

**第196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：2026年3月14日(土)

会 場：シェーンバッハ・サボー(現地開催)  
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4

会 長：宮原 隆成  
JA長野厚生連 長野松代総合病院 院長

事務局：JA長野厚生連 長野松代総合病院  
〒381-1231 長野県長野市松代町松代183  
TEL：026-278-2031



ヒト型抗ヒトIL-4/13受容体モノクローナル抗体

薬価基準収載

**デュピクセント**® 皮下注300mgペン  
皮下注300mgシリンジ  
皮下注200mgシリンジ

**DUPIXENT**® デュピルマブ(遺伝子組換え)製剤

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)

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: **サノフィ株式会社**  
〒163-1488  
東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

販売提携: **リジェネロン・ジャパン株式会社**  
〒105-5518  
東京都港区虎ノ門二丁目6番1号

insmed®



医療従事者向け製品情報サイト

**アリケイス.jp**

<https://arikayce.jp/>



呼吸器内科医向けポータルサイト **最新知見がわかる**

**ARIKAYCE® Online Summit**

<https://arikayce.jp/onlinesummit/>



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<sup>※</sup>

注) 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、禁忌を含む使用上の注意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

**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

当社からの情報提供をご希望の方は  
こちらよりお申し込みください。



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

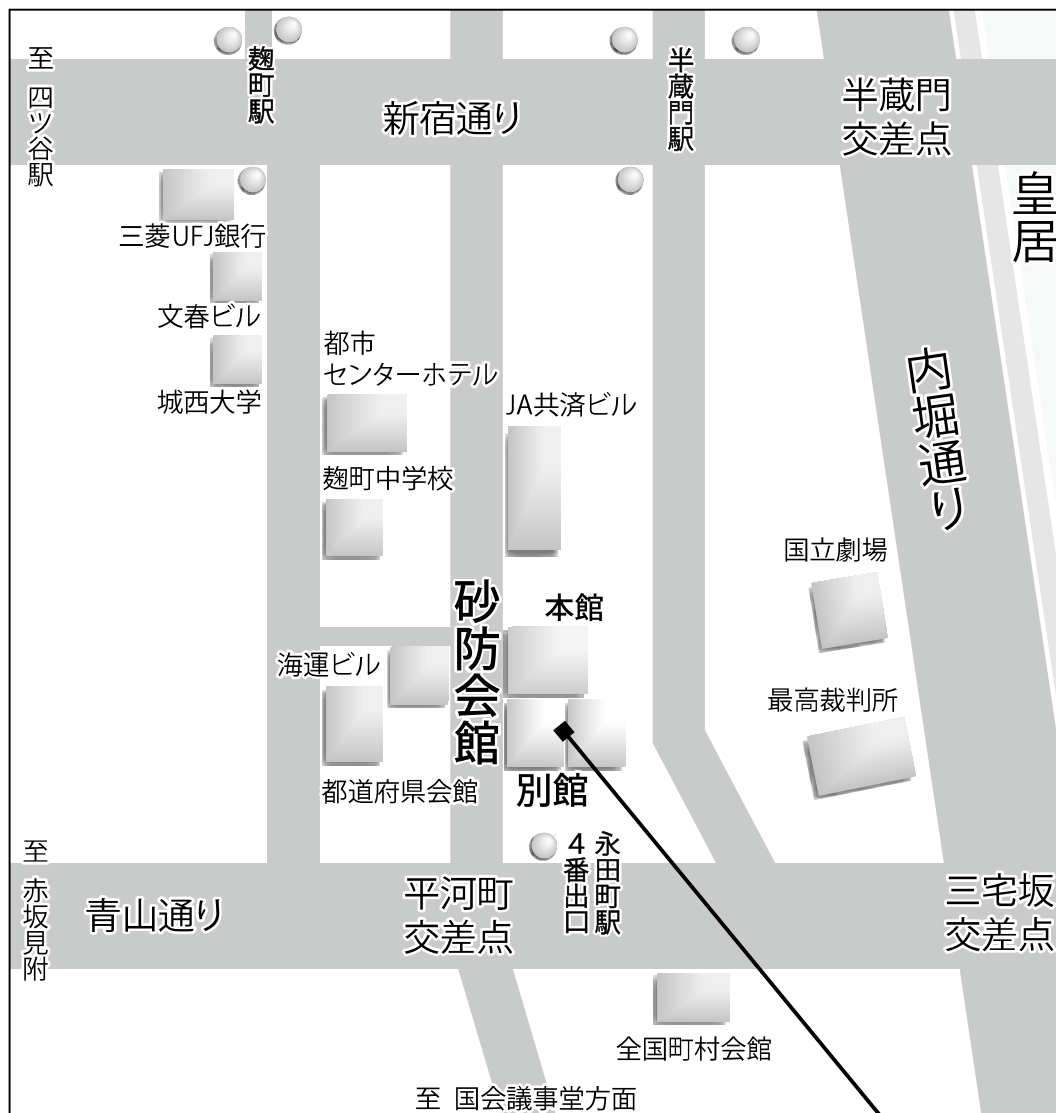
2024年10月作成  
PP-ARIK-JP-01180  
© 2024 Insmed GK. All Rights Reserved.  
© 2024 PARI Pharma GmbH. All Rights Reserved.

# 会場ご案内図

## シェーンバッハ・サボー (砂防会館別館)

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4 (別館)

TEL : 03-3261-8386 (代表)



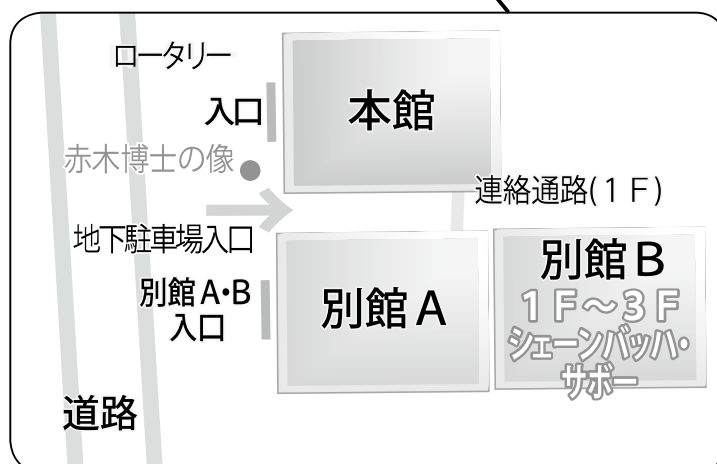
### ■交通のご案内

地下鉄<有楽町線><半蔵門線>

永田町・4番出口より徒歩1分

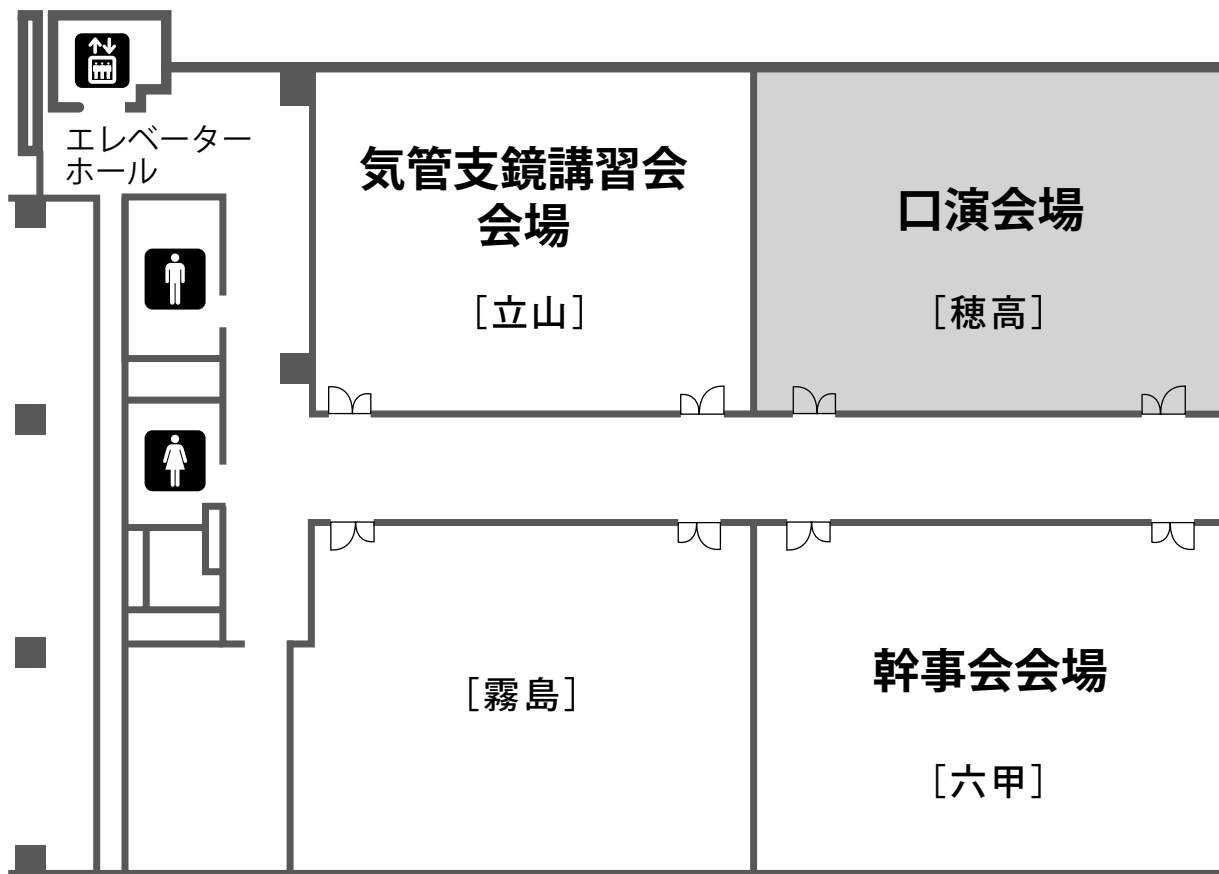
地下鉄<銀座線><丸の内線>

赤坂見附駅より徒歩8分



## フロアご案内図

### 3F シェーンバッハ・サボア (砂防会館別館)



# 第196回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 一般演題のご発表に関するご案内

---

## ■開催形式について

本支部会は完全現地開催となり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。

## ■発表時間について

一般演題は発表5分、討論2分です。時間厳守でお願いします。

## ■発表データについて

- ・発表予定時刻の30分前までにUSBメモリーをPC受付にお持ちいただき、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) B-1東京太郎.ppt
- ・運営事務局にて用意する発表用PCをご使用ください。会場にご用意するPCのOSはWindows11、アプリケーションはPower Point365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196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://procomu.jp/jsrekanto196/>

## ■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

すで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受付までお持ちください。

## ■参加登録について

当日現地での参加登録・支払いも可能ですが、混雑緩和の為、会期までにオンライン上で事前参加登録にご協力をお願い致します。

参加登録および参加証・領収書については「参加者の皆様へ」をご確認ください。

# 参加者の皆様へ

---

## ■ 学術集会会期

- ・ 会場開催：2026年3月14日（土） 12：10～18：26  
（会場開催のみとなりますので、オンライン配信はございません。）

## ■ 参加登録

本学術集会ホームページ「参加登録」ページよりオンラインでのお申込みとなります。

### 【ご注意】

当日現地での参加登録・支払いも可能ですが、混雑緩和の為、会期までにオンライン上で事前参加登録にご協力をお願い致します。

<参加登録ページ>

<https://procomu.jp/jsrekanto196/registration.html>

## ■ 参加登録期間

【クレジット決済の場合】2025年12月8日（月）～3月14日（土）

※支払期日までに決済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。

## ■ 参加費

参加費（会員）：1,000円

参加費（非会員）：1,100円

## ■ 参加証・領収書

参加証は引換券と交換で、会期当日に受付でお渡しいたします。

ログインページへログイン後、右上に表示される「マイページ」より「参加証引換券」がダウンロード・印刷可能となります。

ご来場の際は引換券をお持ちくださいますよう、ご協力をお願いします。

「領収書」は参加費お支払い後、「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

事前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、メールにて運営事務局までご連絡ください。

ただし、一度納入された参加費は、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、虚偽の申請あるいはオンライン学術集会上での無断録画や撮影などは一切禁止しております。

上記の不正行為や迷惑行為などが発覚した場合は、参加権利が取り消され、一切返金できませんのでご了承ください。

# 幹事会のお知らせ

---

■日時：2026年3月14日（土） 11：30～12：00

（ご出席の先生には昼食の用意を致します。）

■開催方法：現地開催

幹事会につきましては現地開催と致します。

幹事会にどうしても現地出席ができない場合は、後日、議事決裁書類をお送りいたしますので、後に定める期日までに書面での議決権行使（メール添付による提出）によりご意見を反映させていただきます、また出席として扱います。

なお、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お願いいたします。

お問合せ先：関東支部事務局

E-mail：jsre\_kanto@convention-plus.com

関東支部ホームページ：https://www.jsre-kanto.com/

■事前参加登録について

第196回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会へのご参加には別途オンライン参加登録が必要です。下記URLより参加登録をお願いいたします。

<https://procomu.jp/jsrekanto196/registration.html>

※当日の幹事会参加方法等につきましては、関東支部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。

# 第196回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 日程表

12:00	
	<b>12:10~12:25 開会の辞、幹事会報告</b>
	<b>12:25~12:53 A. 手術・胸腔鏡</b> 座長：小林 宣隆（長野赤十字病院 呼吸器外科） 演者：寺田 宜敬、西村 志帆、栗栖 綾野、清水 裕介
	休憩（5分）
13:00	<b>12:58~13:38 アフタヌーンセミナー①</b> 『米国でのロボット気管支鏡を用いた精密胸部外科手術への挑戦』 座長：伊豫田 明（東邦大学 外科学講座呼吸器外科学分野 教授） 演者：江口 隆（Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, The University of Texas Southwestern Medical Center） 共催：JA長野厚生連 長野松代総合病院
	休憩（5分）
14:00	<b>13:43~14:11 B. スtent・硬性鏡</b> 座長：古本 秀行（東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野） 演者：神谷 侑樹、丹羽 薫那、大川 哲平、岡田 佳世
	休憩（5分）
15:00	<b>14:16~14:56 アフタヌーンセミナー②</b> 『Necitumumabで斬り込む、進行期肺扁平上皮癌への治療戦略』 座長：吉岡 弘鎮（獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器・アレルギー内科 教授） 演者：丹澤 盛（帝京大学医学部 内科学講座 腫瘍内科 講師） 共催：日本化薬株式会社
	休憩（5分）
16:00	<b>15:01~15:36 C. 気道病変</b> 座長：青野 ひろみ（一般財団法人自警会 東京警察病院 呼吸器科） 演者：武知 寛樹、山本 学、牛島 祐哉、轟 有希、矢崎 達也
	休憩（5分）
17:00	<b>15:41~16:21 メディカルセミナー</b> 『気管支バルブ治療のリアル～症例選択から手技、術後フォローアップまで～』 座長：松井 弘稔（国立病院機構東京病院 院長） 演者：峯下 昌道（聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科 教授） 共催：パルモニクスジャパン株式会社
	休憩（5分）
18:00	<b>16:26~17:01 D. 診断・手技 1</b> 座長：山本 学（長野赤十字病院 呼吸器内科） 演者：安東 敬大、芳賀 右京、石田 敦子、杉山 芙美花、木本 昌伸
	休憩（5分）
19:00	<b>17:06~17:46 イブニングセミナー</b> 『間質性肺炎の最近の話題』 座長：宮原 隆成（JA長野厚生連 長野松代総合病院 院長） 演者：小倉 高志（神奈川県立循環器呼吸器病センター 所長） 共催：日本ペーリンガーインゲルハイム株式会社
	休憩（5分）
18:00	<b>17:51~18:26 E. 診断・手技 2</b> 座長：和佐本 諭（佐久総合病院佐久医療センター 呼吸器内科） 演者：兵頭 健太郎、野沢 修平、小又 理紗子、藤本 梨緒、荒木 はな
	<b>18:26 閉会の辞</b>

# プログラム一覧

演題番号	演題名	氏名(敬称略、★は初期研修医)	所属機関名
12:25~12:53 A. 手術・胸腔鏡 座長：小林 宣隆 (長野赤十字病院 呼吸器外科)			
A-1	術前診断が困難であった悪性胸膜中皮腫の1例	寺田 宜敬 日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科	
A-2	術前生検が困難であり手術により確定診断した小型縦隔原発セミノーマの1切除例	西村 志帆 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学	
A-3	Salvage手術後の気管支断端瘻に対して一期的閉鎖術を行った1例	栗栖 綾野★ 横浜市立市民病院 呼吸器外科	
A-4	弧状型カートリッジ自動縫合器 (Endo GIA™ Radial Reload with Tri Staple™) を用いて単孔式胸腔鏡下肺部分切除を施行した1例	清水 裕介 獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科	
12:58~13:38 アフタヌーンセミナー① <span style="float:right">共催：JA長野厚生連 長野松代総合病院</span> 座長：伊豫田 明 (東邦大学 外科学講座呼吸器外科学分野 教授) 『米国でのロボット気管支鏡を用いた精密胸部外科手術への挑戦』 演者：江口 隆 (Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, The University of Texas Southwestern Medical Center)			
13:43~14:11 B. スtent・硬性鏡 座長：古本 秀行 (東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野)			
B-1	特発性気管食道瘻に対して硬性鏡下Dumonステント留置後に上部消化管内視鏡下瘻孔閉鎖術を施行した1例	神谷 侑樹 慶応義塾大学 医学部 呼吸器外科	
B-2	膵臓癌の縦隔リンパ節転移による圧排性の気道狭窄に対して硬性鏡下でDumon Yステントを留置した1例	丹羽 薫那★ 自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門	
B-3	気道狭窄に対しDumonステント留置後、放射線治療により抜去が可能であった子宮頸癌縦隔リンパ節転移の1例	大川 哲平★ 自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科	
B-4	硬性気管支鏡下に診断し得た気管原発グロムス腫瘍の1例	岡田 佳世 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野	
14:16~14:56 アフタヌーンセミナー② <span style="float:right">共催：日本化薬株式会社</span> 座長：吉岡 弘鎮 (獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器・アレルギー内科 教授) 『Necitumumabで斬り込む、進行期肺扁平上皮癌への治療戦略』 演者：丹澤 盛 (帝京大学医学部 内科学講座 腫瘍内科 講師)			
15:01~15:36 C. 気道病変 座長：青野 ひろみ (一般財団法人自警会 東京警察病院 呼吸器科)			
C-1	喀血を契機に発見された部分的肺静脈還流異常症の1例	武知 寛樹 佐久医療センター 呼吸器内科	
C-2	経気管支肺生検の1週間後に仮性動脈瘤から重症喀血をきたした1例	山本 学 日本赤十字社 長野赤十字病院 呼吸器内科	
C-3	肺癌との鑑別が困難であった徐放性鉄剤誤嚥による気管支上皮損傷の1例	牛島 祐哉 JA長野厚生連 長野松代総合病院	
C-4	アコチアミドの誤嚥による気管支粘膜障害の1例	轟 有希 佐久総合病院 佐久医療センター 呼吸器内科	
C-5	気管支内病変を呈した高悪性度B細胞リンパ腫の1例	矢崎 達也 篠ノ井総合病院 呼吸器内科	

# プログラム一覧

演題番号	演題名	氏名(敬称略、★は初期研修医)	所属機関名
15:41~16:21 メディカルセミナー		共催：パルモニクスジャパン株式会社	
座長：松井 弘稔（国立病院機構東京病院 院長）			
『気管支バルブ治療のリアル～症例選択から手技、術後フォローアップまで～』			
演者：峯下 昌道（聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科 教授）			
16:26~17:01 D. 診断・手技 1			
座長：山本 学（長野赤十字病院 呼吸器内科）			
D-1	経気管支生検では扁平上皮癌であったが、外科手術で混在した混合型肺大細胞神経内分泌癌と確定診断した一例	安東 敬大 国家公務員共済組合連合会 東京共済病院 呼吸器内科	
D-2	典型的なBAL所見を欠き、抗GM-CSF抗体測定が診断の一助となった自己免疫性肺胞蛋白症の一例	芳賀 右京 JA長野厚生連 北信総合病院 呼吸器内科	
D-3	局所麻酔科胸腔鏡検査で診断を得た悪性胸膜中皮腫の一例：非隆起性病変の生検方法の検討も含め	石田 敦子 聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科	
D-4	縦隔リンパ節転移に対し超音波気管支鏡ガイド下針生検にて診断に至った横紋筋肉腫の一例	杉山 芙美花 諏訪赤十字病院 呼吸器内科	
D-5	咳嗽を契機に発見し、診断・治療し得た気管支過誤腫の一例	木本 昌伸 信州大学 医学部 内科学第一教室	
17:06~17:46 イブニングセミナー		共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	
座長：宮原 隆成（JA長野厚生連 長野松代総合病院 院長）			
『間質性肺炎の最近の話題』			
演者：小倉 高志（神奈川県立循環器呼吸器病センター 所長）			
17:51~18:26 E. 診断・手技 2			
座長：和佐本 諭（佐久総合病院佐久医療センター 呼吸器内科）			
E-1	乳癌切除22年後に気管支鏡で診断した乳癌気管支内転移の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	
E-2	気管支鏡検査で診断した間質性肺炎に合併した浸潤性粘液性腺癌の1例	野沢 修平 長野市民病院	
E-3	経気管支肺生検で診断した、肺クリプトコッカス症に伴う器質化肺炎の一例	小又 理紗子★ 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 呼吸器内科	
E-4	長期経過で観察した肺アミロイドーシスの1例	藤本 梨緒★ 伊那中央病院 呼吸器内科	
E-5	気管支鏡検査で偶発的に発見された右主気管支神経鞘腫の一例	荒木 はな★ 横浜市長市民病院 呼吸器内科	

**A. 手術・胸腔鏡**

**12:25 ~ 12:53**

座長：小林 宣隆（長野赤十字病院 呼吸器外科）

**A-1 術前診断が困難であった悪性胸膜中皮腫の1例**

<sup>1)</sup> 日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科、<sup>2)</sup> 日本大学医学部附属板橋病院 病理部

○寺田 宜敬<sup>1)</sup>、佐藤 大輔<sup>1)</sup>、井上 航貴<sup>1)</sup>、今中 大起<sup>1)</sup>、鈴木 淳也<sup>1)</sup>、林 宗平<sup>1)</sup>、中村 梓<sup>1)</sup>、河内 利賢<sup>1)</sup>、大荷澄江<sup>2)</sup>、中野雅之<sup>2)</sup>、櫻井 裕幸<sup>1)</sup>

症例は70歳代男性。健診の胸部X線写真で右上肺野に腫瘤影を指摘され、当院呼吸器内科を紹介受診した。気管支鏡下生検では診断がつかず、月単位で増大傾向を認め、診断治療目的で当科に紹介となった。胸部造影CTで右肺上葉に6.8cm大の腫瘤と第1肋間筋への浸潤を疑う所見を認めた。PET-CTでは、腫瘤に一致してSUVmax 10.0のFDG集積を認め、肺癌疑い(cT3N0M0, Stage IIB)で手術を計画した。審査胸腔鏡後、Transmanubrial osteomuscular sparing approach (TMA) + 右第4肋間開胸による右肺上葉切除の予定で手術開始した。胸腔内を観察すると、胸腔内に1,500mlの黄褐色の胸水と多数の胸膜腫瘍を認め、胸膜腫瘍を採取して手術を終了した。病理組織診断では肉腫型悪性胸膜中皮腫の診断(pT4N0M0 Stage IIIB)となった。

術後2カ月間、呼吸器内科で化学療法を行うも死亡退院となった。

肉腫型悪性胸膜中皮腫は全体の約10%と頻度が低く、術前診断が困難であり急速進行する病変を認める場合、本疾患を念頭に置いた診断が重要である。文献的考察を加えて報告する。

**A-2 術前生検が困難であり手術により確定診断した小型縦隔原発セミノーマの1切除例**

<sup>1)</sup> 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学、<sup>2)</sup> 千葉大学医学部附属病院 病理診断科・病理部

○西村 志帆<sup>1)</sup>、千代 雅子<sup>1)</sup>、大塚 貢広<sup>1)</sup>、種子田 陸斗<sup>1)</sup>、徳武 輝<sup>1)</sup>、佐藤 祐太郎<sup>1)</sup>、祖父江 晃向<sup>1)</sup>、中山 浩介<sup>1)</sup>、苅田 涼<sup>1)</sup>、今林 宏樹<sup>1)</sup>、植松 靖文<sup>1)</sup>、清水 大貴<sup>1)</sup>、佐田 諭己<sup>1)</sup>、豊田 行英<sup>1)</sup>、稲毛 輝長<sup>1)</sup>、田中 教久<sup>1)</sup>、森本 淳一<sup>1)</sup>、松井 由紀子<sup>1)</sup>、相原 啓紀<sup>2)</sup>、鈴木 秀海<sup>1)</sup>

縦隔原発セミノーマは薬物治療が基本であり、多くは比較的大きな腫瘤として発見され、小型病変は極めて稀である。症例は30代男性、健診の胸部CTで前縦隔に最大径40mmの分葉状で内部均一な腫瘤を指摘された。血液検査では腫瘍マーカー(AFP、 $\beta$ -hCG)およびLDHはいずれも正常範囲内であった。PET-CTでは同部位にFDG集積を認め、胸腺腫が最も疑われた。病変が小さく術前生検は困難と判断し、診断的治療目的にロボット支援下前縦隔腫瘍切除術を施行した。術後病理組織診断ではtwo-cell patternを認め、免疫染色でSALL-4およびCD117陽性よりセミノーマと診断された。術後化学療法を施行中であり、術後3か月無再発で経過している。偶発的に発見された小型縦隔原発セミノーマに対し、ロボット支援下手術が診断および治療に有用であった症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

### A-3 Salvage 手術後の気管支断端瘻に対して一期的閉鎖術を行った 1 例

<sup>1)</sup> 横浜市立市民病院 呼吸器外科、<sup>2)</sup> 横浜市立市民病院 呼吸器内科

○栗栖 綾野<sup>1)</sup>、吉津 晃<sup>1)</sup>、重信 敬夫<sup>1)</sup>、篠原 浩幸<sup>2)</sup>、柴 綾<sup>2)</sup>、東 由子<sup>2)</sup>、阿河 昌治<sup>2)</sup>、瀧川 侑介<sup>2)</sup>、宮崎 和人<sup>2)</sup>、谷口 友理<sup>2)</sup>、三角 祐生<sup>2)</sup>、上見 葉子<sup>2)</sup>、下川 恒生<sup>2)</sup>、中村 有希子<sup>2)</sup>

【症例】50 歳代男性

【現病歴】血痰にて受診し、CT で右肺下葉の腫瘤を指摘され気管支鏡検査で扁平上皮癌を検出し cT3N1M0・Stage IIIA と診断した。中下葉切除にて手術可能と判断し術前化学療法として CDDP+GEM+Pembro 施行。手術の方針としたが、発熱・両上肢の振戦など認め、免疫関連副作用である髄膜脳炎と診断し、ステロイドパルスを施行。改善傾向であったが、PS の低下が残存したため手術は不可能と判断、根治的放射線照射を 60Gy 施行。その後、原発巣が増大し PS は改善傾向であったため、中下葉切除を施行した。術後 6 日目に退院したが、術後 16 日目胸膜炎で再入院、気管支断端瘻を認めたため、術後 21 日目に瘻孔切除・気管支断端閉鎖術を施行。術後経過は良好で再手術後 12 日目に退院。再手術より 3 か月、断端瘻の再発なく生存中である。断端瘻に対して一期的閉鎖は判断が難しく文献的考察を加え報告する。

### A-4 弧状型カートリッジ自動縫合器（Endo GIA™ Radial Reload with Tri Staple™）を用いて単孔式胸腔鏡下肺部分切除を施行した 1 例

獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科

○清水 裕介、齋藤 倫人、原澤 徹、石川 菜都美、西平 守道、苅部 陽子、小林 哲

【はじめに】低侵襲アプローチでの手術は腫瘍切除マージンの確保や手術操作の制限に伴う安全性の担保が重要な課題となる。今回、単孔式胸腔鏡下肺部分切除において弧状型カートリッジ自動縫合器（以下 Radial Reload）が有用であった 1 例を報告する。

【症例】70 代、女性。X-3 年に子宮体癌に対して手術が施行された。経過観察中に胸部 CT で肺結節を認め、手術の方針となった。単孔式胸腔鏡下左上葉部分切除を行った。腫瘍は S3 領域の胸膜直下に局在した。マージンを確認した後に、腫瘍を Radial Reload 2 発を含む計 3 発の自動縫合器で肺を部分切除した。病理診断の結果は子宮体癌肺転移であり、術後 6 日目に退院した。

【考察】Radial Reload は弧状かつ大型であるが、2-4cm の単孔式の創部であれば、挿入可能である。また、カートリッジが弧状のため、限られた進入角度からでも特に腫瘍中枢のマージン確保や肺実質に対し適切な切離方向を確保でき、安全かつ確実な肺切除を行えた。

アフタヌーンセミナー①

12:58 ~ 13:38

座長：伊豫田 明（東邦大学 外科学講座呼吸器外科学分野 教授）

『米国でのロボット気管支鏡を用いた精密胸部外科手術への挑戦』

演者：江口 隆（Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, The University of Texas Southwestern Medical Center）

共催：JA長野厚生連 長野松代総合病院

### B-1 特発性気管食道瘻に対して硬性鏡下 Dumon スtent留置後に上部消化管内視鏡下瘻孔閉鎖術を施行した一例

慶応義塾大学 医学部 呼吸器外科

○神谷 侑樹、大久保 祐、實方 秀道、木村 征海、寄森 駿、青木 優介、中井 猛斗、杉野 功祐、渡邊 真祥、鈴木 嵩弘、鈴木 繁紀、政井 恭兵、加勢田 馨、朝倉 啓介

症例は 49 歳男性。食事摂取時に増悪する咳嗽を主訴に前医を受診した。喘息疑いとして加療されるも改善せず、精査目的に施行した胸部 CT で気管と食道に瘻孔を指摘され、当院外科紹介となった。上部消化管内視鏡検査では、切歯より 20cm の食道前壁に小孔を認め、気管支鏡検査では、第 4 気管軟骨輪レベルの膜様部正中に小孔と泡沫を認め気管食道瘻と診断した。瘻孔は小型であったものの有症状であったため、瘻孔閉鎖目的にまず気道 Stent を留置する方針とした。声門から約 6cm に位置していた瘻孔部を覆うように Dumon Stent を透視下に留置した。その後、上部消化管内視鏡下に瘻孔部のクリッピングを行い完全閉鎖した。処置後は合併症を認めず、食事摂取時咳嗽の再燃なく退院し、現在外来経過観察中である。今回、特発性気管食道瘻に対し気道 Stent 留置の上、内視鏡的クリッピングを行い軽快した一例を経験したので報告する。

### B-2 膵臓癌の縦隔リンパ節転移による圧排性の気道狭窄に対して硬性鏡下で 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、

<sup>3)</sup> 新小山市民病院 呼吸器外科

○丹羽 薫那<sup>1)</sup>、小林 哲也<sup>1)</sup>、高崎 俊和<sup>2)</sup>、川幡 俊美<sup>2)</sup>、中山 雅之<sup>2)</sup>、間藤 尚子<sup>2)</sup>、山本 真一<sup>3)</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>、前門戸 任<sup>2)</sup>、坪地 宏嘉<sup>1)</sup>

症例は 50 歳代女性。既往に卵巣腫瘍の治療歴あり。5 か月前から咳嗽が出現し、近医で気管支喘息と診断され、加療されていた。その後も呼吸困難感が増悪し、顔面の浮腫も認めるようになったため前医紹介となり、胸部 CT の精査で縦隔および肺門部に気道や肺動脈を圧排する腫瘤影を指摘され、当院当科紹介。転院搬送時、室内気で SpO<sub>2</sub> 96% であったが、仰臥位になれない状態であり気管の strider や右前胸部の wheeze など気道狭窄音が著明であった。気道狭窄解除目的で硬性鏡下で Stent 留置の方針とした。硬性鏡下で内腔を観察すると、右主気管支が圧排性に閉塞していた。軟性鏡下でブジーを試みたが奏効せず、気道拡張用のバルーンを使用して右主気管支の狭窄を段階的に解除した。右中間幹まで硬性鏡を進めて内腔を確保後に Push 法にて、Dumon Y stent (14-10-10mm) を留置した。処置後に呼吸状態は改善した。膵癌縦隔リンパ節転移の診断に至り、2 週間後に放射線療法、1 か月後に化学療法導入して加療中である。バルーン拡張により圧排性気道狭窄を解除し、Dumon Y stent を留置して呼吸状態を安定化させることができた 1 例について、若干の文献的考察を加え、報告する。

### B-3 気道狭窄に対し Dumon ステント留置後、放射線治療により抜去が可能であった子宮頸癌縦隔リンパ節転移の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

○大川 哲平、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42歳、女性。X-15年に子宮頸癌に対して前医で子宮全摘術を施行され、X-5年に右転移性肺腫瘍に対して右肺部分切除の既往がある。X年、呼吸困難および喘鳴を主訴に前医を受診した。胸部CT検査で気管分岐部リンパ節の腫大と左主気管支狭窄を認め、当院へ紹介となった。紹介翌日、硬性気管支鏡下にDumon Yステントを留置した。術中生検の結果、リンパ節腫大は子宮頸癌の転移と診断された。前医にて放射線治療30 Gyを施行し、治療後は完全奏効(CR)と判定された。11か月間無再発で経過したため、ステント抜去を行った。気道ステント留置は緩和的治療としての側面が強い一方、積極的治療へ移行するための橋渡し治療としても重要な役割を担う。気道狭窄に対してDumonステント留置後に放射線治療を施行し、最終的にステント抜去が可能であった子宮頸癌縦隔リンパ節転移の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

### B-4 硬性気管支鏡下に診断し得た気管原発グロムス腫瘍の一例

東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野

○岡田 佳世、長瀬 和可子、垣花 昌俊、高橋 聡、古本 秀行、工藤 勇人、萩原 優、大平 達夫、池田 徳彦

40代男性。他疾患治療後の胸部CT検査で、気管内に径2.2 cmの造影効果を伴う広基性腫瘍を認めた。軟性気管支鏡下では声門直下の気管膜様部から隆起する腫瘍を認めた。腫瘍は易出血性であり生検に難渋し確定診断に至らなかった。診断および治療目的に気管切開術および硬性鏡下腫瘍摘出術を施行した。マイクロ波凝固法やアルゴンプラズマ凝固法を用いて腫瘍を部分切除した。病理組織学的診断は気管原発グロムス腫瘍であった。術後のMRI検査で残存腫瘍の輪状軟骨への進展を認めたため、二期的に気管膜様部切除術および再建術を施行した。現在術後1年6ヶ月、再発なく経過している。気管原発グロムス腫瘍は稀な疾患であり、血流が豊富なため生検による診断が困難な場合がある。今回、硬性気管支鏡により診断し得た症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

アフタヌーンセミナー②

14:16 ~ 14:56

座長：吉岡 弘鎮 (獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器・アレルギー内科 教授)

『Necitumumabで斬り込む、進行期肺扁平上皮癌への治療戦略』

演者：丹澤 盛 (帝京大学医学部 内科学講座 腫瘍内科 講師)

共催：日本化薬株式会社

### C-1 咯血を契機に発見された部分的肺静脈還流異常症の一例

<sup>1)</sup> 佐久医療センター 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 佐久医療センター 循環器内科

○武知 寛樹<sup>1)</sup>、轟 有希<sup>1)</sup>、和佐本 諭<sup>1)</sup>、柳澤 悟<sup>1)</sup>、大浦 也明<sup>1)</sup>、矢崎 善一<sup>2)</sup>

症例は特に既往のない20代男性。X年3月に咯血で前医に搬送となり、経過観察で退院となった。4月に再度咯血あり当院に救急搬送となった。胸部造影CTでは両側下葉に比較的境界明瞭なすりガラス影を認め、肺泡出血として矛盾しなかった。左上肺静脈は腕頭静脈に還流し、部分的肺静脈還流異常症と診断した。抗菌薬治療と止血剤のみで症状の改善を得た。後日気管支鏡検査を施行し右底区気管支入口部に隆起性病変を認め、一部は潰瘍を形成しており出血源と推測した。以降は経過観察のみで咯血の再燃はなく経過している。咯血を伴う部分的肺静脈還流異常症は妊婦での報告等はあるものの稀であり、文献的考察を交えて報告する。

### C-2 経気管支肺生検の1週間後に仮性動脈瘤から重症咯血をきたした1例

<sup>1)</sup> 日本赤十字社 長野赤十字病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 日本赤十字社 長野赤十字病院 放射線科診断科

○山本 学<sup>1)</sup>、倉石 博<sup>1)</sup>、小島 里香<sup>1)</sup>、油井 貴也<sup>1)</sup>、武内 裕希<sup>1)</sup>、近藤 大地<sup>1)</sup>、小澤 亮太<sup>1)</sup>、  
廣田 周子<sup>1)</sup>、鈴木 亜紀重<sup>2)</sup>、金子 智喜<sup>2)</sup>

症例は72歳男性。X-7年から肺癌に対して外科的治療や放射線治療を施行していた。X年肺病変の増大、骨転移など遠隔転移を認め、気管支鏡検査や治療目的に当科紹介となった。肺病変に対してEBUS-GSを用いて経気管支肺生検（TBLB）を施行し特に問題なく終了した。TBLBから1週間、夜間に中等度の咯血を認め当院へ救急搬送となった。精査中に更に咯血し、重症呼吸不全をきたし気管挿管した。造影CTでは生検部位に仮性動脈瘤を疑う所見を認め、内腔観察でも同部位からの出血で矛盾しないと判断した。緊急で気管支動脈塞栓術を施行し出血をコントロールする事ができた。処置翌日には抜管し1週間ほどで退院となった。生検結果は腺癌で、KRAS G12C陽性、PD-L1 100%であった。1st line ペンプロリズマブで治療を開始し以後は good PR で経過している。TBLB後に仮性動脈瘤が形成される事は稀であり今回報告する。

### C-3 肺癌との鑑別が困難であった徐放性鉄剤誤嚥による気管支上皮損傷の1例

JA 長野厚生連 長野松代総合病院

○牛島 祐哉、横関 万里、宮原 隆成

【症例】83歳、女性。発熱、咳嗽を主訴にX年2月当院救急外来を受診した。胸部CT検査で右肺下葉に小葉間隔壁肥厚を伴う浸潤影や、右肺下葉気管支周囲の腫瘤影を認め、気管支狭窄を伴っていた。肺癌に合併した閉塞性肺炎として抗菌薬（スルバクタム・アンピシリン）の投与を行い、炎症は軽快した。気管支鏡検査では中間幹から下葉枝にかけ黄褐色・泥状の表面不整な付着物と上皮のびらんを認めた。同部位から生検し、病理組織像では肺扁平上皮癌を疑う異型細胞を認めたが、特殊染色で多量の鉄沈着を認め、鉄剤誤嚥による気管支上皮損傷と結論付けた。X年5月、12月に経過観察の目的で気管支鏡下生検を施行し、肺癌を疑う所見は認めていない。

【考察】鉄剤誤嚥による気管支上皮損傷は、肺癌と鑑別困難な内視鏡所見・病理像を呈することがあり、特に不顕性誤嚥を来たしうる高齢者では注意が必要である。

### C-4 アコチアミドの誤嚥による気管支粘膜障害の1例

佐久総合病院 佐久医療センター 呼吸器内科

○轟 有希、武知 寛樹、和佐本 諭、柳澤 悟、大浦 也明

【症例】90歳・女性、ADL自立。X日にアコチアミド内服直後より胸部違和感が出現し、同日当院へ緊急搬送された。胸部CTで左主気管支内に異物を認めたが、呼吸不全は軽度であったため、X+1日に気管支鏡検査を施行した。声門浮腫が強く、気管内挿管下に検査を実施したところ、左気管支入口部から全周性に易出血性の潰瘍性病変を認め、左気管支内に錠剤様異物を確認したため、気管支鏡下に気道異物除去術を行った。抗菌薬治療を併用し、経過良好にてX+5日に抜管した。

【考察】鉄剤誤嚥は化学的刺激による気管支粘膜障害を来すことが知られているが、アコチアミドは化学刺激性は低いとされている。本症例では錠剤の気管支内残存により、物理的刺激を主体とした炎症が生じた可能性を考えた。化学刺激性の低い薬剤であっても、気管内残存が持続した場合には病変形成を来し得るため、錠剤誤嚥が疑われた場合には速やかな除去が重要である。

### C-5 気管支内病変を呈した高悪性度B細胞リンパ腫の一例

<sup>1)</sup> 篠ノ井総合病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 長野赤十字病院 血液内科

○矢崎 達也<sup>1)</sup>、堀内 俊道<sup>1)</sup>、松尾 明美<sup>1)</sup>、佐藤 慶二郎<sup>2)</sup>

症例は77歳男性。咳を主訴に近医受診し左胸水を指摘され当科紹介された。CTで左肺門部から下葉に及ぶ縦隔リンパ節と一塊となった11cm大の腫瘤および血性胸水を認め、PET/CTでは横隔膜前後リンパ節、脊椎・骨盤骨への多発集積を認めた。胸水セルブロック検査よりCD20陽性B細胞リンパ腫Stage IVと診断した。組織変性が強く病型評価目的に気管支鏡検査を施行し、左主気管支から下葉気管支に易出血性の気管支内病変を認め経気管支生検を行ったが高度変性のため評価困難であった。急速な症状進行を認めたため、血液内科と協議の上R-CHOP療法を開始しつつ胸水検体で免疫染色を追加した。CD10弱陽性、c-myc陽性よりBurkittリンパ腫の可能性が示唆されたがFISH解析は困難であり、専門施設へ転院し高悪性度B細胞リンパ腫としてDA-EPOCH-R療法施行中である。気管支内病変を呈した稀な一例として報告する。

## メディカルセミナー

15:41 ~ 16:21

座長：松井 弘稔（国立病院機構東京病院 院長）

『気管支バルブ治療のリアル～症例選択から手技、術後フォローアップまで～』

演者：峯下 昌道（聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科 教授）

共催：パルモニクスジャパン株式会社

## D. 診断・手技 1

16:26 ~ 17:01

座長：山本 学（長野赤十字病院 呼吸器内科）

### D-1 経気管支生検では扁平上皮癌であったが、外科手術で混在した混合型肺大細胞神経内分泌癌と確定診断した一例

国家公務員共済組合連合会 東京共済病院 呼吸器内科

○安東 敬大、鴨志田 達彦、中川 淳、野口 智加

64歳男性、喫煙歴 20本/日×41年。胸部異常陰影で紹介受診され胸部CTで右B<sup>1</sup>aに16mmの充実性結節を認めた。経気管支生検ではクロマチン濃染核を持つ大型の異型細胞がシート状に増殖しp40陽性で肺扁平上皮癌と診断し、全身検索でcT1bN0M0 Stage IA2と判断した。胸腔鏡下右中葉切除術を施行し、摘出標本では扁平上皮癌成分に加え核小体の目立つ大型多形核とシート状増殖の細胞を伴い、Chromogranin A・Synaptophysin 一部陽性、CD56 部分陽性、INSM1 びまん性陽性で総合的に扁平上皮癌と混在した混合型肺大細胞神経内分泌癌（Combined LCNEC with Sq）pT3N1M0 Stage IIIAと診断した。術後病理診断と気管支鏡検査で異なる所見が得られ、稀な腫瘍を経験したため文献的考察を含めて報告する。

### D-2 典型的なBAL所見を欠き、抗GM-CSF抗体測定が診断の一助となった自己免疫性肺胞蛋白症の一例

<sup>1)</sup> JA 長野厚生連 北信総合病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> JA 長野厚生連 北信総合病院 病理

○芳賀 右京<sup>1)</sup>、青木 翔太郎<sup>1)</sup>、白井 剛<sup>1)</sup>、千秋 智重<sup>1)</sup>、江原 孝史<sup>2)</sup>

【症例】40代、男性。症状は無く、健診胸部X線でびまん性網状影を指摘され受診した。胸部CTで小葉内網状影を伴う広範なすりガラス影を認め、肺胞蛋白症を疑い気管支鏡検査を施行した。右B<sup>3</sup>bから気管支肺胞洗浄（broncho-alveolar lavage：BAL）を実施、回収量107/150mL、総細胞数 $3.6 \times 10^5$ /mL、細胞分画はリンパ球70.5%、マクロファージ29%であった。洗浄液の外観はわずかに白色調を呈していたが、上清はほぼ透明で白濁は認めなかった。細胞診で比較的多くのマクロファージを認めたが特異的な所見はなく、少量の無構造物質を認めたものの確定診断には至らなかった。経過観察していたが抗GM-CSF抗体を測定したところ陽性と判定、自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。

【考察】抗GM-CSF抗体測定は感度100%、特異度97.6%と高く、診断の一助となる。

### D-3 局所麻酔科胸腔鏡検査で診断を得た悪性胸膜中皮腫の一例： 非隆起性病変の生検方法の検討も含め

<sup>1)</sup> 聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 聖マリアンナ医科大学 病理診断科

○石田 敦子<sup>1)</sup>、沼田 雄<sup>1)</sup>、西山 和宏<sup>1)</sup>、胡田 理佳子<sup>1)</sup>、森川 慶<sup>1)</sup>、峯下 昌道<sup>1)</sup>、中道 伊津子<sup>2)</sup>、  
大池 信之<sup>2)</sup>

症例は 77 歳男性。約 9 年前から徐々に増加する右胸水精査のため胸腔鏡検査を施行した。背側下方の壁側胸膜にほぼ平坦な小白色斑が散見された。生検は気管支鏡で標準的に使用される鉗子を用いたが、把持はできても剥離が難しく、時間をかけて採取したものは小さく挫滅を伴っていた。次にピーリング法により採取したものは長径約 8mm と比較的大きい検体であったが挫滅の影響を受け良悪の評価は困難であった。続けて採取した生検後周囲の胸膜は 2mm 前後と小さかったが診断には十分な組織であった。同じ箇所から 6 個生検し、最大で長径 16mm の検体が得られた。通常生検鉗子では検体採取が困難な場合でも、採取方法を工夫したり、より多く採取することで診断率向上が期待できると考え、生検方法の検討も含め本症例を提示する。

### D-4 縦隔リンパ節転移に対し超音波気管支鏡ガイド下針生検にて診断に至った横紋 筋肉腫の一例

<sup>1)</sup> 諏訪赤十字病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 諏訪赤十字病院 腫瘍内科、<sup>3)</sup> 諏訪赤十字病院 病理診断科

○杉山 芙美花<sup>1)</sup>、市川 椋<sup>1)</sup>、原 宗央<sup>1)</sup>、蜂谷 勤<sup>1)</sup>、進士 明宏<sup>2)</sup>、上原 魁<sup>3)</sup>

症例は 70 歳代、男性。X 年に健康診断の胸部 X 線写真で左下肺野に異常陰影を指摘され、精査加療目的に当科を受診した。胸部 CT 写真では左下葉に 39 × 28 mm の腫瘤と 35mm × 26mm 大の一部低吸収域を伴う # 7 リンパ節の腫大を認めた。原発性肺癌が疑われ、# 7 リンパ節より超音波気管支鏡ガイド下針生検 (EBUS-TBNA) を施行した。病理組織検査の結果、神経内分泌分化を伴う腫瘍が疑われたが、典型的な染色性を示さず組織型の特定が困難であった。# 7 リンパ節より EBUS-TBNA を再施行したが同様の所見であり、労作時呼吸困難の増悪を認めたため、神経内分泌癌として CBDCA+ETP による薬物療法を開始した。その後、免疫染色および遺伝子解析の結果、MYOD1-mutated spindle cell rhabdomyosarcoma と診断され、薬物療法を VAC 療法へ変更した。EBUS-TBNA の検体に免疫染色と遺伝子解析を追加することで診断に至った成人発症の肺原発横紋筋肉腫を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

## D-5 咳嗽を契機に発見し、診断・治療し得た気管支過誤腫の一例

<sup>1)</sup> 信州大学 医学部 内科学第一教室、<sup>2)</sup> 信州大学 医学部 病態解析学教室

○木本 昌伸<sup>1)</sup>、佐藤 良紀<sup>2)</sup>、荒木 太亮<sup>1)</sup>、鈴木 祐介<sup>1)</sup>、赤羽 順平<sup>1)</sup>、小松 雅宙<sup>1)</sup>、曾根原 圭<sup>1)</sup>、  
和田 洋典<sup>1)</sup>、岩谷 舞<sup>2)</sup>、北口 良晃<sup>1)</sup>、牛木 淳人<sup>1)</sup>、花岡 正幸<sup>1)</sup>

症例は 67 歳 男性。X-7 月から咳嗽を自覚し、A 医院で気管支喘息として薬物療法が開始されたが改善しなかった。X-2 月に同院で胸部 X 線検査が施行され、異常影を指摘され、B 病院を受診した。胸部 CT で右下葉支に占拠性病変が指摘された。気管支鏡検査で、右 B9+10 を閉塞する腫瘤を指摘され、鉗子生検が行われたが確定診断に至らず、右肺下葉切除が検討された。X 月に低侵襲での精査・加療目的で当院を紹介受診した。同病変に対し、気管支鏡下でクライオプローブを用いて摘除し、末梢から白黄色膿性分泌物を吸引除去した。生検検体の病理検査で過誤腫と診断した。気管支過誤腫は稀な良性腫瘍だが、閉塞性肺炎による不可逆的な肺の破壊が生じる場合もあり、早期診断と治療が重要である。本症例のような中枢気道病変に対するクライオ生検は病理学的な診断と治療において有用であった。

### イブニングセミナー

17:06 ~ 17:46

座長：宮原 隆成 (JA長野厚生連 長野松代総合病院 院長)

#### 『間質性肺炎の最近の話題』

演者：小倉 高志 (神奈川県立循環器呼吸器病センター 所長)

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

座長：和佐本 諭（佐久総合病院佐久医療センター 呼吸器内科）

### E-1 乳癌切除 22 年後に気管支鏡で診断した乳癌気管支内転移の 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> 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、

<sup>3)</sup> 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<sup>1)</sup>、崔 虎眞<sup>1)</sup>、高橋 優太<sup>1)</sup>、名和 日向子<sup>1)</sup>、久保田 翔太<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>、斎藤 武文<sup>1)</sup>、石井 幸雄<sup>1)</sup>

【背景】乳癌の治療成績は近年大きく向上しているが、長期経過後に転移・再発を認める症例も散見される。今回、乳癌切除 22 年後に気管支鏡検査により診断した気管支内転移の 1 例を報告する。

【症例】60 歳女性 咳嗽を主訴に近医を受診したが改善に乏しいため、精査目的で当院に紹介された。胸部 CT 検査で多発性結節影を認め、入院となった。既往歴として、39 歳時に乳癌のため両側乳房切除術を施行されている。気管支鏡検査で左上葉支に狭窄を認め、同部位より生検を施行し、免疫組織化学染色にて thyroid transcription factor-1 (TTF-1) は陰性であったことから原発性肺癌は否定的であり、乳癌の気管支内転移と診断した。

【結論】乳癌の気管支内転移は、決して稀な転移形式ではないが、画像所見や組織学的所見のみでは肺原発癌との鑑別が困難な場合も多い。TTF-1 などの免疫組織化学的検索は、両者の鑑別において有用であると考えられる。

### E-2 気管支鏡検査で診断した間質性肺炎に合併した浸潤性粘液性腺癌の 1 例

長野市民病院

○野沢 修平、皆川 鮎海、吉池 文明

症例は 77 歳の男性。間質性肺炎の診断で近医の紹介で当院を受診した。特発性肺繊維症と診断し、経過観察の方針とした。経過で一部の浸潤影が比較的急速に増悪したことから肺癌や感染症の合併を疑い、気管支鏡検査を行った。念入りに採取した組織で浸潤性粘液性腺癌と診断し、抗癌剤治療を行った。間質性肺炎の患者には肺癌の合併頻度が高いことが知られている。また浸潤性粘液性腺癌は肺炎様の浸潤影を呈することが多く、間質性肺炎に合併した場合には画像的な鑑別が困難なことがある。画像的に鑑別が困難で気管支鏡検査で診断した間質性肺炎合併浸潤性粘液性腺癌の 1 例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

### E-3 経気管支肺生検で診断した、肺クリプトコッカス症に伴う器質化肺炎の一例

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 呼吸器内科

○小又 理紗子、草場 勇作、北嶋 舜、杉野 美緒、波多野 裕斗、靄蒔 望、園田 匡史、平川 良、川口 諒、辻本 佳恵、石田 あかね、橋本 理生、鈴木 学、西村 直樹、泉 信有、放生 雅章

症例は61歳女性。高安静脈炎に対してプレドニゾロン7mg/日、メトトレキサートを内服中。2週間前から咳嗽があり、胸部CTで右肺上葉に気管支透亮像を伴う浸潤影を認めた。静注抗菌薬投与で陰影の改善がなく、器質化肺炎を疑い気管支鏡検査を実施した。経気管支肺生検によって採取した気管支肺胞組織には、気腔を埋めるような線維化を認め、リンパ球を主体とする炎症細胞が浸潤しており、器質化肺炎に矛盾しない所見であった。また、同組織内にグロコット染色で球状の真菌を少数認め、血清クリプトコッカス抗原が陽性であったことから、肺クリプトコッカス症に伴う器質化肺炎と診断した。髄液所見は正常であり、クリプトコッカス髄膜炎は否定的であった。ステロイドおよび抗真菌薬の投与により症状および画像所見は改善した。肺クリプトコッカス症に器質化肺炎を伴うことがあり、気管支鏡検査が診断に有用である。

### E-4 長期経過で観察した肺アミロイドーシスの1例

<sup>1)</sup> 伊那中央病院 初期研修医、<sup>2)</sup> 伊那中央病院 呼吸器内科、<sup>3)</sup> 伊那中央病院 呼吸器外科

○藤本 梨緒<sup>1)</sup>、加藤 あかね<sup>2)</sup>、椎名 隆之<sup>3)</sup>、高砂 敬一郎<sup>3)</sup>

症例は70歳、男性。症状はない。2007年より左肺下葉の浸潤影を指摘された。浸潤影の進行があり、2011年に紹介となり、気管支鏡検査を施行した。組織は、リンパ球浸潤があるが、明らかな悪性所見なく、器質化肺炎として経過観察となった。2022年のCTでは、元の浸潤影は消退傾向なものの、嚢胞性病変に置換しており、右下葉に新規の嚢胞性病変と中葉に広範な新規の浸潤影を認めた。2024年にも症状はないが、嚢胞性病変は進行したため、一元的な病変と考え、最大病変である中葉から気管支鏡下に生検を行った。血管壁や間質に好酸性無構造物の沈着が認められ、斑状のリンパ球浸潤や炎症性滲出物を伴っており、好酸性無構造物はcongo red染色で赤橙色に染色され、簡易偏光レンズ下の観察で緑色の複屈折性を示し、アミロイドーシスと診断した。肺のアミロイドーシスはまれであり、文献的考察を含めて報告する。

### E-5 気管支鏡検査で偶発的に発見された右主気管支神経鞘腫の一例

横浜市立市民病院 呼吸器内科

○荒木 はな、宮崎 和人、篠原 浩幸、柴 綾、東 由子、阿河 昌治、濱川 侑介、谷口 友理、三角 祐生、上見 葉子、下川 恒生、中村 有希子

気管支原発の神経鞘腫は比較的稀な疾患であり、気管支鏡検査中に偶発的に発見されることは少ない。症例は80歳男性。X年7月下旬、咳嗽を契機に施行した胸部CTで右上葉結節を指摘され、当院呼吸器内科を受診した。9月上旬に気管支鏡検査を施行し、気管支擦過にて扁平上皮癌と診断された。また同検査中、偶発的に右主気管支に局限した表面平滑な粘隆起性病変を認め、生検を施行した。病理組織学的には異形に乏しい紡錘形細胞が錯綜配列を呈して増殖しており、免疫染色ではS-100陽性、Ki-67陽性細胞はごく少数であったことから神経鞘腫と診断した。肺癌に対しては12月に右上葉切除術を施行した。なお同時期に前立腺癌も指摘された。肺癌精査中の気管支鏡検査にて偶発的に発見された気管支神経鞘腫の一例を経験した。気管支鏡検査においては、主病変のみならず、偶発的に認めた気管支内病変にも注意を払う必要がある。

## 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
第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 東京都千代田区外神田4-14-1 秋葉原UDX 4F
第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 東京都港区港南 1-2-70 品川シーズンテラス 3F
第199回	市村 秀夫 先生 筑波大学医学医療系 呼吸器外科学	2026年12月12日	京王プラザホテル 東京新宿区西新宿2-2-1
第200回	蜂谷 勤 先生 諏訪赤十字病院	2027年3月6日	砂防会館別館 シェーンバツハ・サボー 東京都千代田区平河2-7-4

## 気管支鏡講習会 開催予定

回数	上級／初級	開催日	会場
第85回	初級 準備・安全対策 ／観察及び記録(JBD)	2026年6月13日	砂防会館別館 シェーンバツハ・サボー 東京都千代田区平河2-7-4
第86回	上級 EWS／バルブ	2026年9月19日	品川シーズンテラスカンファレンス 東京都千代田区外神田4-14-1
第87回	上級 ステント／硬性鏡	2026年12月12日	京王プラザホテル 東京新宿区西新宿2-2-1

# 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・団体より多大な御援助を賜りました。

謹んで感謝の意を表します。

第196回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会

会長 宮原 隆成

## ■共 催

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、  
パルモニクスジャパン株式会社、JA長野厚生連 長野松代総合病院

## ■広告掲載

旭化成ファーマ株式会社、インスメッド合同会社、オリンパスマーケティング株式会社、  
グラクソ・スミスクライン株式会社、サノフィ株式会社／リジェネロン・ジャパン株式会社、  
第一三共株式会社、株式会社ツムラ、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

## ■寄 付

アズサイエンス株式会社、浦安工業株式会社 長野支店、株式会社上條器械店 長野支店、  
共栄医科器械株式会社、株式会社信越ワキタ、大成建設株式会社 北信越支店、  
中日本メディカルリンク株式会社、長野県厚生農業協同組合連合会、日本海綿業株式会社、  
PO印刷株式会社、丸文通商株式会社

2026年3月12日現在



**OLYMPUS**

EVIS EUS™ 超音波気管支ファイバービデオスコープ

## BF-UCP190F

肺野末梢領域への高精度なアプローチをサポート

EBUS™-TBNA 法による肺深部領域におけるサンプリング

- ・リアルタイムの超音波画像と内視鏡画像による観察を可能にし、肺深部領域の正確なサンプリングをサポート
- ・先端部外径5.9mmの細径化により到達範囲の拡大を支援し、効率的な肺がん診断に貢献

オリンパスマーケティング株式会社

[www.olympus.co.jp](http://www.olympus.co.jp)

製造販売元 オリンパスメディカルシステムズ株式会社

販売名

医療機器番号

EVIS EUS 超音波気管支ファイバービデオスコープ OLYMPUS BF-UCP190F 307ABBZX00010000





抗悪性腫瘍剤-抗HER2<sup>※</sup>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

●「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。

一般名/トラスツスマブ 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)



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。**





注意一特例承認医薬品

抗ウイルス剤

薬価基準収載

# パキロビッドパック 600/300

Paxlovid®PACK

ニルマトレルビル錠/リトナビル錠

創薬・処方箋医薬品<sup>※1</sup>

注）注意一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」、「禁忌を含むその他の注意」等については、電子添文をご参照ください。

製造販売

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：  
製品情報センター 学術情報ダイヤル 0120-664-467  
<https://pfizerpro.jp/> にも製品関連情報を掲載

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>

PAX72N002B  
2023年8月作成

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

**MSD** ブリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社

2023年3月作成



未来をひらくがん免疫療法