.1 結核性疾患又は感染症（有効な抗菌剤の存在しない感染症、深在性真菌症を除く）の患者 ステロイドの作用により症状を増悪するおそれがある。9.1.2 心疾患を有する患者 抗コリン作用により心不全、心房細動、期外収縮が発現又は悪化するおそれがある。 β_2 刺激作用により上室性頻脈、期外収縮等の不整脈が発現又は悪化するおそれがある。また、QT延長が発現するおそれがある。[11.1.3参照]
 9.1.3 甲状腺機能亢進症の患者 甲状腺機能亢進症の症状が悪化するおそれがある。
 9.1.4 高血圧の患者 血圧を上昇させるおそれがある。9.1.5 糖尿病の患者 血糖値をモニタリングするなど慎重に投与すること。高用量の β_2 刺激剤を投与すると、血糖値が上昇するおそれがある。9.1.6 前立腺肥大（排尿障害がある場合を除く）のある患者 排尿障害が発現するおそれがある。[2.3参照]

10. 相互作用

フルチカゾンフランカルボン酸エステル及びビランテロールトリフェニル酢酸塩は、主としてCYP3A4で代謝される。[16.4参照] 10.2 併用注意（併用に注意すること） CYP3A4阻害作用を有する薬剤（リトナビル、ケトコナゾール（経口剤：国内未発売）、エリスロマイシン等）、 β 遮断薬、QT間隔延長を起こすことが知られている薬剤（抗不整脈剤、三環系抗うつ剤等）

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。 11.1 重大な副作用 11.1.1 アナフィラキシー反応（0.1%未満） アナフィラキシー反応（咽頭浮腫、気管支痙攣等）があらわれることがある。 11.1.2 肺炎（0.9%）[8.7参照] 11.1.3 心房細動（0.1%）[9.1.2参照] 11.2 その他の副作用（1%以上） 口腔咽頭カンジダ症

21. 承認条件

医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

2020年11月改訂（第2版、効能変更、用法及び用量変更）

●詳細は電子添文をご参照ください。使用上の注意に一部省略がございます。使用上の注意の詳細は電子添文をご参照ください。電子添文の改訂にご留意ください。



3成分配合 喘息・COPD治療剤 薬価基準収載

処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

テルリジー 100 エリプタ
14・30吸入用
TRELEGY ELLIPTA
フルチカゾンフランカルボン酸エステル・ウメクリジニウム臭化物・ビランテロールトリフェニル酢酸塩ドライパウダーインヘラー

3成分配合 喘息治療剤 薬価基準収載

処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

テルリジー 200 エリプタ
14・30吸入用
TRELEGY ELLIPTA
フルチカゾンフランカルボン酸エステル・ウメクリジニウム臭化物・ビランテロールトリフェニル酢酸塩ドライパウダーインヘラー

テルリジーは、グラクソ・スミスクライン、そのライセンサー、提携パートナーの登録商標です。
 テルリジー エリプタは米国 INNOVIVA 社と共同開発した製品です。
 ©2021 GSK group of companies

専用アプリ「添文ナビ」でGS1バーコードを読み取ることで、最新の電子添文等を閲覧できます。



文獻請求先及び問い合わせ先
 TEL: 0120-561-007 (9:00～17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)
 FAX: 0120-561-047 (24時間受付)

製造販売元
グラクソ・スミスクライン 株式会社
 〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1



2つの難治性アレルギー性肺疾患*の 診断を補助する新しい抗体検査

保険適用

* 鳥関連過敏性肺炎、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) (鳥関連過敏性肺炎はⅢ、Ⅳ型アレルギー、ABPAはⅠ、Ⅲ型アレルギーが関与する病態により発症します)

イムノキャップ™ 特異的 IgG 鳥

鳥関連過敏性肺炎の診断補助

【使用目的】血清中又は血漿中の鳥抗原**に対する特異的 IgG の測定 ** 鳥抗原：セキセイインコ・ハト(両項目の検査結果により判定)

イムノキャップ™ アレルゲンコンポーネント m218 Asp f 1 (アスペルギルス由来)

アレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) の診断補助

【使用目的】血清中のアスペルギルスアレルゲンコンポーネント (Asp f 1) に対する特異的 IgE の測定

Find out more at thermofisher.com/ann

ThermoFisher
SCIENTIFIC

© 2021 Thermo Fisher Scientific Inc. All rights reserved. All trademarks are the property of Thermo Fisher Scientific and its subsidiaries unless otherwise specified.
2109-ot-IC311-3

サーモフィッシャーダイアグノスティックス株式会社

☎ 0120-489-211 受付時間 9:00~17:30 (土日祝日、年末年始を除く) ✉ info-jp.idd@thermofisher.com



Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、
輝かしい未来に貢献するために、
グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、
革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781 年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、
常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、
社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



 **TECENTRIQ[®]**
atezolizumab

 **AVASTIN[®]**
bevacizumab

 **ROZLYTREK[®]** Capsules
entrectinib

ALECENSA[®]

抗悪性腫瘍剤／抗PD-L1^{注1)}ヒト化モノクローナル抗体
生物由来製品、創薬、処方箋医薬品^{注※)}

テセントリク[®] 点滴静注 1200mg

 **TECENTRIQ[®]**
atezolizumab

アテゾリズマブ（遺伝子組換え）注
®F. ホフマン・ラ・ロシュ社（スイス）登録商標

薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF^{注2)}ヒト化モノクローナル抗体
生物由来製品、創薬、処方箋医薬品^{注※)}

アバスチン[®] 点滴静注用 100mg/4mL
400mg/16mL

 **AVASTIN[®]**
bevacizumab

ベバシズマブ（遺伝子組換え）注

薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤／ALK^{注3)}阻害剤
創薬、処方箋医薬品^{注※)}

 **アレセンサ[®]** カプセル 150mg
ALECENSA[®] アレクチニブ塩酸塩カプセル

薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤／チロシンキナーゼ阻害剤
創薬、処方箋医薬品^{注※)}

ロズリートレク[®] カプセル 100mg、200mg

 **ROZLYTREK[®]** Capsules
entrectinib

エントレクチニブカプセル
®F. ホフマン・ラ・ロシュ社（スイス）登録商標

薬価基準収載

注1) PD-L1: Programmed Death-Ligand 1 注2) VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor (血管内皮増殖因子)
注3) ALK: Anaplastic Lymphoma Kinase (未分化リンパ腫キナーゼ) 注※) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については、電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元



中外製薬株式会社
〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

〔文献請求先及び問い合わせ先〕 メディカルインフォメーション部
TEL. 0120-189-706 FAX. 0120-189-705

〔販売情報提供活動に関する問い合わせ先〕
<https://www.chugai-pharm.co.jp/guideline/>

 ロシュ グループ

2022年8月

ANCA関連血管炎※の寛解と 寛解維持を目指して

—病態に基づく治療にせまる—

※ 顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症



2. 禁忌(次の患者には投与しないこと) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

4. 効能又は効果

顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症

5. 効能又は効果に関連する注意

抗好中球細胞質抗体陰性の顕微鏡的多発血管炎及び多発血管炎性肉芽腫症患者を対象とした臨床試験は実施していないため、ガイドライン等の最新の情報を参考に、本剤の投与が適切と判断される患者に使用すること。[17.1.1参照]

6. 用法及び用量

通常、成人にはアバコパンとして1回30mgを1日2回朝夕食後に経口投与する。

8. 重要な基本的注意

- 8.1 本剤の投与は、適応疾患の治療に精通している医師のもとで行うこと。
- 8.2 肝機能障害があらわれることがあるので、本剤の投与開始前及び投与期間中は定期的に肝機能検査を行い、患者の状態を十分に観察すること。[9.3.1、11.1.1参照]
- 8.3 本剤の投与中はニューモシスティス肺炎に対する適切な予防措置を考慮すること。[11.1.2参照]

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.3 肝機能障害患者

9.3.1 重度の肝機能障害(Child-Pugh分類:C)のある患者

肝機能が悪化するおそれがあるので、患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。本剤は主に肝臓で代謝される。重度の肝機能障害患者(Child-Pugh分類:C)を対象とした臨床試験は実施していない。[8.2、11.1.1、16.4参照]

9.5 妊婦

投与しないことが望ましい。ハムスターを用いた生殖発生毒性試験において、骨格変異の増加が認められている。ウサギを用いた生殖発生毒性試験において、流産の増加が認められている。

9.6 授乳婦

治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。ハムスターを用いた生殖発生毒性試験において、本剤を母動物に強制経口投与すると出生児の血漿中にアバコパンが検出されている。

9.7 小児等

小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

10. 相互作用

本剤は主としてCYP3A4により代謝される。また、CYP3A4に対して弱い阻害作用を有する。[16.4、16.7.3参照]

10.2 併用注意(併用に注意すること)

強い又は中程度のCYP3A4誘導剤 カルバマゼピン、フェニトイン、リファンピシン等 セイヨウオトギリソウ(セント・ジョーンズ・ワート)[16.7.1参照] 強いCYP3A4阻害剤 イトラコナゾール、クラリスロマイシン、リトナビル等 グレープフルーツジュース[16.7.2参照] シクロスポリン、シロリムス、タクロリムス等[16.7参照]

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11.1 重大な副作用

11.1.1 肝機能障害

肝細胞損傷(0.6%)、胆汁うっ滞性肝炎(0.6%)等の重篤な肝胆道系障害(2.4%)、および重篤な肝機能検査値上昇(1.2%)があらわれることがある。[8.2、9.3.1参照]

11.1.2 重篤な感染症

肺炎(1.2%)等の重篤な感染症があらわれることがある。[8.3参照]

11.2 その他の副作用

主な副作用(1%以上～10%未満)として、上気道感染、鼻咽頭炎、鼻炎、好中球減少症、悪心、下痢、嘔吐、上腹部痛、頭痛、血中クレアチンホスホキナーゼ増加、白血球数減少が認められている。

21. 承認条件

医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

2023年6月改訂(第3版)

●その他の注意事項等情報等につきましては、電子化された添付文書をご参照ください。



選択的C5a受容体拮抗薬

タブネオス® カプセル10mg

アバコパンカプセル TAVNEOS® Capsules 10mg

処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

薬価基準収載

製造販売元  **キッセイ薬品工業株式会社**

松本市芳野19番48号

<https://www.kissei.co.jp>

文献請求先および問い合わせ先

〈文献請求先〉くすり相談センター

東京都文京区小石川3丁目1番3号 TEL 0120-075-168(タブネオス専用)

〈販売情報提供活動問い合わせ先〉0120-115-737

TV001-03
2023年6月作成