

第 194 回
日本呼吸器内視鏡学会
関東支部会
プログラム・抄録集



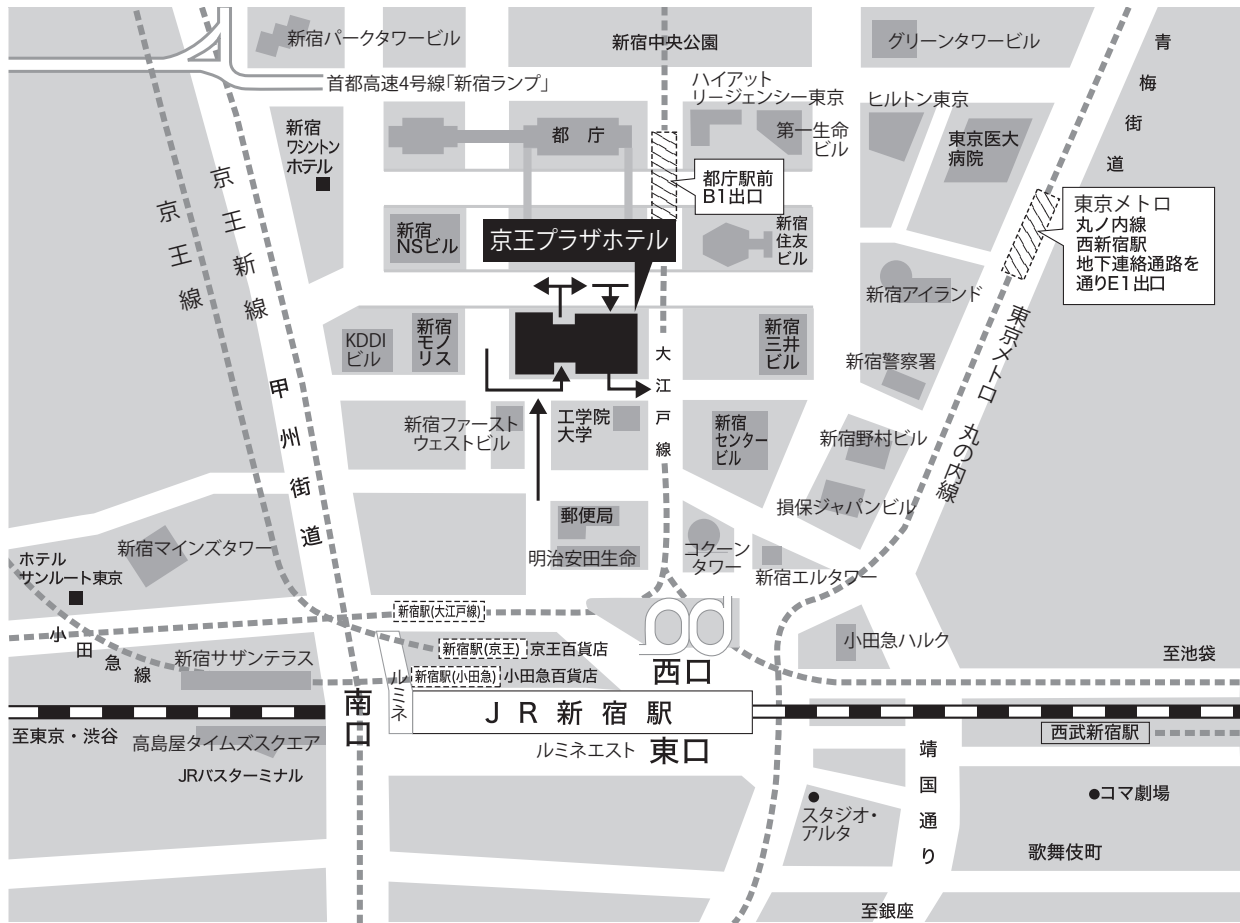
日 時：**2025** 年 **9** 月 **20** 日（土）

会 場：京王プラザホテル 富士（本館 42 階）
〒160-8330 東京都新宿区西新宿 2-2-1

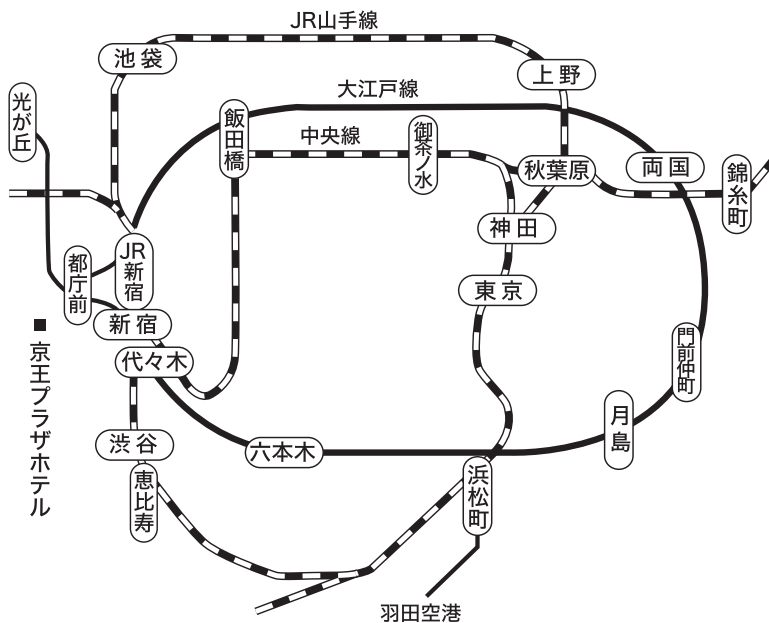
会 長：清家 正博
日本医科大学大学院医学研究科呼吸器・腫瘍内科学分野

事務局：日本医科大学大学院医学研究科呼吸器・腫瘍内科学分野
〒113-8603 東京都文京区千駄木 1-1-5

会場ご案内図



■ 交通のご案内



京王プラザホテル

〒160-8330
東京都新宿区西新宿2-2-1
TEL.03-3344-0111 (代表)

徒歩

- JR新宿線、西口下車徒歩5分
- 京王線・小田急線・地下鉄（東京メトロ丸の内線・都営新宿線）「新宿駅」下車徒歩5分
- 都営大江戸線「都庁前駅」B1出口すぐ

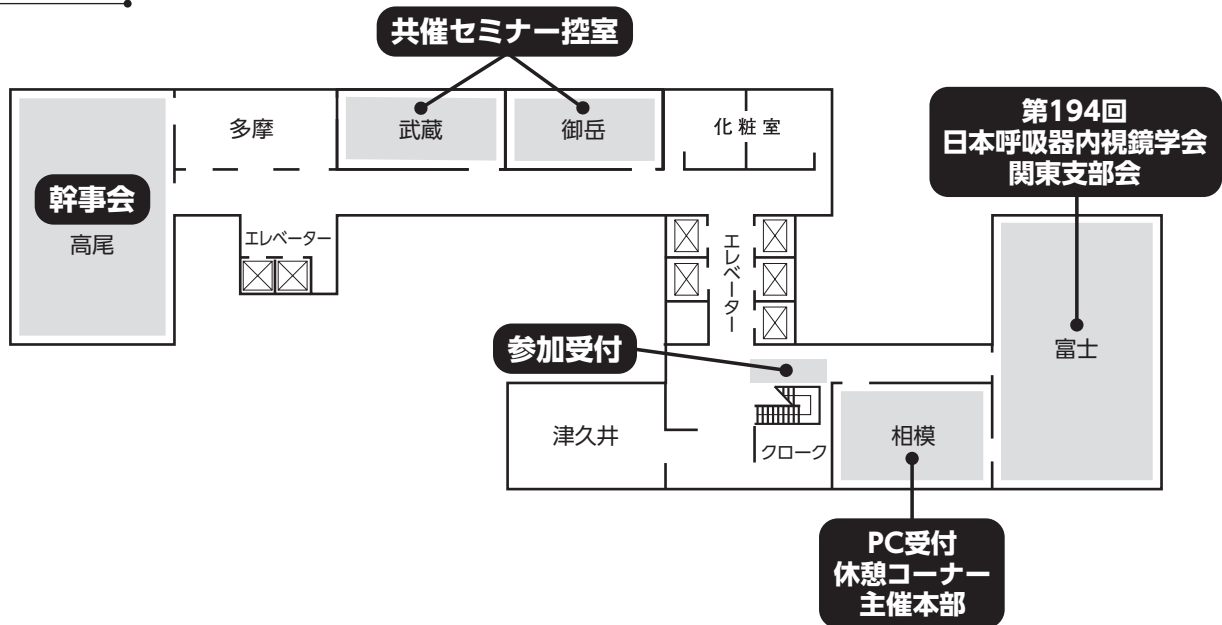
羽田空港から

- 京浜急行にてJR品川駅へ
JR山手線に乗り換え後、新宿駅へ
- リムジンバスにて
京王プラザホテルへ

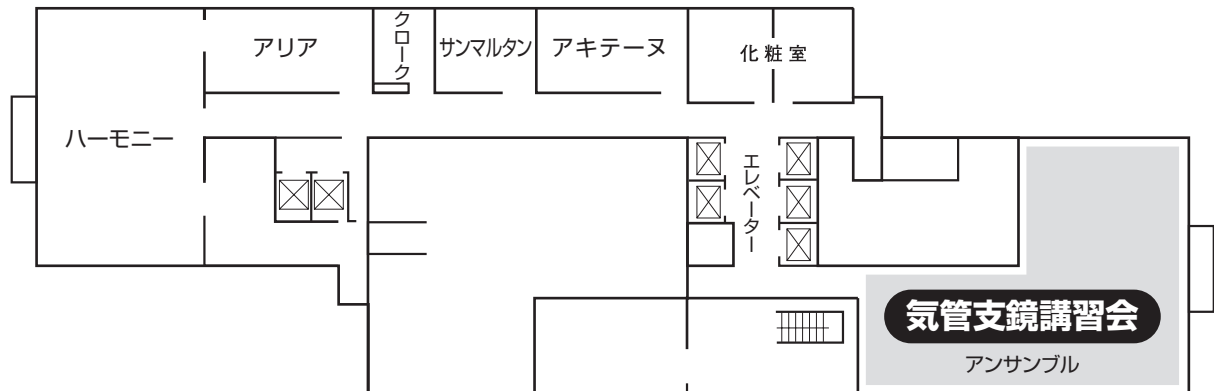
フロアご案内図

京王プラザホテル 富士（本館 42 階）

本館42階



本館44階



※クロークは本館3階ロビーのメインクロークをご利用ください。

第 194 回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 ご発表に関するご案内

■開催形式

本支部会は完全現地開催で、オンラインでの配信はございません。
発表者の方は現地参加をお願いいたします。

■発表時間

発表 5 分、討論 2 分です。時間厳守をお願いいたします。

■発表データ

- ・発表予定時刻の 30 分前までに USB メモリーを PC 受付（「相模」）にお持ちいただき、受付・試写を済ませてください。
- ・ファイル名は【演題番号】【氏名】としてください。（例）A-1 関東一郎.ppt
- ・運営事務局にて用意する発表用 PC をご使用ください。会場に用意する PC の OS は Windows11、アプリケーションは Microsoft PowerPoint（Office 365）となります。
- ・フォントは Windows に標準搭載されているものをご使用ください。
- ・動画や音声をご使用になる場合は、受付にて必ずオペレーターにお申し出ください。
- ・メディアを介したウイルス感染の恐れがありますので、予め最新のウイルス駆除ソフトでチェックをお願いいたします。
- ・必ずバックアップデータをお持ちください。

■ご発表スライドでの COI 開示は、タイトルスライドの次（2 枚目）に挿入してください。

詳細は本支部会のホームページ（下記 URL）をご参照ください。

<https://jsrekanto194.umin.jp/>

■個人情報保護法に関するお願い

2006 年 4 月より、上記法律が施行されております。個人が識別され得る症例の提示に関しては、ご発表内容に関して演者が患者のプライバシー保護の観点から十分な注意を払い、ご発表いただくようお願いいたします。

■「気管支学」への抄録原稿掲載について

既に提出されている抄録原稿を「気管支学」へ掲載いたしますが、訂正のある場合は、当日までに Word 形式で入力した訂正版を PC 受付にお持ちください。

第 194 回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 参加登録

■参加登録

当日、会場での参加登録・支払い（現金のみ）も可能ですが、混雑緩和のため、会期当日までにオンラインでの参加登録ならびに参加費の支払い（クレジットカード決済）をお願いいたします。

＜参加登録ページ＞ <https://jsrekanto194.umin.jp/>

＜参加費＞ 1,000 円（会員：不課税、非会員：税込）

＜参加登録期間＞ 2025 年 9 月 20 日（土）17 時 30 分まで

※上記期間までに参加費の支払いを完了していない場合、参加登録は無効となりますのでご注意ください。

■参加証明書・領収書

参加証明書は、会期当日に受付でお渡しいたします。

なお、本人確認をスムーズに行うため、参加費支払完了メールが確認できるものをご用意ください（メールのプリントアウト、スマホ・タブレットでの画面表示など）。

領収書は、参加費のお支払いが完了した後、「マイページ」よりダウンロード・印刷が可能です。

■ご注意事項

オンライン参加登録時の登録内容の変更や参加取り消しをされる場合は、運営事務局（jsrekanto194@convention-plus.com）までメールにてご連絡をお願いいたします。

ただし、一度お支払いされた参加費は理由の如何に関わらず返金できません。あらかじめご了承ください。

また、虚偽の申請や無断録画や撮影などは一切禁止しております。万一、不正行為や迷惑行為が発覚した場合は、参加権利が取り消され、一切返金できませんのでご注意ください。

幹事会のお知らせ

■日時：2025 年 9 月 20 日（土）12 時 00 分～12 時 30 分

※ご出席の先生方には昼食をご用意いたします。

■会場：京王プラザホテル 高尾（本館 42 階）

■開催方法：現地開催（オンライン参加は無し）

現幹事のみが議決権を持ちます。

今後とも支部会運営にご理解とご協力のほど、よろしくお願いいたします。

当日の幹事会の詳細は、関東支部事務局からのご案内メールを必ずご確認ください。

お問合せ先：関東支部会事務局（株式会社コンベンションプラス）

E-mail：jsre_kanto@convention-plus.com

関東支部会ホームページ：https://procomu.jp/jsrekanto/

■オンライン参加登録のお願い

第 194 回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会へのご参加には、オンライン参加登録が別途必要です。

本支部会ホームページ（下記 URL）より参加登録をお願いいたします。

<https://jsrekanto194.umin.jp/>

第 194 回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 日程表

12:00	12:00~12:30 幹事会
	12:40~12:55 開会の辞、幹事会報告
13:00	12:55~13:30 A. 気管支鏡診断 1 座長：森川 慶（聖マリアンナ医科大学呼吸器内科） 演者：門間 直大、石橋 尚子、兵頭 健太郎、山口 里帆、柴田 竜兵
	休憩 5 分
14:00	13:35~14:15 アフタヌーンセミナー 「肺癌の周術期治療最前線—当施設の戦略と実践から見える課題と可能性—」 座長：工藤 勇人（東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野） 演者：加勢田 馨（慶應義塾大学医学部外科学（呼吸器））
	共催：中外製薬株式会社 休憩 5 分
	14:20~14:55 B. 処置・手技 座長：東 陽子（東邦大学医学部外科学講座呼吸器外科学分野） 演者：尾賀 美優、富岡 勇宇也、中山 和真、大塚 貢広、井上 航貴
15:00	休憩 5 分 15:00~15:40 コーヒーブレイクセミナー 「肺がん治療の未来を切り開く！最新エビデンスと使い分けのポイント ～EGFR 陽性肺がんを中心に～」 座長：峯岸 裕司（三井記念病院呼吸器内科） 演者：笠原 寿郎（日本医科大学付属病院がん診療センター） 共催：アストラゼネカ株式会社
	休憩 5 分
16:00	15:45~16:20 C. 手術 座長：垣花 昌俊（東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野） 演者：草野 萌、野村 聡子、高橋 瑞歩、田村 萌香、齋藤 倫人
	休憩 3 分
	16:23~17:05 D. 気管支鏡診断 2 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） 演者：金子 公祐、横須賀 伸、岡田 尚子、高畑 友莉菜、磯 博和、赤澤 悠希
17:00	休憩 5 分
	17:10~17:50 イブニングセミナー 「肺 NTM 症の診断と治療」 座長：笹田 真滋（同愛記念病院呼吸器内科） 『肺 NTM 症の疫学と診断～アミカシン吸入療法の外来導入の実際』 演者：渥美 健一郎（日本医科大学多摩永山病院呼吸器・腫瘍内科） 『NTM の治療と ALIS 導入の実際』 演者：田中 徹（日本医科大学呼吸器内科） 共催：インスメッド合同会社
	休憩 5 分
18:00	17:55~18:30 E. ステント 座長：坂入 祐一（千葉県がんセンター呼吸器外科） 演者：武内 裕希、堀切 映江、徳武 輝、秦 理子、原田 千佳
	18:30~18:35 閉会の辞

プログラム一覧

演題番号	演題名	氏名（敬称略）所属機関名
12：55～13：30 A. 気管支鏡診断 1		
座長：森川 慶（聖マリアンナ医科大学呼吸器内科）		
A-1	気管支洗浄検査によって <i>Pasteurella multocida</i> 感染の診断となり、抗菌薬加療が奏功した気管支拡張症の1例	門間 直大 東京臨海病院 呼吸器内科
A-2	クライオプローブによる粘液栓除去が診断に有用であったアレルギー性気管支肺真菌症の一例	石橋 尚子 日本医科大学大学院医学研究科 呼吸器・腫瘍内科学分野
A-3	気管支鏡で血管増生を認めた高齢者サルコイドーシスの1例	兵頭 健太郎 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
A-4	気管支鏡検査で診断し得たトランスサイレチン型アミロイドーシスの1例	山口 里帆 日本医科大学千葉北総病院 呼吸器内科
A-5	組織学的所見を得られず典型的気管支所見で臨床診断した再発性多発軟骨炎の1例	柴田 竜兵 杏林大学医学部 呼吸器内科
13：35～14：15 アフタヌーンセミナー 共催：中外製薬株式会社		
『肺癌の周術期治療最前線—当施設の戦略と実践から見える課題と可能性—』		
座長：工藤 勇人（東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野）		
演者：加勢田 馨（慶應義塾大学医学部外科学（呼吸器））		
14：20～14：55 B. 処置・手技		
座長：東 陽子（東邦大学医学部外科学講座呼吸器外科学分野）		
B-1	気道インターベンション処置7日後に急性心筋梗塞となった症例	尾賀 美優 聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科
B-2	気管腫瘍による高度気道狭窄に対して ECMO 下に気道開大術を施行した2例	富岡 勇宇也 日本医科大学付属病院 呼吸器外科
B-3	酸素化低下を来した気管切開部出血に対し硬性気管支鏡補助下に緊急止血した1例	中山 和真 慶応義塾大学医学部外科学（呼吸器）
B-4	外傷を契機に偶発的に発見された気管内平滑筋腫の一例	大塚 貢広 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学
B-5	保存的治療が奏功した特発性乳び胸の一治療例	井上 航貴 日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科
15：00～15：40 コーヒーブレイクセミナー 共催：アストラゼネカ株式会社		
『肺がん治療の未来を切り開く！最新エビデンスと使い分けのポイント～EGFR 陽性肺がんを中心に～』		
座長：峯岸 裕司（三井記念病院呼吸器内科）		
演者：笠原 寿郎（日本医科大学付属病院がん診療センター）		
15：45～16：20 C. 手術		
座長：垣花 昌俊（東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野）		
C-1	嚢胞内容液中のアミラーゼが高値を呈した気管支原性嚢胞の1切除例	草野 萌 東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科学分野
C-2	奇静脈瘤に対して胸腔鏡下切除を施行した一例	野村 聡子 埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科
C-3	換気血流比不均等による呼吸不全が手術により改善した右下葉肺癌の1例	高橋 瑞歩 筑波大学附属病院呼吸器外科
C-4	同側異肺葉の気腫壁に発生した同時多発肺癌に対して2区域切除を施行した1例	田村 萌香 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科
C-5	ロボット支援下左肺 S1+2 区域切除時の切除線同定に VAL-MAP が有用であった一例	齋藤 倫人 獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科

演題番号	演題名	氏名（敬称略）所属機関名
16：23～17：05 D. 気管支鏡診断 2		
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）		
D-1	EBUS-TBNA にて診断し得た乳癌術後晩期肺門部リンパ節再発の 1 例	金子 公祐 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野
D-2	腫大縦隔リンパ節からの通常径鉗子を用いた超音波気管支鏡ガイド下結節内鉗子生検により診断できた古典的ホジキンリンパ腫の一例	横須賀 伸 埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器内科
D-3	当初粘液栓を疑ったが急速に増大を認めた悪性腫瘍の一例	岡田 尚子 日本医科大学武蔵小杉病院 呼吸器内科
D-4	経気管支肺生検の再実施によって確定診断となった浸潤性粘液性腺癌の一例	高畑 友莉菜 神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器内科
D-5	：肺癌マルチプレックス検査が陰性であったが免疫染色検査で診断し得た ALK 融合遺伝子陽性肺癌の 3 症例	磯 博和 がん研究会有明病院 呼吸器内科
D-6	気管支鏡検体を用いてがんゲノムプロファイリング検査を行い SMARCA4 欠損肺癌と診断した 1 例	赤澤 悠希 北里大学病院
17：10～17：50 イブニングセミナー 共催：インスメッド合同会社		
『肺 NTM 症の診断と治療』		
座長：笹田 真滋（同愛記念病院呼吸器内科）		
『肺 NTM 症の疫学と診断～アミカシン吸入療法の外来導入の実際』		
演者：渥美健一郎（日本医科大学多摩永山病院呼吸器・腫瘍内科）		
『NTM の治療と ALIS 導入の実際』		
演者：田中 徹（日本医科大学呼吸器内科）		
17：55～18：30 E. スtent		
座長：坂入 祐一（千葉県がんセンター呼吸器外科）		
E-1	胸部 SMARCA4 欠損未分化腫瘍による気管狭窄に対して気道stentを留置し呼吸困難の緩和を図った 1 例	武内 裕希 日本赤十字社 長野赤十字病院 呼吸器病センター内科
E-2	子宮頸癌縦隔リンパ節転移による気道狭窄に対して硬性鏡下腫瘍切除術、stent留置術を施行した 1 例	堀切 映江 自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門
E-3	繰り返す AERO stent 逸脱に対し Dumon stent が奏功した癒着性気管狭窄の一例	徳武 輝 国際医療福祉大学成田病院 呼吸器外科
E-4	気道狭窄に対して Dumon Stent を留置後、放射線化学療法と Durvalumab 投与後にstentを抜去し得た右上葉肺扁平上皮癌の 1 例	秦 理子 自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科
E-5	4D-CT で評価した肺移植後の気管支軟化症に対して、stent留置で気道開存を得た一例	原田 千佳 東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

A. 気管支鏡診断 1	12：55～13：30
座長：森川 慶（聖マリアンナ医科大学呼吸器内科）	

A-1 気管支洗浄検査によって *Pasteurella multocida* 感染の診断となり、抗菌薬加療が奏功した気管支拡張症の1例

東京臨海病院 呼吸器内科

○門間 直大（かどま なおひろ）、永野 惇浩、深井 真璃、矢嶋 知佳、山口 朋禎、臼杵 二郎

80歳女性。40代のころに血痰を主訴に気管支拡張症の診断となり、喀痰検査等を施行されたが菌の検出なく、経過観察となっていた。気管支拡張病変の進行はなかったが、右中葉の浸潤影の出現と改善を繰り返した。78歳頃から、喀痰症状悪化あり右中葉の浸潤影は改善なく気管支拡張も悪化傾向となった。喀痰検査を繰り返したが菌体の特定にいたらず、気管支鏡検査を施行し、気管支洗浄検体から *Pasteurella multocida* が検出した。イヌネコの上気道から分離する菌であり、追加の環境問診で、30代から継続的に拾いネコを数匹飼育し続けており、気管支拡張症の出現時期と合致していた。ペニシリン系抗菌薬で加療を行い奏功した。気管支拡張症において菌体検査は重要であり、人獣共通感染症の報告は稀であるため、文献的考察も含めて報告する。

A-2 クライオプローブによる粘液栓除去が診断に有用であったアレルギー性気管支肺真菌症の一例

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⁾日本医科大学付属病院病理部・解析人体病理学

○石橋 尚子（いしばし なおこ）¹⁾、加藤 泰裕¹⁾、磯谷 祥太¹⁾、安部 衣織¹⁾、鏑木 翔太¹⁾、
田中 庸介¹⁾、神尾 孝一郎¹⁾、寺崎 泰弘²⁾、笠原 寿郎¹⁾、清家 正博¹⁾

68歳男性、気管支喘息加療中に咳嗽、喀痰、胸部異常陰影にて当院に紹介となった。胸部CT上、右上葉に粒状影と浸潤影を認め、非特異的IgE高値、末梢血好酸球分画上昇を認めた。アスペルギルス特異的IgG抗体及び特異的IgE抗体は明らかな上昇を認めず、画像上も陰影は悪化傾向であった。診断目的に気管支鏡検査を施行し、右B²全体を閉塞する粘液栓を認めたため、クライオプローブを用いて粘液栓除去を行った。病理組織学的に粘液栓内に好酸球の集塊と共にGrocott染色で多数の糸状菌を認め、アレルギー性気管支肺真菌症と診断した。プレドニゾロン投与を開始し、臨床症状と画像の改善を得られて現在も再燃なく経過している。クライオプローブを用いた粘液栓除去の有用性についての報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

A-3 気管支鏡で血管増生を認めた高齢者サルコイドーシスの1例

¹⁾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、

²⁾国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 外科診療部呼吸器外科、

³⁾国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 病理診断科

○兵頭 健太郎 (ひょうどう けんたろう)¹⁾、手島 修¹⁾、野中 水¹⁾、荒井 直樹¹⁾、金澤 潤¹⁾、
中川 隆行²⁾、南 優子³⁾、林原 賢治¹⁾、斎藤 武文¹⁾、石井 幸雄¹⁾

症例は、82歳女性。高血圧症で近医通院していたがmMRC3程度の呼吸困難を主訴に当院紹介受診した。受診時、体温36.7℃、SpO₂ 70% (室内気)、WBC 8600/μl、CRP 8.53mg/dlであった。胸部CTにて両肺に広義間質肥厚、すりガラス影、浸潤影を認め、縦隔リンパ節腫大を認めた。細菌性肺炎、呼吸不全の診断で加療を行い、症状・すりガラス影は改善したがリンパ節腫大は残存した。PET-CTで縦隔リンパ節、気管支周囲の広義間質に集積を認め、サルコイドーシス疑いで気管支鏡を施行した。内腔には血管増生を示唆する所見を認めた。気管支肺胞洗浄液はリンパ球優位でCD4/CD8が上昇していた。経気管支肺生検では肉芽腫を疑う所見を認めた。ACE 19.1 U/lと正常値であったが血清リゾチーム値17.7μg/mlと上昇しており、可溶性IL-2レセプター1880 U/mlと高値であり、サルコイドーシスと診断した。高齢者であってもサルコイドーシスも鑑別疾患に挙げる必要があると考えられた。

A-4 気管支鏡検査で診断し得たトランスサイレチン型アミロイドーシスの1例

¹⁾日本医科大学千葉北総病院 呼吸器内科、

²⁾日本医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学分野、³⁾日本医科大学 解析人体病理学、

⁴⁾日本医科大学 統御機構診断病理学

○山口 里帆 (やまぐち りほ)¹⁾、青山 純一¹⁾、倉持 絵梨¹⁾、菅原 崇広¹⁾、佐藤 陽三¹⁾、林 宏紀¹⁾、
功刀 しのぶ³⁾、堂本 裕加子⁴⁾、清家 正博²⁾、岡野 哲也¹⁾

症例は83歳・男性、高血圧症、狭心症、心房細動、心房頻拍の既往がある患者。1週間前から持続する38度台の発熱と呼吸困難を主訴に近医より紹介。胸部CTでは左上葉と右下葉に粒状影と浸潤影が混在していた。抗菌薬加療開始後も症状の改善に乏しく、気管支鏡検査を施行した。検査後から自然経過で肺野の陰影、自覚症状は改善を認めた。その後、病理組織にてトランスサイレチン型アミロイドーシスと判明した。肺アミロイドーシスでは、ALアミロイドーシスの頻度が多いが、トランスサイレチン型の肺病変は、剖検で明らかになる程度であり、気管支鏡検査での診断例は稀と考える。また、胸部CTでは小結節や、石灰化を伴う肉芽腫性病変や胸水が多いとされるが、本症例では浸潤影が主体であり画像も非典型的であった。文献的考察を交えて報告をする。

A-5 組織学的所見を得られず典型的気管支所見で臨床診断した再発性多発軟骨炎の1例

¹⁾杏林大学医学部 呼吸器内科、²⁾杏林大学医学部 リウマチ膠原病内科

○柴田 竜兵（しばた りゅうへい）¹⁾、皿谷 健¹⁾、秋澤 孝虎¹⁾、坂本 吉隆¹⁾、石川 周成¹⁾、
小林 史¹⁾、布川 寛樹¹⁾、麻生 純平¹⁾、西岡 典宏²⁾、石井 晴之¹⁾

21年前に気管支喘息と診断され長期治療中の47歳女性。重症喘息に対しテゼペルマブを導入したが、某年4月より咳嗽・喀痰が増悪し呼吸困難が出現したため当院を受診した。LAMA追加も奏効せず、呼吸機能検査はsaw tooth signを伴う胸郭内中枢気道狭窄パターンであった。胸部CTで膜様部を温存する馬蹄形の気管周囲軟部陰影を認め再発性多発軟骨炎（RP）を疑った。気管支鏡では軟骨輪に沿うイクラ状発赤と浮腫性変化を確認したが、気管支生検および耳介軟骨生検（発赤なし）では組織学的裏付けを得られず、臨床所見よりRPと診断した。重症喘息に対する生物学的製剤の寛解率は約30%と低く、鑑別疾患としてRPを念頭に置く必要がある。気道生検の感度は0-10%と低い一方、耳介・鼻軟骨生検は感度70%以上とされるが、本症例のように耳鼻科症状を欠く場合は組織学的確定が困難となる。当院でのRP経験例と文献的考察を交え報告する。

アフタヌーンセミナー

13:35~14:15

座長：工藤 勇人（東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野）

『肺癌の周術期治療最前線 —当施設の戦略と実践から見える課題と可能性—』

演者：加勢田 馨（慶應義塾大学医学部外科学（呼吸器））

共催：中外製薬株式会社

B-1 気道インターベンション処置 7 日後に急性心筋梗塞となった症例

¹⁾聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科、²⁾聖マリアンナ医科大学 循環器内科

○尾賀 美優（おが みゆう）¹⁾、鶴岡 一¹⁾、金子 省太郎¹⁾、半田 寛¹⁾、中村 愛²⁾、宇津木 友維²⁾、村松 和樹²⁾、関口 将大²⁾、小徳 のぞみ²⁾、峯下 昌道¹⁾

症例は 90 歳女性。入院 1 ヶ月前より労作時呼吸困難症状あり胸部 CT を施行したところ、気管内腫瘍性病変を認め、当院紹介受診となった。身体所見上、呼吸不全はないが喘鳴を聴取し、胸部 CT 所見で気管内腔はほぼ完全閉塞していたため翌日に緊急処置を行った。術中所見で気管内腔は腫瘍により完全閉塞しており、硬性鏡下に腫瘍を削減し、APC 焼灼を行って気道は開通した。呼吸困難は改善を来し、POD3 に退院となった。POD7 に突然の胸痛が出現し緊急受診した。精査の結果軽微な ST 変化とトロポニン T の上昇を認め急性心筋梗塞の診断となり、同日緊急冠動脈造影を行なった。回旋枝の完全狭窄を認め、ガイドワイヤーにて通過し血流の改善を認めた。気道インターベンションは高侵襲であるとともに患者の状態も重篤であることが多い。しかしながら気道狭窄は緊急処置が必要であり十分な術前検査ができないことも多い。今回の症例を教訓に治療前検査に関して再考を行う。

B-2 気管腫瘍による高度気道狭窄に対して ECMO 下に気道開大術を施行した 2 例

¹⁾日本医科大学付属病院 呼吸器外科、²⁾JCHO 東京新宿メディカルセンター 外科

○富岡 勇字也（とみおか ゆうや）¹⁾、小嶋 隆¹⁾、鈴木 健人¹⁾、園川 卓海¹⁾、町田 雄一郎¹⁾、川崎 徳仁¹⁾、岡本 淳一^{1,2)}、臼田 実男¹⁾

【症例 1】72 歳男性。心不全の疑いで加療を行っていたが、改善なく、精査目的で撮影した胸部 CT で気管内腫瘍を認めた。胸部 CT では、気管後壁から突出する内腔をほぼ閉塞する腫瘍径 28mm の腫瘍を認めた。CT 撮影時に著しい酸素化の低下を認めたため、緊急に気管支鏡下に気管内挿管を施行し、Veno-venous extracorporeal membrane oxygenation (VV-ECMO) 下に硬性気管支鏡下腫瘍焼灼術を施行した。【症例 2】72 歳男性。気管腺様嚢胞癌に対して 5 年前に硬性気管支鏡下腫瘍焼灼術後、化学放射線治療後の経過観察中、呼吸困難の増悪で受診。胸部 CT では、気管前面に最大腫瘍径 16 mm の腫瘍を認め、気管支鏡では気管内をほぼ閉塞する腫瘍を認めた。窒息のリスクも高く、VV-ECMO 下に気管支鏡下腫瘍焼灼術を施行した。

いずれも症例も ECMO 関連の合併症は認めなかった。高度な気道狭窄に対して ECMO 下腫瘍焼灼術を安全に施行することができたので、文献的考察を加え報告する。

B-3 酸素化低下を来した気管切開部出血に対し硬性気管支鏡補助下に緊急止血した1例

慶応義塾大学医学部外科学（呼吸器）

○中山 和真（なかやま かずま）、大久保 祐、木村 征海、寄森 駿、青木 優介、中井 猛斗、杉野 功祐、政井 恭兵、加勢田 馨、朝倉 啓介

69歳男性。筋萎縮性側索硬化症を背景とした呼吸不全に対し人工呼吸器管理となり、離脱困難と判断され気管切開が行われた。術後8日目より陳旧性心筋梗塞に対する抗血小板薬投与を再開したところ、再開後6日目より気管切開部からの出血とそれに伴う酸素化低下を認めた。酸素化改善と出血源探索目的に経口軟性気管支鏡で観察・吸引を試みるも多量の血腫により観察困難であり、緊急での硬性気管支鏡を用いた血腫除去と止血術を行う方針とした。全身麻酔下に硬性気管支鏡を挿入し呼吸管理を行いながら、気管切開部口側の肉芽組織からの出血を同定し、アルゴンプラズマ凝固で止血を得た。制御困難な気管内出血は気道緊急となり得るため、保存的に止血が得られない場合は速やかな対応が必要である。今回酸素化低下を来した気管切開部出血に対し硬性気管支鏡補助下に緊急止血した1例を経験したので、若干の文献的考察を追加し報告する。

B-4 外傷を契機に偶発的に発見された気管内平滑筋腫の一例

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

○大塚 貢広（おおつか みつひろ）、森本 淳一、種子田 陸斗、徳武 輝、西村 志帆、佐藤 祐太郎、祖父江 晃向、中山 浩介、荻田 涼、植松 靖文、今林 宏樹、清水 大貴、佐田 諭己、豊田 行英、稲毛 輝長、田中 教久、千代 雅子、松井 由紀子、鈴木 秀海

50歳代女性。転落外傷時に撮影された胸部CTにて、右主気管膜様部より内腔に突出する11mm大の隆起性病変を認め、造影CTでは造影効果を認めた。気管支鏡検査では表面に毛細血管の発達した腫瘍を認め、精査加療目的で当科に紹介となった。診断・治療目的に全身麻酔下、気管支鏡下にスネアリングを行い切除し、病理組織学的に平滑筋腫と診断された。術後経過は良好で、現在無再発にて経過観察中である。2020年1月から2025年7月までに当院で気管支鏡下にスネアリングで切除を行った12例を検討したところ、12例中6例は症状を契機に発見され5例が悪性腫瘍であった。6例は他疾患精査中にて偶発的に発見されていた。病理診断結果は平滑筋腫3例を含む良性腫瘍7例、悪性腫瘍5例であった。平滑筋腫は増大により閉塞性肺炎を来し、外科的肺葉切除が必要となる例も報告されている。無症状の段階で内視鏡的切除を行うことが、低侵襲かつ有効な治療となりうると考えられた。

B-5 保存的治療が奏功した特発性乳び胸の一治療例

日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科

○井上 航貴（いのうえ こうき）、寺田 宜敬、鈴木 淳也、林 宗平、中村 梓、佐藤 大輔、
河内 利賢、櫻井 裕幸

症例は62歳女性、呼吸困難感を主訴に前医受診した。画像検査で右胸水貯留を認め、胸水穿刺で乳び胸水を認めたため乳び胸の診断で脂肪制限食＋胸腔ドレナージ＋サンドスタチン皮下投与による治療が前医で行われたが、退院後外来で胸水再貯留がみられたため当院紹介受診となった。当院にて再度胸腔ドレーン挿入後、胸管造影検査を施行したが明らかな漏出点は同定できなかった。OK-432による胸膜癒着療法を2回施行し脂肪制限食開始した。ドレーンからの胸水量が減少したことを確認し、第11病日にドレーン抜去し第14病日に退院。退院後外来でも胸水再増加なく経過している。特発性乳び胸は症例が少なく、また確立した治療方針や基準がなくときに治療に難渋する。今回、手術療法を行わず保存的治療で良好な経過を得た症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

コーヒーブレイクセミナー

15:00～15:40

座長：峯岸 裕司（三井記念病院呼吸器内科）

『肺がん治療の未来を切り開く！ 最新エビデンスと使い分けのポイント ～EGFR 陽性肺がんを中心に～』

演者：笠原 寿郎（日本医科大学付属病院がん診療センター）

共催：アストラゼネカ株式会社

C-1 嚢胞内容液中のアミラーゼが高値を呈した気管支原性嚢胞の1切除例

¹⁾東邦大学医学部 外科学講座呼吸器外科学分野、²⁾東邦大学医学部 病院病理学講座

○草野 萌（くさの めぐみ）¹⁾、東 陽子¹⁾、田守 快生¹⁾、加藤 俊平¹⁾、肥塚 智¹⁾、黒瀬 泰子²⁾、
栃木 直文²⁾、伊豫田 明¹⁾

症例は40歳代女性。気管支喘息に対して当院呼吸器内科で治療中、胸部CT検査にて後縦隔腫瘍が疑われ当科紹介となった。胸部CT検査では第3/4胸椎左側に38×30×24mm大の腫瘤を認め2年前と比較して明らかな増大を示した。胸部MRI検査ではT2強調像にて内部均一な高信号を示し嚢胞性病変が疑われた。気管支原性嚢胞、嚢胞変性を伴う神経原性腫瘍などを鑑別に挙げ、胸腔鏡下後縦隔腫瘍摘出術を施行した。術中所見にて後縦隔に緊満した薄壁の嚢胞性病変を認め、胸腔内には少量の胸水貯留を認めた。嚢胞内容物は粘稠性のない漿液性の液体であり生化学検査にてアミラーゼ4,061U/Lと高値を認めた。病理組織学的には病変は単房性の嚢胞性病変であり、嚢胞内腔面を線毛円柱上皮に被覆され、気管支原性嚢胞と考えられた。腭組織や唾液腺組織は認めなかった。術後1年経過し無再発生存中である。気管支原性嚢胞ではアミラーゼ高値を呈する例があり、文献的考察を加えて報告する。

C-2 奇静脈瘤に対して胸腔鏡下切除を施行した一例

¹⁾埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科 ²⁾埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科

○野村 聡子（のむら さとこ）¹⁾、二反田 博之¹⁾、田口 亮¹⁾、梅咲 徹也¹⁾、市来 嘉伸¹⁾、
大森 悠加²⁾、川崎 朋範²⁾、本間 琢²⁾、坂口 浩三¹⁾、石田 博徳¹⁾、菱田 智之¹⁾

症例は24歳女性。健診の胸部X線検査で異常陰影を指摘され、当科に紹介された。胸部造影CTでは、奇静脈弓に一致する部位に造影効果を伴う長径約3cmの腫瘤性病変を認めた。奇静脈瘤を疑い、手術の方針とした。胸腔鏡下に観察すると奇静脈弓に沿って隆起する暗紫色の静脈瘤を認めた。瘤の中核側、末梢側をそれぞれ結紮した後、自動縫合器で切離し胸腔鏡下に摘出した。瘤は肉眼的に菲薄であり、瘤壁を直接把持しないような慎重な剥離操作を要した。奇静脈瘤は稀な病変であり、自覚症状に乏しく偶発的に発見されることが多い。奇静脈瘤に対して胸腔鏡下切除を行った一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

C-3 換気血流比不均等による呼吸不全が手術により改善した右下葉肺癌の1例

筑波大学附属病院呼吸器外科

○高橋 瑞歩（たかはし みずほ）、大石 岳、森 陽愛子、黒田 啓介、関根 康晴、上田 翔、佐伯 祐典、小林 尚寛、市村 秀夫、佐藤 幸夫

【症例】65歳男性。健診異常精査CTで右肺下葉S6に6cm大の腫瘍を認め、気管支鏡下生検で腺癌の診断。当科紹介となり手術の方針。術前の動脈血液ガス分析（room air）は、pH 7.417、PaO₂ 57.6 Torr、PaCO₂ 38.1 Torrであり、A-aDO₂は44.5 Torrと著明に開大していた。造影CTでは右肺下葉が急速増大する腫瘍で広範に置換されるも肺動静脈血流は維持されており、換気血流比不均等による呼吸不全と考えられた。ロボット支援下右肺下葉切除術を施行し、術後7日目の動脈血液ガス分析（room air）では、pH 7.454、PaO₂ 79.5 Torr、PaCO₂ 35.3 Torr、A-aDO₂ 27.4 Torrと酸素化の改善を認めた。病理診断は高悪性度胎児型腺癌pT4N2aM1a StageIVAであった。【考察】腫瘍増大により肺が虚脱せずに（血流が維持されたまま）、換気が低下し換気血流比不均等が生じたと考えられ、手術により不均等が是正されると酸素化は改善した。文献的考察を加えて報告する。

C-4 同側異肺葉の気腫壁に発生した同時多発肺癌に対して2区域切除を施行した1例

聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科

○田村 萌香（たむら もえか）、大坪 莞爾、柿崎 典史、畠山 高享、酒井 寛貴、本間 崇浩、丸島 秀樹、佐治 久

症例は69歳男性。肺気腫の経過観察中に左肺尖部異常陰影を指摘された。CTにて左S1+2とS6に気腫壁に接する不整形結節を2箇所認めた。S1+2の病変は充実成分径1.0cmでありPETにてSUV_{max}=6.5のFDG集積を認め、S6病変は充実成分径0.9cmでありPETにてSUV_{max}=6.7のFDG集積を認めた。S1+2及びS6の同時多発肺癌疑いに対して、左S1+2及びS6区域切除を施行した。術後より肺瘻を認め、自己血癒着療法を行い、POD15に退院した。病理診断は、同時多発肺癌（左S1+2：肺腺癌、pT2bN0M0、Stage IIA；S6：肺腺癌、pT1cN0M0、Stage IA3）と診断された。既報では、気腫壁に発生する肺癌はPETにおいてSUV_{max}が高く、悪性度が高い傾向にあることが知られている。今回我々は同側異肺葉の気腫壁に発生した多発肺癌に対して、2区域切除を施行し完全切除をし得た。気腫壁に発生する肺癌は比較的稀であり、同側異肺葉に同時発生する場合はさらに稀であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

C-5 ロボット支援下左肺 S1+2 区域切除時の切除線同定に VAL-MAP が有用であった一例

獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科

○齋藤 倫人（さいとう みちひと）、西平 守道

〈背景〉微小肺病変に対する外科的診断・治療では Virtual Assisted Lung Mapping (VAL-MAP) 法が有用である。今回 VAL-MAP を行いロボット支援下 (RATS) 区域切除を施行した症例を経験したので報告する。

〈症例〉50 代女性。頸椎症術前精査の CT で左上葉 S1+2c に限局した 1.7cm の GGN を認め、区域切除の方針とした。術前日、腫瘍が区域切除線に近く切除マージン確保のため VAL-MAP を 3 箇所 (B3a に 2 箇所、B3c に 1 箇所) 施行した。手術は第 4 肋間前中腋窩線に 3.5cm、第 6 肋間前腋窩線に 1.5cm の皮膚切開、2port RATS で施行。術前マッピングを確認、腹側から順に V1+2、A1+2、B1+2 を処理、VAL-MAP と ICG 静注により切除断端を確保するよう区域切除線を同定、自動縫合器で分離して切除。手術時間 2 時間 27 分、出血少量。POD1 に胸腔ドレーン抜去、POD5 に退院。病理診断は肺腺癌 stage IA1、断端からの距離も十分確保されていた。〈考察〉VAL-MAP は RATS でも区域切除ラインの同定にも有用であった。

D-1 EBUS-TBNA にて診断し得た乳癌術後晩期肺門部リンパ節再発の 1 例

東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野

○金子 公祐（かねこ こうすけ）、山道 堯、山口 智之、垣花 昌俊、古本 秀行、工藤 勇人、
萩原 優、大平 達夫、池田 徳彦

症例は 63 歳女性。健診の胸部 CT にて左上葉の小結節と同側の肺門部リンパ節腫大を指摘され当科紹介となった。既往歴として 20 年以上前に左乳癌手術歴がある。胸部造影 CT で左 S3 に 1.2cm 大の類円形結節および 1.6cm 大の左主気管支周囲リンパ節腫大を認め、同部位に FDG 集積を伴っていた。このため超音波気管支鏡検査を施行し、肺門部の腫大リンパ節を穿刺した。病理では核偏在傾向を示す異型細胞が小集塊を形成し、腺癌との所見を得た。免疫組織化学染色では TTF-1 陰性、NapsinA 陰性、GATA3 陽性、ER 陽性、Mam-maglobin 陽性であり、乳癌の肺門部リンパ節転移再発と診断した。乳癌術後の晩期再発を EBUS-TBNA で診断し得た症例を経験し、文献的考察とともに報告する。

D-2 腫大縦隔リンパ節からの通常径鉗子を用いた超音波気管支鏡ガイド下結節内鉗子生検により診断できた古典的ホジキンリンパ腫の一例¹⁾埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器内科、²⁾埼玉医科大学総合医療センター 病理部○横須賀 伸（よこすか しん）¹⁾、坂井 浩佑¹⁾、西村 博明¹⁾、白石 浩大¹⁾、三澤 莊之²⁾、
村上 千明²⁾、教山 紘之¹⁾、森山 岳¹⁾、小山 信之¹⁾、植松 和嗣¹⁾

20 代男性。2 か月前から発熱、咳嗽が出現。近医で肺炎と診断され当科を紹介受診。抗菌薬を処方されたが症状改善せず、胸部画像所見は悪化した。胸部 CT では、右肺上葉に径 74mm の腫瘤影、近傍の多発小結節、両側鎖骨上窩リンパ節、縦隔・右肺門リンパ節の腫大、少量心嚢水を認めた。初回の気管支鏡検査では、右肺上葉の腫瘤影から EBUS-GS 下に within を確認し生検を行ったが、細胞診 class III、組織診は Ki-67 陽性となる異型上皮を認めるにとどまった。2 回目の気管支鏡検査では腫大した縦隔 #4R リンパ節に対して EBUS-TBNA を行い、その刺入部より通常径の生検鉗子 FB-231D を挿入して超音波気管支鏡ガイド下に結節内の鉗子生検（endobronchial ultrasound-guided intranodal forceps biopsy：EBUS-IFB）を行い組織採取した。この検体により古典的ホジキンリンパ腫の診断となった。より大きな検体を採取する工夫が診断につながった症例と考える。

D-3 当初粘液栓を疑ったが急速に増大を認めた悪性腫瘍の一例

¹⁾日本医科大学武蔵小杉病院 呼吸器内科、²⁾日本医科大学武蔵小杉病院 病理診断科、

³⁾日本医科大学大学院医学研究科呼吸器・腫瘍内科学分野

○岡田 尚子（おかだ なおこ）¹⁾、松本 優¹⁾、出井 俊¹⁾、新分 薫子¹⁾、佐藤 純平¹⁾、西島 伸彦¹⁾、
許田 典男²⁾、清家 正博³⁾、齋藤 好信¹⁾

症例は89歳男性。X-6年2月から右上葉S2結節影に対し半年毎に胸部CTによる経過観察を行っていた。X-1年12月胸部CTにて右上葉に粘液栓を疑う新規陰影を認め、既知の結節影と併せて経過観察としていたところ、半年間で急激な増大を認めた。なお血液検査にてCEA 7.08 ng/mLと軽度高値を認め、アスペルギルス抗原は陰性、β-D グルカンは2.9 pg/mLであった。X年7月に気管支鏡検査を施行したところ、右上葉支入口部に、内腔に突出する、周囲に血管増生と白色、黒色の色調変化を伴う辺縁不整の腫瘤を認めた。同部位を直視下にて生検し、細胞診ではNon small cell carcinoma、組織診では壊死組織を大部分とするもののAE1/AE3 (-)、TTF-1 (-)、p40 (-)、Vimentin (+)の悪性腫瘍を示唆する所見を認めた。粘液栓様の陰影で発症し比較的急激な増大を認めた悪性腫瘍の症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

D-4 経気管支肺生検の再実施によって確定診断となった浸潤性粘液性腺癌の一例

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

○高畑 友莉菜（たかはた ゆりな）¹⁾、丹羽 崇¹⁾、大熊 亮¹⁾、岡村 賢¹⁾、織田 恒幸¹⁾、澤住 知枝²⁾、
馬場 智尚¹⁾、小松 茂¹⁾、小倉 高志¹⁾

【症例】28歳男性【既往歴】10歳時に肺炎加療歴あり【現病歴】X-2年5月の健診で胸部異常陰影を指摘され、同年6月に近医を受診した。CTで右下葉に長径6cm程度の空洞をともなう腫瘤影を指摘され、経時的に陰影増大を認めたため同年8月1日に前医紹介となった。右下葉より経気管支肺生検を実施し、器質化肺炎としてPSL30mg/日の内服加療を行ったが改善が見られなかった。PSL内服を終了し経過観察となっていたが、X年5月より咳嗽が出現し、健診にて両肺野に多発結節影を指摘された。胸部CTにて新規に両側多発斑状影の出現があり、X年6月27日に当科紹介となった。7月1日に気管支鏡検査を実施し、浸潤性粘液腺癌の診断となった。他臓器転移を疑う所見はなく、cT4N2M1a (PUL)、stage IVA、KRASG12A陽性、PD-L1 (22C3) TPS 20%の診断となった。【考察】浸潤性粘液性腺癌は多彩な肺野陰影を呈し、診断に難渋する症例も多い。若干の文献的考察をふまえて発表する。

D-5 : 肺癌マルチプレックス検査が陰性であったが免疫染色検査で診断し得た ALK 融合遺伝子陽性肺癌の 3 症例

¹⁾がん研究会有明病院 呼吸器内科、²⁾がん研究会有明病院 病理部、

³⁾がん研究会有明病院 病理部研究所病理部

○磯 博和 (いそ ひろかず)¹⁾、網野 喜彬¹⁾、根本 暉久¹⁾、次富 亮輔¹⁾、有安 亮¹⁾、内堀 健¹⁾、
柳谷 典子¹⁾、二宮 浩範^{2,3)}、西尾 誠人¹⁾

マルチプレックス検査で陰性であったが、免疫染色検査 (IHC) で診断し得た ALK 融合遺伝子陽性肺癌症例を経験したので報告する。【症例 1】68 歳、女性。審査胸腔鏡で腺癌と診断され、Oncomine DxTT (ODTT) は陰性であったが、ALK-IHC 陽性であった。【症例 2】58 歳、女性。気管支鏡検査で腺癌と診断され、ODTT は陰性であったが、ALK-IHC 陽性であった。【症例 3】43 歳、女性。気管支鏡検査で腺癌と診断され、AmoyDx は陰性であったが、ALK-IHC 陽性であった。いずれも ALK-IHC (D5F3) 陽性ののちコンパニオン IHC で陽性を確認した。初回治療 ALK-TKI は 3 症例とも縮小効果が得られた。症例毎に融合パターンの解析を行い、症例 1 は GCC2-ALK、症例 2 は EEF1G-ALK、症例 3 は CLIP1-ALK であった。いずれもマルチプレックス検査で検出できないパターンであった。

D-6 気管支鏡検体を用いてがんゲノムプロファイリング検査を行い SMARCA4 欠損肺癌と診断した 1 例

¹⁾北里大学病院、²⁾新世紀医療開発センター、³⁾北里大学病院病理部

○赤澤 悠希 (あかざわ ゆうき)¹⁾、鈴木 豪一郎¹⁾、坂本 昂平¹⁾、小栗 明人¹⁾、中原 善朗¹⁾、
佐藤 崇¹⁾、前野 敏孝¹⁾、佐々木 治一郎²⁾、吉田 功³⁾、猶木 克彦¹⁾

症例は 75 歳女性。気管支鏡下腫瘍生検により非小細胞肺癌 (肺腺癌) と診断された。オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx システムで癌遺伝子異常を認めず PD-L1 TPS は 30% であった。1 次治療としてカルボプラチン+ペメトレキセド+ペムブロリズマブを 4 コース行い多発肝転移を認め PD、2 次治療でドセタキセルを 2 コース行い右肺内転移を認め PD、3 次治療でナブパクリタキセルを 2 コース施行するも多発脳転移を認め PD であり、がんゲノムプロファイリング検査を施行された。複数の癌遺伝子増幅とともに SMARCA4 配列異常を指摘され、免疫染色により SMARCA4 欠損肺癌と確定診断された。SMARCA4 欠損肺癌は比較的まれで治療抵抗性であることが報告されている。貴重な症例と考えられ、文献的考察を加え報告する。

イブニングセミナー	17：10～17：50
座長：笹田 真滋（同愛記念病院呼吸器内科）	
『肺 NTM 症の診断と治療』 『肺 NTM 症の疫学と診断～アミカシン吸入療法の外来導入の実際』 演者：渥美 健一郎（日本医科大学多摩永山病院呼吸器・腫瘍内科） 『NTM の治療と ALIS 導入の実際』 演者：田中 徹（日本医科大学呼吸器内科） 共催：インスメッド合同会社	

E-1 胸部 SMARCA4 欠損未分化腫瘍による気管狭窄に対して気道ステントを留置し呼吸困難の緩和を図った 1 例

日本赤十字社 長野赤十字病院 呼吸器病センター内科

○武内 裕希（たけうち ゆうき）、小島 里香、油井 貴也、近藤 大地、小澤 亮太、廣田 周子、山本 学、倉石 博

70 代男性。X 年 2 月から体重減少と食思不振が出現し同年 4 月に A 病院を受診。造影 CT で中縦隔に 90mm 大の不整な腫瘍を認め、食道から超音波内視鏡下針生検を施行するも診断がつかず当院へ転院となった。体表から CT ガイド下針生検を施行したところ特定の組織型をとらない未分化な腫瘍であり免疫染色で SMARCA4 発現の欠失を認めたため胸部 SMARCA4 欠損未分化腫瘍と診断した。腫瘍は急速に増大し気管は壁外性に圧迫され呼吸困難をきたしていた。気道閉塞を回避するため気道ステントを留置する方針とした。気管支鏡下で AERO ステント[®]（16mm×6mm）を留置したところ呼吸困難は緩和された。しかし、胸部 CT で腫瘍と食道の瘻孔形成が疑われ、その後腫瘍内感染が悪化し死亡した。胸部 SMARCA4 欠損未分化腫瘍は中枢側に発生し進行が早く気道や食道を閉塞させうる腫瘍である。本症例では化学療法まで到達できなかったが気道ステントにより気道閉塞を回避でき緩和を図ることができた。

E-2 子宮頸癌縦隔リンパ節転移による気道狭窄に対して硬性鏡下腫瘍切除術、ステント留置術を施行した 1 例

自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門

○堀切 映江（ほりきり あきえ）、小林 哲也、横田 菜々子、滝 雄史、高瀬 貴章、金井 義彦、坪地 宏嘉

症例は 30 歳代女性。子宮頸癌に対して化学放射線療法後の肺転移・縦隔リンパ節転移に対する化学放射線療法後の Progressive disease の状態。呼吸困難精査の胸部 CT 検査で左主気管支の狭窄を指摘された。呼吸不全のため緊急入院となり、緊急で硬性鏡手術を施行した。内腔を観察すると、左主気管支は血餅および腫瘍による閉塞があり、血餅を除去した後に硬性鏡下で腫瘍切除術、Dumon stent 留置術（BD 11mm。3.5cm に cut し、左主気管支の形状にあわせて customize した）を施行した。術後呼吸不全は改善し、POD 8 に退院となった。退院後自宅退院され、外来で経過観察していた。その後腫瘍の病勢の進行があり、処置後 63 日目に永眠された。

経過中は左主気管支に留置したステントの逸脱や痰による閉塞はなく、左主気管支の走行に沿って customize したステント留置が有効であった。

E-3 繰り返す AERO ステント逸脱に対し Dumon ステントが奏功した瘢痕性気管狭窄の一例

国際医療福祉大学成田病院 呼吸器外科

○徳武 輝（とくたけ ひかる）、和田 啓伸、小野里 優希、鎌田 稔子、穴山 貴嗣、吉野 一郎、吉田 成利

症例は 60 代男性。大動脈弁狭窄症に起因する重症心不全に対し、気管挿管下に人工呼吸管理が行われ、大動脈弁置換術が施行された後に退院された。気管挿管から 2 か月後より呼吸困難を自覚し、瘢痕性気管狭窄と診断され当科に紹介された。気管支鏡下に肉芽焼灼を繰り返すも奏功せず、T チューブを留置し半年後に抜去したが、2 週間で再狭窄を来したため、AERO ステントを留置した。初回挿入時、ステント拡張が不完全でバルーンにより拡張させた。ステント留置から 6 週間後、血痰、咳嗽を主訴に救急受診し、ステントが内側に陥入した状態で口側へ逸脱していた。硬性鏡を用いて抜去し、同時に同径の AERO ステントを変形させることなく再留置したが、2 週間後に再びステントが内腔側に陥入し口側に逸脱した。3 回目は硬性鏡を用いて Dumon ステントを留置し、術後 4 か月、逸脱なく良好な経過である。ステント選択に関する考察とともに報告する。

E-4 気道狭窄に対して Dumon Stent を留置後、放射線化学療法と Durvalumab 投与後にステントを抜去し得た右上葉肺扁平上皮癌の 1 例

自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科

○秦 理子（はたりこ）、宮田 昌朋、須藤 圭吾、佐藤 誉哉、曾我部 将哉、峯岸 健太郎、坪地 宏嘉、遠藤 俊輔

症例は 58 歳、男性。呼吸困難・喘鳴を主訴に近医を受診した。胸部 CT 検査で右肺上葉に 35mm 大の腫瘤影を認め、右下部気管傍リンパ節への直接浸潤および右主気管支の狭窄を認めた。治療目的に当院紹介となり、転院当日に硬性鏡下に Dumon Y stent を留置した。病理診断は右上葉肺扁平上皮癌 cT4N2aM0 stageIIIB、遺伝子変異陰性、PD-L1 強陽性であった。紹介元にて放射線化学療法：weekly CBDCA+PTX 4 コース + 照射 60Gy および Durvalumab 13 コース施行後、CR の判定となった。ステント留置から 15 か月後、ステント抜去目的に当院再紹介となりステント抜去を行った。免疫チェックポイント阻害薬などの薬物療法の進歩により、気道ステントは積極的治療までの橋渡しの治療として重要な役割を果たすようになっている。気道狭窄に対して Dumon Stent を留置後、放射線化学療法と Durvalumab 投与後にステントを抜去し得た右上葉肺扁平上皮癌の 1 例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

E-5 4D-CT で評価した肺移植後の気管支軟化症に対して、ステント留置で気道開存を得た一例

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

○原田 千佳（はらだ ちか）、柳谷 昌弘、叢 岳、川島 光明、此枝 千尋、佐藤 雅昭

肺移植後の気道内合併症の一つとして、吻合部以遠の虚血による気管支軟化症が知られている。これに対し4D-CT で病態を評価し、ステント留置で気管支の開存を得た症例を経験したので報告する。

症例は60歳代男性。アスペルギルス感染を合併した特発性肺線維症に対し脳死ドナーからの両肺移植を受けた。右中間気管支幹内の粘膜壊死組織による狭窄と喀痰不良による酸素化不良を認め、術後17日目に再挿管・気管切開された。その後人工呼吸器は離脱できたが、術後3か月で痙攣が脱落して軟化症が顕在化し、再度換気補助を要するようになった。呼吸器装着の有無での気道内の状態を4D-CT で評価し、気管支軟化症に特有の呼吸動態及びこれの陽圧換気による改善を視認した。軟性気管支鏡で右中間気管支幹にシリコンステントを留置し、良好な気道の開存を得た。ステント留置後1か月後に再度4D-CT で評価し、気道内腔の開存が換気補助なしに得られていることを確認できた。

18：30～18：35 閉会の辞

日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 開催予定

回数	会 長	開催日	会 場
195 回	大平 達夫 先生 東京医科大学呼吸器・甲状腺外科分野	2025 年 12 月 6 日	京王プラザホテル 東京都新宿区西新宿 2-1-1
196 回	宮原 隆成 先生 長野松代総合病院呼吸器内科	2026 年 3 月 14 日	砂防会館別館 シェーンバッハ・サボー 東京都千代田区平河町 2-7-4 砂防会館別館
197 回	菱田 智之 先生 埼玉医科大学国際医療センター呼吸器外科	2026 年 6 月 13 日	(未定)

協賛企業一覧

(五十音順)

大会を開催するにあたり、これまでに下記の企業・団体より多大なご援助を賜りました。
謹んで感謝の意を表します。

第 194 回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会
会長 清家 正博

■共 催

アストラゼネカ株式会社
インスメッド合同会社
中外製薬株式会社

■広告掲載

MSD 株式会社
杏林製薬株式会社
協和キリン株式会社
サノフィ株式会社
J&J Innovative Medicine ヤンセンファーマ株式会社
第一三共株式会社
大鵬薬品工業株式会社
武田薬品工業株式会社
日本イーライリリー株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
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

2025 年 7 月 31 日現在



抗悪性腫瘍剤 抗ヒトEGFR及び抗ヒトMET
ヒト二重特異性モノクローナル抗体

薬価基準収載

ライブリバント[®] 点滴静注 **350mg**

RYBREVANT[®] Intravenous Infusion アミバンタマブ (遺伝子組換え) 注射液

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品[※]

※ 注意—医師等の処方箋により使用すること



抗悪性腫瘍剤
チロシンキナーゼ阻害剤

薬価基準収載

ラズグルーズ[®] 錠 **80mg・240mg**

LAZCLUZE[®] tablets

ラゼルチニブメシル酸塩水和物錠

劇薬 処方箋医薬品[※]

※ 注意—医師等の処方箋により使用すること

新発売

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。

製造販売元 (文献請求先・製品情報お問い合わせ先)

ヤンセンファーマ株式会社

〒101-0065 東京都千代田区西神田3-5-2

<https://innovativemedicine.jnj.com/japan/>

<https://www.janssenpro.jp> (医療関係者向けサイト)

2025年5月作成

©Janssen Pharmaceutical K.K. 2025

Johnson&Johnson



Immuno-Oncology

未来をひらくがん免疫療法



が	私
ん	の
と	免
闘	疫
う	力
か	に
を	、
。	

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。



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



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）

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

東京都千代田区大手町一丁目3番7号

（文献請求先及び問い合わせ先：くすり情報センター）

東京都新宿区左門町20番地

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:2024.5

たった一度の
いのちと
歩く。



KYOWA KIRIN

私たちの志

検索

2019年7月作成

We chase
the *miracles*
of science
to improve
people's lives



私たちは人々の暮らしをより良くするため、科学のもたらす奇跡を追求します。

抗悪性腫瘍剤－抗HER2※抗体
トポインメラーゼⅠ阻害剤複合体

薬価基準収載



エンハーツ® 点滴静注用100mg

一般名/トラスツズマブ デルクステカン(遺伝子組換え)

[Trastuzumab Deruxtecan(Genetical Recombination)]

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること

※HER2: Human Epidermal Growth Factor Receptor Type 2

(ヒト上皮増殖因子受容体2型、別称: c-erbB-2)

●「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。



Daiichi-Sankyo

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先を含む)

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2024年7月作成



抗悪性腫瘍剤/MET阻害剤

劇薬、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

ハイイータン®錠 50mg

HAIYITAN® tablets

グマロンチニブ水和物錠

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。

製造販売元



Haihe 海和製薬株式会社

東京都港区赤坂2-14-11

販売元



文献請求先及び問い合わせ先

大鵬薬品工業株式会社

〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27

TEL.0120-20-4527 <https://www.taiho.co.jp/>

2024年9月作成



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



Retevmo™

selpercatinib

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

薬価基準収載

レットギャモ® 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



CYRAMZA®

(ramucirumab)

抗悪性腫瘍剤 ヒト型抗VEGFR-2^(注) 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-1096
2024年4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

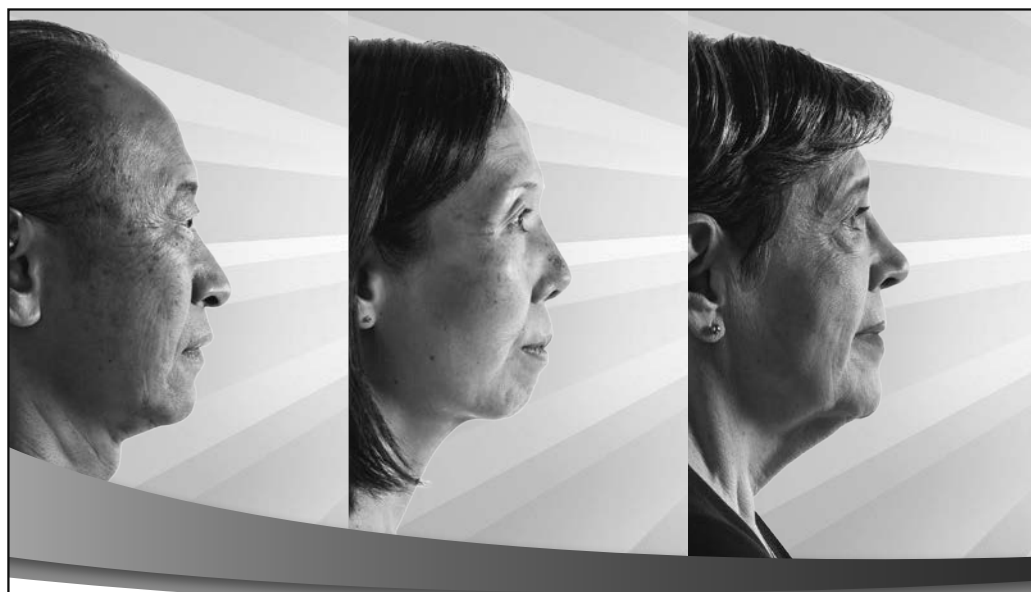
Lilly Answers リリーアンサーズ (医療関係者向け)
日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口
medical.lilly.com/jp

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。
尚、IP電話からはフリーダイヤルをご利用できない場合があります。
*2 祝祭日および当社休日を除きます。





Boehringer
Ingelheim



チロシンキナーゼ阻害剤／抗線維化剤

【劇薬】【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

オフエブ® 100mg
カプセル 150mg

ニンテダニブエタンスルホン酸塩製剤 OFEV® Capsules 100mg・150mg

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等
情報等につきましては製品電子添文をご参照ください。

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
DI センター

〒141-6017 東京都品川区大崎 2 丁目 1 番 1 号

ThinkPark Tower

TEL：0120-189-779

< 受付時間 > 9:00～18:00（土・日・祝日・弊社休業日を除く）

2023年3月作成



抗悪性腫瘍剤／チロシンキナーゼ阻害剤

薬価基準収載

ローブレナ®錠 25mg
100mg

ロルラチニブ錠

劇薬、処方箋医薬品

注意・医師等の処方箋により使用すること

LORBRENA®
LORLATINIB

※「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、製品電子添文をご参照ください。

製造販売元

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先：

Pfizer Connect / メディカル・インフォメーション 0120-664-467

<https://www.pfizermedicalinformation.jp>

販売情報提供活動に関するご意見：

0120-407-947

<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

2024年7月作成
LBN720003A