

第 188 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：2024年3月16日（土）

会 場：シエーンバツハ・サボー（砂防会館別館）
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-4

会 長：岸 一馬
東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科

事務局：東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科
〒143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1
TEL：03-3762-4151

insmed®



アミノグリコシド系抗生物質製剤

薬価基準収載



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[※]

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、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

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

All other trademarks referenced herein are the property of their respective owners.

2023年7月作成

PP-ARIK-JP-00697

© 2023 Insmmed GK. All Rights Reserved.

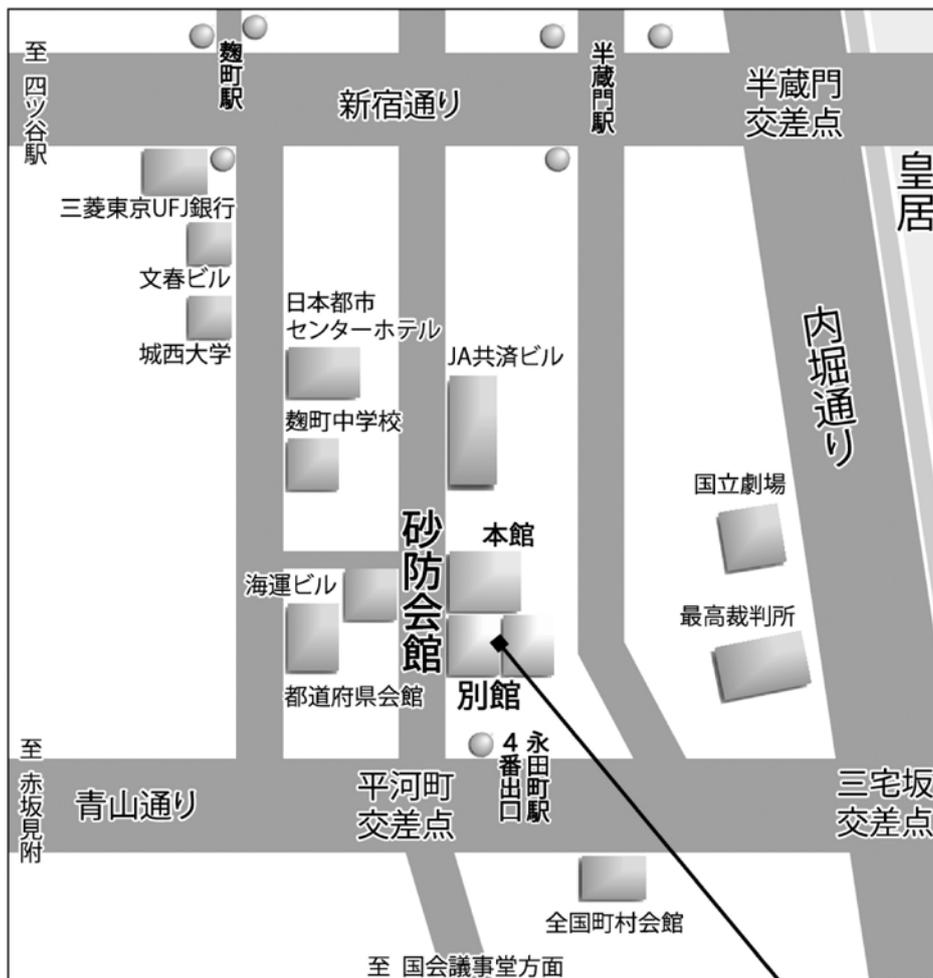
© 2023 PARI GmbH. All Rights Reserved.

会場ご案内図

シェーンバッハ・サボア(砂防会館別館)

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4

TEL : 03-3261-8386 (代表)



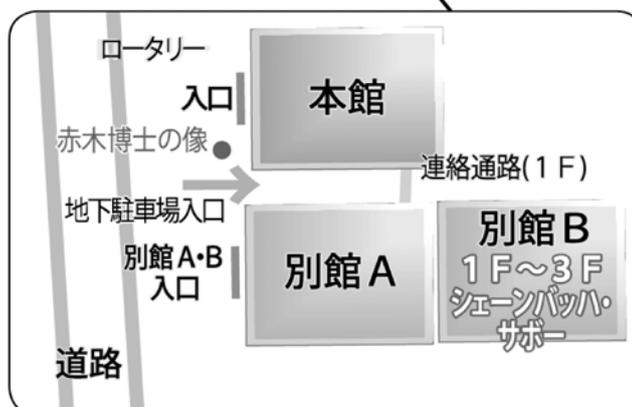
■交通のご案内

地下鉄<有楽町線><半蔵門線>

永田町・4番出口より徒歩1分

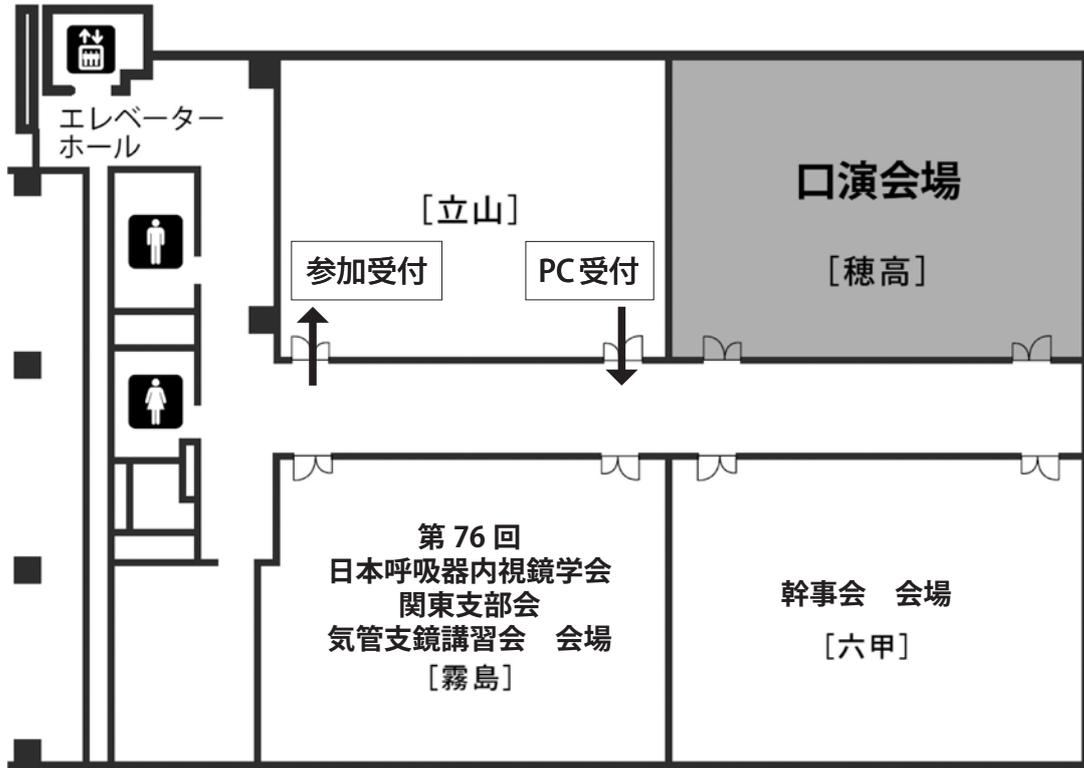
地下鉄<銀座線><丸の内線>

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 188 回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 ご発表に関するご案内

■開催形式

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

■発表時間

発表 5 分、討論 2 分です。時間厳守をお願いいたします。

■発表データ

- ・発表予定時刻の 30 分前までに USB メモリーを PC 受付にお持ちいただき、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) G28 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。会場に用意する PC の OS は Windows11、アプリケーションは Microsoft PowerPoint (Office 365) となります。
- ・フォントは Windows に標準搭載されているものをご使用ください。
- ・動画や音声をご使用になる場合は、受付にて必ずオペレーターにお申し出ください。
- ・メディアを介したウイルス感染の恐れがありますので、予め最新のウイルス駆除ソフトでチェックをお願いいたします。
- ・必ずバックアップデータをお持ちください。

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

詳細は本支部会のホームページ (下記 URL) をご参照ください。

<http://jsrekanto188.umin.jp/>

■個人情報保護法に関するお願い

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

■「気管支学」への抄録原稿掲載について

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

■参加登録

当日会場での参加登録・支払いも可能ですが、混雑緩和のため、会期当日までにオンラインでの参加登録にご協力をお願いいたします。

<参加登録ページ> <http://jsrekanto188.umin.jp/>

<参加費> 1,000 円

<参加登録期間> 2024年3月16日(土) 18時30分まで

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

■参加証・領収書

参加証は、会期当日に受付でお渡しいたします。

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

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

■ご注意事項

オンライン参加登録時の登録内容の変更や参加取り消しをされる場合は、運営事務局(jsrekanto188@convention-plus.com)までメールにてご連絡をお願いいたします。

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

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

幹事会のお知らせ

■日時：2024年3月16日（土）12時00分～12時30分

※ご出席の先生方には昼食をご用意いたします。

■会場：六甲（シェーンバッハ・サボー（砂防会館別館）3F）

■開催方法：現地開催（オンライン参加は無し）

現幹事のみが議決権を持ちます。

今後とも支部会運営にご理解とご協力のほど、よろしくお願いいたします。

お問合せ先：関東支部会事務局

聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科

E-mail：kantoshibu20232025@gmail.com

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

■オンライン参加登録のお願い

第188回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会へのご参加にはオンライン参加登録が別途必要です。

本支部会ホームページ（下記URL）より参加登録をお願いいたします。

<http://jsrekanto188.umin.jp/>

※当日の幹事会参加方法等は、開催に関する関東支部会事務局からのご案内メールを必ずご確認ください。

第 188 回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 日程表

12:00	12:00~12:30 幹事会
13:00	12:45~12:50 開会の辞 12:50~13:00 幹事会報告
	13:00~13:28 A. 手術 座長：藤森 賢（虎の門病院呼吸器センター外科） 演者：大須賀 史枝、佐藤 祐太郎、横山 充、鈴木 淳也
	13:28~13:56 B. インターベンション 1 座長：田中 良明（結核予防会複十字病院呼吸器センター内科） 演者：齋藤 菜子、黒須 雄太郎、渡辺 啓也、島矢 未奈子
14:00	休憩 4分 14:00~14:35 コーヒーブレイクセミナー 「PD-L1 発現別に見た IV 期非小細胞肺癌の治療戦略とその評価」 座長：高橋 和久（順天堂大学医学部附属順天堂医院/順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学） 演者：菅原 俊一（仙台厚生病院呼吸器内科） 共催：MSD 株式会社
	休憩 5分
15:00	14:40~15:08 C. インターベンション 2 座長：大平 達夫（東京医科大学呼吸器・甲状腺外科分野） 演者：中井 直樹、金子 省太郎、荒井 弘祐、多田 夕貴
	15:08~15:36 D. びまん性肺疾患 座長：小林 史（杏林大学呼吸器内科） 演者：新井 しほり、山路 創一郎、廣瀬 龍太郎、伴光 直人
	休憩 4分
16:00	15:40~16:15 アフタヌーンセミナー 「肺がんドライバー遺伝子変異解析における呼吸器内視鏡の工夫点」 座長：新海 正晴（東京品川病院呼吸器内科） 演者：笹田 真滋（同愛記念病院呼吸器内科/呼吸器・腫瘍センター） 共催：アストラゼネカ株式会社
	休憩 5分
	16:20~16:55 E. EBUS-TBNA 座長：笠井 尚（栃木県立がんセンター呼吸器内科） 演者：川野 悠一郎、大和 克洋、金野 晃大、大舘 千尋、山本 学
17:00	16:55~17:16 F. クライオバイオプシー 座長：神尾 孝一郎（日本医科大学付属病院呼吸器内科学分野） 演者：岡田 尚子、町田 蓉子、清水 哲男
	休憩 4分
	17:20~17:55 イブニングセミナー 「間質性肺疾患の急性増悪について徹底的に考える」 座長：岸 一馬（東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科） 演者：田中 良明（公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター（内科）/臨床医学研修部） 共催：日本ペーリンガーインゲルハイム株式会社
18:00	休憩 5分
	18:00~18:28 G. 診断 1 座長：長岡 鉄太郎（順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学講座） 演者：中原 拓海、兵頭 健太郎、花田 豪郎、古庄 桃子
	18:28~18:56 H. 診断 2 座長：三好 嗣臣（東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科） 演者：武市 牧子、久留島 康平、永松 寛基、久野 広樹
19:00	18:56~19:01 閉会の辞

プログラム一覧

演題番号	演題名	氏名（敬称略）所属機関名
13：00～13：28 A. 手術 座長：藤森 賢（虎の門病院呼吸器センター外科）		
A-1	カテーテルアブレーション後の左肺静脈高度狭窄に対して胸腔鏡下左肺全摘術を行った1例	大須賀 史枝 自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科
A-2	気管気管支を伴う右上葉原発性肺癌の一切除例	佐藤 祐太郎 千葉県がんセンター
A-3	右上葉肺腺癌（cT4N1M0）に対して3port胸腔鏡下肺葉切除+ND2a-2を先行し、術後補助療法を早期に移行し得た一例	横山 充 虎の門病院 呼吸器センター外科
A-4	前縦隔に発生した気管支原性嚢胞の1例	鈴木 淳也 日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科
13：28～13：56 B. インターベンション1 座長：田中 良明（結核予防会複十字病院呼吸器センター内科）		
B-1	気管支動脈瘤に対してコイル塞栓を行った一例	齋藤 菜子 埼玉医科大学国際医療センター呼吸器外科
B-2	スリーブ区域切除後残存区域の含気不良に対して気管支鏡下カテスプレー送気法が有用であった1例	黒須 雄太郎 自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門
B-3	気管狭窄により気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術を要した BRAF V600E 陽性の肺扁平上皮癌の一例	渡辺 啓也 東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科学分野（大森）
B-4	荒蕪肺の有癭性膿胸に対する EWS の治療効果	島矢 未奈子 複十字病院
14：00～14：35 コーヒーブレイクセミナー 共催：MSD 株式会社 『PD-L1 発現別に見た IV 期非小細胞肺癌の治療戦略とその評価』 座長：高橋 和久（順天堂大学医学部附属順天堂医院/順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学） 演者：菅原 俊一（仙台厚生病院呼吸器内科）		
14：40～15：08 C. インターベンション2 座長：大平 達夫（東京医科大学呼吸器・甲状腺外科分野）		
C-1	左主気管支静脈瘤に対して硬性気管支鏡下血管焼灼術を施行し治療し得た1例	中井 直樹 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野
C-2	硬性鏡下に高周波スネアにて切除しえた Pleomorphic adenoma の一例	金子 省太郎 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科
C-3	Dumon stent 留置を行った原因不明の高度左主気管支狭窄の一例	荒井 弘侑 同愛記念病院 呼吸器・腫瘍センター
C-4	胸部食道癌左主気管支浸潤による呼吸不全に対し VA-ECMO 下に気管支ステントを留置し救命し得た1例	多田 夕貴 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学
15：08～15：36 D. びまん性肺疾患 座長：小林 史（杏林大学呼吸器内科）		
D-1	非線維性から線維性過敏性肺炎へ進行した夏型過敏性肺炎の一例	新井 しほり 東京医科歯科大学病院 総合教育研修センター
D-2	妊娠中の酸素化低下を契機に気管支鏡で診断し得たリンパ脈管筋腫症の1例	山路 創一郎 亀田総合病院呼吸器内科
D-3	BAL で肺出血を認めた慢性好酸球性肺炎の一例	廣瀬 龍太郎 東京品川病院

プログラム一覧

演題番号	演題名	氏名（敬称略） 所属機関名
D-4	びまん性の小葉中心性すりガラス陰影を伴う呼吸器/関節症状で発症し気管支鏡で石灰化を証明した異所性肺石灰化症の1例	伴光 直人 杏林大学医学部附属病院 呼吸器内科
15:40~16:15 アフタヌーンセミナー 共催：アストラゼネカ株式会社 『肺がんドライバー遺伝子変異解析における呼吸器内視鏡の工夫点』 座長：新海 正晴（東京品川病院呼吸器内科） 演者：笹田 真滋（同愛記念病院呼吸器内科/呼吸器・腫瘍センター）		
16:20~16:55 E. EBUS-TBNA 座長：笠井 尚（栃木県立がんセンター呼吸器内科）		
E-1	左肺門部腫瘤を呈し超音波気管支鏡ガイド下針生検により診断した <i>Actinomyces odontolyticus</i> による肺放線菌症の1例	川野 悠一郎 埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器内科
E-2	胃原発印環細胞癌による胸膜播種の診断となった乳糜胸の1例	大和 克洋 長野赤十字病院 呼吸器内科
E-3	EBUS-TBNAにて診断された粘液型脂肪肉腫の転移性再発の1例	金野 晃大 栃木県立がんセンター 呼吸器内科
E-4	右B ² に接した肺結節に対するEBUS-TBNAにより再発類粘膜癌と診断した1例	大拙 千尋 自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門
E-5	EBUS-TBNAで診断し、完全切除が可能であった縦隔原発平滑筋肉腫の1例	山本 学 日本赤十字社 長野赤十字病院 呼吸器内科
16:55~17:16 F. クライオバイオプシー 座長：神尾 孝一郎（日本医科大学付属病院呼吸器内科学分野）		
F-1	クライオ生検で診断し得たイクセキズマブによる薬剤性肺障害の一例	岡田 尚子 日本医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学分野
F-2	通常鉗子生検で診断がつかず、クライオバイオプシーで診断に至った気管支内過誤腫の1例	町田 蓉子 さいたま赤十字病院
F-3	シングルユース気管支鏡によるクライオバイオプシーが有用であった一例	清水 哲男 日本大学 医学部 内科学系呼吸器内科学分野
17:20~17:55 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 『間質性肺疾患の急性増悪について徹底的に考える』 座長：岸 一馬（東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科） 演者：田中 良明（公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター（内科）/臨床医学研修部）		
18:00~18:28 G. 診断1 座長：長岡 鉄太郎（順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学講座）		
G-1	構造色彩強調機能（TXI）が小細胞肺癌の診断に有用であった1例	中原 拓海 帝京大学医学部内科学講座 呼吸器・アレルギー学
G-2	潰瘍性大腸炎治療中に気管支肺胞洗浄でリンパ球優位のびまん性粒状影を呈したメサラジンによる薬剤性肺炎と考えられた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
G-3	初診から約13年後に診断された先天性気管支閉鎖症の一例	花田 豪郎 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 呼吸器センター内科
G-4	血管免疫芽球性T細胞リンパ腫に合併したサルコイドーシス様反応の一例	古庄 桃子 順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床研修センター

プログラム一覧

演題番号	演題名	氏名（敬称略）所属機関名
18：28～18：56 H. 診断2 座長：三好 嗣臣（東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科）		
H-1	EBUS-IFB 手技を上乗せしたことで確定診断に至った肺サルコイドーシスの一例	武市 牧子 東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科学分野（大森）
H-2	無気肺で発見され、原発巣の局在が PET-CT で明らかになった肺腺癌 Invasive mucinous adenocarcinoma の一例	久留島 康平 一般社団法人自警会 東京警察病院 呼吸器科
H-3	術後 14 年で気管支転移を来した上行結腸癌の 1 例	永松 寛基 東京品川病院 呼吸器内科
H-4	肺膿瘍疑いで気管支鏡検査を行うが診断に至らず、CT ガイド下肺生検で Invasive mucinous adenocarcinoma と診断された 1 例	久野 広樹 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院分院 呼吸器内科

A. 手術

13:00~13:28

座長：藤森 賢（虎の門病院呼吸器センター外科）

A-1 カテーテルアブレーション後の左肺静脈高度狭窄に対して胸腔鏡下左肺全摘術を行った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 史枝（おおすが ふみえ）、佐藤 誉哉、大関 雅樹、曾我部 将哉、峯岸 健太郎、坪地 宏嘉、遠藤 俊輔

症例は57歳、男性。1年6ヶ月前に心房細動に対して経皮的肺静脈冷凍アブレーション治療歴あり。反復する喀血を主訴に当院を受診し、胸部CTで左上下肺静脈の高度狭窄を認め、左肺の透過性低下を認めた。アブレーション後の肺静脈狭窄による喀血と考えられた。肺血流シンチグラフィでは左肺動脈の血流を認めず、手術の方針とした。手術は胸腔鏡下左肺全摘術を施行した。左肺は胸膜直下の肺静脈拡張を認め、上下肺静脈・肺靭帯中心に胸膜の異常肥厚を伴っていた。手術時間288分、出血量327ml。術後経過良好で術後9日目に退院とし、以後喀血は認めていない。アブレーション後の肺静脈狭窄症が原因の喀血に対して肺切除を要した症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

A-2 気管気管支を伴う右上葉原発性肺癌の一切除例

千葉県がんセンター

○佐藤 祐太郎（さとう ゆうたろう）、山本 高義、畑 敦、伊藤 貴正、岩田 剛和

症例は60代男性。健診胸部CT検査で右肺上葉にすりガラス結節を指摘され、経過観察で増大を認めたため、原発性肺癌の疑いで当院に紹介となった。CTで右肺S1に最大径26.4mm、充実径9.4mmのpart solid GGNを認め、B1はB2+3と独立した気管気管支として気管右壁から分岐していた。原発性肺癌cT1aN0M0の臨床診断で右肺上葉切除術を施行した。術中所見では分葉不全を認め、Fissureless lobectomyのアプローチで独立高位分岐のA1、B1、A3、B2+3、V1-3、A6から分岐するA2の順で処理を行い、最後に葉間形成を行った。気管気管支は発生率0.06%-0.5%の稀な解剖学的異常で、気管右側に発生することが多い。肋骨や椎体の異常、食道閉鎖や気管食道瘻などの先天奇形を合併することがあるが、本症例では明らかな併存奇形は認めなかった。文献的考察を含めて報告する。

A-3 右上葉肺腺癌 (cT4N1M0) に対して 3port 胸腔鏡下肺葉切除 +ND2a-2 を先行し、術後補助療法を早期に移行し得た一例

虎の門病院 呼吸器センター外科

○横山 充 (よこやま みつる)、藤森 賢、鈴木 聡一郎、唐崎 隆弘、菊永 晋一郎、伊藤 一樹、大塚 礼央、濱田 洋輔、三原 秀誠

症例は既往のない BI=675 の 60 代男性主訴なし。毎年施行していた健診の胸部 X-ray で初めて右上肺野腫瘍影を指摘。胸部 CT では第 2 肋間に接する 85x70mm の右上葉腫瘍を認め、#10 は 14mm に腫大、PET-CT では各々に SUV-Max 18.7、4.0 の集積、及び CEA 68ng/ml と上昇。右上葉肺癌疑い (cT4N1M0) に対して 3-port VATS 右上葉切除 + 壁側胸膜合併切除 +ND2a-2+ 気管支断端有茎胸腺被覆術を施行。手術時間 274 分、出血量 250ml。合併症なく術 5 日目に退院。最終病理診断では Invasive Adenocarcinoma、75x75x54mm、pI2、pT4N0 (0/30) M0、PD-L1 (-)、EGFR (-)、ALK (-)。術後 CEA 5.9ng/ml と低下し、遠方の家のため術 30 日後より VNR+CDDP 及び一部 pI3 疑いの胸壁に対して 60Gy/30 回の照射を施行。腫瘍径の大きな肺癌は進行例の可能性を考慮し、術前内科的治療を検討する機会が多いが、本例は cN1 かつ切除希望のため手術を先行し、最終的には pT4N0 に対して術後追加治療が早期に可能であった。文献的考察も踏まえて発表する。

A-4 前縦隔に発生した気管支原性嚢胞の 1 例

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

○鈴木 淳也 (すずき じゅんや)¹⁾、谷野 智将²⁾、今中 大起¹⁾、朝倉 充司¹⁾、中村 梓¹⁾、佐藤 大輔¹⁾、坂田 省三¹⁾、四万村 三恵¹⁾、河内 利賢¹⁾、増田 しのぶ²⁾、櫻井 裕幸¹⁾

症例は 40 歳代女性、前胸部痛を主訴に近医を受診した。胸部 CT 検査で前縦隔に 1.7cm 大で類円形の結節影を指摘され、当科に紹介となった。PET/CT では結節影に有意な FDG の集積は認めなかった。胸部 MRI で結節影は T1 強調画像、T2 強調画像ともに筋肉よりも高信号を示していたが、信号強度からは嚢胞性疾患は否定的であったため、診断、治療目的に手術の方針とした。手術は胸腔鏡下で施行した。腫瘍は胸壁や周囲臓器との癒着はなく、完全切除が可能であった。術後経過は良好で術後 3 日目に退院とした。病理組織検査では、腫瘍は線毛円柱細胞に裏打ちされた嚢胞状病変で、気管支原性嚢胞の診断となった。前縦隔に発生する気管支原性嚢胞は比較的稀なため、若干の文献的考察を加えて報告する。

B-1 気管支動脈瘤に対してコイル塞栓を行った一例

埼玉医科大学国際医療センター呼吸器外科

○齋藤 菜子（さいとう なこ）、坂口 浩三、市来 嘉伸、田口 亮、柳原 章寿、梅咲 徹也、
二反田 博之、石田 博徳

【はじめに】気管支動脈瘤は発生頻度 0.07%と比較的稀な疾患であるが、破裂し出血性ショックを呈することもある。今回、我々は増大する気管支動脈瘤に対して、コイル塞栓を行った症例を経験したので報告する。

【症例】69歳、男性。健診目的で施行したCTで無症候性気管支動脈瘤を指摘された。気管支動脈に20mmの動脈瘤を認め、増大してきたため、コイル塞栓術を施行した。瘤の流入血管2本をコイル塞栓、瘤をパッキングした。コイル塞栓術後、良好に経過している。

【考察】気管支動脈瘤は破裂すると致死状況となり得るため、無症状であっても早期治療が望ましい。治療としては、侵襲の少ない気管支動脈塞栓術が第一選択となるが、再疎通や再発の問題があり、動脈瘤の部位によっては塞栓術が困難で手術適応となるような症例も存在する。

【結語】比較的稀な気管支動脈瘤に対してコイル塞栓を行った一例を経験した。

B-2 スリーブ区域切除後残存区域の含気不良に対して気管支鏡下カテスプレー送気法が有用であった1例

自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門

○黒須 雄太郎（くろす ゆうたろう）、高瀬 貴章、横田 菜々子、加藤 梓、水越 奈津樹、
小林 哲也、滝 雄史、金井 義彦、山本 真一、坪地 宏嘉

【はじめに】気管支形成術後の狭窄から術後管理に難渋する症例を稀に経験する。当院の症例を報告する。【症例】

50歳代男性。X-9年に原発性肺癌に対して右下葉切除術を施行。経過中に左下葉結節が増大傾向となり、原発性肺扁平上皮癌 c-T1cN0M0の診断となった。低肺機能から左下葉切除は不可能のため、X年に左S6+10スリーブ区域切除を施行した。【手術】S6+S10区域切除後にB8+9と下葉気管支を吻合、A8+9の肺動脈形成も施行した。【経過】S8+9の含気不良が遷延した。POD28に気管支鏡下にカテスプレーをB8とB9に挿入しシリンジで送気すると、粘稠痰が排出されブジー効果もあった。これを頻回に施行し肺拡張が得られた。

【考察】肺葉無気肺への送気の報告はあるが、酸素の持続送気から圧損傷から気胸のリスクがある。本法はシリンジで送気するため、吻合部へのストレスや圧損傷による気胸を回避することが可能であった。【結語】本法が有用であった症例を経験したため報告する。

B-3 気管狭窄により気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術を要した BRAF V600E 陽性の肺扁平上皮癌の一例

¹⁾東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科学分野（大森）、

²⁾東邦大学医学部内科学講座呼吸器外科学分野（大森）、³⁾東邦大学医学部病院病理学講座（大森）

○渡辺 啓也（わたなべ けいや）¹⁾、吉澤 孝浩¹⁾、磯部 和順¹⁾、仲村 泰彦¹⁾、卜部 尚久¹⁾、坂本 晋¹⁾、坂井 貴志²⁾、伊豫田 明²⁾、栃木 直文³⁾、岸 一馬¹⁾

【症例】77歳男性、前医でX年2月に右上葉原発大細胞神経内分泌癌に対し右上葉切除術および縦隔リンパ節郭清術が施行された。X+5年2月に胸部CT検査で左傍気管リンパ節腫大を認め、当院紹介受診となった。PET-CT検査でFDGの集積を認め、同病変に放射線照射（66Gy/33fr）を施行したが、X+6年7月に胸部CTで同病変の再増大と気管への進行を認めた。気管支鏡検査では気管内腔を狭窄する隆起性病変を認め、生検の結果、扁平上皮肺癌（cT0N2M0 stage IIIA期）と診断した。さらなる気管狭窄が懸念され、同年9月に硬性鏡下アルゴンプラズマ凝固法を施行した。遺伝子検査の結果、BRAF V600E変異が検出され、Dabrafenib+Trametinib併用療法を導入した。【考察】気管狭窄をきたしたBRAF V600E変異陽性扁平上皮肺癌の報告は稀であり報告する。

B-4 荒蕪肺の有癭性膿胸に対する EWS の治療効果

複十字病院

○島矢 未奈子（しまや みなこ）、下田 清美、時田 望、藤原 啓司、児玉 達哉、大澤 武司、田中 良明、奥村 昌夫、吉森 浩三、大田 健

間質性肺炎・抗酸菌症・COPDなどの呼吸器疾患の慢性期において、肺癭が発生し、それが膿気胸へと進展する症例は、感染の制御が難しく治療に難渋することが多い。特に荒蕪肺では肺実質の破壊が進んでいるためリーク量が多く、再膨張も得られにくいいため、癒着が成立し難い。リークが長期間持続する場合、入院期間が長期化し全身の衰弱によって不良な転帰となることが多い。当院では荒蕪肺の有癭性膿胸に対してEWSを含めた集学的治療を行い、有癭性膿胸のコントロールに取り組んでいる。リークが停止してドレーンが抜去できるケースもあるが、開窓が必要となる場合でも全膿胸を部分膿胸にまで縮小することや、リーク量を減らすことが患者のQOLの向上や呼吸困難の改善に寄与すると考えている。EWSとドレーン管理、薬物療法の強化を組み合わせた集学的治療の実際を症例提示する。

コーヒーブレイクセミナー

14:00~14:35

座長：高橋 和久（順天堂大学医学部附属順天堂医院/順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学）

『PD-L1 発現別に見た IV 期非小細胞肺癌の治療戦略とその評価』

演者：菅原 俊一（仙台厚生病院呼吸器内科）

共催：MSD 株式会社

C-1 左主気管支静脈瘤に対して硬性気管支鏡下血管焼灼術を施行し治療し得た 1 例

東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野

○中井 直樹（なかい なおき）、大場 太郎、古本 秀行、工藤 勇人、前原 幸夫、嶋田 善久、萩原 優、垣花 昌俊、大平 達夫、池田 徳彦

30 歳女性。繰り返す血痰を主訴に前医を受診。気管支鏡検査で左主気管支に長径 0.3cm の隆起性血管病変を認めた。病変部に出血点及び周囲に血痰の付着を確認したため、治療目的にて当科紹介。造影 CT で血管病変は大血管から直接的に支配されていないものの、静脈相で病変部に造影効果を認めた。気管支静脈瘤と診断し、根治治療のため血管焼灼術を計画した。静脈瘤からの出血の可能性を考慮し体外循環を準備の上、硬性鏡を用いて施行した。マイクロ波凝固装置で病変部を凝固し手術終了。経過良好で術後 4 日目に退院となった。以後血痰は認めず、術後 1 か月後の気管支鏡検査にて静脈瘤部の癒着化を確認した。気管支静脈瘤は極めて稀な疾患でありその治療法は確立されていない。本症例では静脈瘤の支配血管が明確でないため血管内治療は困難、気管支切除は病変に対して過大な侵襲と判断した。結果として気管支鏡下での治療を選択し、治癒を得ることができた。

C-2 硬性鏡下に高周波スネアにて切除しえた Pleomorphic adenoma の一例

¹⁾聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科、²⁾聖マリアンナ医科大学病院 病理学

○金子 省太郎（かねこ しょうたろう）¹⁾、鶴岡 一¹⁾、半田 寛¹⁾、西山 和宏¹⁾、峯下 昌道¹⁾、高月 美里²⁾

症例：既往の無い 33 歳男性。咳嗽を主訴に前医を受診し胸部単純 CT を施行、右主気管支に腫瘍性病変を認め精査加療目的に当科を受診した。気管支鏡検査では右主気管支縦隔側を基部とした卵型の腫瘍で内腔は狭窄していた。表面は光沢あり、上皮下には径の異なる血管が比較的密に増生し屈曲蛇行は軽度、同じ血管での口径不同は乏しく、周囲組織への浸潤所見は認めなかった。内視鏡的に low grade malignant lesion と診断し生検は施行しなかった。2 週後に硬性鏡下に呼吸器インターベンションを施行し、高周波スネアにて腫瘍の切除を行なった。術中所見では出血も比較的少なく術後の合併症も認められなかった。処置後に咳嗽症状の改善を認めた。病理所見では上皮下に粘液腫あるいは軟骨様基質成分と上皮成分からなる腫瘍形成を認め pleomorphic adenoma と診断した。気管支腫瘍の中でも pleomorphic adenoma は稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告を行う。

C-3 Dumon stent 留置を行った原因不明の高度左主気管支狭窄の一例

¹⁾同愛記念病院 呼吸器・腫瘍センター、²⁾東京医科大学茨城医療センター 呼吸器外科
○荒井 弘侑 (あらい ひろゆき)¹⁾、田中 健彦²⁾、大村 兼志郎¹⁾、加藤 千明¹⁾、鏑木 教平¹⁾、
古川 欣也^{1,2)}、笹田 真滋¹⁾

【症例】67歳女性。【経過】労作時呼吸困難および左背部痛を自覚し当科を受診。CTにて左下葉無気肺を認め気管支鏡検査を施行、左主気管支の高度狭窄を認めた。同部位の生検では悪性腫瘍や肉芽腫は認めなかった。その後左完全無気肺へ進展したため初診から21日後に硬性鏡下に左主気管支へDumon stent (ストレート、径12mm×25mm)留置を行い無気肺の改善を認めた。留置から三ヶ月後にステント遠位端に肉芽形成を認めため、APC焼灼を施行したが、左下葉枝の狭窄の進行を認めた。そのためステントを抜去し、狭窄部のAPC焼灼を施行したが、再度同部位の再狭窄を繰り返し、APC焼灼とバルーン拡張術を行い、現在も経過観察中である。【考察】本症例は抗核抗体および抗SS-B抗体価上昇、亜急性甲状腺炎の併発を認めたが、気管支狭窄との関連は不明であった。T-SPOTは陰性であった。【結語】原因不明の気管支狭窄に対してはTemporary stentingを選択すべきである。文献的考察を加えて報告する。

C-4 胸部食道癌左主気管支浸潤による呼吸不全に対しVA-ECMO下に気管支ステントを留置し救命し得た1例

¹⁾千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学、²⁾国際医療福祉大学成田病院 呼吸器外科
○多田 夕貴 (ただ ゆき)¹⁾、佐田 諭己¹⁾、太枝 帆高¹⁾、豊田 行英¹⁾、稲毛 輝長¹⁾、田中 教久¹⁾、
坂入 祐一¹⁾、松井 由紀子¹⁾、鈴木 秀海¹⁾、吉野 一郎²⁾

気道狭窄を解除する選択肢の1つは、ステント留置をはじめとする気管支鏡インターベンションである。今回胸部食道癌左主気管支浸潤による呼吸不全に対しVA-ECMO下に気管支ステントを留置し救命し得た1例を経験した。

症例は70歳代男性。呼吸困難を主訴に受診し、胸部CTで食道癌の左主気管支への浸潤を認めた。入院後右片肺挿管で管理し、気管支ステント留置を目的に当科へ紹介となった。処置中の酸素化維持目的に予めVA-ECMOを導入した後、透視下に左主気管支にAero stentを留置した。翌日、VA-ECMOを離脱した後に抜管した。呼吸状態が安定したため、その後食道癌に対する化学放射線療法が追加された。

本症例では気道狭窄によって呼吸状態が悪化した状況でVA-ECMOによって酸素化を維持させ、安全に気管支ステントを留置し得た。気管支鏡インターベンション前にVA-ECMOにより致命的な状態に猶予を与えることは、有用な手段の一つである。

D-1 非線維性から線維性過敏性肺炎へ進行した夏型過敏性肺炎の一例

¹⁾東京医科歯科大学病院 総合教育研修センター、²⁾東京医科歯科大学病院 呼吸器内科

○新井 しほり（あらい しおり）¹⁾、岡本 師²⁾、島田 翔²⁾、柴田 翔²⁾、榊原 里江²⁾、本多 隆行²⁾、
白井 剛²⁾、古澤 春彦²⁾、立石 知也²⁾、宮崎 泰成²⁾

症例は70歳男性。X-5年に健診でCYFRA高値を指摘され前医を受診した。胸部CTでモザイクパターンを伴うすりガラス影を認め、KL-6高値およびトリコスポロン・アサヒ抗体が陽性であった。夏型過敏性肺炎が疑われ、同年当院を紹介受診した。自宅は築100年の木造で5年前にリフォームしたが、真菌の発生が疑われた屋根裏や倉庫は改修しなかった。前医胸部CTでは線維化の所見なく、非線維性過敏性肺炎と診断した。様々な理由から環境改善が進まず、経時的に肺線維化が出現し進行した。X年に精査目的に入院し、2週間の抗原回避試験では陽性であった。気管支肺泡洗浄のリンパ球分画は63%と高値であり、クライオ生検では小葉中心性の炎症所見や線維化および肉芽腫を認めた。Multidisciplinary discussionでは線維性過敏性肺炎（確実例）と診断された。非線維性から線維性過敏性肺炎へと進行した症例について文献的考察を交えて報告する。

D-2 妊娠中の酸素化低下を契機に気管支鏡で診断し得たリンパ脈管筋腫症の1例

亀田総合病院呼吸器内科

○山路 創一郎（やまじ そういちろう）、永井 達也、川上 博紀、佐藤 勇気、出光 玲菜、
猪島 直樹、河合 大樹、藤岡 遥香、林 潤、本間 雄也、栃木 健太郎、窪田 紀彦、
森本 康弘、大槻 歩、伊藤 博之、金子 教宏、中島 啓

症例は33歳、女性。G3P2。39週3日での分娩誘発中に、酸素化低下と胸部X線写真で両肺野にびまん性粒状影を認めたため当科紹介となった。これまでの妊娠・出産では呼吸困難を認めなかったが、今回は妊娠中期から軽労作での呼吸困難を認めていた。出産後の胸部CT検査では両肺野びまん性に多発嚢胞を認め、妊娠を契機に症状増悪していることからリンパ脈管筋腫症（Lymphangiomyomatosis：LAM）が疑われた。出産から約3ヶ月後に入院下で経気管支肺生検を施行した。授乳中であったため、鎮痛はペンタゾシン、鎮静はミダゾラムを選択した。組織診では、肺胞壁に沿って紡錘形細胞が集簇性に増生しており、 α -SMA、HMB45、ERが陽性を示していたことからLAMと診断した。妊娠契機にLAMが増悪して診断に至った希少な症例であり、授乳中の気管支鏡検査での管理方法、LAMに対する生検方法に関して文献的考察を踏まえて報告する。

D-3 BALで肺胞出血を認めた慢性好酸球性肺炎の一例

東京品川病院

○廣瀬 龍太郎（ひろせりゅうたろう）、永松 寛基、山田 有佳、鳥羽 直哉、高橋 秀徳、高坂 美央、太田 真一郎、森川 美羽、安藤 耕平、新海 正晴

54歳女性、喫煙歴なし。1ヶ月前に感冒症状があり、咳嗽・呼吸困難が持続したため当科を受診した。バイタルは正常、採血で末梢血好酸球数5440/ μ Lと高値、胸部CTでは両側にすりガラス影と浸潤影、右胸水を認め入院した。入院時のSARS-CoV-2 PCRのCt値は40で、再検時陰性と報告された。BALFは血性で細胞分画は好酸球48%、リンパ球48%。TBLBでは組織への好酸球の浸潤があり、気腔内にはヘモジデリン貪食マクロファージを認めた。血清学的に血管炎や膠原病は疑われず、また他の臓器障害も認めなかったことから慢性好酸球性肺炎（CEP）と診断した。プレドニゾロン40mg/dayから開始し好酸球数と肺陰影の制御を得られ、外来で7ヶ月間で漸減終了し再燃なく経過した。血性のBALFは肺胞出血や肺障害を示唆する所見であるが、CEPでの報告は少ない。COVID-19罹患後に血性BALFを呈した報告、COVID-19に続発するCEPの報告がされており、本病態で同様の関与が考えられた。

D-4 びまん性の小葉中心性すりガラス陰影を伴う呼吸器/関節症状で発症し気管支鏡で石灰化を証明した異所性肺石灰化症の1例

¹⁾杏林大学医学部附属病院 呼吸器内科、²⁾杏林大学 病理学教室

○伴光 直人（ともみつ なおと）¹⁾、高田 佐織¹⁾、柴山 隆宏²⁾、里見 介史²⁾、藤原 正親²⁾、石田 学¹⁾、佐田 充¹⁾、中本 啓太郎¹⁾、皿谷 健¹⁾、石井 晴之¹⁾

慢性腎不全と悪性高血圧症のある32歳男性。X-8年前より維持透析を導入。X-1年10月より両膝部と足関節の疼痛が出現し、外出時は車椅子歩行であった。X年1月より体動時の咳嗽および呼吸困難が出現。低酸素血症（室内気：SpO₂ 94%）を伴い5月の胸部単純X線で両肺に多発するびまん性の粒状影と胸部単純CTでびまん性の小葉中心性すりガラス陰影を認め当科を紹介受診。骨シンチグラフィでは両肺全体の高度集積に加え、各関節や両側大腿部、下腿の軟部組織にも集積所見を認めた。気管支鏡では気管支内腔に白色の隆起物を認め、TBB及びTBLBで気管支壁及び細気管支壁の上皮下間質に石灰化物の沈着が証明され、異所性肺石灰化症と診断した。気管支壁に石灰化物の沈着を認めた報告は稀であり発症時に認めた肺外症状を含め、文献的考察を加えて報告する。

アフタヌーンセミナー

15:40~16:15

座長：新海 正晴（東京品川病院呼吸器内科）

『肺がんドライバー遺伝子変異解析における呼吸器内視鏡の工夫点』

演者：笹田 真滋（同愛記念病院呼吸器内科/呼吸器・腫瘍センター）

共催：アストラゼネカ株式会社

E-1 左肺門部腫瘍を呈し超音波気管支鏡ガイド下針生検により診断した *Actinomyces odontolyticus* による肺放線菌症の 1 例

¹⁾埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器内科、²⁾埼玉医科大学総合医療センター 病理部、³⁾埼玉医科大学 医学部 臨床検査医学科

○川野 悠一郎（かわの ゆういちろう）¹⁾、坂井 浩佑¹⁾、山崎 真美²⁾、石井 繁¹⁾、高橋 智之¹⁾、西村 博明¹⁾、前田 卓也³⁾、東 守洋³⁾、小山 信之¹⁾、植松 和嗣¹⁾

【背景】肺放線菌症は、ヒトの口腔内等に常在する放線菌による化膿性肉芽腫形成性の感染症である。診断には外科的肺切除をしばしば要し、起炎菌は *Actinomyces israelii* が多いとされる。【症例】86歳、女性。既往に糖尿病。健康診断の胸部 X 線で左肺門部に異常陰影を指摘され受診。胸部 CT では、左上下葉気管支分岐部に腫瘍陰影を認めた。同部位より超音波気管支鏡ガイド下針生検（EBUS-TBNA）を行った。病理組織では放線菌様の細菌塊を散在性に認め、細菌培養では *Actinomyces* 属が検出された。16S rRNA シーケンス解析にて *A. odontolyticus* が同定され、同菌による肺放線菌と診断した。【結語】肺放線菌症は胸部画像からは悪性腫瘍、抗酸菌症、真菌症との鑑別が困難である。今回、EBUS-TBNA による検体採取と 16S rRNA シーケンスによる菌同定が診断に有用であった。

E-2 胃原発印環細胞癌による胸膜播種の診断となった乳糜胸の 1 例

¹⁾長野赤十字病院 呼吸器内科、²⁾長野赤十字病院 消化器内科、³⁾長野赤十字病院 病理部

○大和 克洋（おおわ かつひろ）¹⁾、轟 有希¹⁾、神津 侑希¹⁾、近藤 大地¹⁾、廣田 周子¹⁾、山本 学¹⁾、倉石 博¹⁾、小山 茂¹⁾、大津 嘉之²⁾、伊藤 以知郎³⁾

81歳女性。前医で両側胸水貯留および多発リンパ節腫大を認めたため精査加療目的に当科紹介となった。胸水穿刺を施行したところ乳糜胸水を認めた。胸水細胞診は陰性であり、また PET-CT では既知のリンパ節への集積以外は有意な所見を認めなかった。縦隔リンパ節 #4R に対して EBUS-TBNA を施行したところ印環細胞癌の診断となった。上部消化管内視鏡を施行したところ、胃の粘膜に隆起および陥凹病変を認め、生検組織では印環細胞癌を認めた。胃原発印環細胞癌の胸膜播種、多発リンパ節転移の診断となった。

胃印環細胞癌による乳糜胸水は稀と考えられており、我々が調べた限り本邦において EBUS-TBNA で診断し得た症例は報告がなかったためここで報告させて頂く。

E-3 EBUS-TBNA にて診断された粘液型脂肪肉腫の転移性再発の 1 例

栃木県立がんセンター 呼吸器内科

○金野 晃大 (この こうだい)、笠井 尚、中村 洋一、杉山 智英、岸川 孝之

EBUS-TBNA によって粘液型脂肪肉腫の転移性再発と診断できた症例を提示する。

本症例患者は 80 歳の女性で、当科受診 1 年 2 か月前に左大腿部骨軟部腫瘍に対して広範囲切除術を受けていた。術後 1 年の胸腹部 CT 検査にて、左肺 S8 に胸膜陥入像を伴う新規の結節性陰影、加えて #7 リンパ節の腫大傾向が指摘された。PET-CT でもこれらの病変に集積が認められ、原発性肺癌および縦郭リンパ節転移が疑われた。病期診断ならびに治療方針決定目的で #7 リンパ節に対して EBUS-TBNA を行った。迅速細胞診では上皮性の悪性細胞は観察されなかったが、針生検固定検体では過去に切除された左大腿部骨軟部腫瘍と類似した組織が観察され、粘液型脂肪肉腫の転移性再発と診断された。その後、エリブリンメシル酸塩の投与が開始され、病変は縮退傾向で経過している。

希少癌である粘液性脂肪肉腫の転移性再発の診断に EBUS-TBNA が有用であった一例を経験したので報告する。

E-4 右 B² に接した肺結節に対する EBUS-TBNA により再発類粘膜癌と診断した 1 例

¹⁾自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門、²⁾自治医科大学外科学講座呼吸器外科学部門

○大舘 千尋 (おおつき ちひろ)¹⁾、高崎 俊和¹⁾、川幡 俊美¹⁾、新井 郷史¹⁾、中山 雅之¹⁾、
山本 真一²⁾、久田 修¹⁾、間藤 尚子¹⁾、坂東 政司¹⁾、前門戸 任¹⁾

65 歳男性。X-15 年に左頬粘癌に対する切除歴あり。検診で胸部異常陰影を指摘され当院へ紹介となった。胸部 CT で右 S² に 2cm 大の結節影を認め、右下葉にも多発する小結節を認めた。右 S² に認めた結節より組織診断を行う方針としたが、気管支との交通がないため、経気管支肺生検は困難であり、肺野病変に対する EBUS-TBNA を行う方針とした。BF-UC290F[®] (OLYMPUS 社) を用いて、右 B² にファイバーを挿入し、尾側にファイバーを回転させることにより EBUS での不均一な低吸収病変の描出が可能となった。同病変より EBUS-TBNA を 3 回施行し、検体の採取に成功した。病理検査で類粘膜癌の術後再発と診断した。先端部が小型化し、湾曲角度が向上した BF-UC290F[®] により病変部にアプローチが可能となり、診断できたと考えられる症例であり、今回報告を行う。

E-5 EBUS-TBNA で診断し、完全切除が可能であった縦隔原発平滑筋肉腫の 1 例

日本赤十字社 長野赤十字病院 呼吸器内科

○山本 学 (やまもと まなぶ)、倉石 博、轟 有希、神津 侑希、近藤 大地、廣田 周子、小山 茂

症例は 78 歳男性。前立腺癌術後のフォローアップの胸腹部 CT 検査で右肺門部に腫瘤影を認め、精査目的に当科へ紹介となった。右肺門部の病変に対して EBUS-TBNA を行い、平滑筋肉腫と診断した。PET-CT 検査などの結果から、病変は右肺門部のみであり、外科的治療を検討した。しかし、右肺全摘術のリスクがあるため治療方針の決定に難渋した。セカンドオピニオンやキャンサーボードで検討の上、まずは外科的治療を優先する方針とした。幸い完全切除が可能であり、病理所見は奇静脈由来と考えられた。幸い術後も再発なく経過している。縦隔原発平滑筋肉腫は比較的稀な疾患であり、文献的考察も加え報告する。

F-1 クライオ生検で診断し得たイクセキズマブによる薬剤性肺障害の一例

¹⁾日本医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学分野、²⁾日本医科大学付属病院 病理部、
³⁾日本医科大学大学院医学研究科 解析人体病理学

○岡田 尚子（おかだ なおこ）¹⁾、鏑木 翔太¹⁾、村田 亜香里¹⁾、田中 徹^{1,2)}、神尾 孝一郎¹⁾、
田中 庸介¹⁾、功刀 しのぶ³⁾、寺崎 泰弘²⁾、笠原 寿郎¹⁾、清家 正博¹⁾

症例は69歳男性。家族性乾癬に対してX-2年よりイクセキズマブを使用していた。X年10月より発熱と咳嗽を自覚。血液検査でKL-6の上昇、胸部CTで両肺にすりガラス陰影を指摘され入院となった。入院後に抗菌薬投与するもすりガラス陰影は改善せず、気管支鏡検査を施行した。BALでCD4優位のリンパ球分画の増加、クライオ肺生検による病理組織では肉芽腫を伴うfNSIPパターンを認めた。薬剤休薬のみで改善を認め、イクセキズマブによる薬剤性肺障害と診断した。

イクセキズマブはIL-17Aに結合するヒト化モノクローナル抗体であるが、IL-17Aに結合するセクキヌマブ、IL-17A受容体に結合するプロダグマブも含めて薬剤性肺障害の症例は稀であり、その組織病理に関する報告は検索しうる限りない。本症例ではクライオ肺生検にて診断できた貴重な症例であり、その所見を含めて経過を報告する。

F-2 通常鉗子生検で診断がつかず、クライオバイオプシーで診断に至った気管支内過誤腫の1例

さいたま赤十字病院

○町田 蓉子（まちだ ようこ）、草野 賢次、太田 啓貴、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 秀明

症例は63歳男性。咯血で救急搬送され、胸部CTで右B³に気管支内隆起、右上葉にすりガラス陰影を認め、同部位からの出血が疑われた。気管支鏡では右B³入口部に表面平滑な隆起性病変を認めた。通常鉗子を用いての生検を施行したが診断が得られず、クライオプローブを使用して後日再度生検を行った。病理では気管支上皮下に軟骨組織や脂肪組織、線維性間質組織を認め、過誤腫の確定診断となった。過誤腫は表面が上皮層に被覆されており、軟骨組織が固く、通常鉗子では十分な組織を採取できず診断が困難な場合が多い。クライオ生検ではより大きい組織を採取できるため組織診断のための一つの選択肢になりうるものと考えられた。クライオ生検で過誤腫を診断した報告は少なく、文献的考察を交えて報告する。

F-3 シングルユース気管支鏡によるクライオバイオプシーが有用であった一例

日本大学 医学部 内科学系呼吸器内科学分野

○清水 哲男（しみず てつお）、中川 喜子、菅谷 健一、西澤 司、野本 正幸、日鼻 涼、
宮本 一平、中山 龍太、辻野 一郎、權 寧博

65歳男性。長引く咳嗽を主訴に受診。胸部CTで左上葉に74mmの腫瘤影を認め、気管支鏡検査を施行。左B³aよりrEBUSでwithinを認め、クライオバイオプシーを試みたが、気管支鏡にクライオプローブを挿入すると気管支鏡の屈曲が弱まり、左B³aにクライオプローブを挿入することができなかった。シングルユース気管支鏡（Ambu[®] aScope5）に持ち替えたところ、クライオプローブを挿入しても気管支鏡を強く屈曲させることができ、容易に左B³aよりクライオバイオプシーを施行することができた。

Ambu[®] aScope5は屈曲力が強く、上葉病変のクライオバイオプシーに有用であると思われた。

イブニングセミナー

17：20～17：55

座長：岸 一馬（東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科）

『間質性肺疾患の急性増悪について徹底的に考える』

演者：田中 良明（公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター（内科）/
臨床医学研修部）

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

座長：長岡 鉄太郎（順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科学講座）

G-1 構造色彩強調機能（TXI）が小細胞肺癌の診断に有用であった 1 例

¹⁾帝京大学医学部内科学講座 呼吸器・アレルギー学、²⁾帝京大学医学部附属病院 病理診断科
○中原 拓海（なかはら たくみ）¹⁾、石井 聡¹⁾、竹下 裕理¹⁾、井本 早穂子¹⁾、豊田 光¹⁾、
小林 このみ¹⁾、小泉 佑太¹⁾、杉本 直也¹⁾、齋藤 光次²⁾、長瀬 洋之¹⁾

TXI (Texture and Color Enhancement Imaging) は、白色光では見つけにくい気道上皮のわずかな色調・構造の変化を観察することが可能であり、病変部の同定に役立つ。今回、白色光では病変の同定が困難であったが、TXIにて可能であった 1 例を報告する。症例は 62 歳、男性。胸部異常陰影にて当院紹介受診となった。胸部 CT にて右上葉に腫瘤性病変を認めた。気管支鏡検査を施行したが、右上葉の B3 入口部は閉塞しており誘導子の挿入も困難であった。白色光・NBI にて B3 を観察したが腫瘤の同定は困難であったが、TXI にて B3a に腫瘤を同定することができた。TBB を行い小細胞肺癌の診断に至った。文献的考察を加えて報告する。

G-2 潰瘍性大腸炎治療中に気管支肺胞洗浄でリンパ球優位のびまん性粒状影を呈したメサラジンによる薬剤性肺炎と考えられた 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、
²⁾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、
³⁾国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 臨床研究部
○兵頭 健太郎（ひょうどう けんたろう）¹⁾、野中 水¹⁾、荒井 直樹¹⁾、金澤 潤¹⁾、南 優子²⁾、
薄井 真悟³⁾、林原 賢治¹⁾、齋藤 武文¹⁾、大石 修司¹⁾、石井 幸雄¹⁾

49 歳男性。3 ヶ月前に潰瘍性大腸炎のため、他院入院した。メサラジン、インフリキシマブで治療を受けた。3 週間程前から息切れ、発熱、関節痛、喘鳴を認め、近医を受診し、両肺に影があり、間質性肺炎、肺炎の疑いで当院紹介、入院となった。CT では両肺びまん性に粒状影が多発していた。入院後、呼吸状態が増悪し、リザーバマスク 10L/min 投与下に気管支鏡検査施行し、BALF 細胞数 430/μl、リンパ球 57%、好中球 3%、好酸球 19%、大食細胞 16%、円柱上皮 0%、その他 5%だった。メサラジンによる薬剤性間質性肺炎も考慮し、内服中止し、全身性ステロイド加療を開始した。気管支肺胞洗浄検査後気胸を発症し、胸腔ドレーン留置を要した。低酸素が遷延したために全身性ステロイド減量に伴い、タクロリムスを併用した。以後、メサラジン、インフリキシマブは中止している。びまん性粒状影の鑑別としては HP、粟粒結核、DPB、転移性肺腫瘍等があるが薬剤性肺障害も疑う必要がある。

G-3 初診から約 13 年後に診断された先天性気管支閉鎖症の一例

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 呼吸器センター内科

○花田 豪郎 (はなだ しげお)、中濱 洋、森口 修平、高橋 由以、村瀬 享子、根井 雄一郎、三ツ村 隆弘、宮本 篤、玉岡 明洋

症例は 40 歳代女性。幼少期から左肺のブラを指摘されていた。18 歳時に他院で左肺膿瘍に対して胸腔ドレナージと抗菌薬の投与を行った。35 歳時に健診の胸部単純 X 線にて左肺の異常陰影を指摘され当科を紹介された。左肺上葉のブラと粘液栓が疑われたものの、無症状だったため追加検査は行われず経過観察となり 4 年間の画像フォロー後に通院は中断した。最終受診の 9 年後に COVID-19 を発症し左胸痛、痰、呼吸困難を認め、胸部 CT で左 B¹⁺² の閉塞所見にくわえ粘液栓と限局性気腫性病変を伴っていたため、気管支閉鎖症が疑われ当科を再度紹介された。胸部画像所見、気管支鏡所見から先天性気管支閉鎖症と診断した。外科的切除も検討されたが、診断時に無症状であり感染の合併所見を認めなかったため経過観察となった。本疾患は頻度が少ないものの、特徴的な胸部画像所見を呈し若年者の胸部異常影の重要な鑑別疾患のひとつである。

G-4 血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫に合併したサルコイドーシス様反応の一例

¹⁾順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床研修センター、

²⁾順天堂大学医学部附属順天堂医院 呼吸器内科、

³⁾順天堂大学医学部附属順天堂医院 人体病理病態学講座

○古庄 桃子 (ふるしょう ももこ)¹⁾、嶋村 尚子²⁾、芝山 浩平²⁾、塩崎 瞳²⁾、加藤 元康²⁾、宿谷 威仁²⁾、林 大久生³⁾、原田 紀宏²⁾、長岡 鉄太郎²⁾、高橋 和久²⁾

60 歳女性。X-4 年に血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫と診断され、化学療法を 6 次治療まで施行された。自家末梢血幹細胞移植目的で、X 年 10 月初旬に入院となったところ、38℃ 台の発熱と胸部 CT 上、斑状のすりガラス影を認めた。血液検査では好酸球が増加していたことから、当初は好酸球性肺炎を疑った。しかしながら、気管支肺胞洗浄では細胞数 3.89×10^5 、マクロファージ 64%、リンパ球 28%、好酸球 5%、CD4/8 比 0.7 と好酸球の増加はなく、経気管支肺生検では肺胞内腔に多核巨細胞を伴う非乾酪壊死性類上皮細胞肉芽腫を認め、サルコイドーシス様反応と診断した。プレドニゾロン 0.5mg/kg で両肺にみられた陰影は改善し、プレドニゾロンを漸減終了としているが、その後も再燃はない。

H-1 EBUS-IFB 手技を上乗せしたことで確定診断に至った肺サルコイドーシスの一例

¹⁾東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科学分野（大森）、²⁾東邦大学医学部病院病理学講座（大森）
○武市 牧子（たけいち まきこ）¹⁾、島貫 結衣¹⁾、清水 宏繁¹⁾、三好 嗣臣¹⁾、仲村 泰彦¹⁾、
卜部 尚久¹⁾、磯部 和順¹⁾、坂本 晋¹⁾、栃木 直文²⁾、岸 一馬¹⁾

【背景】EBUS-IFBはEBUS-TBNAで作成したリンパ節穿刺点から通常径鉗子を挿入することで、挫滅の少ない組織検体を多く得ることができる手技である。【症例】53歳男性。手指関節の痛みを主訴に当院膠原病内科を受診。スクリーニング目的に実施した胸部Xp検査において肺門部リンパ節腫大を疑われ当科に紹介受診された。胸部CT検査において縦隔・肺門部の多発リンパ節腫大を認めた。確定診断目的に気管支鏡検査を実施。右中葉にて気管支肺胞洗浄を、縦隔リンパ節#7にてEBUS-TBNAおよびEBUS-IFBを施行した。肺胞洗浄液ではCD4/CD8=4.8と上昇を認めた。TBNAでは有意な病理所見は得られなかったが、EBUS-IFBの病理所見ではサルコイドーシスに矛盾しない非乾酪性類上皮肉芽腫を得ることができた。EBUS-IFBを併用することで、TBNAのみでは得ることができなかった、肉芽腫性病変を同定することが可能であった1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

H-2 無気肺で発見され、原発巣の局在がPET-CTで明らかになった肺腺癌 Invasive mucinous adenocarcinoma の一例

¹⁾一般社団法人自警会 東京警察病院 呼吸器科、²⁾一般社団法人自警会 東京警察病院 外科、
³⁾日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器外科、
⁴⁾一般社団法人自警会 東京警察病院 病理診断科
○久留島 康平（くるしま こうへい）¹⁾、千葉 薫¹⁾、日當 悟史¹⁾、宇治野 真理子¹⁾、岡林 賢¹⁾、
朝戸 裕子¹⁾、伊藤 未奈²⁾、河内 利賢^{2,3)}、帯包 妃代⁴⁾、青野 ひろみ¹⁾

68歳女性。20XX-3年4月にインフルエンザ罹患後から喘息様の症状が続き、複数の医療機関で気管支喘息や副鼻腔気管支症候群と診断されて加療を行ったが改善せず、20XX年7月より喀痰が増加した。通院先で行った胸部CTで左S6の無気肺を指摘され翌月に当院を紹介受診した。気道内病変の評価目的で行った気管支鏡検査では左下葉支の末梢側で呼気時の高度な虚脱を認め、左B6の擦過細胞診検体で腺癌が疑われた。その後PET-CTにて左S6の無気肺末梢側にFDG集積を伴う腫瘍を認めた。遠隔転移が無いことを確認して11月に左肺下葉切除術を行い、左下葉肺腺癌（Invasive mucinous adenocarcinoma）pT4N0M0 Stage IIIAの診断に至った。難治化した喘息症状や長期化する咳嗽症例では、積極的にCTなどの画像検査や必要に応じて気管支鏡検査を行い、肺癌の除外診断を行う必要がある。

H-3 術後 14 年で気管支転移を来した上行結腸癌の 1 例

¹⁾東京品川病院 呼吸器内科、²⁾東京品川病院 総合内科、³⁾東京品川病院 呼吸器外科
○永松 寛基 (ながまつ ひろき)¹⁾、廣瀬 龍太郎¹⁾、山田 有佳¹⁾、鳥羽 直弥²⁾、高橋 秀徳¹⁾、
高坂 美央¹⁾、太田 真一郎¹⁾、森川 美羽²⁾、安藤 耕平³⁾、新海 正晴¹⁾

症例は 85 歳、男性。X-14 年に上行結腸癌に対して右半結腸切除術、術後化学療法を施行した。X 年 Y 月に腹部膨満感の持続により受診。胸腹部 CT で右肺尖部に長径 36mm 大の腫瘤性病変を、左鎖骨上窩、左腋窩、大動脈周囲、腸間膜のリンパ節腫大を認めた。上下部消化管内視鏡では悪性所見を認めなかった。肺病変に対して、原発性肺癌を鑑別として気管支鏡検査を施行した。当初、EBUS-GS 下の生検を予定していたが、右 B1b 入口部に壊死物質を疑う腫瘤性病変を認めたため、同病変に直視下の生検を施行した。組織診より腺癌の所見を認め、既知の上行結腸癌と類似した組織像、CK7 (-)、CK20 (-)、CDX2 (+)、TTF-1 (-) を示した。頸部リンパ節生検も施行し同様の結果となった。上行結腸癌の気管支転移と診断し、BSC の方針となり X+3 ヶ月後に死亡した。長期経過後の上行結腸癌の気管支転移は稀と考え報告する。

H-4 肺膿瘍疑いで気管支鏡検査を行うが診断に至らず、CT ガイド下肺生検で Invasive mucinous adenocarcinoma と診断された 1 例

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院分院 呼吸器内科
○久野 広樹 (くの ひろき)、中濱 洋、森口 修平、村瀬 享子、高谷 久史

症例は血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫治療後の 80 歳男性。X-1 年 10 月より湿性咳嗽が出現し、11 月胸部 CT では右下葉に空洞性病変を認めた。喀痰培養で緑膿菌が同定され抗菌薬内服を治療を行ったが、肺病変の拡大と呼吸不全を認めたため 12 月入院となった。入院時汎血球減少を呈していた。肺膿瘍の疑いで抗菌薬点滴を行ったが改善に乏しかった。気管支鏡検査で気管支洗浄を行ったが培養検査は陰性であった。悪性腫瘍を疑い X 年 1 月に経気管支肺生検 (TBLB) を行ったが診断に至らなかった。同月 CT ガイド下肺生検を施行した結果、Invasive Mucinous adenocarcinoma (IMA) と診断された。IMA は画像所見で空洞性陰影を認めることがあり、TBLB での診断が困難である場合が多いとされている。文献的考察を加えて報告する。

18 : 56 ~ 19 : 01 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
189 回	松島 秀和 先生 さいたま赤十字病院呼吸器内科	2024 年 6 月 8 日	さいたま赤十字病院 埼玉県さいたま市中央区新都心 1-5
190 回	坂尾 幸則 先生 帝京大学医学部外科学講座	2024 年 9 月 7 日	シェーンバッハ・サボー 東京都千代田区平河町 2-7-4
191 回	坂口 浩三 先生 埼玉医科大学 国際医療センター呼吸器外科	2024 年 12 月 14 日	京王プラザホテル 東京都新宿区西新宿 2-1-1
192 回	石井 晴之 先生 杏林大学医学部呼吸器内科学分野	2025 年 3 月 22 日	京王プラザホテル 東京都新宿区西新宿 2-1-1

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・団体より多大なご援助を賜りました。
謹んで感謝の意を表します。

第 188 回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会

会長 岸 一馬

■共 催

アストラゼネカ株式会社

MSD 株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

■広告掲載

インスメッド合同会社

杏林製薬株式会社

協和キリン株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

サノフィ株式会社

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

帝人ヘルスケア株式会社

日本イーライリリー株式会社

日本化薬株式会社

ノバルティス ファーマ株式会社

ファイザー株式会社

2024年1月31日現在

TEIJIN

患者さんのQuality of Lifeの 向上が私たちの理念です。

健保適用

● 在宅酸素療法



酸素濃縮装置(テレメトリー式パルスオキシメータ受信機)

ハイサンソⁱ

認証番号:230ADBZX00107000

● 在宅酸素療法

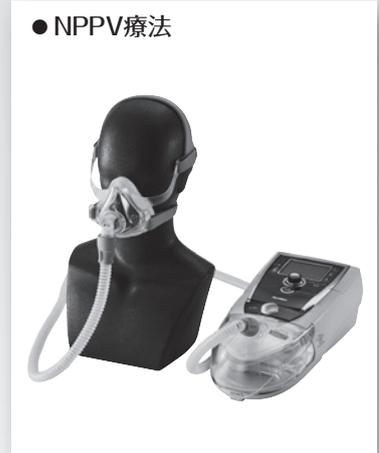


酸素濃縮装置(呼吸同調式レギュレータ)

ハイサンソ ポータブル^{αII}

認証番号:227ADBZX00202000

● NPPV療法



汎用人工呼吸器(二相式気道陽圧ユニット)

NIPネーザル[®] V-E(タイプ名)

承認番号:22300BZX00433000

● ハイフローセラピー



加熱式加湿器

F&P AIRVO™ 2

F&P myAIRVO™ 2

販売名:フロージェネレーターAirvo
フロージェネレーターmyAirvo
承認番号:22500BZX00417000
22800BZX00186000

● ASV療法

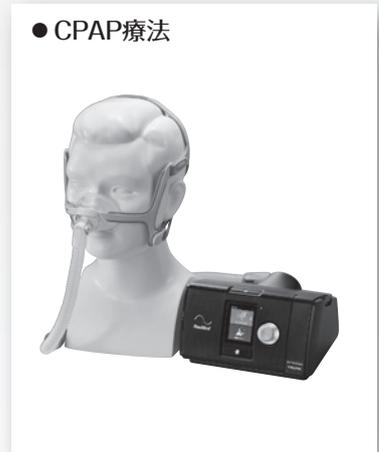


二相式気道陽圧ユニット

AirCurve^{エアカーブ} TJ

販売名:レスメドAirCurve 10 CS-A TJ
承認番号:22900BZI00028000

● CPAP療法



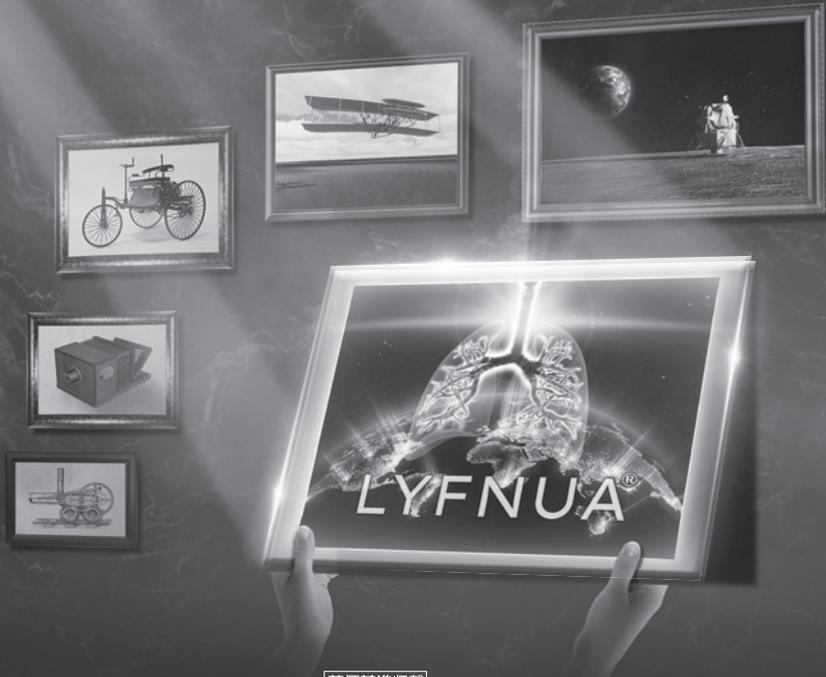
持続的自動気道陽圧ユニット(CPAP装置)

スリープメイト[®]10

承認番号:22700BZI00027000

ご使用前に添付文書および取扱説明書をよく読み、正しくお使いください。

Kyorin 



薬価基準収載

選択的P2X3受容体拮抗薬/咳嗽治療薬



リフヌア錠45mg

LYFNUA® Tablets 45mg

ゲーファピキサントクエン酸塩錠

処方箋医薬品（注意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、禁忌を含む注意事項等
情報等については電子添文をご参照ください。

発売元

杏林製薬株式会社

東京都千代田区神田駿河台四丁目6番地
（文献請求先及び問い合わせ先：くすり情報センター）

製造販売元

MSD株式会社

東京都千代田区九段北1-13-12

作成年月:2023.10

協和キリン株式会社

たった一度の
いのちと
歩く。



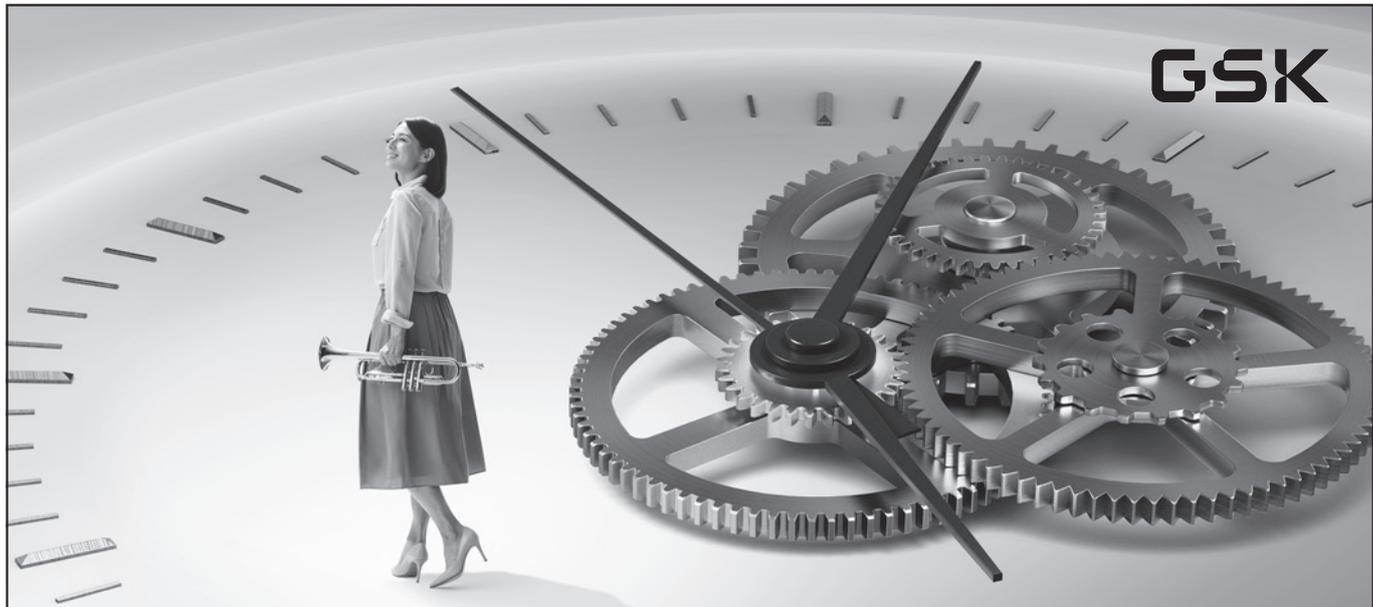
KYOWA KIRIN

私たちの志

検索

2019年7月作成

GSK



3成分配合 喘息・COPD治療剤 薬価基準収載

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

テリルジー 100エリプタ
14・30吸入用

TRELEGY ELLIPTA
フルチカゾンフランカルボン酸エステル・
ウメクリジニウム塩化物・ヒランテロール
トリアエニル酢酸塩ドライパウダーインヘラー

※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については
電子添文をご参照ください。

製造販売元

グラクソ・スミスクライン株式会社
〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先

TEL: 0120-561-007 (9:00~17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)
FAX: 0120-561-047 (24時間受付)

3成分配合 喘息治療剤 薬価基準収載

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

テリルジー 200エリプタ
14・30吸入用

TRELEGY ELLIPTA
フルチカゾンフランカルボン酸エステル・
ウメクリジニウム塩化物・ヒランテロール
トリアエニル酢酸塩ドライパウダーインヘラー

専用アプリ「添文ナビ」でGSRバーコードを
読み取ることで、最新の電子添文等を閲覧できます。

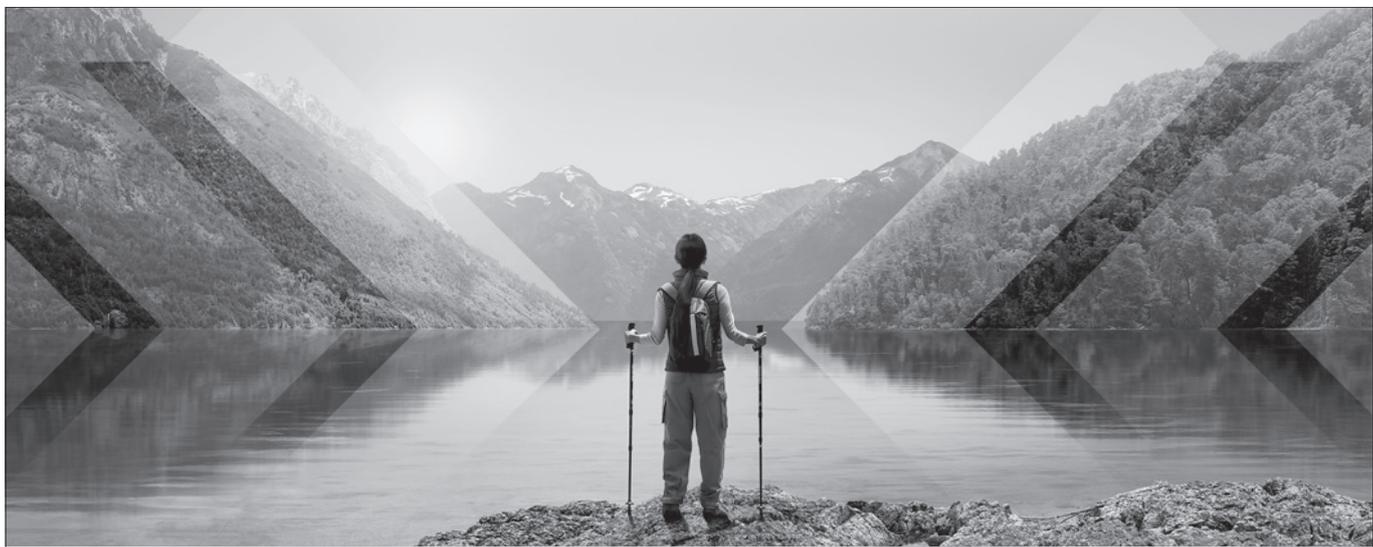


(01)14987246783023

(テリルジー100エリプタ14・30吸入用、
テリルジー200エリプタ14・30吸入用)

PM-JP-FVU-ADVT-210001

改訂年月2023年9月(MK)



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 ペン
300mg 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)

最適使用推進ガイドライン対象品目

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: **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

MAT-JP-2206392-2.0-04/2023

sanofi

Abraxane®

抗悪性腫瘍剤

薬価基準収載

特定生物由来製品、毒薬、処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

アブラキサン®点滴静注用 100mg

Abraxane® I.V. Infusion パクリタキセル注射剤（アルブミン懸濁型）

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

文献請求先及び問い合わせ先
製造販売元 **TAIHO** 大鵬薬品工業株式会社
〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
TEL.0120-20-4527 <https://www.taiho.co.jp/>

提携先 **Abraxis** 米国
BioScience

2021年8月作成



Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp





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*)}

薬価基準収載

テセントリク[®]点滴静注 1200mg

TECENTRIQ[®]
atezolizumab

アテゾリズマブ (遺伝子組換え) 注
®F, 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

**アバステン[®]点滴静注用 100mg/4mL
400mg/16mL**

AVASTIN[®]
bevacizumab

ベバシズマブ (遺伝子組換え) 注

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

ロスリートレク[®]カプセル 100mg、200mg

ROZLYTREK[®] Capsules
entrectinib

エントレクチニブカプセル
®F, ホフマン・ラ・ロシュ社 (スイス) 登録商標

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

「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。

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

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/>

Roche ロシュグループ

2022年8月

世界中の人々の
より豊かな人生のため、
革新的医薬品に
思いやりを込めて

Lilly

日本イーライリリーは製薬会社として、
人々がより長く、より健康で、
充実した生活を実現できるよう、
がん、糖尿病、筋骨格系疾患、
中枢神経系疾患、自己免疫疾患、
成長障害、疼痛などの領域で、
日本の医療に貢献しています。

日本イーライリリー株式会社

〒651-0086 神戸市中央区磯上通 5-1-28
www.lilly.co.jp

薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤 ヒト型抗EGFR^注モノクローナル抗体
生物由来製品、創薬、処方箋医薬品*

ポトラザ[®]点滴静注液 800mg

Portrazza[®] Injection ネシツムマブ (遺伝子組換え) 注射液

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

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*

ゲムシタビン点滴静注用 200mg・1g「NK」

点滴静注用ゲムシタビン塩酸塩
Gemcitabine for I.V. Infusion 200mg・1g「NK」

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*

ゲムシタビン点滴静注液 200mg/5mL「NK」

ゲムシタビン点滴静注液 1g/25mL「NK」

ゲムシタビン塩酸塩注射液

Gemcitabine I.V. Infusion 200mg/5mL・1g/25mL「NK」

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*
Randa Inj. **ランタ**[®]錠
10mg/20mL
25mg/50mL
50mg/100mL
シスプラチン製剤
Randa[®] Inj. 10mg/20mL・25mg/50mL・50mg/100mL

*注意 - 医師等の処方箋により使用すること

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 医薬品情報センター

0120-505-282 (フリーダイヤル)

日本化薬 医療関係者向け情報サイト

<https://mink.nipponkayaku.co.jp/>

'20.3 作成

※ 効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

Novartis Pharma K.K.

新しい発想で医療に貢献します

ノバルティスのミッションは、より充実した、すこやかな毎日のために、
新しい発想で医療に貢献することです。

イノベーションを推進することで、治療法が確立されていない疾患にも
積極的に関わり、新薬をより多くの患者さんにお届けします。

NOVARTIS

ノバルティス ファーマ株式会社

<http://www.novartis.co.jp/>



抗悪性腫瘍剤/チロシンキナーゼ阻害剤

薬価基準収載

ローブレナ[®]錠 25mg
100mg

ロルラチニブ錠

劇薬、処方箋医薬品

注意・医師等の処方箋により使用すること

LORBRENA[®]
LORLATINIB

※「効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については、製品電子添文をご参照ください。

製造販売

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 學術情報ダイヤル 0120-664-467
<https://pfizerpro.jp/>

販売情報提供活動に関するご意見：
0120-407-947
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

2023年11月作成
LBN72L004B