

第195回

日本肺癌学会関東支部学術集会

ハイブリッド開催

プログラム・抄録集

日時：2023年3月11日(土) 8時00分～

会場：京王プラザホテル 南館4F『錦』・『花C』
〒160-8330 東京都新宿区西新宿2-2-1
TEL：03-3344-0111(代表)

会長：横瀬 智之
神奈川県立がんセンター

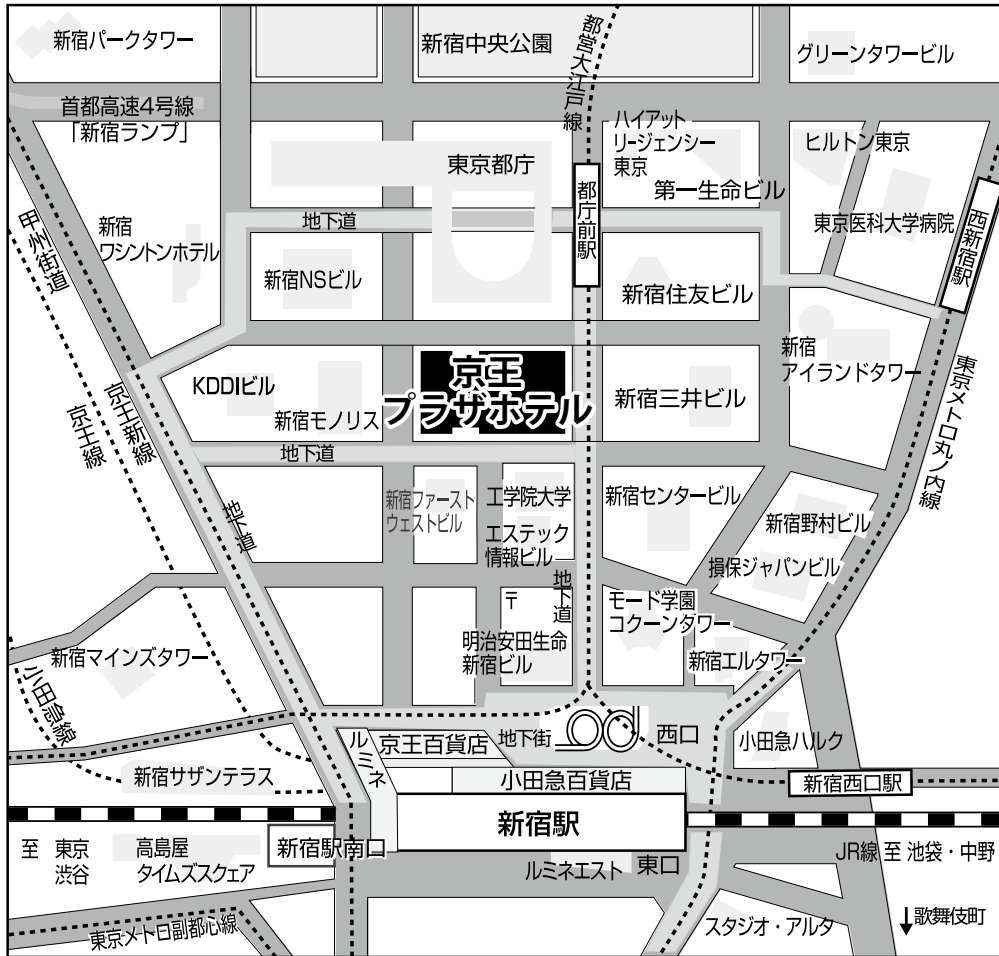
病理アドバイザー：
仁木 利郎
自治医科大学 病理学講座統合病理学部門

事務局：神奈川県立がんセンター 呼吸器グループ
〒241-8515 神奈川県横浜市旭区中尾2-3-2
TEL：045-520-2222

会場ご案内図

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)



■ 電車をご利用の方

「新宿駅西口」(JR・私鉄・地下鉄)から徒歩約5分。

「都庁前駅」(都営大江戸線)から「B1出口」階段を上がってすぐ。

■ 飛行機をご利用の方

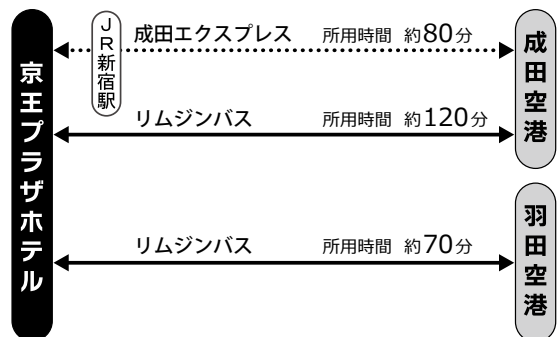
【成田空港より】

- 「成田エクスプレス」にて「JR新宿駅」下車
(所要時間 約80分・3,250円)

- ホテル直通リムジンバス
(所要時間 約120分・3,200円)

【羽田空港より】

ホテル直通リムジンバス (所要時間 約70分・1,300円)



■ お車をご利用の方

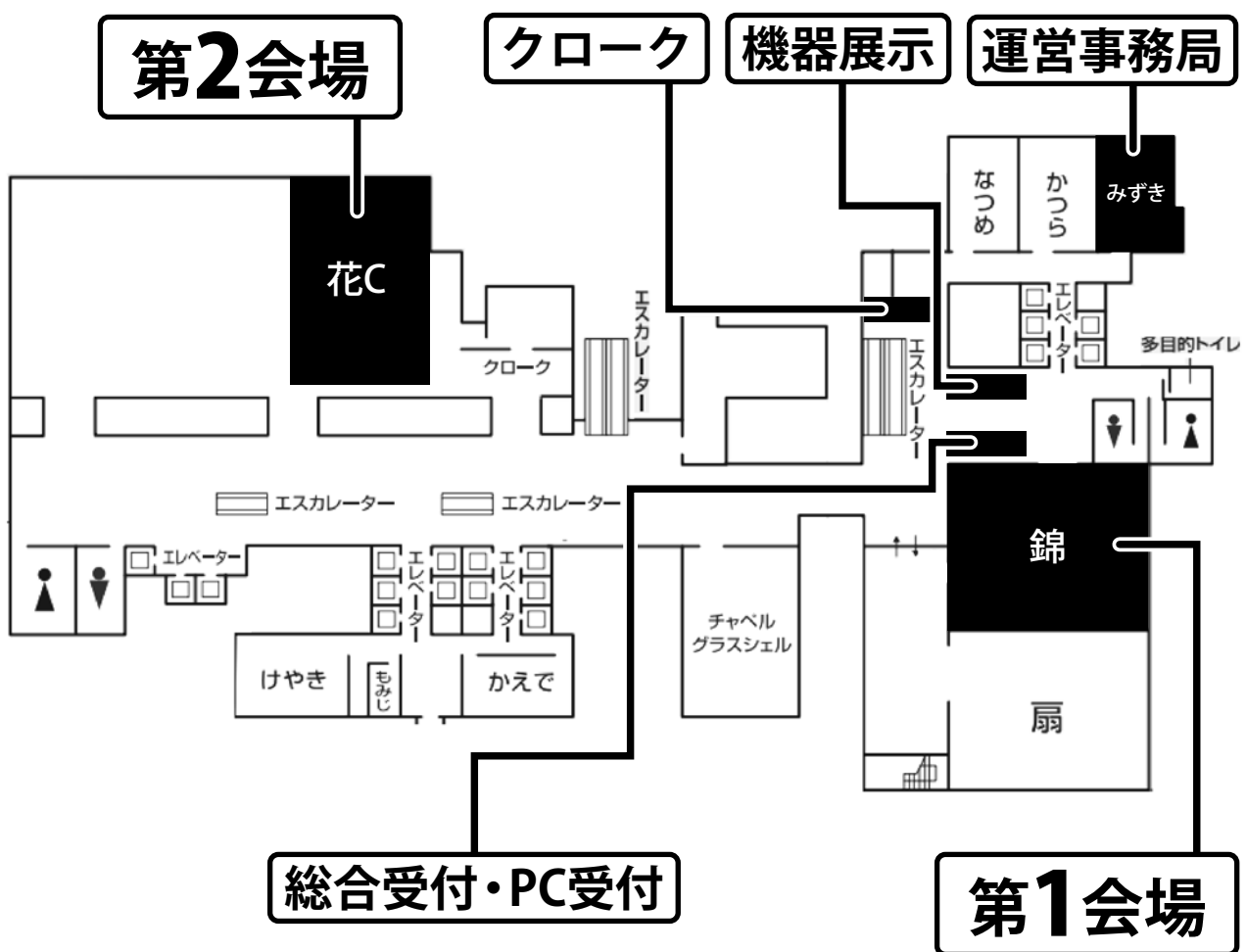
「首都高速新宿」「甲州街道」「青梅街道」よりアクセスが可能です。

駐車場利用料金：30分 400円 (ご宿泊・館内施設ご利用の方には駐車優待券をご用意しております。入庫の際は、ベルマンまたは駐車場係までお申し出ください。)

フロアご案内図

京王プラザホテル 南館 4F

(セミナー2・幹事会)



日本肺癌学会関東支部学術集会

発表形式のご案内

■ 発表時間5分、質疑応答2分です。時間厳守でお願い致します。

■ 現地会場での発表

会場には下記仕様のノートPCをご用意します。

OS：Windows10

ソフト：PowerPoint 2019

Macintoshで作成したkeynoteのデータ、および動画データをご使用の場合は、必ずご自身のPCをお持ちください。

Power Point スライド作成時の注意点

作成時の画面サイズは、ワイド画面（16：9）で作成してください。標準（4：3）のデータでも投影は可能ですが、左右に黒い帯がでます。

データ（USBメモリ）でお持ち込みの場合

- (1) フォントはWindows10標準のものをご使用ください。
- (2) 必ず、ウイルス定義データを最新のものに更新した状態のセキュリティソフトで、ウイルスに感染していないことを事前に確認したうえで、データをお持ち込みください。
- (3) 発表セッション開始30分前までにご自身で第一会場（錦）前のPC受付までお持ちください。オペレーターがデータを受け取り、サーバーにコピーします。コピーされたデータは終了後、主催者側で責任を持って消去いたします。
- (4) 発表者ツールはお使いいただけません。
- (5) 音声の利用は可能ですが、必ずPC本体をバックアップとしてお持ちください。

PC本体でお持ち込みの場合

- (1) 動画や音声をご使用になる場合には、必ずオペレーターに申し出てください。
- (2) 発表セッション開始30分前までにご自身で会場内のPCオペレーターまでお持ちください。
- (3) PCの機種、OSおよびアプリケーションソフトの種類は問いません。スクリーンセーバーおよび省電力設定は事前に解除してください。

■ Web参加での発表

現地参加されない場合は、発表当日リモートでZoomウェビナーシステム上にてご発表頂きます。インターネット回線は有線LANでの接続を推奨いたします。

(Wi-Fiご利用の場合、環境によっては回線が不安定になる場合がありますので、ご注意ください。)

音声はマイク付きイヤホンやヘッドセットをご準備ください。

事前録画データをご用意される場合は、事務局までご連絡ください。

(1) ZoomアクセスURLについて

- ・事前に運営事務局よりご担当セッションの発表者・座長専用ウェビナー URLをメールでお送りしますので、必ず指定URLからアクセスしてください。

※オンライン学会ページの視聴ボタンは聴講者専用になりますので、発表時には上記のURLよりアクセスしてください。

(2) 直前確認について（予定）

- 当日セッション開始30分前の直前確認にて、操作方法や流れを確認いたします。直前確認には必ずアクセスをお願いします。

(3) ご発表データについて

- PowerPoint発表スライドデータはワイド「16：9」のサイズを推奨いたしますが、通常サイズでも可能です。
- 運営のバックアップ用に、事前に発表スライドデータをご提出ください。
（提出方法は運営事務局より別途ご案内いたします。）
- 発表スライドデータ内に動画を入れる場合、Zoomシステムでは発表者や参加者のネット通信環境によってスムーズに表示されない場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- 当日、PowerPoint「発表者ツール」での画面共有は難易度が高く、推奨いたしません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。画面共有では通常のスライドにしてください。

参加者の皆様へ

■ 参加費

会員・非会員・学生・初期研修医・・・1,000円

■ クローク 2ヶ所（1階メインクローク、4階会場横）

■ WEB参加の際の視聴方法

- ・「オンライン学術集会」ページにアクセス後、IDとパスワードでログインし、視聴してください。
ご視聴に必要なID・パスワードは参加登録時にご入力いただいたメールアドレスがログイン時のID、パスワードは任意で入力いただいた文字列になります。

【注意】

ID、パスワードを第三者に教えたり、SNS等で公開しないよう十分な配慮をお願いいたします。
また、パスワードは暗号化されており、ご本人様以外にはわかりかねます。参加登録デスク/運営事務局にお問い合わせいただいてもご案内できませんので、必ずご自身で管理し、忘れないようご注意ください。

■ WEB参加の際の質疑応答

- ・Zoomの「挙手機能」を使って口頭、またはチャット機能でご質問をお願いします。

日本肺癌学会関東支部学術集会 プログラム

第1会場 (現地会場『錦』+WEB)		
8:00~8:05	開会の辞	会長：横瀬 智之 (神奈川県立がんセンター)
8:05~8:40	1 転移性肺腫瘍、その他	演題番号 1~ 5
8:40~9:15	2 希な腫瘍	6~10
9:25~10:15 モーニングセミナー1『呼吸器外科における安全な手技と教育』 座長：伊藤 宏之 (神奈川県立がんセンター 呼吸器外科) 『鏡視下手術時代における後輩指導と新たな手技への挑戦』 演者：永島 琢也 (横浜市立大学附属市民総合医療センター 呼吸器病センター 外科) 『二窓法アプローチにおける教育と工夫』 演者：増田 良太 (東海大学医学部付属病院 呼吸器外科) 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社		
10:20~10:48	3 遺伝子変異陽性肺癌1	11~14
10:48~11:23	4 ICI併用化学療法・有害事象	15~19
11:23~11:58	5 外科治療1	20~24
12:08~12:58 ランチョンセミナー1 座長：酒井 洋 (上尾中央総合病院 呼吸器腫瘍内科) 『ニボルマブ+イピリムマブ±化学療法：長期生存への期待と副作用マネジメント』 演者：白石 祥理 (九州大学病院 がんセンター・呼吸器科) 『Nivo+ipi±Chemoの使用経験と副作用マネジメント』 演者：安田 浩之 (慶應義塾大学医学部 呼吸器内科) 共催：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		
13:00~13:10	幹事会報告	
13:15~14:05 特別企画『肺癌診療における重粒子線治療の可能性』 座長：吉田 大作 (神奈川県立がんセンター 放射線治療科 (光子線部門)) 演者：岡野 奈緒子 (群馬大学 重粒子医学研究センター) 共催：東芝エネルギーシステムズ株式会社		
14:10~14:38	6 遺伝子変異陽性肺癌2	25~28
14:38~15:06	7 希な臨床経過	29~32
15:16~16:06 コーヒブレイクセミナー1『肺癌治療におけるCGP検査の有用性について』 座長：松倉 聡 (昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター 呼吸器内科) 演者：廣島 幸彦 (神奈川県立がんセンター がんゲノム診療科) 共催：中外製薬株式会社		
16:11~16:46	8 外科治療2	33~37
16:51~17:16 ミニレクチャー1『マルチ遺伝子検査を用いた肺癌診断のコツ』 座長：池田 徳彦 (東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科分野) 演者：榊原 里江 (東京医科歯科大学病院 呼吸器内科) 共催：サーモフィッシュャーサイエンティフィック		
17:21~17:49	9 診断・鑑別困難	38~41
17:49~18:24	10 胸腺腫・胸腺癌	42~46
18:25~18:30	閉会の辞	会長：横瀬 智之 (神奈川県立がんセンター)

日本肺癌学会関東支部学術集会 プログラム

第2会場（現地会場『花C』+WEB）

9:25～10:15 **モーニングセミナー2**

『始動!!細胞診パネル検査～標準化のための手技～』

座長：畑中 豊（北海道大学病院 病理部／病理診断科 医療・ヘルスサイエンス研究開発機構 イノベーションユニット ゲノム・コンパニオン診断研究部門）

演者：森川 慶（聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科）

共催：株式会社DNAチップ研究所

11:10～11:40 **幹事会（WEB配信なし）**

12:08～12:58 **ランチョンセミナー2**

『術後補助療法でのタグリッソの役割』

座長：片倉 誠悟（神奈川県立がんセンター 呼吸器内科）

演者：大熊 裕介（国立がん研究センター中央病院 呼吸器内科）

共催：アストラゼネカ株式会社

15:16～16:06 **コーヒブレイクセミナー2**

『局所進行肺癌に対する外科治療の展望』

座長：齋藤 春洋（神奈川県立がんセンター 呼吸器内科）

演者：伊藤 宏之（神奈川県立がんセンター 呼吸器外科）

共催：日本化薬株式会社

16:51～17:16 **ミニレクチャー2**

『KRAS G12C陽性肺癌におけるバイオマーカー検査とルマケラス錠の臨床データ』

座長：猶木 克彦（北里大学医学部 呼吸器内科学）

演者：村上 修司（神奈川県立がんセンター 呼吸器内科）

共催：アムジェン株式会社

日本肺癌学会関東支部学術集会 抄録集

開会の辞

第1会場（現地会場『錦』+WEB） 8:00 - 8:05

会長 横瀬 智之（神奈川県立がんセンター）

1 転移性肺腫瘍、その他

8:05 - 8:40

第1会場（現地会場『錦』+WEB）

座長：江里口 大介（船橋市立医療センター 呼吸器外科）

1 肺腺癌内に甲状腺癌の転移を認めた1例

筑波大学附属病院 1) 病理診断科 2) 呼吸器外科 3) 腫瘍内科

○北川 百合¹⁾、河合 瞳¹⁾、後藤 行延²⁾、関根 郁夫³⁾、松原 大祐¹⁾

【症例】70代女性。X-10年に甲状腺濾胞癌に対して甲状腺全摘術施行後、核医学治療、レンバチニブの投与が行われた。X-2年に原発性肺癌疑いで右肺S6区域切除術が施行され、置換型腺癌（pT1aNx, pStage IA1）と診断された。X年にCT上縦隔リンパ節腫大が見られた。他にリンパ節腫大は見られず、既存の甲状腺癌の骨転移巣および肺転移巣は変化に乏しく、また部位からも、肺癌の縦隔リンパ節転移と考えられた。肺癌切除標本からEGFR L858Rが検出され、ゲフィチニブの投与が開始されたが、縦隔リンパ節の増大が見られ、生検の結果甲状腺癌の転移であった。肺癌切除標本を再検討すると、肺腺癌内に長径0.5cmの甲状腺癌の転移が認められた。縦隔リンパ節で施行したオンコパネル検査では、NRAS Q61R変異が検出された。

【考察】本症例は、甲状腺癌が肺癌に類似した転移の分布を呈したことを契機に、肺腺癌をrecipientとする甲状腺癌のtumor-to-tumor metastasisが発見された、稀な一例である。

2 縦隔脂肪腫様神経節細胞腫に対して胸腔鏡下腫瘍摘出術を施行した一例

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

○清水 大貴、伊藤 貴正、大谷 祐介、越智 敬大、山中 崇寛、由佐 城太郎、太枝 帆高、西井 開、伊藤 祐輝、海竈 大輔、稲毛 輝長、田中 教久、坂入 祐一、鈴木 秀海、吉野 一郎

症例は19歳、男性。健康診断で胸部異常陰影を指摘された。胸部CTでは第7胸椎右側から第7肋間に沿って、長径7.8cmの境界明瞭、辺縁平滑な腫瘍を認めた。胸部MRIではT1強調像で高信号、T2強調像で高信号であり、脂肪成分を含む腫瘍を疑い、診断的治療目的に胸腔鏡下腫瘍摘出術（3 port VATS）を行った。腫瘍は胸壁には浸潤しておらず比較的容易に剥離可能であった。交感神経幹との連続性を認め、交感神経由来の神経原性腫瘍が疑われた。経過良好で術後5日目に退院となった。病理組織所見で脂肪様細胞と紡錘形細胞を認め、紡錘形細胞は免疫染色所見でS-100陽性、chromogranin A陽性、synaptophysin陽性であり、脂肪腫様神経節細胞腫の診断となった。

神経節細胞腫は交感神経由来の比較的稀な疾患であり、縦隔腫瘍のうち1%以下の頻度とされている。今回、胸腔鏡下に腫瘍の摘出を行い、病理組織診断で診断し得た縦隔脂肪腫様神経節細胞腫の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

3 肺癌術後腎転移に対して手術施行した1例

自治医科大学外科学講座 呼吸器外科部門

○須藤 圭吾、金井 義彦、明島 良太、小林 哲也、根岸 秀樹、山本 真一、坪地 宏嘉

症例は70歳代、男性。左下葉肺扁平上皮癌（pT2bN0M0）に対して手術（左下葉切除+ND2a-1）を施行した。他院にて他疾患の経過観察目的に術後7ヶ月目に施行した腹部CTにて左腎門部腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院泌尿器科紹介となった。尿細胞診は陰性だったがPET-CTにて左腎門部腫瘍への有意な集積を認め、腎細胞癌、転移性腎腫瘍などの可能性を疑い、診断と治療をかねて術後9ヶ月目に手術（左腎摘出術）を施行した。手術検体の病理組織学的検査にて左下葉肺癌の左腎転移と診断した。術後経過良好だったが術後18ヶ月目の検診にて両側多発肺内転移を指摘し、治療を検討中である。

4 すりガラス影主体の結節を呈した胃癌肺転移の一例

国立がん研究センター東病院 1) 呼吸器外科 2) 病理臨床検査科

○後藤 英介¹⁾、鮫島 讓司¹⁾、滝 哲郎²⁾、小池 悠太郎¹⁾、三好 智裕¹⁾、多根 健太¹⁾、青景 圭樹¹⁾、石井 源一郎²⁾、坪井 正博¹⁾

症例は75歳女性。胃癌（pT1bN0M0,stageIb）に対して幽門側胃切除が施行され、再発所見なく経過していたが、術後5年のCTで右下葉に全体径12mm、充実成分径3mmのすりガラス影主体の結節を認め、原発性肺癌疑いで当科紹介となった。右下葉肺癌疑い（cT1miN0M0,stageIA1）に対して、積極的縮小手術の方針で右下葉部分切除を施行したところ、迅速病理では低分化癌の診断であった。最終病理では、円形・多角形の腫瘍細胞が印環細胞を混在しつつ肺泡隔壁内に進展するように増殖していた。免疫染色でCK7(-)、CK20(+)、TTF-1(-)、HNF4α(+)を示し、形態を含めて胃癌の肺転移の診断となった。胃癌の肺転移は癌性リンパ管症や癌性胸膜炎を呈することが多いと報告されているため、腫瘍の進展形式に伴いすりガラス影主体の結節を呈する転移性肺腫瘍は極めて稀であり、当院における過去の症例と文献的考察を踏まえ報告する。

5 肺癌脳転移に対するガンマナイフ治療における限局性髄液播種所見の臨床的意義

1) 築地神経科クリニック 東京ガンマユニットセンター、2) 千葉県循環器病センター ガンマナイフ治療部、3) 千葉大学大学院 医学研究院 脳神経外科学、4) 昭和大学医学部 放射線医学講座 放射線治療学部門

○芹澤 徹¹⁾、青柳 京子²⁾、樋口 佳則³⁾、村上 幸三⁴⁾

【目的】肺癌脳転移患者に対するガンマナイフ治療（GKS）における造影MRI上の限局性髄液播種（localized leptomeningeal dissemination, LLMD）所見の臨床的意義を明らかにする。

【方法】対象は2008年から15年間で肺癌脳転移にGKS施行した連続1920例。遺伝子変異（GM）のない腺癌668例をA群、GM有の腺癌531例をB群、非腺癌非小細胞肺癌436例をC群、小細胞癌285例をD群に分類、LLMDの有無別に比較。

【結果】LLMDはB群で有意に多かった。GKS後MSTはA群12.8、B群23.1、C群7.6、D群9.4か月。LLMDを有する群は、生存はA,C,D群で不良、致命的LMD、神経死、全脳照射の追加はB,D群で多かった。

【結語】GMのある肺腺癌と小細胞癌患者では、LLMDは頭蓋内病態悪化のリスク因子と考えられた。

座長：鈴木 理樹（東京大学医学部 人体病理学・病理診断学）

6 2cm 未満の腫瘍径で切除された肺癌肉腫の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 呼吸器外科

○根本 幸一、鈴木 幹人、中村 梓、清水 麗子、志満 敏行、原田 匡彦、堀尾 裕俊

症例は60歳男性、BIが1,200のex-smoker。健診で右上肺野に結節影を指摘され、CTで右肺S3a肺門寄りに12mm大の充実性結節を認めた。PET-MRIでは同病変にSUVmax 4.4のFDG集積あり、肺癌が疑われ診断、治療目的に紹介となった。肺部分切除が解剖学的に困難であり、S3区域切除を行い迅速病理診断に提出したところ、多形癌疑いとの結果であった。このため上葉切除+ND2a-2を追加して手術を終了した。最終病理診断は扁平上皮癌と軟骨肉腫の成分からなる癌肉腫で、pT1bN0M0 stageA2であった。肺癌肉腫は全肺癌の0.1～0.3%に見られ、重度喫煙者で高齢男性に多い傾向がある。その腫瘍径は大きいものが多く、予後不良とされる。稀な組織型であり、文献的考察を加えて報告する。

7 肺癌肉腫の1切除例

神奈川県立がんセンター 1) 呼吸器外科 2) 呼吸器内科 3) 病理診断科

○繁田 奈央子¹⁾、伊藤 宏之¹⁾、足立 広幸¹⁾、伊坂 哲哉¹⁾、村上 浩太郎¹⁾、三浦 隼¹⁾、菊西 啓雄¹⁾、斎藤 春洋²⁾、横瀬 智之³⁾

症例は68歳男性。胸部単純写真で異常陰影を指摘され胸部CTで左肺上葉に27mm大、表面平滑で内部に低吸収領域を認める充実性結節を認め当院紹介となった。CT上、2か月の経過で7mm程度増大し、PET-CTではSUVmax6.1の集積を認めた。加えて、S状結腸にもFDG集積を認め精査の結果、S状結腸癌および肺転移の疑いの診断となり腹腔鏡下S状結腸切除術を先行施行。引き続き肺病変に対して胸腔鏡下左S1+2区域切除術を施行した。肺切除術後経過は問題なく、術後6日目に退院した。病理組織像は角化の明瞭な異型上皮成分と異型を示す間葉系細胞成分の2種類の成分からなり、S状結腸病変とは明らかに異なる組織像を呈しており肺原発癌肉腫 pT2bN0M0 StageIbの診断となった。肺原発癌肉腫は比較的稀な肺悪性腫瘍であり本症例の詳細を報告するとともに術後補助化学療法の是非などにつきディスカッションしたい。

8

肺原発血管周囲類上皮細胞腫瘍 (PEComa: Perivascular epithelioid cell tumor) の切除例

1) 新潟県立新発田病院 呼吸器外科、2) 新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科学分野
○田澤 勝幸¹⁾、北原 哲彦¹⁾、土田 正則²⁾

症例は40代男性。健診の胸部レントゲンで右中肺野に結節影を指摘された。胸部CTでは右肺中葉S4に平滑で境界明瞭な径1.9cmの充実性結節を認め、当科紹介となった。過誤腫を含む良性腫瘍を疑ったが、手術希望なく経過観察を継続した。初診から3年後、結節影は径2.7cmに増大し、手術の方針となった。核出術や部分切除を検討したが、腫瘍径が大きかつ腫瘍とV4の分枝が近いことなどから、右肺中葉切除術を施行した。術後経過良好で、術後2日目に退院した。病理組織学的には腫瘍は境界明瞭であり、腫瘍細胞はシート状上皮様に増生していた。腫瘍細胞はPAS陽性、免疫染色ではHMB45、MelanAが陽性、SMAが一部陽性であったため血管周囲類上皮細胞腫瘍(PEComa)と診断された。PEComaは稀な疾患であり、文献的考察を加え報告する。

9

FDG-PET検査で強い集積を認めた inflammatory myofibroblastic tumor の1例

千葉県がんセンター 1) 呼吸器外科 2) 臨床病理部

○小野里 優希¹⁾、岩田 剛和¹⁾、植松 靖文¹⁾、山本 高義¹⁾、松井 由紀子¹⁾、及川 麻理子²⁾、伊丹 真紀子²⁾、飯笹 俊彦¹⁾

症例は61歳男性。5年前に右下肺野に異常陰影を指摘され、胸部CTでは右肺下葉に0.8cmの充実性結節を認めた。1年間経過観察されたが結節に変化なく終診となった。今回、咳嗽や咽頭痛のため前医を受診され、胸部CTで右肺下葉結節を再指摘され、精査加療目的に当科紹介となった。右肺下葉の結節は1.1cmであり、5年前と比較して増大していた。FDG-PET検査では同結節にSUVmax21.93の強い集積を認めた。気管支鏡検査では診断に至らなかった。増大速度が緩徐であるがPET検査で強い集積があるため悪性の可能性も否定できず、診断的治療目的に手術の方針となった。右肺S6区域切除術を施行したところ、病理診断はInflammatory myofibroblastic tumorであった。悪性度分類として中間群(rarely metastasizing)に分類され、20%に局所再発やaggressive behaviorをたどるとされる。稀な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

10

粟粒肺内転移を来した Combined atypical carcinoid and adenocarcinoma の一例

山梨大学医学部内科学講座 呼吸器内科学教室

○佐藤 宰、古谷 智、大森 千咲、渡邊 博、内田 賢典、齊木 雅史、池村 辰之助、副島 研造

61歳男性、健診のPET-CTで右上葉結節影と両側多発粒状影を指摘された。原発性肺癌、多発肺内転移が疑われ当院紹介となった。右B4a、B9aからTBLB実施し、病理所見はCombined atypical carcinoid and adenocarcinomaを認めた。各種画像検査で肝転移、多発骨転移を認めcT1cN0M1c stage IV Bと診断した。オンコマインマルチCDxはKRAS G12C陽性、PD-L1タンパク免疫染色(22C3)は1%未満であった。約1ヶ月の経過で両側多発粒状影は増悪し、呼吸不全も出現した。腺癌に報告が多い粟粒肺内転移を認めている点、異型カルチノイドより腺癌の方が予後不良である点から非小細胞癌レジメンのCBDCA+nabPTX+Atezolizumabを開始した。2コース施行後のCTでは治療効果はSDで現在も継続中である。腺癌と異型カルチノイドの混合症例は非常に希少と考え報告する。

モーニングセミナー 1
呼吸器外科における安全な手技と教育

9:25 - 10:15

第1会場 (現地会場『錦』+WEB)

座長：伊藤 宏之 (神奈川県立がんセンター 呼吸器外科)

『鏡視下手術時代における後輩指導と新たな手技への挑戦』

演者：永島 琢也 (横浜市立大学附属市民総合医療センター 呼吸器病センター-外科)

『二窓法アプローチにおける教育と工夫』

演者：増田 良太 (東海大学医学部附属病院 呼吸器外科)

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

モーニングセミナー 2

9:25 - 10:15

第2会場 (現地会場『花C』+WEB)

『始動!!細胞診パネル検査～標準化のための手技～』

座長：畑中 豊 (北海道大学病院 病理部/病理診断科 医療・ヘルスサイエンス研究開発機構 イノベーションユニット ゲノム・コンパニオン診断研究部門)

演者：森川 慶 (聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科)

共催：DNAチップ研究所

3 遺伝子変異陽性肺癌 1

10:20 - 10:27

第1会場 (現地会場『錦』+WEB)

座長：佐藤 崇 (北里大学医学部 呼吸器内科学)

11 セルペルカチニブによる肝障害に対してステロイドの併用が有効であった肺腺癌の一例

神奈川県立病院機構神奈川県立がんセンター 呼吸器内科

○片倉 誠悟、品田 佳那子、牛尾 良太、村上 修司、近藤 哲郎、加藤 晃史、齋藤 春洋

73歳男性。cT4N3M1a stage IV A, RET 融合遺伝子変異陽性肺腺癌と診断。X-1年10月～一次化学療法プラチナ製剤併用療法を開始した。X年4月1日前治療がPDとなり、二次化学療法セルペルカチニブを導入した。Grade3の斑状丘疹状皮疹(過敏症)を認め、セルペルカチニブを休薬、ステロイドの導入で皮疹は速やかに改善した。セルペルカチニブを再開し、ステロイドを漸減中止した後にGrade2のAST/ALT上昇を認めた。セルペルカチニブを2週間休薬したがAST/ALT上昇はGrade3へ悪化した。ステロイドを再度導入する事で肝障害は速やかに改善した。その後、ステロイド併用下でセルペルカチニブを再開し、肝障害の再燃はなくセルペルカチニブを継続できた。セルペルカチニブの過敏症と考えられる肝障害に対して、ステロイドの併用が有用であった一例を経験したため報告する。

12

FoundationOne Liquid® にて EGFR エクソン 20 挿入 A763_Y764insFQEA を検出し五次治療のオシメルチニブが奏効した 1 例

さいたま赤十字病院 呼吸器内科

○大場 智広、草野 賢次、村上 若香菜、野牧 萌、加賀谷 尽、丹生谷 究二郎、高塚 真規子、太田 啓貴、塚原 雄太、西沢 知剛、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

症例は 63 歳女性。X-2 年肺腺癌 IVB 期と診断した。初回遺伝子検査をシングルプレックス検査で行いドライバー変異を認めなかった。細胞障害性抗癌剤を用いて四次治療まで施行した。X 年 FoundationOne Liquid® にて EGFR エクソン 20 挿入 (exon 20 insertion) A763_Y764insFQEA を検出した。五次治療としてオシメルチニブを使用した。最良総合効果は部分奏効であった。

EGFR エクソン 20 挿入変異は一般に EGFR-TKI に対する抵抗性変異である。このうち A763_Y764insFQEA は活性型変異であり EGFR-TKI に感受性を示すことが既知である。一方で実臨床からの報告は少なく、本邦では FoundationOne® (Liquid) による診断の報告はない。有効な薬物療法のある希少癌であり報告する。

13

セルペルカチニブが脳転移にも奏効した RET 陽性肺癌の 1 例

北里大学病院 呼吸器内科

○小栗 明人、中原 善朗、奥野 衆史、亀田 麻彩実、山田 薫梨、眞邊 英明、山本 浩貴、伊藤 弘紀、貝塚 宣樹、間中 博也、佐藤 崇、井川 聡、横場 正典、三藤 久、佐々木 治一郎、久保田 勝、猶木 克彦

70 歳男性。×カ月前に左側腹部腫瘤を自覚し、徐々に増大するため前医受診した。左側腹部の皮下腫瘤および右肺下葉に腫瘤影を認め肺癌が疑われ当科紹介。右下葉肺腺癌 cT2aN3M1c stage IV B (多発脳転移、両側胸膜播種、左後腹膜転移、多発骨転移) と診断。オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx により KIF5B-RET 陽性と判明し、セルペルカチニブを開始。2 か月後には原発巣、脳転移、左後腹膜転移に対して奏効がみられ、6 か月経過後も奏効を維持している。有害事象としては、肝機能障害 Grade3、過敏症 Grade2 が出現したが、休薬により改善。減量して再開し、治療を継続している。若干の文献的考察を加えて報告する。

14

EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌に対し Gefitinib の 10 年間投与後、2 回目のリキッドバイオプシーで T790M 陽性となり Osimertinib を投与しえた一例

帝京大学医学部内科学講座 腫瘍内科

○星谷 齊、風張 広樹、石原 昌志、本田 健、丹澤 盛、市川 靖子、渡邊 清高、関 順彦

症例は 87 歳女性。X-10 年、右上葉肺腺癌 cT2N1M1b (副腎転移) Stage IV A と診断された。EGFR 変異 (Exon19 del) 陽性で Gefitinib を開始した。最良効果判定は PR であった。X-3 年、CEA 上昇及び原発巣の増大を認めた。組織生検を検討したが本人の希望なく、リキッドバイオプシーを行った。EGFR 変異は検出されず、細胞障害性抗癌剤も希望しなかったため、Gefitinib を継続投与した。X 年にさらなる原発巣の増大に加え、多発脳転移も出現した。リキッドバイオプシーを再度行ったところ、T790M 変異を含む EGFR 変異を検出した。Osimertinib を開始し、現在も PR を保っている。組織生検を希望しない場合でも、2 次治療の Osimertinib を早々に断念するのではなく、1 次治療の EGFR 阻害薬を継続投与し、最終的に 2 次治療の Osimertinib を導入できた症例として報告する。

座長：川合 祥子（がん・感染症センター 都立駒込病院 呼吸器内科）

15 類基底細胞型肺扁平上皮癌に対して抗 PD-1 阻害薬を投与した一例

国立国際医療研究センター病院 1) 呼吸器内科 2) 病理診断科

○波多野 裕斗¹⁾、斎藤 遥¹⁾、橋本 理生¹⁾、三角 建人²⁾、塚田 晃成¹⁾、石田 あかね¹⁾、石井 聡¹⁾、仲剛¹⁾、飯倉 元保¹⁾、軒原 浩¹⁾、泉 信有¹⁾、放生 雅章¹⁾、杉山 温人¹⁾

78歳女性。X-1年7月に左上葉類基底細胞型肺扁平上皮癌 cT4N3M1a stage IV A の診断となり、8月からカルボプラチン、ナブパクリタキセル、ペムブロリズマブによる治療を4コース施行した。同年11月からペムブロリズマブ投与を継続している。類基底細胞型肺扁平上皮癌は非小細胞肺癌切除例のうち6.3%と報告され症例報告は少ない。また類基底細胞型肺扁平上皮癌に対して抗 PD-1 阻害薬を投与した報告は少なく、免疫チェックポイント阻害薬の効果に関しては不明である。本症例は奏効を維持しており、多少の文献的考察を加えて報告する

16 肺原発紡錘細胞癌に対して CBDCA+PTX+Nivolumab+Ipilimumab を投与し奏効した1例

日本医科大学多摩永山病院 1) 呼吸器・腫瘍内科 2) 病理診断科、
3) 日本医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学分野

○鈴木 貴大¹⁾、三上 恵莉花¹⁾、久金 翔¹⁾、渥美 健一郎¹⁾、永田 耕治²⁾、清家 正博³⁾、廣瀬 敬¹⁾、松木 覚¹⁾

症例は78歳、男性。過去の喫煙歴あり。約1か月前から咳嗽、胸痛、血痰を認め、近医を受診。胸部単純写真で左下肺野の透過性低下を認め当院に紹介となった。胸部CTでは左胸膜の不整な肥厚と多発腫瘤影および左肺に複数の結節影を認め、CTガイド下胸膜生検で、spindle cell carcinoma の診断を得た。PET-CT および頭部MRIで肺と胸膜以外の臓器への転移は認めず、cT4N0M1a Stage IV A と診断、PD-L1 発現率はTPS 60%であった。カルボプラチン+パクリタキセル+ニボルマブ+イピリムマブによる化学療法を実施し、2コース投与した時点で腫瘍は縮小傾向を認めており、現在もニボルマブ+イピリムマブの投与を継続中である。肺原発紡錘細胞癌は肺癌取り扱い規約第8版では肉腫様癌の一つに分類されており、紡錘細胞のみで形成される腫瘍と定義されている。極めて稀な腫瘍であり、紡錘細胞癌に対する化学療法の報告は少ないため、文献的考察とともに報告する。

17

ペメトレキセド，ペムブロリズマブ投与中に腸管気腫症を発症した肺腺癌の一例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療養医療センター

1) 呼吸器内科 2) 病理診断科 3) 臨床研究部

○西野 顕吾¹⁾、金澤 潤¹⁾、和田 静香¹⁾、高瀬 志穂¹⁾、江田 陽子¹⁾、松田 峰史¹⁾、野中 水¹⁾、平野 瞳¹⁾、荒井 直樹¹⁾、兵頭 健太郎¹⁾、三浦 由記子¹⁾、林原 賢治¹⁾、南 優子²⁾、薄井 真悟³⁾、石井 幸雄¹⁾、大石 修司¹⁾、斎藤 武文¹⁾

腸管気腫症は腸管の粘膜下や漿膜下に含気性嚢胞が形成される稀な疾患であり，肺癌患者においては EGFR-TKI，Bevacizumab 投与中の報告がほとんどである．今回，ペメトレキセド（PEM），ペムブロリズマブ（Pembro）投与中に腸管気腫症を発症した 1 例を経験した．症例は 69 歳男性．左肺上葉腺癌 cT4N1M1c Stage IV B と診断し，CDDP + PEM + Pembro で治療を開始した．4 サイクル施行後，PEM + Pembro で維持療法を行った．7 サイクル目投与後に間欠的な腹痛が出現し，他院消化器内科を受診し腹部 CT で小腸の腸管気腫症と診断された．腹腔内遊離ガスはなく，絶食，抗菌薬投与による保存的治療のみで気腫は改善した．現在は腸管気腫症の再燃はなく，腫瘍の増大も含め外来で経過観察している．腸管気腫症は保存的治療で改善する例もあるが，腸管壊死や門脈ガスなど致命的な病態をきたす疾患であり，化学療法中の患者の腹部症状は腸管気腫症も念頭において治療する必要がある．

18

肺扁平上皮癌に対し免疫チェックポイント阻害薬（ICI）投与中に肝障害（irAE 肝炎）を発症し，ミコフェノール酸モフェチル（MMF）が奏功した 1 例

がん・感染症センター 東京都立駒込病院 呼吸器内科

○池田 早織、箱崎 泰貴、橋本 佳奈、川合 祥子、渡邊 景明、成田 宏介、四方田 真紀子、細見 幸生

61 歳男性．2 年前に肺扁平上皮癌 cT3N3M0 Stage III C，PD-L1（22C3）95% と診断され 1 次治療で同時放射線化学療法を実施したが，2 か月前の CT で右側胸水が出現した．2 次治療としてカルボプラチン + パクリタキセル + ペムブロリズマブを導入した．7 週後に CTCAEv5.0 で Grade3 の AST 増加，ALT 増加，ALP 増加を認め，中止から 2 週後も改善はなかった．抗核抗体や特異的自己抗体，ウイルスは陰性かつ混合型肝障害であり，CT で肝転移や胆道閉塞等の器質的異常もなく irAE 肝炎が強く疑われた．プレドニゾン（PSL）を 30mg/日 で開始するも，9 日後には肝酵素に加え総ビリルビンも上昇した．MMF を導入し 3 週後には何れの指標も基準値まで回復した．本邦では保険適応なく使用が躊躇される傾向にあるが，PSL で改善が乏しい irAE 肝炎に対して MMF で効果を認めた 1 例を経験したため報告する．

19

CBDCA+nabPTX 療法後に crazy paving pattern の薬剤性肺炎をきたした間質性肺炎合併肺癌の一例

東京女子医科大学 1) 呼吸器外科 2) 呼吸器内科

○青島 宏枝¹⁾、井坂 珠子¹⁾、小俣 智郁¹⁾、四手井 博章¹⁾、荻原 哲¹⁾、光星 翔太¹⁾、松本 卓子¹⁾、西内 正樹¹⁾、近藤 光子²⁾、神崎 正人¹⁾

70代男性。健診で胸部異常影を指摘され当科へ紹介となった。胸部CTで左肺S³に6.4cm大の腫瘤と左肺門・縦隔リンパ節腫大を認めた。気管支鏡検査で腺癌と診断。両肺にUIPパターンの間質影を認め、特発性間質性肺炎合併、左上葉肺腺癌(cT3N2M0、stage IIIA)と診断した。特発性間質性肺炎に対してピルフェニドン(600mg/日)を導入し、術前化学療法としてCBDCA+nabPTXを施行した。化学療法開始22日目に軽度の労作時呼吸苦、血痰を認め、胸部CTで原発巣近傍にcrazy paving patternを認めた。CBDCA+nabPTXに起因した薬剤性肺炎と診断し、ステロイド投与(最大mPSL 250mg/日)を開始し、症状は改善した。CBDCA+nabPTX療法後にcrazy paving patternを示した薬剤性肺炎を経験したので報告する。

幹事会

第2会場(現地会場『花C』) 11:10 - 11:40

5 外科治療 1

11:23 - 11:58

第1会場(現地会場『錦』+WEB)

座長：鮫島 讓司(国立がん研究センター東病院 呼吸器外科)

20

原発不明肺門縦隔リンパ節癌切除後の対側縦隔リンパ節再発に対して外科的治療を行った一例

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 呼吸器外科

○齊藤 裕紀乃、永島 宗晃、河谷 菜津子、大瀧 容一、矢澤 友弘、成澤英司、吉川 良平、調 憲

症例は77歳男性。右上縦隔に4cmの孤立性リンパ節腫大を認め当科紹介。画像上、全身に原発巣を疑う病変を指摘できず、診断と治療を兼ねて胸腔鏡下右上縦隔リンパ節郭清術を施行した。病理診断ではリンパ節に非小細胞癌を認め、原発不明肺門縦隔リンパ節癌と判断された。高齢のため術後補助療法は施行せず、経過観察とした。術後1年6ヶ月後、PET-CTで大動脈弓周囲に多発リンパ節腫大と同部に一致した異常集積を認めた。精査により原発不明肺門縦隔リンパ節癌の局所再発と判断され、手術の方針とした。術中所見では、大動脈弓上左鎖骨下動脈分岐部と大動脈下左主肺動脈上に腫大リンパ節を認めたため、胸腔鏡下左縦隔リンパ節郭清術を施行した。病理診断では、局所再発に矛盾しない所見であった。術後経過は良好で、初回手術後4年現在、再発なく経過している。原発不明肺門縦隔リンパ節癌は非常に稀であるため、文献的考察を加えて報告する。

21

複数肺葉に多発した肺結節に対して区域切除、肺葉切除、放射線治療を組み合わせる局所治療を完遂した1例

国立がん研究センター中央病院 1) 呼吸器外科 2) 病理診断科 3) 放射線治療科 4) 放射線診断科
 ○竹中 裕史¹⁾、四倉 正也¹⁾、加島 淳平²⁾、岸川 さつき²⁾、吉田 幸弘¹⁾、大熊 加恵³⁾、中川 加寿夫¹⁾、
 渡辺 裕一⁴⁾、谷田部 恭²⁾、楠本 昌彦⁴⁾、渡辺 俊一¹⁾、

症例は70代の非喫煙女性。検診CTで多発肺結節を指摘され当院を受診した。受診時、CTで右肺上葉S2b/3aの肺門部付近に2.2cm大、S1a胸膜付近に2.0cm大のpart-solid結節をそれぞれ認めた。さらに、右肺下葉S7bの肺門部近傍に1.2cm大の結節、左肺下葉S8aの葉間面に2.2cm大のpart-solid結節を認めた。PET/CTのFDG集積は各結節ともSUVmax=1.0前後であった。多発肺癌の疑いとして、まず左肺S8区域切除を施行し、次に右肺上葉切除を施行、最後に右肺S7結節に対する定位放射線治療(60Gy/10fr)を行った。手術検体の病理病期は、左肺S8結節はIA2、右肺上葉S2b/3a結節はIA2、S1a結節はIA1で、全て腺癌であった。治療終了後2年半が経過し、再発や新規肺結節は出現せず経過中である。肺門部付近の病変を含む複数肺葉に多発する結節に対する局所治療として、区域切除、肺葉切除、放射線治療を組み合わせることで過不足なく治療を行い得たため、治療戦略の組み立てを考察し報告する。

22

胸腔鏡手術後におけるサージセル使用と神経痛出現の関連について

公益財団法人日産厚生会玉川病院 呼吸器外科

○渡邊 健一

【はじめに】本邦では気胸手術で胸膜補強を目的としてサージセルを用いる報告がある。2022年12月にサージセルが医薬品から医療機器に変更になったが添付文書で神経痛の出現につき警告されている。当院では気胸手術でサージセルを使用しているが疼痛について調査したので報告する。

【方法】2021年7月から2022年4月の胸腔鏡手術150例を対象とした。

【結果】サージセル使用群129例と非使用群21例であり、使用群、非使用群でpregabalin処方率はORCそれぞれ23%、9.5%だった。非使用群が少なく年齢や術式に偏りがあるため統計学解析が難しいが、非使用群の53%は肺癌症例であり使用群には肺癌症例が含まれない。非使用群では4-6cmの小開胸を置く症例が多いのに使用群でpregabalinの処方が多かった。

【考察】添付文書の警告にあるようサージセルの使用は神経痛発生と関連している可能性がある。一方でORCの気胸再発抑制効果は低いと報告されており、適応外使用のサージセルは疼痛悪化の可能性から慎重に使用すべきである。

23 悪性孤立性線維性腫瘍の外科的切除の1例

1) 日本大学病院 呼吸器外科、2) 日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科

○朝倉 充司¹⁾、河内 利賢²⁾、今中大起²⁾、鈴木 淳也²⁾、榊原 昌²⁾、佐藤 大輔²⁾、坂田 省三²⁾、
四万村 三恵²⁾、櫻井 裕幸²⁾

73歳女性。左上腕骨頸部骨折の術前検査で施行された胸部X線写真で異常陰影を指摘された。胸部単純CTにて、右第VIII肋骨に全周性に骨破壊像を伴う直径4cm大の腫瘤を認めた。PET/CTでは病変部SUVmax: 6.0の集積を認め、リンパ節転移、遠隔転移は認めなかった。針生検では、確定診断には至らなかったが、High grade malignant tumorの診断となり、手術の方針となった。胸腔鏡で観察すると、腫瘍の肺への浸潤は見られなかった。右肋骨(第VII, VIII, IXの一部)を腫瘍とともに合併切除し、ゴアテックスシートを用いて胸壁再建を行なった。病理所見では、円形から短紡錘形細胞が増殖する腫瘍で肋骨組織を破壊し浸潤していた。核分裂像は約10/10HPFにみられ、免疫染色でSTAT6が陽性であったことから、壁側胸膜に発生した悪性孤立性線維性腫瘍の診断となった。術後1年8カ月が経過したが、現在、無再発生存中である。悪性孤立性線維性腫瘍の1手術例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

24 左上葉切除術後に断端陽性の肺動脈内膜肉腫と判明し左残肺全摘除術を施行した一例

順天堂大学 呼吸器外科

○櫻井 幹生、鈴木 潤、大熊 真理、秦 一倫、渡邊 敬夫、福井 麻里子、服部 有俊、松永 健志、
高持 一矢、鈴木 健司

症例は57歳女性。健診の胸部レントゲン異常影を契機に左肺上葉多発結節を指摘されて当科を紹介受診。診断加療目的に左上葉切除術を施行した。永久病理診断で肺動脈内膜肉腫の診断となり肺動脈断端陽性であったため、初回手術後から2カ月後に左残肺全摘除術を施行した。追加切除を以てしても肺動脈中枢断端陽性であり、現在追加治療を検討中である。

肺動脈肉腫は非常に稀な疾患であり進展範囲が予想外に広く完全切除が難しい症例もある。今回当院での過去の切除例や文献考察も含めて報告する。

ランチョンセミナー 1

12:08 - 12:58

第1会場 (現地会場『錦』+WEB)

座長：酒井 洋 (上尾中央総合病院 呼吸器腫瘍内科)

『ニボルマブ+イピリムマブ±化学療法：長期生存への期待と副作用マネジメント』

演者：白石 祥理 (九州大学病院 がんセンター・呼吸器科)

『Nivo+Ipi±Chemoの使用経験と副作用マネジメント』

演者：安田 浩之 (慶應義塾大学医学部 呼吸器内科)

共催：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

ランチセミナー 2

12:08 - 12:58

第2会場（現地会場『花C』+WEB）

『術後補助療法でのタグリッソの役割』

座長：片倉 誠悟（神奈川県立がんセンター 呼吸器内科）

演者：大熊 裕介（国立がん研究センター中央病院 呼吸器内科）

共催：アストラゼネカ株式会社

幹事会報告

第1会場（現地会場『錦』+WEB） 13:00 - 13:10

特別企画

13:15 - 14:05

第1会場（現地会場『錦』+WEB）

座長：吉田 大作（神奈川県立がんセンター 放射線治療科（光子線部門））

共催：東芝エネルギーシステムズ株式会社

肺癌診療における重粒子線治療の可能性

群馬大学 重粒子線医学センター

○岡野 奈緒子

重粒子線治療とは、放射線の一種である重粒子線（主に炭素線）を用いて行う放射線治療のことである。2019年時点で、全世界の重粒子線治療施設は11施設（うち6施設は日本国内）で、計画中の施設が9施設（うち1施設は山形大学で現在稼働）であった。また重粒子線治療は、世界に先駆けて日本が実運用に成功したがん治療技術であり、日本からのデータに国際的にも高い関心が寄せられている。重粒子線治療では、通常のX線による放射線治療と比較し、周囲の正常組織への線量を低減しながらも、ターゲット（腫瘍）に対して強い治療効果をもたらすことが可能である。これらの重粒子線治療の特徴を肺癌の治療においてどのように生かすことができるのか、限られた重粒子線治療という資源を最も有効に活用するという視点で、肺癌診療における重粒子線治療の可能性について、これまでの知見を踏まえながら考察したい。

座長：恩田 直美（日本医科大学 呼吸器内科学）

25 Olaparib を投与した BRCA2 陽性肺腺癌の 1 例

東邦大学医学部 1) 内科学講座呼吸器内科分野（大森） 2) 病院病理学講座（大森）

○本橋 巧¹⁾、磯部 和順¹⁾、加藤 千明¹⁾、関口 亮¹⁾、増岡 まりえ¹⁾、山崎 彰¹⁾、吉澤 孝浩¹⁾、
白井 優介¹⁾、清水 宏繁¹⁾、関谷 宗之¹⁾、三好 嗣臣¹⁾、仲村 泰彦¹⁾、卜部 尚久¹⁾、坂本 晋¹⁾、
高井 雄二郎¹⁾、本間 栄¹⁾、定本 聡太²⁾、栃木 直文²⁾、岸 一馬¹⁾

症例は 66 歳の女性。X-4 年に胸部異常陰影で当科を受診し、肺腺癌 cT2aN1M1b stage IV A (BRA) の診断となった。同時に右乳房の結節を指摘され浸潤性乳管癌の診断となったが乳腺外科と協議の結果、肺癌の治療を優先することとなった。初回治療として CBDCA + PTX 同時放射線治療、脳転移に対し定位放射線照射を行なった。その後、2 次治療 PEM、3 次治療 Nivolumab、4 次治療 DTX + BV、5 次治療 S-1、6 次治療 GEM の投与を行なった。また X-2 年 1 月に浸潤性乳管癌に対する手術を行なった。同年 5 月に原発巣の増大および CEA 104.0ng/ml と上昇を認めたため CT ガイド下生検を施行し、遺伝子パネル検査 (FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル) に提出したところ BRCA2 遺伝子変異が認められた。このため、同年 8 月から Olaparib 600mg/day を開始した。その後 X 年 6 月まで効果は SD を維持した。BRCA2 陽性肺腺癌は検索する限り本邦で報告例がなく、文献考察を加えて報告する。

26 METexon14skipping 陽性肺腺癌に対してテポチニブ使用にて早期に頭蓋内制御を得られた 1 例

亀田総合病院 呼吸器内科

○本間 雄也、大槻 歩、出光 玲菜、猪島 直樹、河合 太樹、藤岡 遥香、栃木 健太郎、山本 成則、
谷口 順平、窪田 紀彦、永井 達也、伊藤 博之、金子 教宏、中島 啓

71 歳女性。他院にて胸部異常陰影の指摘あり X 年 11 月当科紹介受診。両肺野に最大径 21mm 大の多発結節影、多発リンパ節、脳転移を認め、右頸部リンパ節摘出術を行い肺腺癌 cT1cN3M1c Stage IV B の診断となり、MET exon 14 skipping 変異陽性であった。初診時は PS0、脳転移の症状は認めなかったが、12 月にテポチニブ投与目的の入院時には、新規に頭痛、悪心、嘔吐の症状が出現していた。髄膜播種も疑い腰椎穿刺を施行したが困難であった。症状を有する多発脳転移、髄膜播種疑いとして全脳照射を考慮しながら、テポチニブ 500mg/day の内服を開始した。投与開始 2 日目に頭痛、悪心の症状が消退し、投与 9 日目に頭部造影 MRI を施行したところ、多発脳転移のいずれも縮小、消退していた。頭蓋内病変の制御良好と判断し、全脳照射は行わない方針とし、投与 13 日目に退院となった。テポチニブの脳転移症例に対する有効性は過去の報告は散見されるが、本症例では早期に劇的な効果を得られたため報告する。

エヌトレクチニブ投与早期に重篤な心筋症を認めた ROS1 融合遺伝子陽性肺癌の 2 例

国立がん研究センター東病院 1) 呼吸器内科 2) 循環器科、
3) 淀川キリスト教病院 呼吸器内科、4) 新東京病院 心臓内科

○北川 真吾¹⁾、覺野 重毅³⁾、香川 洋輔¹⁾、野崎 要¹⁾、大西 宏和⁴⁾、田尻 和子²⁾、酒井 徹也¹⁾、
泉 大樹¹⁾、柴田 祐司¹⁾、善家 義貴¹⁾、梅村 茂樹¹⁾、松本 慎吾¹⁾、葉 清隆¹⁾、中村 淳⁴⁾、後藤 功一¹⁾

【患者 1】72 歳、男性。ROS1 肺癌に対する二次治療として、エヌトレクチニブを投与後、4 日目に心室頻拍を伴う心原性ショックを発症した。心エコーで両室収縮能不全を認めたが、冠動脈造影で両側冠動脈に有意狭窄を認めなかった。機械的補助循環装置を用いた急性期治療を行い、両室収縮能不全の改善を認めた。臨床経過からエヌトレクチニブによる心筋症と診断した。

【患者 2】71 歳、女性。ROS1 肺癌に対する三次治療として、エヌトレクチニブを投与後、20 日目に呼吸困難を伴う心原性ショックを発症した。心エコーで心室収縮能不全を認めたが、心電図で虚血性変化を認めなかったため、エヌトレクチニブによる心筋症が疑われた。心不全の悪化により、発症から 5 日目に死亡した。エヌトレクチニブによる心臓障害の発生頻度は 14.2% (Grade 3 以上は 4.7%)、好発時期は投与開始後 12 週以内と報告されており、投与の際には注意が必要である。

HER2 遺伝子変異陽性 AYA 世代女性肺癌の 1 手術例

総合病院土浦協同病院 1) 呼吸器外科 2) 病理診断科

○岡村 純子¹⁾、稲垣 雅春¹⁾、上田 翔¹⁾、柳原 隆宏¹⁾、井上 和成²⁾、石川 雄一²⁾

【背景】AYA 世代とは思春期から若年成人期 (15 歳～30 歳台) を意味し、本邦では年間 2 万人が AYA 世代でがんの診断を受けている。AYA 世代のがんにおいては、乳癌、甲状腺癌、子宮癌、大腸癌がその半数を占め、肺癌はわずか 2% に過ぎない。さらに、若年肺癌は肺癌全体の 0.4% と希少であり、それゆえに AYA 世代肺癌に関する過去の診療経験の蓄積は不十分である。

【症例】32 歳女性。健診契機に発見された右上葉肺癌 cT2aN0M0,cStageIB に対して、X 年胸腔鏡下右肺上葉切除・縦隔リンパ節郭清術施行。術後病理 Solid adenocarcinoma,pT2bN0,pStageIIA。術後補助療法として CBDCA+PEM#1-4,S-1,UFT 施行。X+3 年多発肺内転移に対し SBRT 施行。X+6 年肺内転移再発に対し右肺下葉部分切除施行。X+7 年右残下葉に多発肺内転移を認め、Ipi +Nivo を開始し継続中。なお経過中、LC-SCRUM において、HER2 exon20 変異陽性と見いだされたが、病変サイズから治験対象とならなかった。

【結語】AYA 世代女性肺癌に対し、手術、放射線治療、免疫療法により 8 年間の生存を得ている症例を経験したため報告する。

座長：風張 広樹（帝京大学医学部附属病院 腫瘍内科）

29

pro-GRP 高値を示し、Cushing 症候群を生じた ACTH 産生肺定型カルチノイドの1切除例

自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科

○水越 奈津樹、峯岸 健太郎、大関 雅樹、曾我部 将哉、大谷 真一、坪地 宏嘉、遠藤 俊輔

症例は68歳、女性。半年前からの下肢筋力低下を主訴に当院に受診した。満月様顔貌、中心性肥満など特徴的な身体所見を認め、ACTH およびコルチゾールが高値であった。内分泌学的精査が行われ、Cushing 症候群と診断された。また、ガストリン放出ペプチド前駆体（pro-GRP）の上昇を認めた。CTでは左肺下葉に FDG-PET で異常集積を伴う 25mm 大の結節を認め、異所性 ACTH 産生腫瘍が疑われたため、胸腔鏡下左肺下葉切除および縦隔リンパ節郭清を施行した。病理組織学的診断は縦隔脂肪組織への浸潤を伴う定型カルチノイド pT3N0M0 StagellB、免疫染色では synaptophysin および INSM1 は陽性、DLL3 および MASH1 は陰性であった。術後、ACTH およびコルチゾールは正常範囲まで低下したため ACTH 産生肺定型カルチノイドと診断した。また、pro-GRP も術後に正常範囲まで低下した。術後2年経過し、無再発生存中である。定型カルチノイドでは縦隔リンパ節郭清を省略する報告も認めるが、本症例では pro-GRP が高値であったことから小細胞肺癌も念頭に置き手術を行った。文献的考察を含め、報告する。

30

四肢の不随意運動を主徴候とする傍腫瘍性神経症候群を合併した肺小細胞癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 1) 呼吸器内科 2) 脳神経内科

○坂本 奈穂¹⁾、黒田 優実¹⁾、荒野 直子¹⁾、中里 朋子²⁾、朝尾 哲彦¹⁾、三森 友靖¹⁾、高橋 和久¹⁾

症例は60代女性。20XX年8月に呼吸困難を主訴に精査を行ったところ、CTで右上葉腫瘍、縦隔リンパ節腫大を指摘され当院を受診した。#3リンパ節からの超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）による生検と全身精査の結果、進展型肺小細胞癌 cT2aN3M1a stage IVA の診断となった。1st line としてカルボプラチン、エトポシド、アテゾリズマブを4サイクル施行後に維持療法としてアテゾリズマブを7サイクル行った20XX+1年5月、四肢の不随意運動が出現した。同時期のCTで肺内転移の増大を認め、病勢増悪の判定となった。筋電図では運動神経の過剰興奮を認めた。傍腫瘍性神経症候群関連抗体の結果や2nd line としてアムルピシンを開始した後に症状が改善したことを踏まえ、不随意運動の原因は傍腫瘍性神経症候群と診断した。肺小細胞癌では傍腫瘍性神経症候群を合併する割合が高いとされているが、その中でも特徴的な臨床所見を呈した症例であったため文献的考察を含めて報告する。

31 肺腺癌術後再発に対して化学療法中に肺扁平上皮癌を発症した1例

東京医科歯科大学病院 1) 呼吸器内科 2) 診断病理科

○丸田 竜介¹⁾、柴田 翔¹⁾、飯島 裕基¹⁾、島田 翔¹⁾、山名 高志¹⁾、榊原 里江¹⁾、本多 隆行¹⁾、三ツ村 隆弘¹⁾、白井 剛¹⁾、古澤 春彦¹⁾、岡本 師¹⁾、立石 知也¹⁾、桐村 進²⁾、宮崎 泰成¹⁾

間質性肺炎、肺アスペルギルス症、肺非結核性抗酸菌症で通院中の60歳代男性。X-3年に左肺腫瘤影に対して左舌区、下葉部分切除術を施行。扁平上皮癌 pT3aN1M0, pStageIIA と診断した。X-2年に右下葉結節影が出現し、右下葉部分切除術を施行。腺癌 pT2aN0M0, pStageI と診断した。術後肺癆の合併から慢性膿胸となり、緑膿菌による下気道感染を繰り返していた。X-1年に縦隔リンパ節の腫大、左上区浸潤影があり、#7でEBUS-TBNA施行、左上区枝で気管支洗浄施行しいずれも腺癌と診断した。術後再発と考えCBDCA+PTX6コース施行し、PRを得られていた。X年8月に発熱、喀痰を主訴に入院し、左下葉に浸潤影を認めた。緑膿菌による細菌性肺炎を疑い抗菌薬投与したが改善を認めなかった。TBB施行し、扁平上皮癌と診断した。化学療法を検討したが、PSが低下したためBSCの方針となった。複数の呼吸器疾患が背景にあり、胸部CTでは腫瘍、感染の鑑別が困難で、繰り返しの気管支鏡検査の施行が診断に有用であったと考え報告する。

32 片肺移植後の自己肺癌

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

○此枝 千尋、山口 美保、山谷 昂史、叢 岳、中尾 啓太、長野 匡晃、唐崎 隆弘、川島 光明、嶋田 善久、佐藤 雅昭、中島 淳

肺移植は慢性呼吸器疾患患者への最終手段の治療であるが、肺移植後の5年生存率は6-7割とされ、他の固形臓器移植後に比し低い。日本ではドナーシェアリングの観点から可能な限り両肺ではなく片肺移植が第一術式として選択されるが、片肺移植後は自己肺の原発性肺癌や感染等が問題となることがある。当院は2015年の肺移植開始以降、2022年末までに脳死肺移植109例（両肺52例、片肺57例）施行し、片肺移植患者のうち3例に自己肺原発性肺癌発症を経験した。全例男性、肺移植時の年齢61-62歳、組織型は一部もしくは全体が小細胞癌、肺移植後から肺癌診断までの月数は12から35カ月であった。一例は肺癌死、一例を肺癌術後COVID19により失った。救命のために片肺移植を施行せざるを得ない現状において、自己肺癌の早期発見と治療介入は長期予後改善のために重要である。肺移植後の肺癌について文献的考察を含めて報告する。

コーヒーブレークセミナー 1

15:16 - 16:06

第1会場（現地会場『錦』+WEB）

『肺癌治療におけるCGP検査の有用性について』

座長：松倉 聡（昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター 呼吸器内科）

演者：廣島 幸彦（神奈川県立がんセンター がんゲノム診療科）

共催：中外製薬株式会社

『局所進行肺癌に対する外科治療の展望』

座長：齋藤 春洋 (神奈川県立がんセンター 呼吸器内科)

演者：伊藤 宏之 (神奈川県立がんセンター 呼吸器外科)

共催：日本化薬株式会社

8 外科治療 2

座長：稲福 賢司 (横浜市立大学附属病院 呼吸器外科)

33

肺膿瘍を疑う空洞性病変に対して右肺上葉切除術を施行し、
肺多形癌の診断に至った 2 例

1) 神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器外科、2) 横浜市立大学 外科治療学

○豊田 まどか¹⁾、荒井 宏雅¹⁾、菊池 章友¹⁾、三品 善之¹⁾、渋谷 駿¹⁾、利野 靖²⁾、齋藤 綾²⁾

【背景】今回我々は、肺膿瘍として手術を施行後、肺多形癌と診断された 2 症例を経験したため報告する。

【症例 1】52 歳男性。CT で右肺上葉内肺尖部に壁肥厚と液面形成を伴う約 10cm の空洞病変を認め、嚢胞内感染として抗菌薬加療と嚢胞内ドレナージを行った。炎症反応の鎮静化を待って右肺上葉切除術を施行。病理診断は肺多形癌 (pT3N0M0: Stage II B) であった。

【症例 2】58 歳男性。右肺上葉腫瘍に対し前医で気管支鏡検査後、腫瘍の拡大あり当院を紹介受診。病理検体は壊死のみであったが、腫瘍は約 14cm で肺門を強く圧排していた。嚢胞内感染として抗菌薬加療と嚢胞内ドレナージを施行し、肺門構造の圧排解除後に右上葉切除を施行。術後病理診断は肺多形癌 (pT4N0M0: Stage III A) であった。

【結語】多形癌は時に内部が壊死し気道へドレナージされ空洞形成を来すことがある。強い壊死を疑う病変は、悪性腫瘍も考慮することが肝要と考えられた。

34 右下葉切除後に中葉温存右上葉切除を行った同時多発肺癌の1例

1) 横浜市立大学 外科治療学教室 初期研修医、2) 横浜市立大学 外科治療学教室

○飯塚 森哉¹⁾、稲福 賢司²⁾、石川 善啓²⁾、佐波 拓哉²⁾、田中 翔真²⁾、角谷 芽衣²⁾、利野 靖²⁾

66歳男性。間質性肺炎合併の右下葉肺癌疑い(cIA3期)に対し、右下葉切除+上葉部分切除生検を施行。右下葉腸型肺腺癌(pIB期)の診断と同時に、間質性肺炎の陰影と考えた上葉すりガラス陰影も肺腺癌(浸潤性粘液腺癌:断端陽性)の診断であった。上葉肺癌は改めてcT3(6cm)N0M0-IIIB期の診断となった。集学的カンファレンスで切除の方針となり、1ヶ月半後に右残存上葉切除を行った。肺門部に強固な癒着を認めたが、剥離可能で、自動縫合器で処理した。中葉と横隔膜との癒着は、軸捻転を予防するために剥離しなかった。合併症なく経過し、術後8日目に退院した。病理では、浸潤性粘液腺癌(pIIB期)の診断。術後9か月経過し、右中葉の拡張は良好で、労作時軽度呼吸困難はあるが、HOTなくADLは良好である。再発も認めていない。右下葉切除後に、中葉を温存した右上葉切除に成功した一例を経験した。

35 右B3転位気管支を伴う右上葉肺癌の1例

新潟県立がんセンター新潟病院 呼吸器外科

○田中 博、岡田 英、青木 正

63歳女性。検診胸部X線異常を契機に受診しCTで右S1に腫瘤を指摘された。気管支鏡および全身検索の結果、全体径45mm/充実成分径34mmの原発性肺腺癌cT2aN0M0 Stage I Bと診断され手術の方針となった。術前3D-CTでは上中葉間は不全分葉でB3が中葉支から分岐する気管支分岐異常を認めた。手術は胸腔鏡下に肺門葉間を剥離し、上葉へ分岐する肺動脈とV1+2、B1+2を切離。その後中葉支から分岐するB3を確認して切離。上中葉間を通るV3は温存してICG法で上中葉の境界を確認し自動縫合器で切離して上葉切除した。手術時間165分、出血量10mL。術後経過良好。稀な気管支分岐異常を伴う症例の安全な手術には、術前の十分な3D-CT検討および胸腔鏡による術者と助手の術野情報共有が重要と考えられた。

36 浸潤性粘液性腺癌の進展範囲の違いによる手術手技の留意点

1) 慶應義塾大学医学部 外科学(呼吸器)、2) 慶應義塾大学病院 病理診断科

○石黒 勇輝¹⁾、菱田 智之¹⁾、大城 雄基¹⁾、櫻田 明久¹⁾、杉野 功祐¹⁾、青木 輝¹⁾、井本 智博¹⁾、岡 直幸¹⁾、大久保 祐¹⁾、政井 恭兵¹⁾、加勢田 馨¹⁾、朝倉 啓介¹⁾、江本 桂²⁾、浅村 尚生¹⁾

【はじめに】浸潤性粘液性腺癌(Invasive mucinous adenocarcinoma: IMA)は肺腺癌の特殊型の一つであり、豊富な粘液産生と気腔内進展を特徴とする。

【症例1】60代女性。検診で右肺下葉S6に浸潤影を指摘された。気管支鏡下生検でIMAの診断となり手術の方針となった。術中、肺の虚脱は得られており、胸腔鏡併用の小切開創で肺門の処理が可能であった。

【症例2】80代女性。検診で右肺下葉に広範な浸潤影を指摘された。気管支鏡下生検でIMAの診断となり手術の方針となった。右下葉はほぼ全域が粘液で占められ虚脱が得られず、十分な大きさの開胸創で手術を行った。

【結論】IMAが肺葉内を広範に占拠する場合、肺が虚脱せず、肺門への到達が困難な場合がある。胸腔鏡手術や小開胸創では、不用意な肺の圧排により、腫瘍穿破や気腔内散布を招く恐れがあるため、十分な大きさの開胸創による視野確保と慎重な肺門展開が必要である。進展範囲の異なる2症例を提示し手術手技について考察する。

37

腹部リンパ節腫大を伴う肺定型カルチノイドに対しオリゴ転移として外科治療を行った1例

神奈川県立がんセンター 1) 呼吸器外科 2) 呼吸器内科 3) 病理診断科

○菊西 啓雄¹⁾、伊藤 宏之¹⁾、足立 広幸¹⁾、伊坂 哲哉¹⁾、村上 浩太郎¹⁾、三浦 隼¹⁾、
繁田 奈央子¹⁾、齋藤 春洋²⁾、横瀬 智之³⁾

43歳男性。健診の胸部レントゲンで異常影指摘され前医受診。胸部CT上、40mm大右上葉充実性腫瘍と30mm大肝門部リンパ節腫大を認めた。肺病変は気管支鏡下生検にてカルチノイドの診断。肝門部リンパ節は超音波内視鏡下穿刺吸引法にて、カルチノイド疑い。PET-CT、ソマトスタチンシンチにて両病変に異常集積を認め、肺カルチノイド cT2aN0M1b (肝門部リンパ節)、Stage IVA と診断。前医で全身治療予定であったがセカンドオピニオン目的に当院受診。オリゴ転移として両病変を切除する方針とした。まず肝門部リンパ節摘出術施行し、副腎外パラガングリオーマの診断となった。2ヶ月後、胸腔鏡下右上葉切除を施行し、肺定型カルチノイド pT2aN0M0 の診断となった。今回、腹部リンパ節腫大を伴う肺定型カルチノイドに対しオリゴ転移として両病変を切除し、神経内分泌腫瘍の重複癌と診断し得た症例を経験したので報告する。

ミニレクチャー 1

16:51 - 17:16

第1会場 (現地会場『錦』+WEB)

『マルチ遺伝子検査を用いた肺癌診断のコツ』

座長：池田 徳彦 (東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科分野)

演者：榊原 里江 (東京医科歯科大学病院 呼吸器内科)

共催：サーモフィッシャーサイエンティフィック

ミニレクチャー 2

16:51 - 17:16

第2会場 (現地会場『花C』+WEB)

『KRAS G12C陽性肺癌におけるバイオマーカー検査と ルマケラス錠の臨床データ』

座長：猶木 克彦 (北里大学医学部 呼吸器内科学)

演者：村上 修司 (神奈川県立がんセンター 呼吸器内科)

共催：アムジェン株式会社

座長：松村 舞依（横浜市立大学医学部 病態病理学）

38 悪性胸膜中皮腫との鑑別に苦慮した悪性リンパ腫の1例

日本医科大学大学院医学研究科 1) 呼吸器内科学分野 2) 解析人体病理学分野

○芳賀 三四郎¹⁾、柏田 建¹⁾、恩田 直美¹⁾、加藤 泰裕¹⁾、高野 夏希¹⁾、福泉 彩¹⁾、武内 進¹⁾、
松本 優¹⁾、宮永 晃彦¹⁾、功刀 しのぶ²⁾、寺崎 泰弘²⁾、笠原 寿郎¹⁾、清家 正博¹⁾

78歳男性、X年Y-2月に前医胸部X線写真で左胸水を指摘された。ADA高値、リンパ球優位の胸水所見および、T-SPOT陽性から結核性胸膜炎と臨床診断、X年Y-1月より抗結核薬治療が開始された。治療後も胸水コントロールがつかず精査加療目的にX年Y月に当院転院となった。胸水細胞診では悪性所見はみられず異型リンパ球についても認められなかった。CT検査では両側胸膜、心膜に広範な肥厚がみられ、診断目的で行った局所麻酔下胸腔鏡検査では、白色の隆起性結節が散在しており、悪性胸膜中皮腫を鑑別とした。白色病変の生検でB細胞主体の炎症細胞が多数認められ、CTガイド下胸膜生検を追加し、病理学的にHigh grade lymphoma（高悪性度B細胞リンパ腫）と診断した。本症例では結核性胸膜炎や悪性胸膜中皮腫などとの鑑別に苦慮したが、局所麻酔下胸腔鏡とCTガイド下胸膜生検により、悪性リンパ腫の診断に至った症例であった。さらに文献的考察を加えて報告する。

39 線維化巣の一部に認めた Complex glandular pattern を含む小型低分化肺腺癌の一例

1) がん研究会有明病院呼吸器センター 外科、2) がん研究会がん研究所 病理部

○玉川 達¹⁾、橋本 浩平¹⁾、二宮 浩範²⁾、立花 太明¹⁾、浦部 貴史¹⁾、一瀬 淳二¹⁾、松浦 陽介¹⁾、
中尾 将之¹⁾、奥村 栄¹⁾、文 敏景¹⁾

【背景】肺腺癌において Complex glandular pattern (CGP) は予後不良因子で、WHO 第5版では high grade pattern として定義された。今回、線維化巣の内部に CGP を含む低分化な小型腺癌を認めた症例を報告する。

【症例】69歳女性。既往は16年前に大腸癌（手術のみ）、HBVキャリアー。転倒を契機に施行したCTで肺結節を認め当科に紹介受診した。CTで右肺S1に胸膜陥入を伴う長径26mmの結節を認め、SUVmax 7.3のFDG集積を認めた。肺癌疑いcT1cN0M0の診断で胸腔鏡下右肺上葉切除の方針とした。迅速病理診断では炎症細胞浸潤を伴う肺泡虚脱のみ認めたが、画像的に肺癌は否定できずND2a-1郭清を実施した。摘出検体標本では線維化主体の病変内に5mm程度の小型腫瘍胞巣が散在していた。最終病理診断は腺癌（Solid pattern 40%、CGP 30%含む）で、#12u、#4Rに転移を認めpT1bN2M0、pStage III Aであった。【結語】小型ながらCGPを含むhigh grade pattern主体の低分化な肺腺癌を経験した。CGPの病理学的定義・意義を含め考察する。

40 悪性の診断が困難であった異時性多発肺癌の一例

筑波大学附属病院 1) 呼吸器外科 2) 病理診断科

○関根 康晴¹⁾、鈴木 健浩¹⁾、佐藤 沙喜子¹⁾、黒田 啓介¹⁾、河村 知幸¹⁾、佐伯 祐典¹⁾、小林 尚寛¹⁾、後藤 行延¹⁾、市村 秀夫¹⁾、佐藤 幸夫¹⁾、北川 百合²⁾、河合 瞳²⁾、松原 大祐²⁾

55歳男性。X-4年に右肺下葉の45mm大の腫瘤影に対して気管支鏡下生検にて腺癌の診断を得た後に右下葉切除+縦隔リンパ節郭清術を施行された。組織診断では、細胞異型が軽度で核分裂像は殆どみられず、Ki-67が低値で良性腫瘍の可能性が示唆されたが、WHO分類の腺腫に該当しない組織像であった。術前後で血中CEAが低下したことからCEA染色で腫瘍細胞の一部が陽性であったことから腫瘍サイズも考慮しPapillary adenocarcinoma with low-grade malignancyと診断された。術後3年のCTで左肺下葉にGGNが出現し増大傾向のため、左肺下葉部分切除術を施行された。組織診断では粘液を有する異型上皮が肺泡破壊や線維化を伴って増殖していた。細胞密度がやや低く、frontの形成がやや不明瞭で背景の化生上皮との区別が難しい領域もみられたが、異形上皮は一部HNF4 α 要請であり、化生上皮を起源とする低異型度の粘液癌と診断された。2つの腫瘍は形態などが異なり異時多発肺癌と診断された。組織診断に難渋した稀な症例のため報告する。

41 原発性肺癌との鑑別を要した肺原発 MALT リンパ腫の1例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院 呼吸器センター外科

○小橋 創、藤森 賢、鈴木 聡一郎、土屋 武弘、菊永 晋一郎、新妻 徹、大塚 礼央、濱田 洋輔

症例は65歳女性。X-1年3月の健診胸部X線で異常を指摘され前医受診。胸部CTで両側多発GGOを認めたと経過観察された。X年9月のフォローの胸部CTで一部陰影の増大と内部濃度上昇を認め当院紹介。両側多発肺癌(右上4, 右中1, 右下3, 左上3, 下2病変)が疑われたが、10mmを超え増大傾向及びPETでの取り込みを認めた病変を切除対象とした。X年12月両側3-port胸腔鏡下左上大区域切除→右S6区域切除を施行。術後病理診断で小型なリンパ球の密な浸潤とlymphoepithelial lesionの存在, D20-, CD3-, CD5-, CD10-, BCL2+, BCL6-, Cyclin D1-を示しMALTリンパ腫と診断した。現在当科と当院血液内科で無治療経過観察中である。肺MALTリンパ腫は肺悪性腫瘍中0.5~1%と比較的稀である。その画像所見は多彩であり画像診断のみでは原発性肺癌との鑑別が困難なことがある。気管支鏡生検での診断も難しいとされ術前診断が困難な疾患である。標準治療も確立されたものではなく比較的予後良好な疾患であるがDLBCLへの形質転換症例も存在する事から今後も慎重なフォローが必要である。

座長：伊坂 哲哉（神奈川県立がんセンター 呼吸器外科）

42

Good 症候群に対して術後免疫グロブリン補充療法にて感染コントロールが得られた一例

東京都済生会中央病院 呼吸器外科

○神谷 侑樹、大村 征司、梶 政洋

Good 症候群は胸腺腫に低ガンマグロブリン血症が合併した疾患で、頻度は本邦において 0.2% 程度と非常に稀である。胸腺腫切除による低ガンマグロブリン血症の改善効果は乏しく、Good 症候群に対する治療方針は現在一定の見解は得られていない。今回我々は胸腺腫術後に免疫グロブリン補充療法を導入し、良好なコントロールが得られた症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。症例は 55 歳男性。前医で繰り返す副鼻腔炎に対して抗生剤持続内服治療を受けていた。職場の健康診断で縦隔腫瘍を指摘され、手術目的に当院呼吸器外科へ紹介となった。術前の血液検査にて 127mg/dl と低ガンマグロブリン血症を認めた。拡大胸腺全摘術を施行し胸腺腫との病理診断であったため Good 症候群と診断した。術後も血清 IgG 濃度の上昇は認めず、スルホ化人免疫グロブリン G の定期投与を開始した。現在感染症コントロールは良好であり、胸腺腫術後としても無再発生存中である。

43

長期間にわたり経過が観察された胸腺癌の 1 例

茨城県立中央病院 1) 呼吸器外科 2) 病理診断科

○中岡 浩二郎¹⁾、高橋 光¹⁾、菅井 和人¹⁾、菊池 慎二¹⁾、清嶋 護之¹⁾、朝山 慶²⁾、飯嶋 達生²⁾

症例は 62 歳，男性。検診 CT で前縦隔に 23mm の結節を認め、当院を紹介受診。CT，MRI で胸腺の多房性嚢胞性病変が疑われた。経過観察を行ったところ，病変は徐々に縮小し 7 年後にはほぼ瘢痕状となった。その 3 年後の CT では病変は 13mm とわずかに増大し，さらにその 3 年後には 24mm まで増大した。その半年後の PET-CT では病変は 31mm で SUV max 30 の FDG 集積を認め，同時に両側の多発肺結節も指摘された。診断を目的とした肺部分切除と縦隔病変の部分切除を施行した。切除標本の病理検査では肺，縦隔病変のどちらにも同様の扁平上皮癌を認め，胸腺癌とその肺転移と考えられた。途中に自然退縮をほさみ 10 年以上の経過を追えたまれな症例と考えられたため報告する。

44 胸腺腫関連低 γ グロブリン血症に加え、術後8年目に赤芽球癆を合併した一例

東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野

○重福 俊佑、萩原 優、大澤 潤一郎、大平 達夫、池田 徳彦

症例は60代男性。当院に繰り返す肺炎で受診時に胸部CTで6cm大の前縦隔腫瘍を指摘された。20XX年に前縦隔腫瘍に対し胸骨正中切開下胸腺全摘術施行。手術時間3時間22分、出血143ml。病理の結果は胸腺腫 type AB 正岡II期であった。術後外来で経過観察していたが、20XX+2年に慢性下気道感染症に対しIgG低値を指摘され γ グロブリン血症と診断された。その後は副鼻腔炎などの感染症もみられ、適宜外来にて γ グロブリン補充療法を行っていた。20XX+8年には末梢血ヘモグロビン値の低下がみられ骨髄生検にて赤芽球が散見され、赤芽球癆と診断された。その際、胸腺腫再発の所見はなかった。赤芽球癆に対しシクロスポリン内服開始となっており、内服量の増減を繰り返し現在も継続している。いわゆるGood症候群に胸腺腫術後しばらく経って赤芽球癆を合併した症例は稀であり、若干の文献も含め考察する。

45 胸腺癌に対し一次治療としてレンバチニブが有効であった一例

神奈川県立がんセンター 1) 呼吸器内科 2) 病理診断科

○品田 佳那子¹⁾、片倉 誠悟¹⁾、牛尾 良太¹⁾、村上 修司¹⁾、近藤 哲郎¹⁾、加藤 晃史¹⁾、横瀬 智之²⁾、齋藤 春洋¹⁾

57歳、女性。X-1月腰痛のため前医を受診し、縦隔腫瘍および多発転移性骨腫瘍を指摘された。縦隔腫瘍の生検より胸腺癌と診断され、X月当院を初診した。初診時、起坐呼吸であり、がん性収縮性心膜炎を指摘された。即日入院としたがPerformance Status (PS)は4であり、抗がん化学療法は適応外と判断した。Best supportive careが考慮されたが、疼痛コントロールによりPS3まで改善したことから、科内で協議し、レンバチニブ投与を開始する方針とした。投与量は、PSを考慮し50%減量の12mg/日で開始した。投与開始後、速やかに胸水は減少した。12日目に食思不振grade1を契機に食事摂取量が低下し、14日目に脱水grade3で休薬した。末梢点滴輸液のみで改善したため28日目よりレンバチニブを一段階減量し8mg/日で再開した。32日目の時点でRECIST SDであるが腫瘍縮小傾向を認め、胸水の著明な減少を認めた。現在PS2で外来通院加療を継続している。胸腺癌は希少癌であり治療法について知見も十分でない。レンバチニブはプラチナ製剤を含む化学(放射線)療法歴を有する切除不能な胸腺癌患者に対して有効性が示されているが、前治療歴のない患者においても有効な可能性がある。

46**減量手術のみで良好な経過を得ている Type B3 胸腺腫（正岡 IVa 期）の 1 例**

順天堂大学医学部附属順天堂医院 1) 呼吸器外科 2) 人体病理科

○土田 舜太¹⁾、高持 一矢¹⁾、林 大久生²⁾、内田 真介¹⁾、福井 麻里子¹⁾、松永 健志¹⁾、鈴木 健司¹⁾

手術時 55 歳の男性，息切れ，胸痛で近医受診し，胸部レントゲンで異常陰影を指摘され紹介された。胸部造影 CT で前縦隔に 65 x 60 mm の腫瘤を認めた。肺動脈本幹との境界は不明瞭であり，心膜横洞に進展していた。PET-CT では腫瘤に SUVmax 9.53 の集積を認めた。最初に胸骨正中切開で人工心肺下に肺動脈本幹と心膜横洞から主病巣を剥離した。心嚢内で左主肺動脈と左上肺静脈を確保した際に、心尖部を中心に多数の心嚢内播種を確認した。次に右側臥位にして，後側方切開で左上葉を合併切除し，主病巣を摘出した（R2 切除）。永久病理診断は，Type B3 胸腺腫，正岡 IV a 期の診断であった。術後 9 か月間，無再発生存中である。

III，IV 期胸腺腫に対する減量手術はメタアナリシスの結果，予後延長に寄与することが報告されている。本症例は肺動脈本幹への浸潤が進行すると突然死の可能性もあり，減量手術の意義があったと考えている。

閉会の辞**第1会場（現地会場『錦』+WEB） 18:25 - 18:30**会長 **横瀬 智之**（神奈川県立がんセンター）

日本肺癌学会関東支部学術集会 開催予定表

■ 2023年

回数	会長	会期日	会場	病理アドバイザー
196回	自治医科大学 仁木 利郎	7月8日	京王 プラザホテル	埼玉県立がんセンター 元井 紀子
197回	がん研究会有明病院 西尾 誠人	12月2日	京王 プラザホテル	茨城東病院胸部疾患・ 療育医療センター 南 優子

■ 2024年

回数	会長	会期日	会場	病理アドバイザー
198回	新潟大学大学院 土田 正則	3月9日	京王 プラザホテル	国立がん研究センター 中央病院 谷田部 恭
199回	東邦大学医療センター 大森病院 岸 一馬	7月13日	京王 プラザホテル	がん研究会有明病院 二宮 浩範
200回	国立がん研究センター 東病院 坪井 正博	12月14日	京王 プラザホテル	東京女子医科大学 八千代医療センター 廣島 健三

千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学

支部長 吉野 一郎

〒260-8670 千葉市中央区亥鼻1-8-1

TEL：043-222-7171（代表）

事務局 有限会社トータルリバー

〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-3-2 郵船ビル1階

TEL：03-5533-8895 FAX：03-5533-8896

E-mail：haigankanto@totalriver.co.jp