

第197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6月13日(土)

会 場：秋葉原UDXギャラリーネクスト
〒101-0021 東京都千代田区外神田4-14-1 秋葉原UDX 4F

会 長：菱田 智之
埼玉医科大学国際医療センター呼吸器外科 教授

事務局：埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科
〒350-1298 埼玉県日高市山根1397-1
TEL：042-984-4111（代表）



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※)} 最適用推進ガイドライン対象品目 薬価基準収載
テセントリク[®] 点滴静注 1200mg
 atezolizumab
 アテゾリズマブ（遺伝子組換え）注
 ⑧F、ホフマン・ラ・ロシュ社（スイス）登録商標

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※)} 薬価基準収載
アバスチン[®] 点滴静注用 100mg/4mL 400mg/16mL
 bevacizumab
 ペバシズマブ（遺伝子組換え）注

抗悪性腫瘍剤／ALK^{注3)}阻害剤
 創薬、処方箋医薬品^{注※)} 薬価基準収載
 **アレセンサ[®]** カプセル 150mg
ALECENSA[®] アレクチニブ塩酸塩カプセル

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※)} 薬価基準収載
ロズリートレク[®] カプセル 100mg、200mg
 entrectinib
 エントレクチニブカプセル
⑧F、ホフマン・ラ・ロシュ社（スイス）登録商標

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

2025年7月作成

ご挨拶



第197回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 会長
埼玉医科大学国際医療センター呼吸器外科 教授

菱田 智之

このたび、第197回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会を、2026年6月13日（土）に東京・秋葉原UDXギャラリーネクストにて開催させていただくこととなりました。第197回を数える歴史ある本支部会を、私ども埼玉医科大学国際医療センター呼吸器外科が主宰する機会を賜りましたことは誠に光栄であり、日頃よりご指導・ご支援をいただいております関東支部会幹事の先生方、会員の先生方およびすべての関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

本支部会は、歴史的にも症例報告を中心とした構成で開催され、若手呼吸器内科医・呼吸器外科医にとって学会発表の登竜門として重要な役割を担ってまいりました。本支部会の場で、自身が経験した貴重な症例や治療に難渋した症例、工夫を要した症例について、既報との比較検討を踏まえ、新たな知見の有無を検討し、その考察とともに発表することは、発表者のみならず、聴講・討論に参加するすべての先生方にとって極めて有意義な学習機会となるものと存じます。

近年の呼吸器内視鏡学の進歩は目覚ましいものがあります。肺腫瘍診断においては、従来の気管支鏡検査では到達が困難であった末梢病変に対しても、EBUS-GS、EBUS-TBNA、細径気管支鏡、クライオバイオプシーなど多様なモダリティを駆使することで、確実かつ良質な組織の採取が可能となり、遺伝子パネル検査などによる最適な治療方針決定が実現しています。また、外科領域においてはロボット支援下手術の普及により低侵襲かつ精緻な手術が可能となり、中枢気道病変に対しては、安全な硬性鏡手技の普及が治療選択肢を広げ、患者さんへの診療に大きく貢献しております。

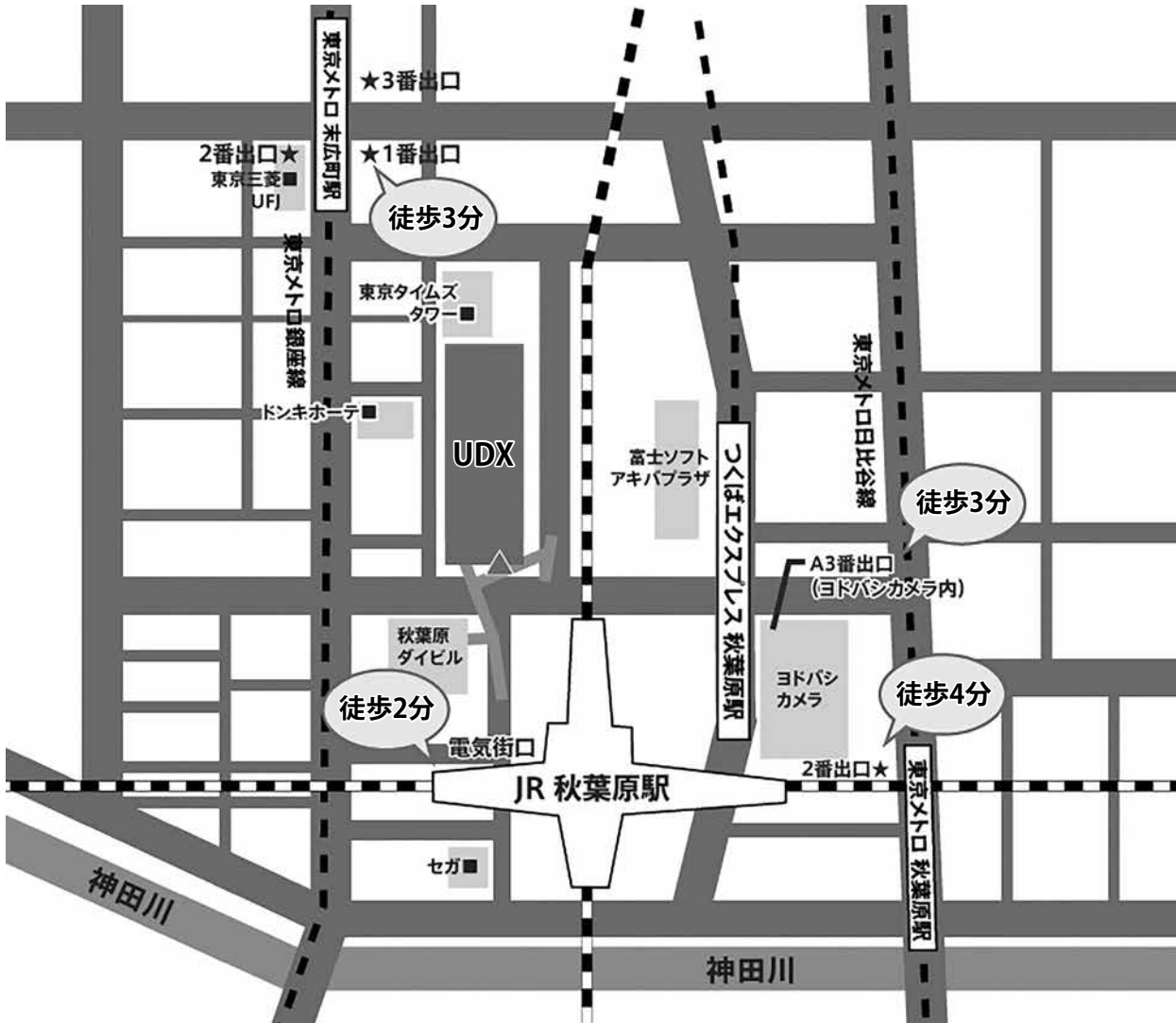
本支部会におきましては、ぜひ多くの先生方に演題のご応募・ご発表をいただき、皆様とともに呼吸器内視鏡学のさらなる発展と、患者さんへの診療貢献につなげていければと存じます。開催にあたりましては、日常の診療・研究・教育において連携しております埼玉医科大学国際医療センター呼吸器内科および埼玉医科大学病院呼吸器内科とも協力し、スタッフ一同、会の成功に向け鋭意準備を進めております。

多くの皆様のご来場をお待ち申し上げます。

会場ご案内図

秋葉原UDXギャラリーネクスト

〒101-0021 東京都千代田区外神田4-14-1 秋葉原UDX 4F



JR秋葉原駅徒歩2分

- ①「電気街口」改札出て右
- ②駅前広場よりUDXビル2F直結のアキバブリッジへ
- ③大型ビジョンの右下オフィスエントランスへ

つくばエクスプレス 秋葉原駅徒歩3分

- ①「A1出口」より
東西連絡通路を西側へ
- ②JR電気街口改札前を北側へ
- ③JR秋葉原駅から同じルートへ

東京メトロ銀座線 末広町駅徒歩3分

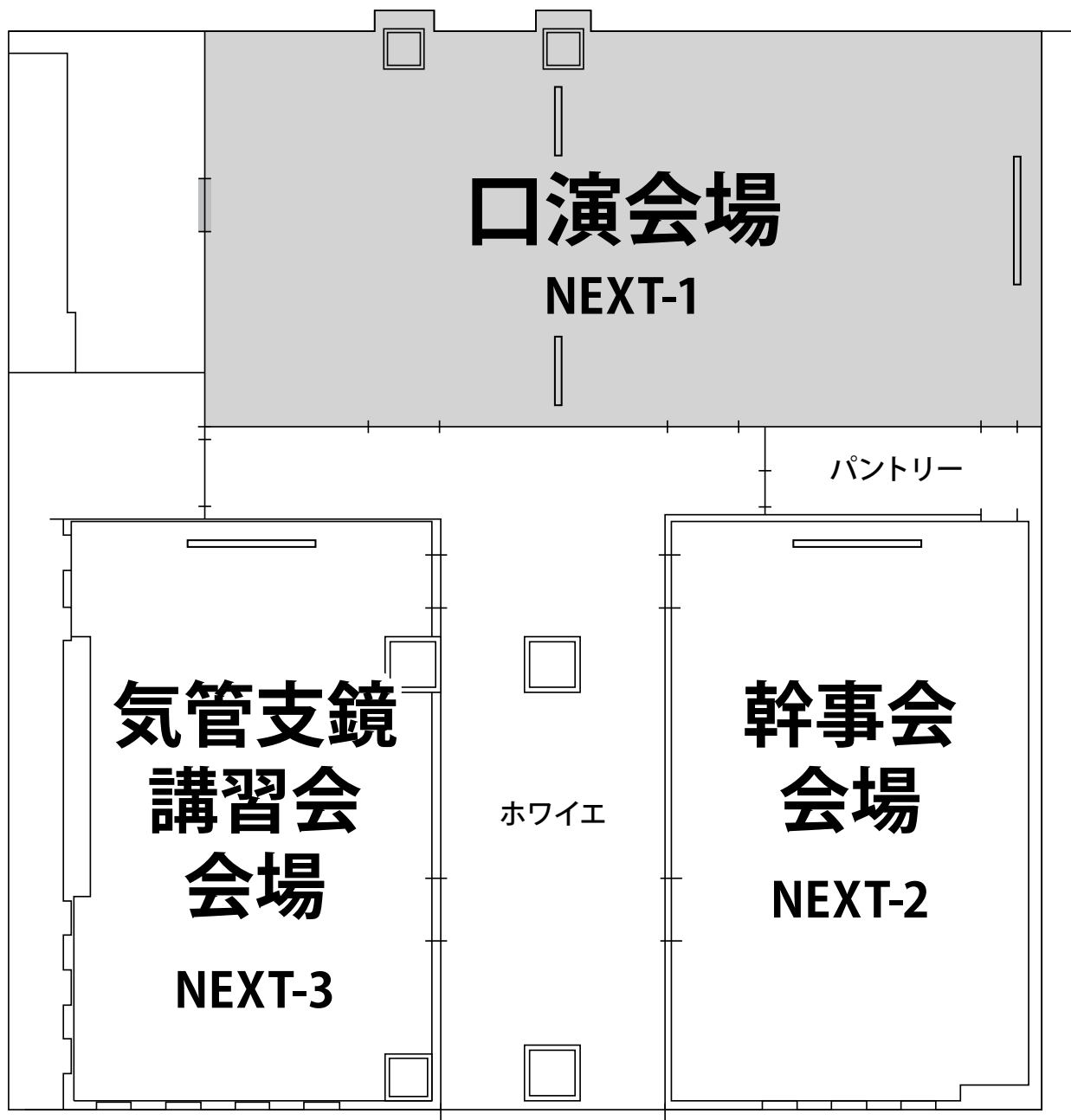
- ①「1番出口」「3番出口」
中央通りを東京（南）方面へ
- ②交差点を東側へ
ビル1F南西部より
階段、又はエスカレーターにて2Fへ

東京メトロ日比谷線 秋葉原駅徒歩4分

- ①「2番出口」より
昭和通りを上野（北）方面へ
- ②大型ビジョンの右下オフィスエントランスへ

フロアご案内図

秋葉原UDXギャラリーネクスト4階



第197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197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/jsrekanto197/>

■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6月13日（土）12：10～18：30
（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/jsrekanto197/registration.html>

■参加登録期間

【クレジット決済の場合】2026年3月16日（月）～6月13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

学生・研修医：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6月13日（土）11：30～12：00

（ご出席の先生には昼食の用意を致します。）

■場所：秋葉原UDX ギャラリーネクスト4F「NEXT-2」

■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197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/jsrekanto197/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197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
	12:25～13:07 A. 診断1 (EBUS、クライオなど) 座長：猶木 克彦 (北里大学医学部 呼吸器内科学) 仲地 一郎 (済生会宇都宮病院 呼吸器内科) 演者：兵頭 健太郎、金沢 高弘、深谷 拓生、奥村 祐仁、草野 賢次、張 新一
13:00	休憩 (5分)
	13:12～13:57 アフタヌーンセミナー① 『肺がん周術期治療の新展開 ～AEGEAN試験を踏まえて～』 座長：山口 央 (埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器内科 講師) 演者：中島 崇裕 (獨協医科大学 呼吸器外科学講座 准教授) 共催：アストラゼネカ株式会社
14:00	休憩 (2分)
	13:59～14:34 B. 手術1 (手術の工夫・困難例への対応) 座長：吉田 幸弘 (国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科) 和田 啓伸 (国際医療福祉大学医学部 呼吸器外科学) 演者：大石 岳、中坪 正樹、藤枝 恭介、林 浩平、久保田 魁
	休憩 (5分)
	14:39～15:24 アフタヌーンセミナー② 『周術期非小細胞肺癌における最適な治療選択を考察する』 座長：解良 恭一 (埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器内科 教授) 演者：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 主任教授) 共催：MSD株式会社
15:00	休憩 (2分)
	15:26～16:08 C. 診断2 (各種肺疾患の診断) 座長：田中 徹 (日本医科大学付属病院 呼吸器内科) 鶴岡 一 (聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科) 演者：遠藤 哲史、菱垣 裕里、鈴木 菜々、趙 健助、福見 光、堀内 功久
16:00	休憩 (5分)
	16:13～16:58 イブニングセミナー 『胸腔鏡手術の安全と教育の最前線ー次世代に向けた継承ー』 座長：工藤 勇人 (東京医科大学) 演者：西平 守道 (獨協医科大学埼玉医療センター)、内田 真介 (順天堂大学医学部附属順天堂医院) 共催：コヴィディエンジャパン株式会社
17:00	休憩 (2分)
	17:00～17:35 D. 手術2 (気管支関連) 座長：山内 良兼 (帝京大学医学部 外科学講座) 村上 浩太郎 (東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野) 演者：大脇 翔、佐藤 誉哉、山口 遼大、小川 佳宏、佐藤 沙喜子
	休憩 (3分)
	17:38～18:27 E. 気道インターベンション (ステント、気道充填術など) 座長：前田 寿美子 (獨協医科大学 呼吸器外科学) 長岡 鉄太郎 (順天堂大学医学部 呼吸器内科学) 演者：後藤 悠史、新妻 彩、安富 健、青木 優介、堺堀 裕子、中村 昂輝、種子田 陸斗
18:00	
	18:27 閉会の辞、表彰式
19:00	

プログラム一覧

演題番号	演題名	氏名(敬称略、★は学生・研修医)	所属機関名
12:25～13:07 A. 診断1 (EBUS、クライオなど) 座長：猶木 克彦 (北里大学医学部 呼吸器内科学)、仲地 一郎 (済生会宇都宮病院 呼吸器内科)			
A-1	EBUS-TBNAで診断したびまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) 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-2	非挿管下肺クライオ生検で血管免疫芽球性T細胞リンパ腫再発が疑われた1例	金沢 高弘★ 東京都立駒込病院 呼吸器外科	
A-3	ペースメーカーリードによるサルコイド様反応を呈した1例	深谷 拓生 東京都立多摩総合医療センター 呼吸器・腫瘍内科	
A-4	超音波気管支鏡ガイド下縦隔クライオ生検が診断に有用であったメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例	奥村 祐仁★ がん・感染症センター 都立駒込病院	
A-5	クライオ生検で診断した肺粘表皮癌の1例	草野 賢次 さいたま赤十字病院 呼吸器内科	
A-6	局所麻酔下胸膜クライオ生検で診断した腎細胞癌胸膜播種の1例	張 新一★ がん・感染症センター都立駒込病院 呼吸器外科	
13:12～13:57 アフタヌーンセミナー1 座長：山口 央 (埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器内科 講師) 『肺がん周術期治療の新展開 ～AEGEAN試験を踏まえて～』 演者：中島 崇裕 (獨協医科大学 呼吸器外科学講座 准教授)			
			共催：アストラゼネカ株式会社
13:59～14:34 B. 手術1 (手術の工夫・困難例への対応) 座長：吉田 幸弘 (国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科)、和田 啓伸 (国際医療福祉大学医学部 呼吸器外科学)			
B-1	術前免疫化学療法により気管支形成を回避できた左下葉肺癌の1例	大石 岳★ 筑波大学附属病院 呼吸器外科	
B-2	術前療法後に肺門・縦隔リンパ節腫大を呈し、EBUS-TBNAによる再ステージングにより切除し得た原発性肺癌の1例	中坪 正樹 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 (呼吸器) / 国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科	
B-3	血性胸水を伴う膿胸に対してドレナージ後も拡張不良だったため手術を行った一例	藤枝 恭介★ 埼玉メディカルセンター 呼吸器内科	
B-4	内服変更に伴い再発した月経随伴性気胸の一例	林 浩平★ 日本大学板橋病院 呼吸器外科	
B-5	CBCTナビゲーションにより両側多発肺転移の全病変切除を達成し得た1例	久保田 魁★ 帝京大学医学部外科学講座	
14:39～15:24 アフタヌーンセミナー2 座長：解良 恭一 (埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器内科 教授) 『周術期非小細胞肺癌における最適な治療選択を考察する』 演者：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 主任教授)			
			共催：MSD株式会社

プログラム一覧

演題番号	演題名	氏名(敬称略、★は学生・研修医)	所属機関名
15:26~16:08 C. 診断2 (各種肺疾患の診断)			
座長：田中 徹 (日本医科大学付属病院 呼吸器内科)、鶴岡 一 (聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科)			
C-1	肺癌症例における気管支鏡検査後喀痰細胞診の臨床的特徴	遠藤 哲史 群馬県立がんセンター 呼吸器内科／埼玉医科大学 国際医療センター 呼吸器内科	
C-2	急速に癌性胸膜炎へ進展したが、胸腔鏡にて診断し、テボチニブが著効したMET陽性肺癌の一例	菱垣 裕里 那須赤十字病院 呼吸器・アレルギー内科	
C-3	慢性好酸球性肺炎治療後に真菌球形成を伴う気管支拡張症を認めた一例	鈴木 菜々★ 東京科学大学病院 呼吸器内科	
C-4	右下葉全体の広範な浸潤影を呈した肺Mycobacterium kansasii症の診断に気管支内視鏡検査を用いた一例	趙 健助 埼玉医科大学病院 呼吸器内科	
C-5	緩徐に増大する結節影を呈した慢性進行性肺アスペルギルス症の1例	福見 光★ 日本大学医学部 内科学系 呼吸器内科学分野	
C-6	ROSEにより肺アスペルギルス症と診断した右上葉腫瘤性陰影の1例	堀内 功久 埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器内科	
16:13~16:58 イブニングセミナー			
共催：コヴィディエンジャパン株式会社			
座長：工藤 勇人 (東京医科大学)			
『胸腔鏡手術の安全と教育の最前線—次世代に向けた継承—』			
演者：西平 守道 (獨協医科大学埼玉医療センター)、内田 真介 (順天堂大学医学部附属順天堂医院)			
17:00~17:35 D. 手術2 (気管支関連)			
座長：山内 良兼 (帝京大学医学部 外科学講座)、村上 浩太郎 (東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野)			
D-1	過去の結核感染に伴う二次性気管支閉鎖症が疑われ、悪性腫瘍との鑑別に外科的切除を要した1例	大脇 翔★ 杏林大学医学部付属病院 呼吸器内科	
D-2	硬性鏡下腫瘍減量術後に気管支形成を伴う右肺上葉切除を行った右上葉肺癌肉腫の1例	佐藤 誉哉★ 自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科	
D-3	光造形プリンターを用いた気管支軟性シリコンモデルを術前訓練に使用した気管支扁平上皮癌の1切除例	山口 遼大★ 埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科	
D-4	単孔式胸腔鏡下に施行した気管支楔状形成術の一例	小川 佳宏★ 獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科	
D-5	B6a・B6b・B6cの独立分岐を伴う右肺S6区域切除後に遅発性気管支瘻を来した一例	佐藤 沙喜子 土浦協同病院 呼吸器外科	
17:38~18:27 E. 気道インターベンション (ステント、気道充填術など)			
座長：前田 寿美子 (獨協医科大学 呼吸器外科学)、長岡 鉄太郎 (順天堂大学医学部 呼吸器内科学)			
E-1	硬性鏡下に切除した気管支ポリープの1例	後藤 悠史 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野	
E-2	食道癌再発による気管狭窄に対しステント留置を行った1例	新妻 彩★ 埼玉医科大学 医学部 医学科 6年／ 埼玉医科大学 国際医療センター 呼吸器外科	
E-3	Dumonステント留置後、薬物療法著効にてステント抜去を達成した膀胱癌縦隔リンパ節転移の1例	安富 健★ 山梨県立中央病院 呼吸器外科	
E-4	悪性中枢気道狭窄に対するDumon Yステント留置後、排痰障害および肺炎遷延のためステント抜去を要した1例	青木 優介 慶應義塾大学 医学部 外科学 (呼吸器)	
E-5	大量喀血に対して、ポータブル気管支鏡下に緊急EWS留置を施行し止血を得た2例	堺堀 裕子★ がん・感染症センター 都立駒込病院 呼吸器外科	
E-6	肺化膿症穿破による右有癭性膿胸に対して胸腔ドレナージ、気管支充填術で治癒した1例	中村 昂輝★ 自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門	
E-7	重症呼吸不全を伴う難治性気胸に対し気管支内充填術が有効であった一例	種子田 陸斗★ 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学	

A. 診断1 (EBUS、クライオなど)	12:25 ~ 13:07
座長：猶木 克彦（北里大学医学部 呼吸器内科学） 仲地 一郎（済生会宇都宮病院 呼吸器内科）	

A-1 EBUS-TBNA で診断したびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫（DLBCL）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¹⁾、斎藤 武文¹⁾、崔 虎眞¹⁾、藤田 弘輝¹⁾、高橋 優太¹⁾、名和 日向子¹⁾、久保田 翔太¹⁾、松田 峰史¹⁾、野中 水¹⁾、荒井 直樹¹⁾、金澤 潤¹⁾、中川 隆行²⁾、南 優子³⁾、石井 幸雄¹⁾

症例は 54 歳女性。既往に関節リウマチがあり、近医で 4 年前より MTX など加療を受けていた。検診胸部 X 線検査で左胸水を疑われ、近医受診した。PS1 で階段昇降時に軽度の呼吸困難があったが発熱、寝汗は認めなかった。1 年間で 5kg 程の体重減少があった。造影 CT で左胸水、胸膜肥厚、左 S3 に 26mm 大の結節、縦隔に複数の腫大したリンパ節を認めた。sIL-2L は 980U/L、SLX が 67U/mL で、その他の肺癌マーカー、IGRA は陰性だった。肺癌、悪性リンパ腫等が鑑別に挙げられ、当院紹介となり、縦隔リンパ節（#4R）より EBUS-TBNA を施行した。DLBCL（GCB type）と診断し、血液内科転院紹介した。気管支鏡での悪性リンパ腫の診断は難しいことがあるが当院では必要に応じて呼吸器外科医、病理医と一緒に検査を施行して診断率の向上に努めている。本症例では、病理医と一緒に施行した EBUS-TBNA が診断に有用であった。適切な検体が採取されているかその場で確認できることが最大の利点であり、加えて内視鏡室での直接的な連携から病理診断医とのコミュニケーションが深まることも有用であった。

A-2 非挿管下肺クライオ生検で血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫再発が疑われた 1 例

¹⁾ 東京都立駒込病院 呼吸器外科、²⁾ 東京都立駒込病院 病理科

○金沢 高弘¹⁾、鈴木 幹人¹⁾、矢野 海斗¹⁾、井本 智博¹⁾、比島 恒和²⁾、中川 加寿夫¹⁾

40 歳代、男性。血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫（AITL）に対し末梢血幹細胞移植 2 ヶ月後の胸部 CT で 3 か所の肺結節が指摘された。再発や感染症を疑い、気管支鏡生検の方針とした。診断にはクライオ生検が必須と考え、一方、出血を最小限にするために、最も末梢だが病変に肺動静脈が近接しない右 S4a の病変を選択した。極細径気管支鏡、r-EBUS で病変との adjacent to を確認し、経気管支穿刺針吸引を行い within とした後に、クライオ生検の直接回収法（2 秒凍結で鉗子孔から検体回収）を 3 回行った。最後に処置用気管支鏡を気道内に同時経口挿入し、6 秒凍結後にクライオプローブと極細径気管支鏡を体外へ抜き、処置用気管支鏡で止血を行った（Dual-scope 法）。クライオ検体で AITL 再発が疑われ、臨床経過と合わせて再発病変として治療が行われた。出血を最小限にするためのクライオ生検の工夫につき報告する。

A-3 ペースメーカーリードによるサルコイド様反応を呈した 1 例

東京都立多摩総合医療センター 呼吸器・腫瘍内科

○深谷 拓生、山本 美暁、山本 諒、和田 忠久、佐藤 裕一、木庭 太郎、松田 周一、小林 健、
和田 暁彦、北園 美弥子、高森 幹雄

症例は 74 歳男性。44 歳時に完全房室ブロックに対してペースメーカー植え込み術を受けた。その後、ジェネレーターの交換や位置変更、リード断端の処理などが繰り返され、左鎖骨下静脈内にリードが遺残していた。1 年前にリードレスペースメーカーへ変更となったが、左側の遺残リードは抜去困難であった。左肺上葉に増大する結節影があり、臨床的肺癌と診断し根治的放射線療法を行った。3 か月後に CT で縦隔リンパ節の腫大を認め、PET-CT では縦隔リンパ節とともに左の遺残リードに沿った FDG 異常集積を認めた。#4R リンパ節に対して EBUS-TBNA を実施したところ、壊死を伴わない類上皮細胞肉芽腫を認め、ペースメーカーリードによるサルコイド様反応と診断した。ペースメーカーリードに関連したサルコイド様反応は稀であり、EBUS-TBNA が診断に有用であった 1 例として文献的考察を加えて報告する。

A-4 超音波気管支鏡ガイド下縦隔クライオ生検が診断に有用であった メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の 1 例

がん・感染症センター 都立駒込病院

○奥村 祐仁、鈴木 幹人、矢野 海斗、井本 智博、清水 麗子、中川 加寿夫

超音波ガイド下縦隔クライオ生検 (EBUS-TBMC) は、肺門・縦隔病変に対する新規生検法であり、高品質な検体により悪性リンパ腫の診断能向上が期待される。今回、EBUS-TBMC がメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) の診断に有用であった 1 例を経験した。症例は 60 歳代女性。関節リウマチに対しメトトレキサート導入後、2 ヶ月目に発熱・体重減少を認め、CT で縦隔リンパ節腫大を指摘された。悪性リンパ腫を疑い EBUS-TBMC を施行した。TBNA で気道に小孔を作成後、1.1mm クライオプローブを挿入し、短時間凍結 (3-4 秒) により作業用チャンネルを介してスコープを抜去せず直接検体を回収する直接回収法で 3 回採取し、最後に 9 秒凍結でスコープを抜去し大型検体を採取した。病理で古典的ホジキンリンパ腫と診断し、臨床経過と併せて MTX-LPD と診断した。

A-5 クライオ生検で診断した肺粘表皮癌の 1 例

さいたま赤十字病院 呼吸器内科

○草野 賢次、町田 蓉子、中谷 大輔、太田 啓貴、宇塚 千紗、大場 智広、川辺 梨恵、山川 英晃、
佐藤 新太郎、赤坂 圭一、天野 雅子、松島 秀和

47 歳 男性。X-3 月から呼吸困難、血痰が出現。胸部 CT で左気管支に腫瘤が認められ当科を紹介されクライオ生検で肺粘表皮癌の診断とした。肺粘表皮癌は気管支腺由来の腫瘍であり、組織学的には粘液産生細胞、扁平上皮様細胞の混在を特徴とし低悪性度から高悪性度を有する。本症例ではクライオ生検で十分な組織を確保し、粘液産生細胞と扁平上皮様成分の混在を確認することで診断に至った。従来の生検では組織量が限られ、細胞成分が混在する病変では診断が困難となる。その点、クライオ生検は組織構築を保ちながら検体を採取可能であり診断に有用であった。また、肺粘表皮癌は中枢気道に発生することが多く、内視鏡的にはポリープ状または結節状病変として観察されることが多い。本症例でも同様の所見を呈しており、臨床像として典型的であった。一方で、画像所見のみではカルチノイド腫瘍や扁平上皮癌などの鑑別が困難であり組織学的評価が不可欠である。

A-6 局所麻酔下胸膜クライオ生検で診断した腎細胞癌胸膜播種の1例

¹⁾ がん・感染症センター都立駒込病院 呼吸器外科、²⁾ がん・感染症センター都立駒込病院 病理科
○張 新一¹⁾、鈴木 幹人¹⁾、堺堀 裕子¹⁾、矢野 海斗¹⁾、井本 智博¹⁾、比島 恒和²⁾、中川 加寿夫¹⁾

症例は70歳代、男性。CTで右腎腫瘍、両側肺結節を認め、進行腎細胞癌が疑われたが、患者希望で経過観察をしていた。3か月後に呼吸困難が出現し、CTで左胸水貯留、多発胸膜結節が新たに出現した。胸水細胞診は腺癌の診断であった。薬物治療のため組織診が必要であったが、PSが低下し、低心機能も認められたため局所麻酔下に胸膜クライオ生検を行った。腎細胞癌は多血性であり、胸膜病変の生検であっても止血操作に難渋する可能性が考えられた。そのため、ラッププロテクターで開排した1.5cmの単一創から胸腔ビデオスコープと外科手術で用いるソラコットを同時に挿入し、生検直後から同部位を圧迫することで、首尾よく止血操作を行うことができた。手技の最後にはビデオスコープと同時に挿入したソフト凝固電気メスで完全な止血を行った。組織学的に、淡明な細胞質を有する腫瘍細胞を認め、淡明細胞型腎細胞癌の胸膜播種と診断した。

アフタヌーンセミナー①

13:12～13:57

座長：山口 央（埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器内科 講師）

『肺がん周術期治療の新展開～AEGEAN試験を踏まえて～』

演者：中島 崇裕（獨協医科大学 呼吸器外科学講座 准教授）

共催：アストラゼネカ株式会社

B. 手術1（手術の工夫・困難例への対応）

13:59～14:34

座長：吉田 幸弘（国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科）

和田 啓伸（国際医療福祉大学医学部 呼吸器外科学）

B-1 術前免疫化学療法により気管支形成を回避できた左下葉肺癌の1例

筑波大学附属病院 呼吸器外科

○大石 岳、佐伯 祐典、高橋 瑞歩、藤原 大悟、黒田 啓介、関根 康晴、上田 翔、小林 尚寛、市村 秀夫、佐藤 幸夫

非小細胞肺癌に対する術前免疫化学療法の有用性が報告されているが、中枢気道進展例において気管支形成回避を目的に施行した報告は限られる。今回、術前療法により気管支形成を回避しえた1例を経験したので報告する。

【症例】70代男性。健診精査のCTで左下葉支を閉塞する27mm大の充実性結節を認めた。気管支鏡では腫瘍は左主気管支までポリポイドに進展。生検で扁平上皮癌の診断、PD-L1 TPS 40%。cT2aN0 cStage IBの診断で、気管支形成回避目的に術前免疫化学療法（CBDCA+PTX+Nivolumab 3コース）施行。腫瘍径は17mmまで縮小、気管支鏡では腫瘍はB6内まで退縮した。ycT1bN0 ycStage IA2とdown stageし、胸腔鏡下左下葉切除術＋縦隔リンパ節郭清施行。気管支処理はTA型ステープラーを用い、気管支断端は術中迅速診断で陰性を確認した。術後経過は良好で術後9日目に退院

B-2 術前療法後に肺門・縦隔リンパ節腫大を呈し、EBUS-TBNA による再ステージングにより切除し得た原発性肺癌の 1 例

¹⁾ 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科（呼吸器）、²⁾ 国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科、
³⁾ 国立がん研究センター中央病院 呼吸器内科、⁴⁾ 国立がん研究センター中央病院 病理診断科
○中坪 正樹^{1,2)}、古瀬 秀明¹⁾、松元 祐司^{1,3)}、吉田 幸弘²⁾、岸川 さつき⁴⁾、谷田部 恭⁴⁾、
渡辺 俊一²⁾、土田 敬明¹⁾

症例は 60 歳代男性。前医で左肺下葉腫瘤に対する経気管支生検で扁平上皮癌（遺伝子変異陰性、PD-L1 強陽性）と診断された。造影 CT より cT2bN2aM0 とされ、カルボプラチン＋パクリタキセル＋ニボルマブによる術前療法を行い、原発巣は縮小したが PET-CT で肺門縦隔リンパ節に FDG 集積亢進を伴う腫大を認め、病勢進行のため手術適応なしと判断され、当院を紹介受診した。

EBUS-TBNA での系統的再ステージングを行い、いずれも悪性所見を認めず免疫療法後の反応性腫大と考えた。左肺下葉切除術を施行し最終病期は ypT2bN0M0 であり、リンパ節に転移痕跡はなかった。

本症例は臨床病期の過大評価から不要な術前療法が施行され、さらに治療後の画像所見より病勢進行と誤判断されたが、EBUS-TBNA での系統的再ステージングが適切な治療方針の修正に寄与した。周術期治療の導入に伴い同様の症例の増加が予想され、ガイドラインに準拠したステージングの重要性が再認識される。

B-3 血性胸水を伴う膿胸に対してドレナージ後も拡張不良だったため手術を行った一例

¹⁾ 埼玉メディカルセンター 呼吸器内科、²⁾ 埼玉メディカルセンター 呼吸器外科
○藤枝 恭介¹⁾、佐々木 衛¹⁾、仲谷 美穂¹⁾、矢崎 夏美¹⁾、上田 壮一郎¹⁾、奥村 武弘²⁾

【症例】89 歳男性【主訴】労作時呼吸困難【既往歴】持続性心房細動、高血圧

【現病歴】X 年 6 月、労作時呼吸困難が出現し受診した。発熱はなかったが、CT で左大量胸水および胸膜の軽度肥厚を認めたため、胸水精査加療のため緊急入院した。

【臨床経過】入院後に ABPC/SBT を開始した。胸水は血性の滲出性で糖の軽度低下があり、膿胸および悪性胸水も疑われたが、細胞診で悪性所見は認めなかった。胸腔ドレナージ後も肺拡張不良のため、肺の再拡張および胸膜生検目的に手術を行った。術中所見でゼリー状の胸水と壁側胸膜の均一な肥厚を認め、生検及び膿胸に準じて胸腔内搔爬も行った。胸膜の病理組織診断で悪性所見はなく、胸水から *Streptococcus constellatus* が検出され、膿胸と診断した。術後全身状態は改善し、内服抗菌薬に変更して 8 週間で終了した。

【結語】膿胸の治療経過において胸腔鏡下胸膜生検を行った一例を経験した。

B-4 内服変更に伴い再発した月経随伴性気胸の一例

日本大学板橋病院 呼吸器外科

○林 浩平、井上 航貴、今中 大起、鈴木 淳也、中村 梓、佐藤 大輔、河内 利賢、櫻井 裕幸

症例は 30 歳代女性。月経随伴性気胸にて胸痛を繰り返していたが、低用量ピルを開始し再発なく経過されていた。内服変更に伴い胸痛発症し、右Ⅲ度気胸の診断で当科紹介となった。入院同日に胸腔ドレナージを挿入し、翌日に手術を施行した。胸腔内所見は肺実質および横隔膜に Blueberry spot を認め、横隔膜は瘻孔を伴っていたため自動縫合器で横隔膜部分切除を施行した。病理組織検査では免疫染色で CD10 と ER に陽性となる子宮内膜間質様間質が散見され、月経随伴性気胸の診断に矛盾しない結果となった。現在は、ジェノゲストを内服し、再発なく経過している。若干の文献的考察を加えて報告する。

B-5 CBCT ナビゲーションにより両側多発肺転移の全病変切除を達成し得た 1 例

¹⁾ 帝京大学医学部外科学講座、²⁾ 帝京大学医学部小児科学講座、³⁾ 帝京大学医学部附属病院 病院病理部

○久保田 魁¹⁾、山内 良兼¹⁾、山元 幹太¹⁾、守田 静樺¹⁾、香丸 真也¹⁾、高橋 光¹⁾、樋渡 光輝²⁾、菊地 良直³⁾、齋藤 雄一¹⁾、坂尾 幸則¹⁾

【背景】転移性肺腫瘍に対する肺切除術では病変の完全切除が求められるが、小型・深部の結節は術中触知が困難なことがある。当院ではこのような症例に対して、Cone-beam CT (CBCT) を用いた術中ナビゲーションを導入している。今回、骨肉腫肺転移を疑う両側多発小結節に対し CBCT ナビゲーション下に完全切除し得た若年例を経験したので報告する。

【症例】14 歳男性。X-1 年に右腓骨近位端骨肉腫に対して右大腿切断術及び術前術後化学療法を施行。X 年、胸部 CT にて両側多発肺結節（左肺 4 病変、右肺 6 病変、最大径 14.8 mm）が出現。いずれも経時的増大傾向を認め、転移性肺腫瘍を強く疑った。病変がより切除しやすい位置に存在していた左側より手術を行う方針とした。CBCT ナビゲーション下に肺部分切除 4 箇所を施行した。病理では 4 病変が骨肉腫肺転移と診断、いずれも断端陰性。MAP-IE による化学療法（MTX、DOX、CDDP、IFM、ETP）を半年間継続しながら経過観察を継続した。既出の右側の 6 病変も著しい変化なく、これらの病変以外に新たな病変の出現を認めなかったことから、右側病変も CBCT ナビゲーション下に上葉部分切除および中葉切除を施行した。病理では 4 病変が肺転移、断端陰性。術後化学療法は実施せず、術後 7 ヶ月時点で無再発である。

【結論】多発小結節に対する肺切除術において CBCT ナビゲーションは全病変の確実な同定と十分なマージン確保に有用である。若年例など積極的な完全切除が求められる症例において特に意義が大きいと考えられた。

アフタヌーンセミナー②

14 : 39 ~ 15 : 24

座長：解良 恭一（埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器内科 教授）

『周術期非小細胞肺癌における最適な治療選択を考察する』

演者：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 主任教授）

共催：MSD株式会社

C. 診断2（各種肺疾患の診断）

15：26～16：08

座長：田中 徹（日本医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科）

鶴岡 一（聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科）

C-1 肺癌症例における気管支鏡検査後喀痰細胞診の臨床的特徴

¹⁾ 群馬県立がんセンター 呼吸器内科、²⁾ 埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器内科、

³⁾ 群馬県立がんセンター 臨床病理検査部、⁴⁾ SUBARU 健康保険組合太田記念病院

○遠藤 哲史^{1,2)}、今井 久雄^{1,2)}、解良 恭一²⁾、布瀬川 卓也³⁾、増渕 雄¹⁾、飯島 美砂³⁾、湊 浩一^{1,4)}、増渕 健¹⁾

【背景】当院では気管支鏡検査後の喀痰細胞診を採取し、肺癌診断の補助的な手段として使用してきた。喀痰細胞診のみの意義は少なくなっているが、臨床的特徴や意義について検討した。

【方法】2007年5月から2024年12月まで当院で気管支鏡検査を施行し検査後に喀痰細胞診を提出した1082例中、肺癌と診断され再発症例や再生検、短期間のフォローアップ症例を除く625例について後方視的に検討した。

【結果】625例中喀痰細胞診陽性が82例（13.1%）で陰性が543例であった。性別、年齢、喫煙歴、PS、組織型、病変の局在、病期、原発巣の大きさ等について解析した結果、陽性例では若年、中枢側病変、原発巣が大きい傾向にあった。全生存期間は陽性例で有意に短かった（中央値14.3ヶ月 vs. 25.3ヶ月； $p < 0.001$ ）。

【結語】気管支鏡検査後の喀痰細胞診陽性例は予後不良であることが示唆された。

C-2 急速に癌性胸膜炎へ進展したが、胸腔鏡にて診断し、テポチニブが著効したMET陽性肺癌の一例

¹⁾ 那須赤十字病院 呼吸器・アレルギー内科、²⁾ 那須赤十字病院 リウマチ・膠原病内科

○菱垣 裕里¹⁾、福島 史哉¹⁾、池野 義彦²⁾、田宮 千知¹⁾、町田 安孝¹⁾、大岡 優希¹⁾

71歳、女性。頭部外傷精査のCTにて偶発的に左肺尖部の結節影を指摘された。気管支鏡検査にて左B1+2b・cよりTBBを行った。病理学的悪性初見はなかったが、3ヶ月後のCTで結節影は増大しており、PET/CTを実施したところ左肺尖部の病変と大動脈弓下リンパ節へのFDG集積を認めた。気管支鏡検査再検予定としたが、検査前に呼吸苦にて当院救急外来を受診して、左大量胸水を認めた。癌性胸膜炎への進展を疑い入院管理とし、胸腔ドレナージを行った上で、胸腔鏡検査を実施し胸膜生検を行った。腺癌の診断を得、オンコマインDxTTにてMET exon14 skipping mutationが判明したためテポチニブ内服を開始した。治療は著効し、左胸水はほぼ消失、左肺の病変は肺尖部の小結節影のみとなった。内服開始後2年が経過したが、無増悪を維持している。急速に癌性胸膜炎へ進展したが、胸腔鏡とオンコマインDxTTにより迅速な診断・治療を行い、劇的な改善を得た肺癌症例を経験したため報告する。

C-3 慢性好酸球性肺炎治療後に真菌球形成を伴う気管支拡張症を認めた一例

¹⁾ 東京科学大学病院 呼吸器内科、²⁾ 東京科学大学病院 病理部

○鈴木 菜々¹⁾、立石 知也¹⁾、八巻 春那¹⁾、青柳 慧¹⁾、青木 光¹⁾、望月 晶史¹⁾、園田 史朗¹⁾、
榊原 里江¹⁾、本多 隆行¹⁾、石塚 聖洋¹⁾、岡本 師¹⁾、古澤 春彦¹⁾、桐村 進²⁾、宮崎 泰成¹⁾

67 歳男性。過去喫煙者、アレルギー疾患の既往なし。咳嗽および労作時呼吸困難を主訴に受診し、末梢血好酸球増多、胸部 CT で両側上葉に多発浸潤影、すりガラス影を認めた。気管支鏡検査を施行し、TBLB にて気管支壁および肺胞内への好酸球浸潤を認め、慢性好酸球性肺炎の診断となった。Prednisolone 30mg/ 日で治療開始後、症状は改善した。その後外来で prednisolone を減量していたが、胸部レントゲン陰影が残存した。治療開始 6 か月後の胸部 CT では浸潤影があった部位に気管支拡張および真菌球を疑う結節影を両側に 3 個認めた。血液検査では β -D グルカン陰性、アスペルギルス抗原陰性、アスペルギルス IgG 抗体陽性、Asp-f1 陽性であった。2 度目の気管支鏡検査で結節に対し EBUS-TBB を施行し、同部に真菌の集塊と好酸球を認めた。アスペルギルス感染が好酸球炎症の契機となった一例と考え報告する。

C-4 右下葉全体の広範な浸潤影を呈した肺 *Mycobacterium kansasii* 症の診断に 気管支内視鏡検査を用いた一例

¹⁾ 埼玉医科大学病院 呼吸器内科、²⁾ 埼玉医科大学病院 放射線科、³⁾ 埼玉医科大学病院 病理診断科、
⁴⁾ 神奈川県立循環器呼吸器病センター 放射線科

○趙 健助¹⁾、鎌田 浩史¹⁾、内田 義孝¹⁾、橋本 尚仁¹⁾、與儀 実大¹⁾、関谷 龍¹⁾、内藤 恵里佳¹⁾、
内田 貴裕¹⁾、宮内 幸子¹⁾、酒井 文和^{1,2,4)}、奥寺 康司³⁾、永田 真¹⁾、仲村 秀俊¹⁾

症例は 76 歳男性。1 か月前から発熱、喀痰を認め、胸部 CT にて右肺下葉全体に広がる広範な浸潤影と一部 S8 外側に空洞影を認めた。細菌性肺炎を疑い経験的抗生剤治療を行うも症状の改善を認めず、入院時抗酸菌塗抹検査 1 + であったことから抗酸菌感染症が疑われた。また KL-6 や SP-D の上昇やアスペルギルス抗原・抗体ともに陽性であったことから器質化肺炎、肺アスペルギルス症も鑑別にあがった。気管支内視鏡検査を行い、洗浄液培養、生検病理から肺 *Mycobacterium kansasii* 症と診断し、器質化肺炎や肺アスペルギルス症の合併を否定した。肺 *M.kansasii* 症は上葉の薄壁空洞所見が典型的である。今回様々な鑑別疾患が挙がる中で、右下葉全体の広範な浸潤影という非典型像を呈した肺 *M.kansasii* 症を気管支内視鏡検査を用いて診断した。非結核性抗酸菌症における気管支鏡の意義についての考察も含めて報告する。

C-5 緩徐に増大する結節影を呈した慢性進行性肺アスペルギルス症の1例

日本大学医学部 内科学系 呼吸器内科学分野

○福見 光、飯倉 元保、井戸田 泰典、菅谷 健一、大木 隆史、中川 喜子、水村 賢司、清水 哲男、
權 寧博

結核性胸膜炎の既往のある既喫煙者の75歳男性。MCTD、SLEによる膠原病関連間質性肺炎で、プレドニゾロン10mg、タクロリムス3mgを内服していた。右肺下葉に3年の経過で徐々に増大する18mm大の結節影を認め、肺癌疑いの診断目的にて気管支鏡検査を施行した。気管支内腔に異常所見はなく、膿性痰も認めなかった。右B9bでEBUS-GSでwithinを確認し生検や気管支洗浄を施行した。細胞診ではY字状に分枝する糸状真菌を認め、組織診ではPAS陽性、Grocott陽性の真菌塊を認め、気管支洗浄液の培養にてAspergillus fumigatusを検出したため、慢性進行性肺アスペルギルス症と診断した。3ヶ月のボリコナゾール投与により10mm大まで結節影の縮小を認めた。肺癌との鑑別が難しい非典型的な画像所見であり、気管支鏡検査が診断に有用であった慢性進行性肺アスペルギルス症の1例を報告する。

C-6 ROSEにより肺アスペルギルス症と診断した右上葉腫瘤性陰影の1例

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

³⁾ 埼玉医科大学国際医療センター 感染制御科

○堀内 功久¹⁾、山口 央¹⁾、川崎 朋範²⁾、関 雅文³⁾、野村 優介¹⁾、橋本 康佑¹⁾、遠藤 哲史¹⁾、
藤田 一喬¹⁾、毛利 篤人¹⁾、今井 久雄¹⁾、解良 恭一¹⁾、各務 博¹⁾

【緒言】ROSE (Rapid On-Site Evaluation) は一般に肺癌診断における検体適正性評価に用いられるが、感染症診断においても非常に有用である。今回、画像所見から原発性肺癌が疑われたが、ROSEにより肺アスペルギルス症と早期診断し得た1例を報告する。

【症例】7X歳、女性。血液透析施行中で糖尿病の既往がある。右上葉の腫瘤性陰影を指摘され、肺癌を疑われ当科を受診した。T-SPOT陰性、血清アスペルギルス抗原・抗体陽性であった。PET検査でFDGの高集積像を認め、悪性腫瘍を否定できず気管支鏡検査を施行した。

【経過】右B^{2b}よりアプローチし、TBLB検体の捺印標本でROSEを行った。標本内で壊死様背景に菌糸を認め、アスペルギルス感染と判断した。これにより、検査直後に治療方針の決定が可能となった。

【結語】ROSEは悪性腫瘍のみならず、真菌症をはじめとする感染症診断においても極めて有効な手段である。文献的考察を加えて報告する。

イブニングセミナー

16:13 ~ 16:58

座長：工藤 勇人（東京医科大学）

『胸腔鏡手術の安全と教育の最前線—次世代に向けた継承—』

演者：西平 守道（獨協医科大学埼玉医療センター）

内田 真介（順天堂大学医学部附属順天堂医院）

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

D. 手術2（気管支関連）

17:00～17:35

座長：山内 良兼（帝京大学医学部 外科学講座）

村上 浩太郎（東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野）

D-1 過去の結核感染に伴う二次性気管支閉鎖症が疑われ、悪性腫瘍との鑑別に外科的切除を要した1例

¹⁾ 杏林大学医学部附属病院 呼吸器内科、²⁾ 杏林大学医学部附属病院 呼吸器外科、

³⁾ 杏林大学医学部附属病院 病理診断科

○大脇 翔¹⁾、山田 祥¹⁾、坂本 吉隆¹⁾、古野 肇¹⁾、田代 隼基¹⁾、中嶋 啓¹⁾、秋澤 孝虎¹⁾、
石川 周成¹⁾、白井 達也¹⁾、麻生 純平¹⁾、中元 康雄¹⁾、佐田 充¹⁾、石田 学¹⁾、高田 佐織¹⁾、
須田 一晴²⁾、藤原 正親³⁾、皿谷 健¹⁾、石井 晴之¹⁾

過去に肺結核の既往を有する50代中国人女性。2025年6月に胸部X線写真で左肺門部に結節影を指摘され、当院を受診した。胸部CTでは左上葉に石灰化を有する索状影を認めたが、FDG-PETでは同部位に異常集積を認めなかったため、結核後変化による気管支閉塞の可能性を考え経過観察とした。しかし、2025年9月の胸部CTで同陰影は増大傾向を示したため、気管支鏡検査を施行した。左B³の完全閉塞及び左B¹⁺²に高度狭窄を認めたが、スコープの通過は困難であり、有意な検体採取は不可能であった。その後も陰影は増大傾向を示し、悪性病変を否定できないことから、同年12月に外科的切除を施行した。病理組織学的には陳旧性結核結節に矛盾しない所見であり、気管支鏡検査所見と併せ、過去の結核感染に伴う二次性気管支閉鎖症と診断した。本例は画像上進行性変化を呈し、気管支鏡による診断が困難であったため外科的切除を要した点で臨床的示唆に富むと考え報告する。

D-2 硬性鏡下腫瘍減量術後に気管支形成を伴う右肺上葉切除を行った右上葉肺癌肉腫の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

○佐藤 誉哉、螺良 浩一、須藤 圭吾、曾我部 将哉、峯岸 健太郎、坪地 宏嘉、遠藤 俊輔

症例は65歳男性。血痰を主訴に前医を受診し、胸部CTで右肺上葉腫瘍およびB3の腫瘍栓を認めた。4か月間にわたり気管支鏡検査を反復施行されたが、扁平上皮癌疑いにとどまり確定診断には至らず、その間に腫瘍は急速に増大した。右気管傍リンパ節転移が疑われ、CBDCA + PTX 併用放射線療法が開始されたが、腫瘍の右主気管支内進展により右中下葉の閉塞性肺炎を来し、初診から5か月後に当科紹介となった。転院翌日に硬性鏡下腫瘍減量術を施行し、気道閉塞を解除した。病理組織学的に扁平上皮癌と軟骨肉腫成分を認め、肺癌肉腫 cT3N2aM0 stage IIIA と診断した。完全切除可能と判断し、腫瘍減量術から3週間後に右肺上葉切除＋気管支楔状切除再建 ND2a-2 を施行した。最終病理診断は肺癌肉腫 pT3NOM0 stage IIB であった。術後7ヶ月経過し、無再発生存中である。術前診断に難渋し、治療経過中に急速進行を示した肺癌肉腫に対し、硬性鏡による気道閉塞の解除および外科的完全切除を行い良好な転帰を得た1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

D-3 光造形プリンターを用いた気管支軟性シリコンモデルを術前訓練に使用した 気管支扁平上皮癌の1切除例

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

○山口 遼大、井上 慶明、羽藤 泰、鹿島田 寛明、山口 雅利、橋本 諒、福田 祐樹、儀賀 理暁、
河野 光智

症例は70歳の男性。前立腺癌治療前の¹⁸FDG-PET/CT スキャンで右肺上葉気管支に集積を伴う腫瘍が指摘され、当科紹介となった。気管支鏡では表面平滑で発赤を伴う乳頭状腫瘍が右上葉支を閉塞しており、生検で扁平上皮癌の診断を得た。気管支癌 cT1bN0M0 の診断で右上葉スリーブ切除を計画した。手術前に患者固有データを用いて3次元モデルを作成し、手術シミュレーションを実施することにした。CTのDICOMデータから気管支データを3次元のポリゴンデータに再構築し、光造形プリンターを用いてsilicon 40A レジンを使った立体気管支モデルを作成した。本モデルで切離ラインの検討および気管支端々吻合の模擬訓練を実施した後、後側方開胸下に右上葉スリーブ切除・気管支形成術およびND2a-1 郭清を施行した。患者固有の臨床データを用いた3Dモデルは医療安全と手技向上に役立つと期待できる。

D-4 単孔式胸腔鏡下に施行した気管支楔状形成術の一例

獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科

○小川 佳宏、齋藤 倫人、清水 裕介、原澤 徹、石川 菜都実、西平 守道、荻部 陽子、小林 哲

【はじめに】胸腔鏡やロボットによる低侵襲アプローチでも気管支や血管形成術が行われるようになっている。
【症例】81歳、男性。胸部異常陰影で紹介となった。CTで右上葉に1.8cmの結節影を認めた。PETでは病変部と#12uへFDG集積を認めた。肺癌を疑い右上葉切除の方針とした。第4肋間前腋窩線に4cmの皮切で単孔式胸腔鏡下に行なった。肺門腹側から上幹肺動脈、V1-3、A2bの順に処理した。上葉気管支に固着した#12uを摘出し上葉気管支を切離した。最後に葉間を分離し肺を摘出した。#12uと気管支断端を迅速診に提出したところ陽性と診断された。気管支を楔状に広く追加切除し断端陰性確認後3-OPDS 7針で結節縫合した。縫合不全もなく内腔の開存良好で退院した。病理は扁平上皮癌 pT2aN1M0のstage2B。現在外来で補助化学療法施行中である。

【結語】単孔式胸腔鏡下に気管支楔状形成術を施行し良好な結果を得た。

D-5 B6a・B6b・B6cの独立分岐を伴う右肺S6区域切除後に遅発性気管支瘻を来した一例

土浦協同病院 呼吸器外科

○佐藤 沙喜子、鈴木 健浩、小林 敬祐、稲垣 雅春

【目的】右S6区域切除後に発生した遅発性気管支瘻の一例を報告、その発生機序について解剖学的特徴および手術手技の観点から検討する。

【症例】75歳男性。既往は喫煙関連間質性肺炎、糖尿病。右肺腺癌に対し胸腔鏡下右S6区域切除を施行。B6a・B6b・B6cが独立分岐しそれぞれ個別に切離した。術後6か月後、皮下気腫を認め、ドレーンを留置したが改善しなかった。B6c切離近傍にair spaceと新生ブラを認め、右肺瘻またはB6c気管支瘻を疑い再手術とした。第7肋間側方開胸でアプローチし、ブラ破綻部裏面に瘻孔を確認した。術中気管支鏡にてB6c気管支瘻と診断。PGAシートとフィブリン糊、遊離脂肪による瘻孔閉鎖、広背筋による死腔充填を施行。術後、気漏は消失し皮下気腫は改善した。

【考察】亜区域支が区域間切離時にステープリングされたことによる断端閉鎖の不均一性に加え、断端が比較的長く残存したことが、断端閉鎖不全の一因となった可能性が示唆された。

一部は第33回日本呼吸器外科 医会冬季学会にて発表した。

E. 気道インターベンション(ステント、気道充填術など) 17:38~18:27

座長：前田 寿美子 (獨協医科大学 呼吸器外科学)

長岡 鉄太郎 (順天堂大学医学部 呼吸器内科学)

E-1 硬性鏡下に切除した気管支ポリープの1例

¹⁾ 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野、²⁾ 東京医科大学 人体病理学分野

○後藤 悠史¹⁾、古本 秀行¹⁾、村上 浩太郎¹⁾、松林 純²⁾、中村 太陽¹⁾、江里口 大介¹⁾、雨宮 亮介¹⁾、高橋 聡¹⁾、垣花 昌俊¹⁾、大平 達夫¹⁾、工藤 勇人¹⁾

症例は81歳男性。血痰を主訴に受診し、胸部CTで気管膜様部に造影効果を伴う0.7cm大の病変を認め、気管内腫瘍が疑われた。気管支鏡検査で、病変は気管中部膜様部に血管増生を伴う不整形かつ易出血性の有茎性病変として認めた。生検では良悪性の判別には至らず、診断・治療目的に硬性鏡下腫瘍切除術を施行した。病理組織学的所見では、出血およびフィブリン沈着を伴う肉芽組織様病変を認め、表層の一部は扁平上皮化生を示し、上皮下には血管増殖を認めた。腫瘍性変化は認められず、気管支ポリープと診断された。今回われわれは、硬性鏡下に切除した気管支ポリープの1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

E-2 食道癌再発による気管狭窄に対しステント留置を行った1例

¹⁾ 埼玉医科大学 医学部 医学科 6年、²⁾ 埼玉医科大学 国際医療センター 呼吸器外科

○新妻 彩^{1,2)}、梅咲 徹也²⁾、菅原 ゆり²⁾、田口 亮²⁾、市来 嘉伸²⁾、二反田 博之²⁾、菱田 智之²⁾

症例は76歳男性。2年前、胸部上部食道癌に対し化学放射線療法が施行された。その後、左上縦隔リンパ節再発を対し、サルベージ手術(食道亜全摘+後縦隔経路胃管再建術)が施行されている。今回、嚥下困難および咳嗽を主訴に緊急受診となった。胸部CTにて縦隔リンパ節の一塊となった腫大を認め、気管支鏡検査では、気管の狭小化を認めた。呼吸困難は認めず、SpO₂は室内気にて96%以上を維持していた。しかし、食道癌に対する更なる治療は困難と判断され、今後予想される気道閉塞による窒息の回避や呼吸機能維持を目的としてステント留置の方針とした。気管狭窄部の近位端は声門から約4cm、遠位端は気管分岐部から約2cm 中枢側で狭窄長は約5cmであった。ステント長8cmのUltraflex Coveredを選択し、透視下・気管支鏡下に留置した。合併症は認めず経過良好であった。悪性腫瘍による気道狭窄に対するステント留置術に関連した文献的考察を加え報告する。

E-3 Dumon スtent留置後、薬物療法著効にてStent 抜去を達成した 膀胱癌縦隔リンパ節転移の1 例

山梨県立中央病院 呼吸器外科

○安富 健、名取 優里、樋口 留美、中込 貴博、後藤 太一郎

症例は76歳男性、浸潤性膀胱癌術後再発に対し、免疫チェックポイント阻害薬にて治療中。呼吸困難感、喀痰の増加を主訴に前医を受診し、胸部CTにてすでに放射線照射歴のある縦隔リンパ節の著明な増大と気管の圧排を認め、治療目的に紹介となった。転院後、気管分岐部やや口側から右主気管支に至る高度狭窄に対し、硬性鏡下にてDumon Y stent を留置した。治療後、呼吸状態・全身状態改善を認め、エンホルツマブによる薬物治療が可能となった。治療効果により気道狭窄の原因であった縦隔リンパ節は著明に縮小、術後18週にStent 留置抜去を行った。その後も縦隔リンパ節は縮小維持、再狭窄なく過ごされている。悪性疾患でStent 抜去にまで至った示唆に富む症例として文献的考察を加え報告する。

E-4 悪性中枢気道狭窄に対するDumon Y Stent 留置後、排痰障害および肺炎遷延のためStent 抜去を要した1 例

慶應義塾大学 医学部 外科学（呼吸器）

○青木 優介、大久保 祐、上田 裕貴、實方 秀道、神谷 侑樹、木村 征海、寄森 駿、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69歳男性。食道癌術後、縦隔リンパ節転移による左主気管支狭窄に対し、閉塞解除目的に硬性気管支鏡下腫瘍デバルキングおよびDumon Y Stent 留置を施行した。留置後、呼吸状態および全身状態は速やかに改善したため、化学療法を導入した。さらに局所制御目的に放射線療法を施行した結果、末梢側気道の狭窄は良好に制御された。一方、Stent 留置2か月後よりStent 内に著明な喀痰貯留を認め、排痰障害に伴う両側肺炎が遷延し、頻回の気管支鏡下吸痰処置を要した。気道内病変の局所制御が得られていたことから、排痰障害の原因と考えられたStent を、留置4か月後に抜去し、排痰障害は軽減した。悪性中枢気道狭窄に対するStent 留置では、排痰障害とそれに伴う肺炎が重要な合併症となり得る。本症例は、局所制御が得られた段階でのStent 抜去が有効であった一例として、Stent 関連合併症と抜去時期の判断について文献的考察を加えて報告する。

E-5 大量喀血に対して、ポータブル気管支鏡下に緊急EWS 留置を施行し止血を得た2 例

¹⁾ がん・感染症センター 都立駒込病院 呼吸器外科、²⁾ がん・感染症センター 都立駒込病院 血液内科

○堺堀 裕子¹⁾、矢野 海斗¹⁾、井本 智博¹⁾、鈴木 幹人¹⁾、清水 麗子¹⁾、名島 悠峰²⁾、中川 加寿夫¹⁾

症例1は50歳代男性。骨髓異形成症症例1は50歳代男性。骨髓異形成症候群に対して造血幹細胞移植を施行後、血球減少が認められ、輸血依存状態であった。大量喀血を認めたため、病棟にてポータブル気管支鏡下で気管内挿管した。出血部位を確認後、右中葉・底区気管支にEWSのMサイズ2個、Lサイズ4個を留置し、止血を得た。

症例2は70歳代女性。急性骨髄性白血病に対する造血幹細胞移植後の血球異常、凝固異常を背景に大量喀血をきたした。症例1と同様に、病棟にてポータブル気管支鏡下で出血部位を確認後、右B2にEWSのSサイズ2個を留置し、止血を得た。

ディスプレイポータブルポータブル気管支鏡は、高画質であり、先端のUp/Downの屈曲角が大きく、EWSの留置も十分に可能である。本症例のような喀血例では、緊急での気道確保および止血操作が必要となる。ポータブル気管支鏡を用いることで、病棟や外来でも気道確保とEWSの留置を完結できるため、喀血への対応において有用な選択肢となり得る。

E-6 肺化膿症穿破による右有癭性膿胸に対して胸腔ドレナージ、気管支充填術で治癒した1例

自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門

○中村 昂輝、小林 哲也、横田 菜々子、堀切 映江、滝 雄史、高瀬 貴章、金井 義彦、坪地 宏嘉

症例は60歳台男性。統合失調症にて精神科で加療中。2型糖尿病の既往あり。数日前から活力低下、微熱、体動困難のため当院紹介。血液検査で白血球数2万900/ μ Lと炎症反応の著明な上昇があり、胸部CT検査でも右胸腔内に多房性の胸水貯留を認めた。右膿胸の診断にて胸腔ドレーンを留置した。ドレーン留置後経時的に炎症反応は改善したが、入院9日目に気漏を認め、精査の胸部CT検査で右S6区域末梢の臓側胸膜の破綻を確認したため、右下葉肺化膿症穿破による有癭性膿胸の診断に至った。入院10日目に気管支充填術を施行し、M sizeのEWS1個を右B6a,cに充填した。処置後気漏は徐々に減少し、入院22日目に胸腔ドレーンを抜去した。入院27日目に軽快退院。退院後も膿胸の再燃なく、処置後9カ月でEWSを抜去した。EWS抜去後も膿胸、気胸の発症なく、抜去後3カ月の胸部CT検査でも問題なく経過している。本症例では有癭化してから速やかに気管支充填術を施行したことが治癒につながったと考える。若干の文献的考察を加え、報告する。

E-7 重症呼吸不全を伴う難治性気胸に対し気管支内充填術が有効であった一例

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

○種子田 陸斗、稲毛 輝長、大塚 貢広、徳武 輝、西村 志帆、佐藤 祐太朗、祖父江 晃向、中山 浩介、
荏田 涼、植松 靖文、今林 宏樹、清水 大貴、佐田 諭己、豊田 行英、田中 教久、森本 淳一、
千代 雅子、松井 由紀子、鈴木 秀海

症例は60代男性。X-15日、発熱を契機に近医でインフルエンザと診断され、抗ウイルス薬治療が開始された。X-13日、呼吸状態の増悪を認め前医へ入院となったが、その後メチシリン感受性黄色ブドウ球菌による壊死性肺炎を発症し、X-10日に気管内挿管・人工呼吸管理が開始された。X-5日、右Ⅲ度気胸を発症し胸腔ドレーンが2本留置されたが、遷延性気漏が持続した。呼吸不全の進行によりX-2日にVV-ECMOが導入され、ECMOカーにて当院へ搬送された。

X日に当科紹介となり、難治性気漏に対して気管支内充填術を施行したところ、気漏は消失し、呼吸状態の改善が得られた。その後、X+12日にVV-ECMOを離脱し、X+27日に前医へ転院となった。

重症呼吸不全を伴う難治性気胸に対し、気管支内充填術が有効であった一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

18:27 閉会の辞、表彰式

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 シェーンバッハ・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 東京都港区港南1-2-70 品川シーズンテラス 3F
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
第88回	上級 (EBUS/クライオ)	2027年3月6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2-7-4

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197回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会

会長 菱田 智之

■共 催

アストラゼネカ株式会社

MSD株式会社

コヴィディエンジャパン株式会社

■広告掲載

小野薬品工業株式会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

中外製薬株式会社

ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

2026年5月29日現在



ETHICON™ 4000 Stapler & ETHICON™ 3D Reloads, 60mm

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 Bristol-Myers Squibb 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

 Bristol-Myers Squibb 株式会社

2025年3月作成



私	の	免	疫	力	に、
が	ん	と	関	う	力
					を。

Immuno-Oncology

未来をひらくがん免疫療法