

第 195 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 **12** 月 **6** 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

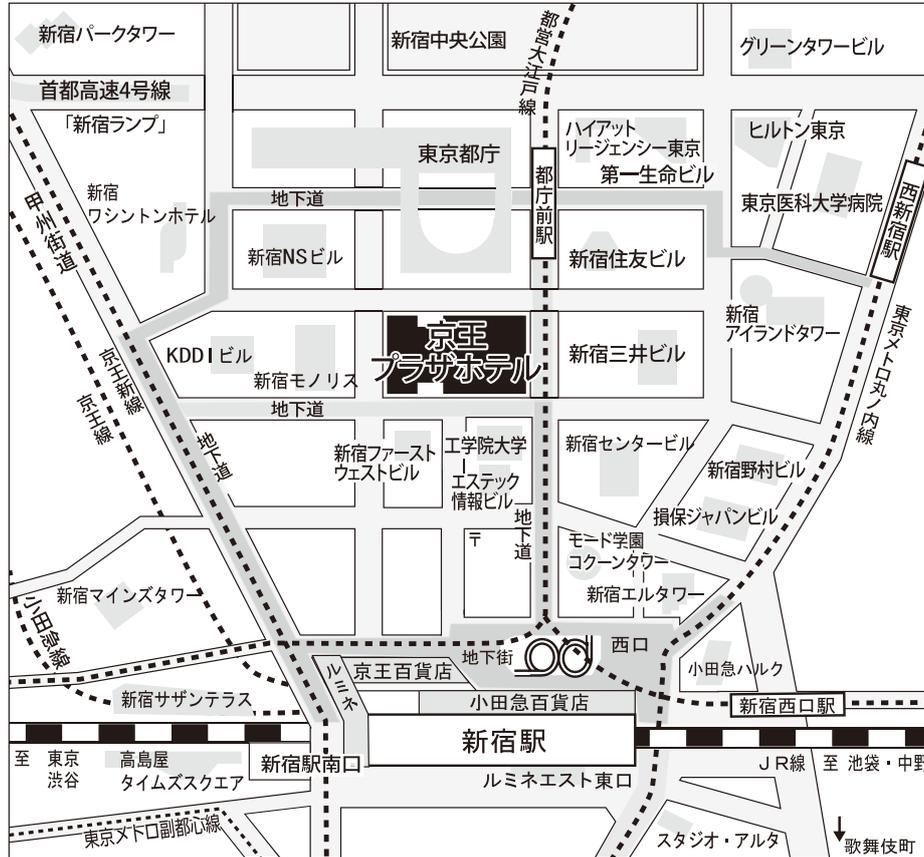
会 長：大平 達夫  
東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野

事務局：東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1

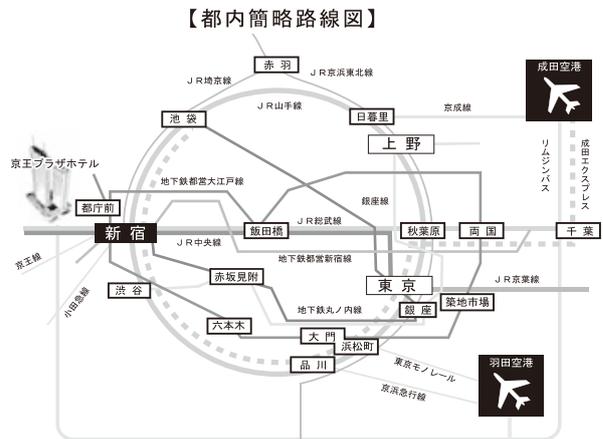
# 会場のご案内

## 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)



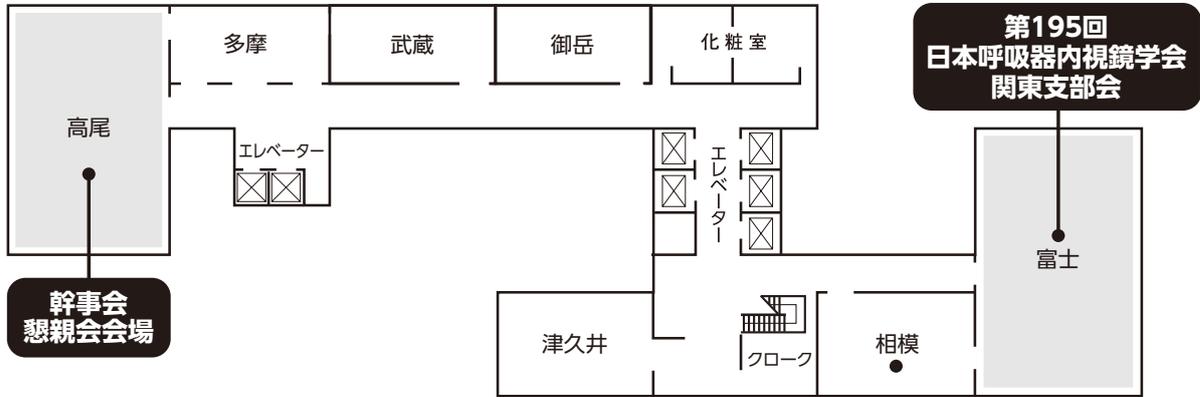
- 新宿駅西口より徒歩  
約5分 (JR・京王線・小田急線・地下鉄)  
新宿駅西口より都庁方面への連絡地下道を  
まっすぐ5分ほどお進みください。地下道を出  
てすぐ左側にホテルがございます。
- 都営大江戸線 都庁前駅より徒歩  
地下道B1出口よりすぐ  
改札を出てJR新宿駅方面に進み、B1  
出口階段を上がってすぐ右側にホテル  
がございます。
- リムジンバス 成田空港、羽田空港との直通リムジンバスがございます。



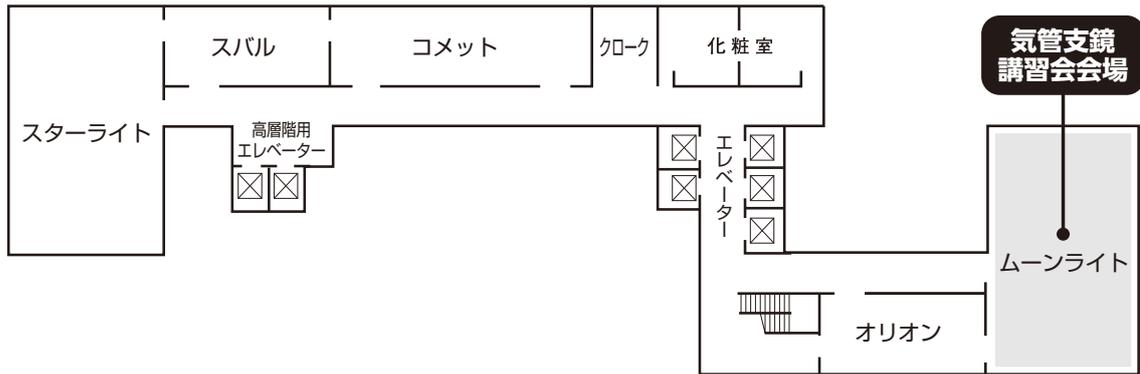
# フロアご案内図

## 京王プラザホテル 富士（本館 42 階）

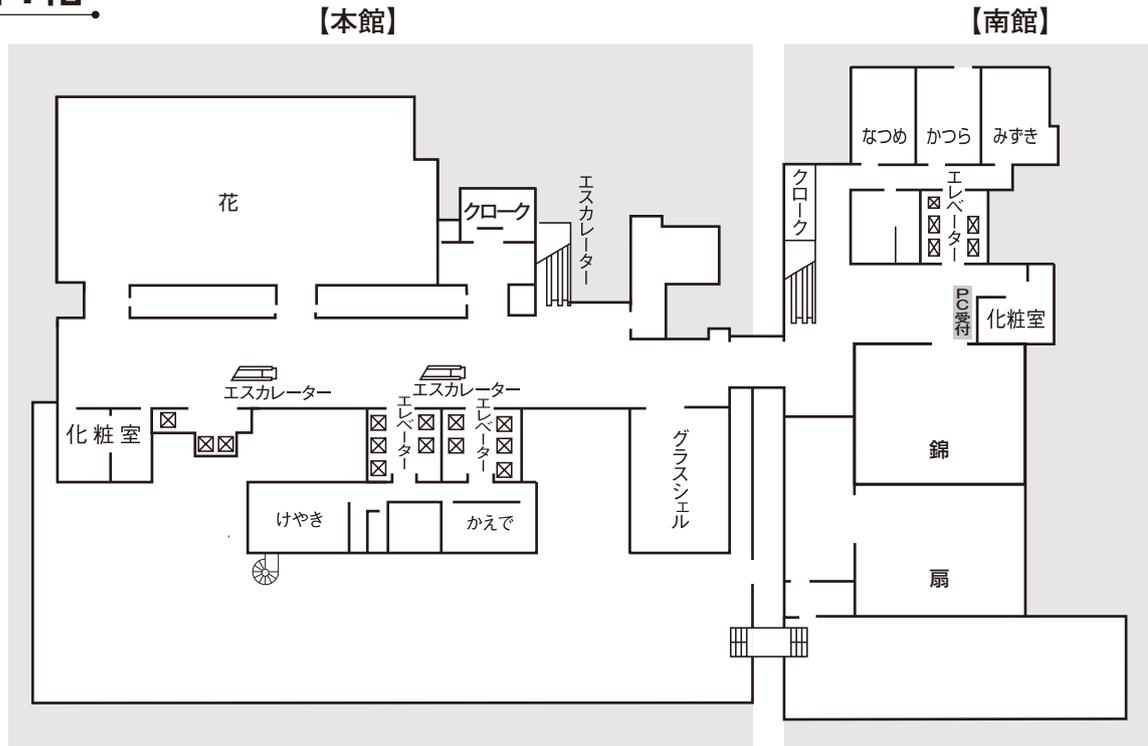
### 本館42階



### 本館43階



### 本館 4 階



# 第 195 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

---

1. **口演時間5分、討論時間2分**です。時間厳守をお願い致します。  
受付時間はAM11:00からとなります。
2. 全てPC プレゼンテーションとさせていただきます。Windowsのみ使用可能です。  
(Macintosh 本体持込は可とします。本体持込の際は、外部モニター接続端子 (HDMI 及び MiniD-sub15ピン) をご確認の上、変換コネクタを必要とする場合は必ずご持参ください。またACアダプターも必ずご持参ください。)
3. PC プロジェクター、Windows11 (PowerPoint2021) を会場にご用意致します。
4. Windows7、Window10/PowerPoint2010・2013・2016、Windows11/PowerPoint2019、2021、office365で作成してください。
5. スライド枚数の制限はありませんが、口演時間内に終了してください。
6. メディアはUSBメモリーかCD-Rのいずれか一方をご用意ください。  
(DVD-Rは不可としますが、Macintosh 本体持込は可とします)
7. 動画使用の場合は、必ずWindows Media Playerにて保存ください。
8. 動画・音声がある場合は演題受付の際、PC受付へご連絡ください。
9. データは、作成したPC以外で確認してからお持ちください。
10. PCプレゼンテーションに不具合が生じましても、スライドへの切替えのご用意はしておりません。
11. 発表1時間前までにメディアをPC受付(南館4F ホワイエ)にご提出ください。

## ■ COI 開示について

発表スライドでの COI 開示につきましてはタイトルスライドの次(2枚目)に挿入してください。  
詳細につきましては、下記「第 195 回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会」のホームページをご参照ください。

<https://totalriver-convention.jp/jsrekanto195/>

## ■ 著作権に関する注意事項

- ・ご発表の際に使用されるスライドや、スライド内の映像・音声などのコンテンツは著作権上の問題ないものに限るよう、ご注意ください。
- ・演題発表にあたり、発表者の著作権利用承諾への同意が必要です。著作権利用承諾への同意をお願いいたします。

## ■ 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状の提示に関しては、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」はすでに提出されました抄録原稿を掲載いたしますが、もしも訂正のある場合は、当日、CD-R にテキスト形式または WORD 形式で入力したものを、ご提出ください。また、ご提出いただきましたメディアは返却いたしません。

## ■ 参加登録について

会場開催のみとなりますので、当日現地での参加登録・御支払いをお願いいたします。

## 参加者の皆様へ

---

■学術集会会期

・2025年12月6日(土) 12:10～18:15

■参加費 本館 42階 受付にて御支払いください

会員・非会員：1000円

■PC受付

演者の皆様、データ登録は南館4階 PC受付へお立ち寄り下さい。

## 幹事会のお知らせ

---

■日時：2025年12月6日(土) 11:30～12:00

■場所：京王プラザホテル 42階 「高尾」

■開催方法：現地開催（ご出席の先生には昼食の用意を致します。）

幹事会・講演会につきましては現地開催と致します。

今後とも支部会運営にご理解とご協力のほどお願いいたします。

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://www.jsre-kanto.com/

※当日の幹事会参加方法等につきましては、関東支部会事務局からの開催に関するご案内メールを必ずご確認ください。

## 合同懇親会のご案内

---

■日時：2025年12月6日(土) 18:30～

■場所：京王プラザホテル 42階 「高尾」

■会費：3,000円

## 気管支鏡講習会のご案内

---

■日時：2025年12月6日(土) 9:00～11:30

■場所：京王プラザホテル 43階 「ムーンライト」

# 第195回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 日程表

12:00	
	12:10 ~ 12:25 開会の辞、幹事会報告
13:00	12:30 ~ 13:05 A. 診断 座長：木田 博隆 演者：石田 敦子、井上 航貴、佐藤 宇気、出井 俊、吉澤 剛
	13:15 ~ 13:55 コーヒーブレイクセミナー 1 非小細胞肺がんの薬物療法における治療戦略 共催：アストラゼネカ株式会社 座長：北園 美弥子 演者：守田 亮
14:00	14:00 ~ 14:35 B. 処置・手技 1 座長：町田 雄一郎 演者：祖父江 晃向、鈴木 健人、栗根 章太、込山 新作、石橋 祐輔
15:00	14:45 ~ 15:25 コーヒーブレイクセミナー 2 検査成功だけでは不十分？ 肺癌遺伝子変異の確実な検出と治療選択 共催：ファイザー株式会社 座長：廣瀬 敬 演者：野口 智史
16:00	15:30 ~ 16:05 C. 悪性腫瘍 座長：山道 堯 演者：関根 康晴、平澤 葉留樺、兵頭 健太郎、種子田 陸斗、梶江 晋平
	16:10 ~ 16:45 D. 処置・手技 2 座長：光星 翔太 演者：大須賀 友弥、大村 兼志郎、小俣 智郁、斎藤 剛、堀 馨
17:00	17:00 ~ 17:40 アフタヌーンセミナー EGFR 遺伝子変異陽性 NSCLC に対する新しい治療戦略 —MARIPOSA レジメンの有用性— 共催：Johnson & Johnson Innovative Medicine 座長：清家 正博 演者：高橋 聡 演題名：「EGFR 阻害薬治療の次なる展開 — MARIPOSA 試験の結果をどう読むか」
18:00	17:45 ~ 18:13 E. 気道狭窄 座長：前田 純一 演者：齋藤 倫人、中川 智尋、重福 俊佑、木村 征海
	18:15 ~ 閉会の辞
19:00	

# プログラム一覧

演題番号	演題名	氏名(敬称略)	所属機関名
12:30～13:05 A. 診断 座長：木田 博隆（聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科）			
A-1	小細胞肺癌に対する化学療法後に生じた胸水貯留について胸腔鏡下胸膜生検で診断した結核性胸膜炎の一例	石田 敦子 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科	
A-2	臨床的判断が困難だった若年者の結核性胸膜炎の一例	井上 航貴 日本大学医学部付属板橋病院 呼吸器外科	
A-3	胸腔鏡下肺生検で診断にいたった肺ランゲルハンス組織球症の1例	佐藤 宇気 東京医科大学茨城医療センター 呼吸器外科	
A-4	クライオ肺生検により病理学的に評価し得たシヤによる間質性肺疾患の一例	出井 俊 日本医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学分野	
A-5	経食道的気管支鏡下穿刺吸引生検法 (EUS-B-FNA) により診断した間質性肺炎合併肺扁平上皮癌の1例	吉澤 剛 東京品川病院 呼吸器病センター	
13:15～13:55 コーヒーブレイクセミナー1 共催：アストラゼネカ株式会社 『非小細胞肺癌の薬物療法における治療戦略』 座長：北園美弥子（東京都立多摩総合医療センター 呼吸器・腫瘍内科 部長） 演者：守田 亮（秋田厚生医療センター 呼吸器内科 科長）			
14:00～14:35 B. 処置・手技1 座長：町田雄一郎（日本医科大学付属病院 呼吸器外科）			
B-1	術中胸腔内超音波ガイド下局在診断が腫瘍同定に有用であった胸腔鏡下肺切除術の1例	祖父江 晃向 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学	
B-2	声帯直下の気管腫瘍に対して腫瘍摘出術を施行した1例	鈴木 健人 日本医科大学付属病院呼吸器外科	
B-3	重症筋無力症合併胸腺腫に対して剣状突起下アプローチ単孔式胸腔鏡下拡大鏡腺摘出術を施行した一例	粟根 章太 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科／聖マリアンナ医科大学病院 臨床研修センター	
B-4	前縦隔腫瘍を疑い手術を施行し、肺葉外肺分画症の診断に至った1例	込山 新作 昭和医科大学横浜市北部病院 呼吸器センター外科	
B-5	腫瘍性病変を呈した肺結核に対して肺癌鑑別のため気管支鏡検査を行った一例	石橋 祐輔 日本医科大学千葉北総病院 呼吸器内科	
14:45～15:25 コーヒーブレイクセミナー2 共催：ファイザー株式会社 『検査成功だけでは不十分？ 肺癌遺伝子変異の確実な検出と治療選択』 座長：廣瀬 敬（日本医科大学多摩永山病院 呼吸器・腫瘍内科 教授） 演者：野口 智史（NTT 東日本関東病院 呼吸器内科 医長）			
15:30～16:05 C. 悪性腫瘍 座長：山道 堯（東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野）			
C-1	右B6閉塞を伴ったものの、術前導入ICI療法にて中下葉切除を回避しえた右下葉肺癌の一例	関根 康晴 筑波大学附属病院 呼吸器外科	
C-2	局所進行肺扁平上皮癌による重症呼吸不全から、免疫複合療法により速やかな呼吸状態の改善を認めた1例	平澤 葉留樺 東京科学大学病院 臨床研修センター	
C-3	気管、気管支内腔に隆起性結節、白苔を認めた悪性リンパ腫の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	
C-4	完全胸腔鏡下右肺S2b+S3a亜区域切除を行った一例	種子田 陸斗 国際医療福祉大学成田病院 呼吸器外科	
C-5	肺底動脈大動脈起始症に原発性肺癌を合併した一例	梶江 晋平 横須賀共済病院 呼吸器内科／JAとりで総合医療センター 呼吸器内科	

演題番号	演題名	氏名(敬称略)	所属機関名
16:10～16:45 D. 処置・手技2 座長：光星 翔太（東京女子医科大学 呼吸器外科）			
D-1	胸腔鏡下結紮切離術を施行した気管支動脈－肺動脈シャントを伴う気管支動脈蔓状血管腫の1例	大須賀 友弥 自治医科大学附属さいたま医療センター	呼吸器外科
D-2	脳出血後の四肢麻痺があるPS不良例に対して局所麻酔下膿胸腔搔把術を施行した1例	大村 兼志郎 同愛記念病院	呼吸器・腫瘍センター
D-3	結節性リンパ組織過形成の1切除例	小俣 智郁 東京女子医科大学	呼吸器外科
D-4	硬性鏡下に除去した右上葉入口部の口腔ケア綿球の1例	齋藤 剛 公立学校共済組合関東中央病院	呼吸器・甲状腺外科
D-5	硬性鏡下腫瘍切除術を施行した無気肺を呈する右上葉気管支平滑筋腫の一例	堀 馨 東京医科大学	呼吸器・甲状腺外科学分野
17:00～17:40 アフタヌーンセミナー 共催：Johnson & Johnson Innovative Medicine 『EGFR 遺伝子変異陽性 NSCLC に対する新しい治療戦略—MARIPOSA レジメンの有用性—』 座長：清家 正博（日本医科大学大学院教授医学研究科呼吸器内科学分野教授） 演者：高橋 聡（東京医科大学 呼吸器外科・甲状腺外科 助教 外来医長） 演題名：「EGFR 阻害薬治療の次なる展開—MARIPOSA 試験の結果をどう読むか」			
17:45～18:13 E. 気道狭窄 座長：前田 純一（三井記念病院 呼吸器外科）			
E-1	気道閉塞を伴う気管原発癌に対して硬性気管支鏡下に切除した一例	齋藤 倫人 獨協医科大学埼玉医療センター	呼吸器外科
E-2	肺小細胞癌による圧排性の気道閉塞に対してDumon Y stent を留置した1例	中川 智尋 自治医科大学 外科学講座	呼吸器外科学部門
E-3	食道癌再発による左主気管支閉塞に対し軟性鏡下ステントインスメントを施行した1例	重福 俊佑 三井記念病院	呼吸器外科
E-4	食道癌縦隔リンパ節転移による左気管支狭窄に対しデバルキングおよびYステント挿入を行った一例	木村 征海 慶應義塾大学医学部	(外科学)

A. 診断

12:30 ~ 13:05

座長：木田 博隆（聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科）

A-1 小細胞肺癌に対する化学療法後に生じた胸水貯留について胸腔鏡下胸膜生検で診断した結核性胸膜炎の一例

<sup>1)</sup> 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科

<sup>2)</sup> 聖マリアンナ医科大学病院 病理診断科

○石田 敦子（いしだ あつこ）<sup>1)</sup>、小堀 ゆり野<sup>1)</sup>、沼田 雄<sup>1)</sup>、森川 慶<sup>1)</sup>、峯下 昌道<sup>1)</sup>、野呂瀬 朋子<sup>2)</sup>、大池 信之<sup>2)</sup>

症例は 77 歳女性。2024 年 6 月咳嗽出現し当科を受診。CT で右上葉に 7cm 大の腫瘍陰影と縦隔リンパ節、鎖骨上リンパ節、頸部リンパ節腫大を認めた。CT ガイド下左鎖骨上リンパ節生検で小細胞癌が得られ、進展型小細胞肺癌と診断し、2024 年 7 月からカルボプラチン、エトポシドによる全身化学療法を 4 コース行い腫瘍は縮小した。2024 年 11 月の CT で右胸水貯留がみられ胸腔穿刺施行するも確定診断に至らず局所麻酔下胸腔鏡検査を施行。臓側胸膜と、上方およそ 2 / 3 の壁側胸膜上に微小白色結節が無数に散在し、下方の壁側胸膜には隆起性の小結節がひろがっていた。微小白色結節と隆起性小結節からそれぞれ生検を行い、抗酸菌検査は陰性であったが、病理組織検査でいずれもラングハンス巨細胞を伴う結核結節様肉芽腫が認められ、結核性胸膜炎と診断し抗結核薬による治療を開始した。小細胞肺癌に生じた胸水貯留で、癌の胸膜播種との鑑別を要した結核性胸膜炎の一例であった。

A-2 臨床的判断が困難だった若年者の結核性胸膜炎の一例

日本大学医学部付属板橋病院 呼吸器外科

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

症例は 29 歳女性。3 週間前より湿性咳嗽と右胸痛が持続し、その後発熱と労作時呼吸困難を認めたため前医を受診した。血液検査では WBC 正常、CRP 5.3 mg / dL。胸部 CT 検査で右胸水貯留と圧排性無気肺を認めるが、肺野に浸潤影や空洞影はなかった。独居で海外渡航歴もなく、仕事もデスクワークで不特定多数との接触もなかったため、肺炎契機の膿胸疑いで当院紹介となり、胸腔ドレナージを施行するも多房化により排液不良のため胸腔鏡下膿胸腔搔爬術を施行した。胸水 ADA は 108 U / L と高値であったが、画像・病歴から結核を疑わず抗菌薬治療を継続した。第 6 病日に胸水抗酸菌 PCR 陽性となり結核性胸膜炎と診断。抗結核薬の内服を開始し、3 連痰培養で陰性を確認した上で第 16 病日に退院した。臨床的判断が困難であった若年者結核性胸膜炎の 1 例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

### A-3 胸腔鏡下肺生検で診断にいたった肺ランゲルハンス組織球症の1例

<sup>1)</sup> 東京医科大学茨城医療センター 呼吸器外科

<sup>2)</sup> 東京医科大学茨城医療センター 病理診断科

○佐藤 宇気 (さとう うき)<sup>1)</sup>、立花 太明<sup>1)</sup>、後藤 行延<sup>1)</sup>、森下 由紀雄<sup>2)</sup>、洪 建偉<sup>2)</sup>

症例は50歳代女性。20本×33年の喫煙者。検診胸部X線検査で異常影を指摘され、当科を紹介受診した。胸部CT検査では両側上葉優位に一部嚢胞性変化を伴う1cm以下の多発結節を認めた。腫瘍マーカーは正常範囲内で、各種真菌抗原およびT-SPOTは陰性であった。PET/CT検査では、一部の肺結節にのみ集積を認めた。診断目的に胸腔鏡下右肺生検を施行したところ、術中迅速診断では良悪性を含め判定困難であった。永久標本では線維組織の増生と組織球様細胞のびまん性増殖を認め、免疫染色でCD1a、S-100、Langerin陽性を示したことからランゲルハンス組織球症と診断した。本疾患はランゲルハンス細胞の増殖により組織障害を来す原因不明の稀少疾患である。特徴的な画像所見を呈するが、時に鑑別を要する。今回、胸腔鏡下肺生検が診断において有用であったため文献的考察を加えて報告する。

### A-4 クライオ肺生検により病理学的に評価し得たシーシャによる間質性肺疾患の一例

<sup>1)</sup> 日本医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学分野

<sup>2)</sup> 日本医科大学付属病院 病理部

○出井 俊 (いでい しゅん)<sup>1)</sup>、田中 徹<sup>1)</sup>、刀裨 菜緒<sup>1)</sup>、佐藤 陽三<sup>1)</sup>、谷内 七三子<sup>1)</sup>、田中 庸介<sup>1)</sup>、神尾 孝一郎<sup>1)</sup>、寺崎 泰弘<sup>2)</sup>、笠原 寿郎<sup>1)</sup>、清家 正博<sup>1)</sup>

症例は54歳男性。シーシャ（水タバコ）を初めて吸入した翌日より呼吸困難および咳嗽を自覚し、約1か月後に前医を受診した。胸部CTでは両側肺上葉優位に気管支に沿った浸潤影を認め、シーシャ吸入による間質性肺疾患が疑われた。中等量のステロイド治療を行うも改善に乏しく、吸入から5か月後に当院へ紹介となった。

気管支鏡検査ではBAL中のリンパ球比率の上昇を認め、クライオ肺生検ではNSIP+OPパターンの線維化および多核巨細胞を認めた。臨床経過および他の原因疾患を認めなかったことから、シーシャによる間質性肺疾患と臨床診断し、高用量ステロイド治療を開始した。

シーシャによる間質性肺疾患は極めて稀であり、クライオ肺生検により病理学的に評価し得た報告はこれまでになく、貴重な症例として報告する。

### A-5 経食道的気管支鏡下穿刺吸引生検法（EUS-B-FNA）により診断した間質性肺炎合併肺扁平上皮癌の1例

東京品川病院 呼吸器病センター

○吉澤 剛 (よしざわ ごう)、森川 美羽、安田 拓実、田口 皓太、佐竹 由伍、古川 佳奈子、簡野 泰成、牧野 崇、太田 真一郎、新海 正晴

症例は60代女性、健診の胸部X線検査にて右下肺野の腫瘤影および両下肺野の網状影を指摘され受診した。肺癌及び間質性肺炎の診断目的に気管支鏡検査を施行した。咳嗽が非常に強く鎮静困難であり、体動が激しい中BALと腫瘤生検で検査を終了した。腫瘤からは壊死が強く、細胞診による非小細胞肺癌の診断しか得られなかったため、EUS-B-FNAを改めて施行し、気管分岐下リンパ節生検にて扁平上皮癌を診断した。スコープ挿入時間はそれぞれ38分、13分、鎮静目的のミダゾラムの使用量は7mg、3.5mgであり、後者では鎮静も良好で安全な検査が可能となった。本法の安全性と有用性について報告する。

コーヒーブレイクセミナー 1

13:15 ~ 13:55

座長：北園 美弥子（東京都立多摩総合医療センター 呼吸器・腫瘍内科 部長）

## 非小細胞肺がんの薬物療法における治療戦略

演者：守田 亮（秋田厚生医療センター 呼吸器内科 科長）

共催：アストラゼネカ株式会社

B. 処置・手技 1

14:00 ~ 14:35

座長：町田 雄一郎（日本医科大学付属病院 呼吸器外科）

### B-1 術中胸腔内超音波ガイド下局在診断が腫瘍同定に有用であった胸腔鏡下肺切除術の1例

千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学

○祖父江 晃向（そぶえ あきむ）、松木 由紀子、佐田 諭己、豊田 行英、稲毛 輝長、森本 淳一、田中 教久、千代 雅子、鈴木 秀海

【背景】近年、低侵襲手術は肺病変切除の標準的アプローチとなってきた。しかし、小切開下での術中触診による病変同定はときに困難であり、病変局在診断には簡便かつ低侵襲な方法が求められる。今回、我々は、新技術を搭載した胸腔内超音波検査を用いて術中病変局在診断を行い、単孔式胸腔鏡下肺部分切除術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】60歳代、男性。中咽頭癌のフォロー中のCT検査で悪性を疑う右肺上葉結節を指摘され、単孔式胸腔鏡下肺部分切除を施行した。術中、胸腔内超音波検査により肺病変を同定し、触診は不要だった。病理組織学的検査では扁平上皮癌と診断され、完全切除を確認した。【考察】本症例では、術中胸腔内超音波検査により肺病変の局在診断を行い、単孔式胸腔鏡下肺部分切除術を確実に遂行できた。胸腔内超音波検査は、低侵襲肺手術における病変同定と完全切除に寄与しうる有用な手段であることが示唆された。

## B-2 声帯直下の気管腫瘍に対して腫瘍摘出術を施行した 1 例

日本医科大学付属病院呼吸器外科

○鈴木 健人（すずき けんと）、小嶋 隆、富岡 勇宇也、園川 卓海、町田 雄一郎、川崎 徳仁、白田 実男

【背景】気管腫瘍が声帯直下に位置する場合，ワーキングスペースが十分とれず，しばしば硬性鏡や挿管チューブの留置が難しい症例を経験する．【症例】61 歳男性．前医で声帯直下の気管腫瘍を指摘され当科紹介となった．気管支内視鏡で声門直下，気管後壁左側より発生した有茎性腫瘍を認めインターベンションによる腫瘍摘出の方針とした．まずラリングルマスクを用い，腫瘍の茎をアルゴンプラズマ凝固を用いて焼灼．腫瘍を完全に離断しきる前に硬性鏡へ入れ替え鰐口鉗子で腫瘍を摘出した．病理結果は炎症性ポリープの診断であった．【考察】声門下狭窄は腫瘍からの出血や浮腫，腫瘍嵌頓により容易に窒息しうる病態であり，手技に細心の注意を要する．本症例でも気管切開や，体外式膜型人工肺の使用を含めて緊急時の対処手段をチーム内で協議し手術に臨んだ．【結語】声帯直下の腫瘍に対してラリングルマスクと硬性鏡を併用し安全に切除することが可能であった．

## B-3 重症筋無力症合併胸腺腫に対して剣状突起下アプローチ単孔式胸腔鏡下拡大鏡腺摘出術を施行した一例

<sup>1)</sup> 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器外科

<sup>2)</sup> 聖マリアンナ医科大学病院 臨床研修センター

○粟根 章太（あわね しょうた）<sup>1,2)</sup>、大坪 莞爾<sup>1)</sup>、柿崎 典史<sup>1)</sup>、畠山 高享<sup>1)</sup>、酒井 寛貴<sup>1)</sup>、本間 崇浩<sup>1)</sup>、小島 宏司<sup>1)</sup>、丸島 秀樹<sup>1)</sup>、佐治 久<sup>1)</sup>

症例は 26 歳女性．4 ヶ月前から右眼瞼下垂を自覚し，当院神経内科を受診．精査の結果，前縦隔に 53mm の充実腫瘍を認め，重症筋無力症合併胸腺腫の診断となり手術目的で当科紹介．造影 MRI では明らかな被膜外への浸潤を認めず，胸腺腫疑い（正岡 I 期）に対して剣状突起下アプローチ単孔式胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行した（手術時間：180 分．出血：10ml）．術後経過は良好であり，術後 6 時間後にドレーンを抜去し，術後 7 日目に退院となった．前縦隔腫瘍に対する術式は，胸骨正中切開が主流であったが，近年では胸腔鏡手術やロボット手術も増えている．剣状突起下アプローチによる単孔式胸腔鏡手術は，導入のハードルが高い一方で，低侵襲という利点に加え，仰臥位であるため左右の視野が良好であり，胸骨正中切開への移行も容易であるため，側臥位と比較しても安全面で利点があると思われる．若干の文献的考察を踏まえて報告する．

## B-4 前縦隔腫瘍を疑い手術を施行し、肺葉外肺分画症の診断に至った1例

<sup>1)</sup> 昭和医科大学横浜市北部病院 呼吸器センター外科

<sup>2)</sup> 昭和医科大学横浜市北部病院 臨床病理診断科

○込山 新作（こみやま しんさく）<sup>1)</sup>、鈴木 浩介<sup>1)</sup>、本村 將<sup>1)</sup>、高宮 新之介<sup>1)</sup>、植松 秀護<sup>1)</sup>、北見 明彦<sup>1)</sup>、小原 淳<sup>2)</sup>、根本 哲生<sup>2)</sup>

肺分画症は正常な気道系と交通のない肺組織と、大循環系から分岐する異常動脈を認める先天性疾患である。造影CTで異常動脈を確認できることが多いが、単純CTや単純MRIでは診断が困難な場合がある。今回我々は、縦隔腫瘍を疑い手術を施行し、肺分画症の診断に至った症例を経験したので、若干の文献的考察も含め報告する。症例. 37歳女性。咳嗽を主訴に当科を受診した。FeNO 40ppbと高値を認め、気管支喘息の診断でICS/LABAの吸入を開始した。胸部単純CTで右傍気管部に嚢胞性病変と前縦隔右方に充実性病変を認め、前縦隔腫瘍と気管支原生嚢胞の合併として、ロボット支援下縦隔腫瘍切除術を施行した。術中所見では、嚢胞部と充実部は連続しており右鎖骨下動脈と上行大動脈から分岐する異常動脈が確認され、肺葉外肺分画症が疑われた。病理検査所見で嚢胞は拡張した気管支であり、充実部は閉塞性肺炎の状態で気管支との交通がなく、肺葉外肺分画症と診断された。

## B-5 腫瘍性病変を呈した肺結核に対して肺癌鑑別のため気管支鏡検査を行った一例

<sup>1)</sup> 日本医科大学千葉北総病院 呼吸器内科

<sup>2)</sup> 日本医科大学千葉北総病院 病理部

<sup>3)</sup> 日本医科大学大学院 医学研究科 呼吸器内科・腫瘍内科学分野

○石橋 祐輔（いしばし ゆうすけ）<sup>1)</sup>、比嘉 克行<sup>1)</sup>、山口 里帆<sup>1)</sup>、菅原 崇広<sup>1)</sup>、青山 純一<sup>1)</sup>、寺師 直樹<sup>1)</sup>、林 宏紀<sup>1)</sup>、羽鳥 努<sup>2)</sup>、清家 正博<sup>3)</sup>、岡野 哲也<sup>1)</sup>

症例は20代の東南アジア人男性。中葉の腫瘍性病変の精査目的に紹介となった。IGRA陽性を呈し、喀痰の抗酸菌塗抹と結核核酸PCR検査はともに陰性であったが、胃液のPCR検査が陽性であったため肺結核と診断した。腫瘍マーカーの上昇は認めなかったが、画像所見から腫瘍性疾患の鑑別のため、気管支鏡検査を行った。内腔所見で中間幹に白色調結節状隆起性病変、中葉入口部に発赤と白苔を認めた。中葉支からの経気管支肺生検で肉芽腫病変を認め、悪性所見は認めなかった。抗結核薬投与により腫瘍病変は縮小傾向である。同一肺葉内に肺癌と肺結核が併存する症例は稀に報告があり、診断遅延を招くことがある。そのため、腫瘍性陰影を呈する症例には気管支鏡検査による組織診断が重要である。今回、腫瘍性陰影を呈した症例に対し気管支鏡検査を行い、悪性所見を認めず肺結核と診断し得た。結核における腫瘍形成および肺癌合併について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 2

14:45 ~ 15:25

座長：廣瀬 敬（日本医科大学多摩永山病院 呼吸器・腫瘍内科 教授）

### 検査成功だけでは不十分？ 肺癌遺伝子変異の確実な検出と治療選択

演者：野口 智史（NTT 東日本関東病院 呼吸器内科 医長）

共催：ファイザー株式会社

### C-1 右 B6 閉塞を伴ったものの、術前導入 ICI 療法にて中下葉切除を回避しえた右下葉肺癌の一例

筑波大学附属病院 呼吸器外科

○関根 康晴（せきね やすはる）、大石 岳、高橋 瑞歩、藤原 大悟、黒田 啓介、上田 翔、佐伯 祐典、小林 尚寛、市村 秀夫、佐藤 幸夫

気管支閉塞を伴うような中枢に発生した肺癌は、しばしば sleeve 切除や二葉切除などの手術が必要となる。術前導入 ICI 療法が登場して以降、腫瘍の縮小による手術範囲の縮小が可能な症例を経験するようになってきた。今回、右 B6 閉塞を伴う中枢型肺腺癌に対して術前導入 ICI 療法を施行し、中下葉切除を回避しえた右下葉肺癌の一例を経験したので報告する。症例は 73 歳女性。CT で右 S6 中枢に 28mm の腫瘍を指摘され、右下葉肺腺癌 cT3(PM)N2M0 StageIIIB、PD-L1 高発現 (TPS 100%) と診断された。気管支鏡検査では右 B6 が外圧性に閉塞していた。PD-L1 高発現であり、中下葉切除を回避できる可能性があると判断し、術前導入 ICI 療法として Nivo+CBDC+PTX を 3 コース施行した。導入療法後は腫瘍が 15mm と縮小し、気管支鏡検査では B6 の開存が確認された。術中の下葉気管支断端の迅速組織診断でも腫瘍を認めず、下葉切除で完全切除を完了せしめた。現在術後 1 年で無再発生存中である。

### C-2 局所進行肺扁平上皮癌による重症呼吸不全から、免疫複合療法により速やかな呼吸状態の改善を認めた 1 例

<sup>1)</sup> 東京科学大学病院 臨床研修センター

<sup>2)</sup> 東京科学大学病院 呼吸器内科

○平澤 葉留樺（ひらさわ はるか）<sup>1)</sup>、八巻 春那<sup>2)</sup>、本多 隆行<sup>2)</sup>、青木 光<sup>2)</sup>、望月 晶史<sup>2)</sup>、園田 史朗<sup>2)</sup>、榊原 里江<sup>2)</sup>、石塚 聖洋<sup>2)</sup>、古澤 春彦<sup>2)</sup>、宮崎 泰成<sup>2)</sup>

70 歳男性。主訴は嘔声・血痰。胸部 CT で食道浸潤を伴う腫瘍を左主気管支に認めた。気管支内視鏡検査で気管内腔に突出する腫瘍から生検し、扁平上皮癌 cT4N2M0 cStageIIIB (PD-L1 TPS > 75%) と診断した。同時化学放射線療法を検討したが、急激に呼吸困難が出現。胸部 X 線写真で左肺無気肺を認め、ネーザルハイフローを要する重症呼吸不全へ進行して ICU での呼吸管理を要した。腫瘍による気道閉塞と左無気肺が原因と考えて、CBDC+nab-PTX+Pembrolizumab での治療を開始したところ速やかに奏効して無気肺の改善と呼吸不全からの回復を得た。現在も Pembrolizumab の維持療法を継続中で CR を得ている。急な呼吸不全の進行に対して免疫複合療法の速やかな反応により救命できたため、貴重な経験として経過を報告する。

### C-3 気管、気管支内腔に隆起性結節、白苔を認めた悪性リンパ腫の1例

<sup>1)</sup> 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

<sup>2)</sup> 同 外科診療部呼吸器外科

<sup>3)</sup> 同 病理診断科

○兵頭 健太郎 (ひょうどう けんたろう) <sup>1)</sup>、齋藤 武文 <sup>1)</sup>、名和 日向子 <sup>1)</sup>、野中 水 <sup>1)</sup>、  
荒井 直樹 <sup>1)</sup>、金澤 潤 <sup>1)</sup>、中川 隆行 <sup>2)</sup>、南 優子 <sup>3)</sup>、林原 賢治 <sup>1)</sup>、石井 幸雄 <sup>1)</sup>

症例は78歳女性。胸部異常陰影で当院紹介となった。関節リウマチのためプレドニゾロン5mg、メトトレキサート内服していた。気管支鏡検査を施行し、気管、気管支に結節隆起、白苔を認めた。左B5の病変より生検を施行した。生検検体は異型リンパ球がびまん性に増殖しており、異型リンパ球はCD45陽性、CD20陽性、MIB-1 indexは90%以上だった。bcl2、MUM1、Cyclin D1、CD79a陽性、CD10、BCL6、CD5、CD30、EBERは陰性だった。Diffuse large B-cell lymphoma, ABC typeを考える所見だった。気管支内腔所見を認めた悪性リンパ腫の1例を報告する。

### C-4 完全胸腔鏡下右肺S2b + S3a 亜区域切除を行った一例

国際医療福祉大学成田病院 呼吸器外科

○種子田 陸斗 (たねだりくと)、穴山 貴嗣、和田 啓伸、小野里 優希、鎌田 稔子、吉野 一郎、  
吉田 成利

症例は50代男性。前胸部痛の精査で施行した胸部CTにて右肺S<sup>3</sup>aに1.5cmの充実結節を認め、右肺癌cT1bNOM0 stage IAと診断し手術の方針とした。病変はS<sup>2</sup>との区域間に近接しており、断端までの距離を確保するため、術式は対面倒立法による完全鏡視下胸腔鏡手術による右S<sup>2</sup>b + S<sup>3</sup>a 亜区域切除を選択した。葉間からcentral veinを剥離しV<sup>2</sup>cを切断した後に、A<sup>2</sup>b、A<sup>3</sup>aおよびB<sup>2</sup>b、B<sup>3</sup>aを順に切離した。ICG静注法で亜区域間を同定し肺実質はステープラーで切離した。術後経過は良好で、術後2日に胸腔ドレーンを抜去し、術後4日に退院した。

病理診断はadenocarcinoma in situ (pTisNOM0, Stage 0)であった。

当科では、早期肺腺癌に対しては局在に応じて、根治性と機能性を両立させる複雑区域・亜区域切除を選択している。文献的考察を加えて報告する。

### C-5 肺底動脈大動脈起始症に原発性肺癌を合併した一例

<sup>1)</sup> 横須賀共済病院 呼吸器内科

<sup>2)</sup> JAとりで総合医療センター 呼吸器内科

○梶江 晋平 (かじえ しんぺい) <sup>1,2)</sup>、中村 健太郎 <sup>2)</sup>、森谷 友博 <sup>2)</sup>、尾形 朋之 <sup>2)</sup>、山下 高明 <sup>2)</sup>

75歳女性。腹部MRIで偶発的に左下葉腫瘍を指摘され当科を紹介受診した。造影CTでは左S10に内部低吸収域の25mmの結節影を認めた。また胸部下行大動脈から左下葉へ向かう異常血管を認めた。PET/CTでは左S10の結節影、頸椎、胸椎、左腸骨、左坐骨にFDG集積を認めた。気管支鏡検査では気管支は通常分岐であった。経気管支生検を施行し浸潤性粘液性腺癌と診断した。切除不能であり化学療法を導入した。肺底動脈大動脈起始症は肺底区が正常気管支走行をしているにも関わらず、正常肺動脈を欠き大動脈からの血流を受け正常肺静脈へ還流する先天性奇形である。本疾患に原発性肺癌が合併する可能性は稀であるが、異常血管近傍の腫瘍においては悪性腫瘍の可能性も考慮して画像診断のみならず組織診断を積極的に検討すべきである。既報の類似症例もまとめて報告する。

座長：光星 翔太（東京女子医科大学 呼吸器外科）

### D-1 胸腔鏡下結紮切離術を施行した気管支動脈－肺動脈シャントを伴う気管支動脈蔓状血管腫の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

○大須賀 友弥（おおすが ゆうや）、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29歳、女性。X年の健診で胸部異常陰影を指摘され近医を受診した。胸部CTで右気管支動脈蔓状血管腫および気管支動脈－肺動脈（BA－PA）シャントを認め、当院へ紹介となった。気管支動脈造影では右気管支動脈は多岐に分枝し、蛇行・拡張しており、気管支動脈塞栓術（BAE）は困難と判断した。喀血リスクを考慮し手術の方針とした。手術は胸腔鏡下に、肺尖部および気管分岐部から右胸腔内へ進入する気管支動脈の中枢側を結紮切離し、BA－PAシャント部近傍まで全周剥離、切離した。手術時間287分、出血量は少量。術後8日目に退院した。病理組織学的に気管支動脈蔓状血管腫と診断した。術後1年現在、新規病変の出現なく再発を認めていない。気管支動脈蔓状血管腫に対する本術式は、BAE困難例における有用な治療選択肢であると考えられる。文献的考察を踏まえ報告する。

### D-2 脳出血後の四肢麻痺があるPS不良例に対して局所麻酔下膿胸腔搔把術を施行した1例

同愛記念病院 呼吸器・腫瘍センター

○大村 兼志郎（おおむら けんしろう）、種井 沙希、猪島 直樹、風張 広樹、本間 雄也、荒井 弘侑、鏑木 教平、笹田 真滋、古川 欣也

患者は出血性脳梗塞後の完全四肢麻痺と強い拘縮を伴う66歳女性。COVID-19罹患から1か月後に突然の高熱を認め、当院へ紹介受診となった。血液検査で炎症反応高値、CTでは左胸腔被包化火胸水を認め、膿胸の診断で緊急入院となった。腕の拘縮が強く、胸腔ドレーンを挿入出来る場所が限定されたものの、可能な場所からドレーン挿入のうえ胸腔内洗浄を開始した。しかし、ドレナージ開始4日後から洗浄した水の回収不良を認めた。CT再検で残存胸水は多く、ドレーンのみでの治療は限界と考えられた。すでにDNARが取得されており、全身麻酔下での手術は希望されておらず、局所麻酔下での膿胸腔搔把を施行することとした。手術時はすでに一部器質化を認めており、搔把に時間を要したが有意な合併症なく終了した。その後、状態は改善し、ドレーン抜去のうえ元の施設へ戻ることが出来た。このようなPS不良の症例では局所麻酔下での搔把が有用な選択肢となる。

### D-3 結節性リンパ組織過形成の1切除例

<sup>1)</sup> 東京女子医科大学 呼吸器外科

<sup>2)</sup> 東京女子医科大学 病理診断科

○小俣 智郁 (おまた もとか) <sup>1)</sup>、光星 翔太 <sup>1)</sup>、四手井 博章 <sup>1)</sup>、荻原 哲 <sup>1)</sup>、井坂 珠子 <sup>1)</sup>、箱崎 眞結 <sup>2)</sup>、神崎 正人 <sup>1)</sup>

70代、女性。既往に喘息を有し、前医で施行した胸部単純CTで左舌区に8mm大の結節影を指摘。経過観察中結節は15mm大と増大。PET-CTで同部位にSUV max 5.7のFDGの異常集積を認め、原発性肺癌が疑われ、当科紹介受診。診断、治療目的にロボット支援胸腔鏡下左S5区域切除術を施行。病理所見は多数の胚中心を伴うリンパ濾胞形成、免疫染色でCD20陽性Bリンパ球とCD3およびCD5陽性Tリンパ球が浸潤し、明らかなlymphoepithelial lesionはなく、MALTリンパ腫は否定的で結節性リンパ組織過形成の診断に至った。術後経過は良好。結節性リンパ組織過形成の1切除例を経験したので報告する。

### D-4 硬性鏡下に除去した右上葉入口部の口腔ケア綿球の1例

<sup>1)</sup> 公立学校共済組合関東中央病院 呼吸器・甲状腺外科

<sup>2)</sup> 公立学校共済組合関東中央病院 呼吸器内科

○斎藤 剛 (さいとう つよし) <sup>1)</sup>、松浦 久美 <sup>1)</sup>、林 博樹 <sup>1)</sup>、岸野 万里子 <sup>2)</sup>、豊田 光 <sup>2)</sup>、田中正純 <sup>2)</sup>、天野 陽一 <sup>2)</sup>、加藤 靖文 <sup>1)</sup>

症例は79歳男性。訪問介護中に発症した呼吸困難感のため、近位でCXR施行し、右無気肺診断で救急搬送された。CTにて、右上葉入口部を閉塞する軟部陰影を認めた。腫瘍にみえず、誤嚥異物が疑われた。末梢は閉塞性無気肺、肺炎を来しており、硬性鏡下に気管支異物除去を行った。右上葉入口部にはまりこんだスポンジ状のものを認めた。つまむもちぎれやすいため、鉗子と吸引を使用し、摘出した。16mmほどのスポンジ状の衛生材料と推測された。摘出後は経過良好で4日後退院となった。調子悪くなる前に施設で口腔ケアの訪問診療があったとのことでそのときの誤嚥であることが推測された。元々、脊髄損傷のため、両下肢麻痺と褥瘡のため、右側臥位のことが多く、右上葉に落ち込んだと思われた。若干の文献的考察を含め、報告する。

### D-5 硬性鏡下腫瘍切除術を施行した無気肺を呈する右上葉気管支平滑筋腫の一例

<sup>1)</sup> 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野

<sup>2)</sup> 東京医科大学 人体病理学分野

○堀 馨 (ほり かおる) <sup>1)</sup>、長瀬 和可子 <sup>1)</sup>、工藤 勇人 <sup>1)</sup>、助田 葵 <sup>2)</sup>、垣花 昌俊 <sup>1)</sup>、大平 達夫 <sup>1)</sup>、長尾 俊孝 <sup>2)</sup>、池田 徳彦 <sup>1)</sup>

症例は60代女性。右乳癌治療後の経過観察中、胸部X線で右上葉無気肺を指摘された。気管支鏡検査で右上葉気管支入口部に表面平滑で白色の隆起性腫瘍を認め、右上葉支はほぼ閉塞していた。経気管支生検の結果、平滑筋腫が疑われ硬性鏡下に腫瘍を切除する方針とした。マイクロ波凝固法、アルゴンプラズマ凝固法、およびNd:YAGレーザーを併用し、腫瘍を段階的に切除した。腫瘍の主座はB3であり、腫瘍切除後に右上葉無気肺の改善および右上葉支の再開通を確認した。気管支内平滑筋腫は稀な良性腫瘍であり、閉塞性肺炎や無気肺を契機に発見されることもある。病変の局在や腫瘍径によって摘出方法が異なることも多く、文献的考察を加えて報告する。

アフタヌーンセミナー

17:00 ~ 17:40

座長：清家 正博（日本医科大学大学院教授医学研究科呼吸器内科学分野 教授）

**EGFR 遺伝子変異陽性 NSCLC に対する新しい治療戦略  
—MARIPOSA レジメンの有用性—**

**「EGFR 阻害薬治療の次なる展開  
— MARIPOSA 試験の結果をどう読むか」**

演者：高橋 聡（東京医科大学 呼吸器外科・甲状腺外科 助教 外来医長）

共催：Johnson & Johnson Innovative Medicine

### E-1 気道閉塞を伴う気管原発癌に対して硬性気管支鏡下に切除した一例

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、清水 裕介、原澤 徹、石川 菜都実、苅部 陽子、小林 哲

症例は 60 代男性。呼吸困難を主訴に救急搬送された。来院時マスク 12L 投与下で PaO<sub>2</sub>:29.6、気管挿管し FiO<sub>2</sub>:1.0 でも SpO<sub>2</sub>:90% と低値だった。胸部 X 線では右側完全無気肺で縦隔偏位を認め、胸部 CT では右主気管支をほぼ閉塞する腫瘤を認めたため ECMO 装着し緊急手術とした。

全身麻酔下で硬性気管支鏡を用いてホットパイオプシーや APC を用いて病変摘出をすすめ、上葉枝、中間気管支幹の開通を確認し手術終了した。術後胸部 X 線で右肺透過性改善と拡張を確認した。術直後より著明に呼吸状態の改善を認めたため ECMO 離脱、POD1 で人工呼吸器離脱、POD8 で退院となった。病理結果は腺癌、pT4N2M0, stage III B、TPS:90%、オンコマイン陰性。術後は内科で化学放射線療法が施行された。気道閉塞を伴う気管支内病変に対して硬性気管支鏡を用いて気道確保し得た一例を経験したため文献考察を含め報告する。

### E-2 肺小細胞癌による圧排性の気道閉塞に対して Dumon Y stent を留置した 1 例

<sup>1)</sup> 自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門

<sup>2)</sup> 自治医科大学 内科学講座 呼吸器内科学部門

○中川 智尋（なかがわ ちひろ）<sup>1)</sup>、小林 哲也<sup>1)</sup>、高崎 俊和<sup>2)</sup>、川幡 俊美<sup>2)</sup>、横田 菜々子<sup>1)</sup>、堀切 映江<sup>1)</sup>、滝 雄史<sup>1)</sup>、高瀬 貴章<sup>1)</sup>、金井 義彦<sup>1)</sup>、坪地 宏嘉<sup>1)</sup>

症例は 70 歳代男性。2 か月前から呼吸困難を自覚。呼吸症状増悪あり、前医を受診。胸部 CT で縦隔リンパ節の著明な腫大あり。精査していたが、呼吸症状がさらに増悪し、夜間に当院に転院搬送。胸部 CT 検査で縦隔リンパ節の著明な腫大があり、気管、右主気管支の著明な狭窄あり。転院搬送時、酸素 9L で SpO<sub>2</sub> 98% の状態。

救急初療室で気管支鏡下で内腔観察し、圧排性狭窄が主体であることを確認し、挿管し人工呼吸器管理を行った。その後も呼吸状態は安定せず、V-V ECMO 導入後、約半日後に硬性鏡下で Dumon Y stent を留置した。圧排性狭窄であり、右中間幹まで硬性鏡を進めて内腔を確保後に Push 法にて、stent を留置した。処置後に右肺の換気は改善し、ECMO は術後 1 日目に離脱でき、術後 4 日目に抜管できた。肺小細胞癌の診断に至り、化学放射線療法を施行している。

### E-3 食道癌再発による左主気管支閉塞に対し軟性鏡下ステントインスメントを施行した1例

三井記念病院 呼吸器外科

○重福 俊佑（しげふく しゅんすけ）、前田 純一、森 遙、星野 竜広

症例は79歳男性。20XX年6月胸部中部食道癌に対し化学放射線療法施行中、抗がん剤に不応・不耐となり20XX+2年2月BSCの方針となった。同年7月に左主気管支の腫瘍閉塞（食道癌再発）による閉塞性肺炎を発症。腫瘍は気管分岐部より約4.5気管支軟骨輪先に気管支内腔とほぼ同径にみられた。これに対し、軟性鏡下でレーザー焼灼術、気管支ステント留置術（AERO stent; 12x20mm）を施行。しかし同年9月に左気管支腫瘍閉塞による肺炎を再発。腫瘍は留置したステント頭側端から隆起しておりほぼ完全閉塞であった。再度軟性鏡下でレーザー焼灼術、気管支ステント留置術（AERO stent; 12x30mm）を施行。ステントインスメントの形となった。その後呼吸困難感や喀痰症状は著明に改善した。気管支ステントはBSCの患者にもQOL改善目的として時に繰り返し有用である。若干の文献的考察とともに報告する。

### E-4 食道癌縦隔リンパ節転移による左気管支狭窄に対しデバルキングおよびYステント挿入を行った一例

慶應義塾大学医学部（外科学）

○木村 征海（きむら いくみ）、大久保 祐、鈴木 嵩弘、鈴木 繁紀、政井 恭兵、加勢田 馨、朝倉 啓介

症例は68歳男性。食道癌に対しロボット支援下食道切除・胸壁前経路再建術後、TS-1による補助化学療法を行っていた。術後8ヶ月のCT検査にて、腫大した縦隔リンパ節浸潤による左主気管支狭窄を認めた。気管支鏡検査では左主気管支が腫瘍と血餅によりほぼ完全閉塞していたため、可及的に血餅を除去し生検を行った後、呼吸状態安定化のため挿管管理とした。病理検査では扁平上皮癌の診断であり、食道癌の転移と考えられた。腫瘍による左閉塞性肺炎を来しており、閉塞解除目的でステント留置を行うこととし、硬性気管支鏡下にデバルキングおよびデュモンYステント留置を施行した。合併症なくステント留置後速やかに呼吸状態および全身状態の改善が得られ、処置後2週間で化学療法導入となった。今回、左主気管支狭窄例に対し腫瘍デバルキングおよびYステント留置を行い、全身状態の安定化が得られ、治療導入し得た一例について報告する。

18:15～ 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
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	シェーンバッハ・サポー 東京都千代田区平河町2-7-4
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	秋葉原UDXギャラリーネクスト
198回	新海 正晴 先生 東京品川病院 治験開発・研究センター	2026年9月19日	品川シーズンテラスカンファレンス

## 気管支鏡講習会 開催予定

回数	上級/初級	テーマ	講 師	所 属	開催日
84	上級	EBUS/ クライオ	栗野 暢康 先生	日本赤十字社医療センター呼吸器内科	2026年 3月14日
			森川 慶 先生	聖マリアンナ医科大学呼吸器内科	
85	初級	準備・ 安全対策/ 観察及び 記録(JBD)	松元 祐司 先生	国立がんセンター内視鏡科	2026年 6月13日
			山内 良兼 先生	帝京大学外科学講座呼吸器外科	
86	上級	EWS/ バルブ	丹羽 崇 先生	神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科	2026年 9月19日
			森川 慶 先生	聖マリアンナ医科大学呼吸器内科	

# 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195回 日本呼吸器内視鏡学会関東支部会  
会 長 大平 達夫

## ■共 催

アストラゼネカ株式会社  
Johnson & Johnson Innovative Medicine  
ファイザー株式会社

## ■広告掲載

株式会社アムコ  
CSLベーリング株式会社  
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  
中外製薬株式会社  
株式会社ツムラ  
日本化薬株式会社  
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

2025年11月26日現在

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——。  
 小野薬品とプリストル・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

**プリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社**

2023年3月作成



私の免疫力に、  
 がんと闘う力を。

**I**  
 Immuno-Oncology

未来をひらくがん免疫療法

## 汎用冷凍手術ユニット

# erbe シングルユースクライオプローブ



Φ: 1.1 mm  
 E123220: 20402-401  
 E123221: 20402-402



Φ: 1.7 mm  
 E123222: 20402-410



Φ: 2.4 mm  
 E123223: 20402-411

Flexible single-use  
 cryoprobes for  
 ERBECRYO<sup>®</sup> 2  
 こちらから動画が  
 ご覧いただけます。



2020年4月より保険収載  
 D415-5 経気管支凍結生検法5,500点

一般的名称: 汎用冷凍手術ユニット 販売名: エルベCRYO2 承認番号: 22900BZX00074000

アマコ ライブラリー 🔍 検索

会員登録頂くと、製品に関するケースレポート、講演会やセミナー動画、学会・セミナー記録集などの情報をご覧頂けます。  
 医療関係者の方を対象としております。

●製造販売元

**株式会社 アムコ** www.amco.co.jp

本社 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋4-8-7 TEL. 03 (3265) 4263 FAX. 03 (3265) 2796

抗悪性腫瘍剤-抗HER2\*抗体  
トポイソメラーゼI阻害剤複合体

薬価基準収載



**エンハーツ**<sup>®</sup> 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。



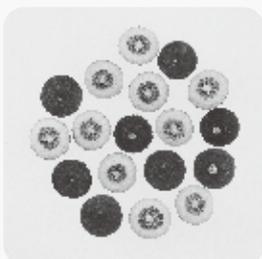
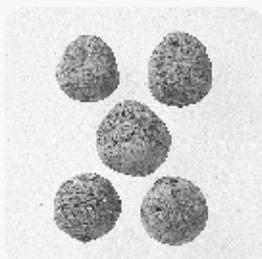
Daiichi-Sankyo

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



生薬には、  
個性がある。



漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

**良質。均質。ツムラ品質。**



いつもを、いつまでも。

TAIHO 大鵬薬品



## 新薬で、がん治療の未来を拓く。

新薬を待つ世界中の人びとに笑顔に満ちた未来を届けたい——。  
抗がん剤の研究開発に取り組んできた大鵬薬品はこれからも社内外の多様な力を結集して  
がん治療に貢献する革新的な新薬を創り出していきます。



「効能又は効果」、  
「用法及び用量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。

特定生物由来製品 処方箋医薬品<sup>※</sup>  
血漿分画製剤（生理的組織接着剤）

薬価基準収載

**ベリプラスト P コンビセット 組織接着用**  
**Beriplast® P Combi-Set Tissue adhesion**

注）注意—医師等の処方箋により使用すること

資料請求先：

**CSLベーリング株式会社**

〒107-0061 東京都港区北青山一丁目2番3号  
くすり相談窓口 TEL：0120-534-587

抗悪性腫瘍剤 生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品<sup>注2)</sup>  
ヒト型抗EGFR<sup>注1)</sup>モノクローナル抗体  
ネシツムマブ(遺伝子組換え)注射液

# ポトラザ<sup>®</sup> 点滴静注液 800mg

Portrazza<sup>®</sup> Injection

注1) EGFR: Epidermal Growth Factor Receptor (上皮細胞増殖因子受容体)

注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

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

日本化薬株式会社医薬品情報センター 日本化薬株式会社医療関係者向け情報サイト  
0120-505-282 <https://mink.nipponkayaku.co.jp/>

'25.7 作成

※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。



## 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](http://www.takeda.com/jp)



病気だけでなく、  
創薬の常識にも立ち向かう。  
未知のイノベーションで、  
病気より先に未来へ行く。  
できそうもない薬でなければ  
私たちが生み出す意味はない。

創造で、想像を超える。



中外製薬



ロシュグループ

