

第190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9月7日(土)

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

会 長：坂尾 幸則  
帝京大学医学部外科学講座 教授

事務局：帝京大学医学部外科学講座  
〒173-8606 東京都板橋区加賀2-11-1  
TEL：03-3964-1211 FAX：03-3964-6888

# OLYMPUS

Let's Be Clear:  
Elevating the Standard  
of Endoscopy



スクリーニング



診断



処置



製造販売元	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	医療機器番号
販売名	EVIS X1	302ABBZX00017000
EVIS X1 ビデオシステムセンター	OLYMPUS CV-1500	302ABBZX00063000
気管支ビデオスコープ	OLYMPUS BF-H1200	302ABBZX00064000
気管支ビデオスコープ	OLYMPUS BF-1TH1200	302ABBZX00064000

## EVIS X1シリーズが内視鏡診療の新時代を切り拓く。

EVIS X1シリーズは、TXI・RDI・BAI-MACなどといった当社独自のテクノロジーにより、スクリーニングから診断、処置までの各ステップにおいて内視鏡診療の質を向上させます。

5LED、タッチパネル、システムコントローラーの採用、ホワイトバランスフリー、マイCVモードなどの機能を搭載したことにより、これまで以上に効率的な検査の運用をサポートします。

EVIS X1シリーズにより、オリンパスはすべての内視鏡医の検査・手技の質の向上に貢献します。

## EVIS X1

Medtronic

# LigaSure™ XP Maryland



LigaSure™は  
“次のステージ”へ

コヴィディエンジャパン株式会社  
Tel: 0120-998-971

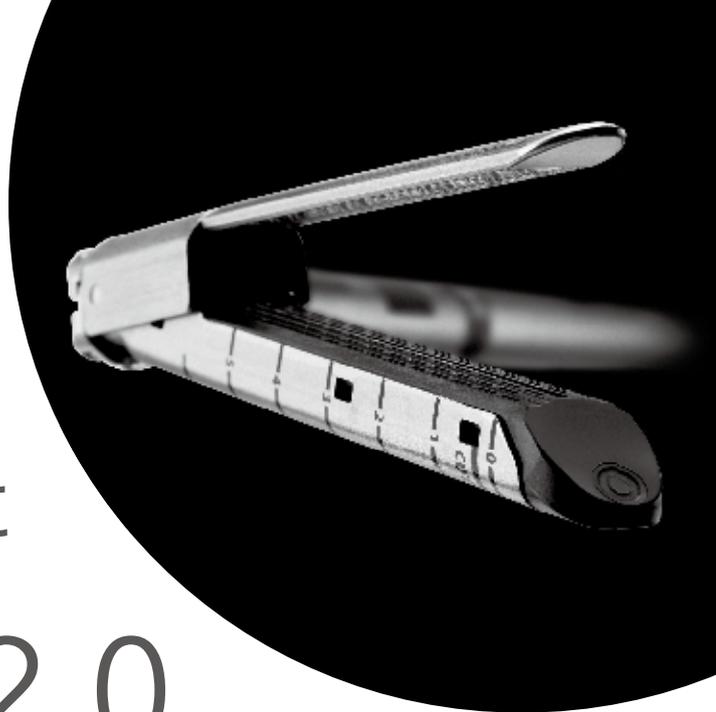
[medtronic.co.jp](http://medtronic.co.jp)

販売名: Valleylab FT10E礼ギ-プラットフォーム 医療機器承認番号: 22800BZX00157000  
販売名: ForceTriadE礼ギ-プラットフォーム 医療機器承認番号: 21900BZX00853000

使用目的又は効果、警告・禁忌を含む使用上の注意等の情報につきましては製品の電子添文をご参照ください。  
© 2024 Medtronic.

Medtronic、メドトロニック及びMedtronicロゴマークは、Medtronicの商標です。

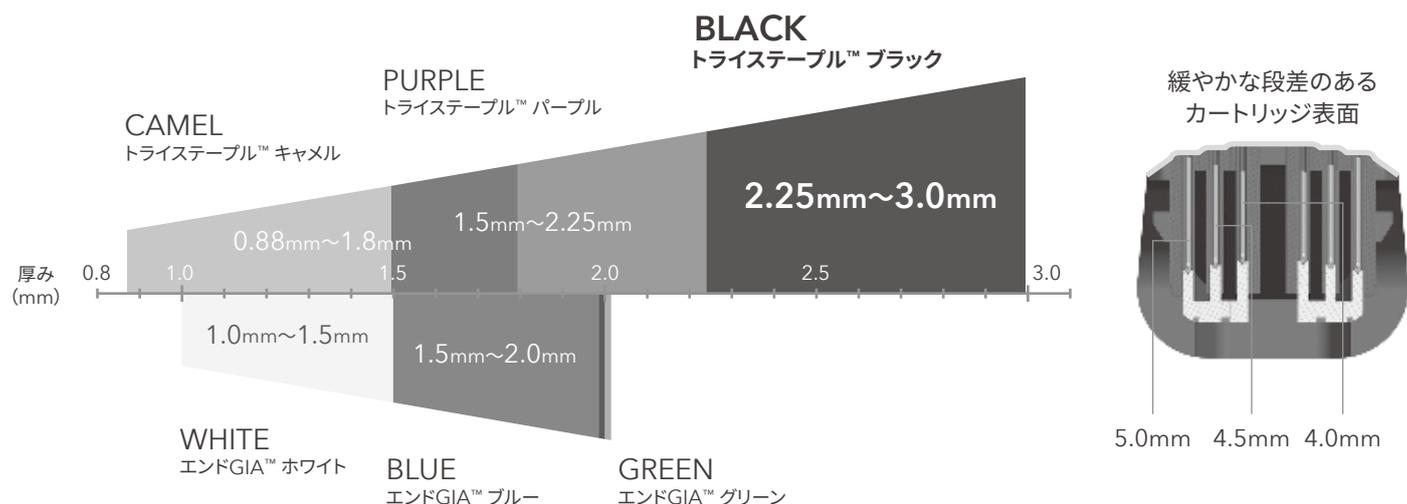
# Medtronic



全ては  
アウトカム強化のために

# Tri-Staple™ 2.0 ブラック

市場で唯一  
圧縮後組織厚3.0mmの非常に厚い組織まで対応



コヴィディエンジャパン株式会社  
サージカルイノベーション  
Tel:0120-998-971  
[medtronic.co.jp](http://medtronic.co.jp)

販売名:トライステープル2.0  
医療機器承認番号:22900BZX00115000

使用目的又は効果、警告・禁忌を含む使用上の注意等の情報につきましては製品の電子添文をご参照ください。  
© 2023 Medtronic. Medtronic 及び Medtronic ロゴマークは、Medtronic の商標です。TM を付記した商標は、Medtronic company の商標です。

SI-A1042

医療従事者向け登録制会員サイト

# エムクラ

MC 倶楽部



## 3大コンテンツ



### 製品情報

手技動画や運用事例、組み立てメンテナンスなど



### 学会・セミナー動画

過去の学会・セミナー、エキスパートによる対談などのアーカイブ



### セミナー情報

弊社主催・共催のイベント情報



登録無料



エム・シー・メディカル株式会社

〒108-0075 東京都港区港南2-16-1 品川イーストワンタワー12階 TEL:03-5715-2800 FAX:03-5715-2801 <https://www.mcmed.co.jp/>

stryker

## The 1788 Platform

The future, in your hands.

1788 4K カメラシステム

“見る”ことにこだわり、  
“見える”ことで変わる



※本製品に関するお問い合わせは弊社営業までお願いいたします。

医療機器届出番号	販売名
13B1X10209001008	1788 4Kカメラシステム
13B1X10209001007	L12 光源装置

Literature Number: ED09-014  
Copyright ©2024 Stryker

製造販売業者  
日本ストライカー株式会社  
112-0004 東京都文京区後楽2-6-1 飯田橋ファーストタワー  
P 03 6894 0000  
[www.stryker.com/jp](http://www.stryker.com/jp)

# 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 (別館)

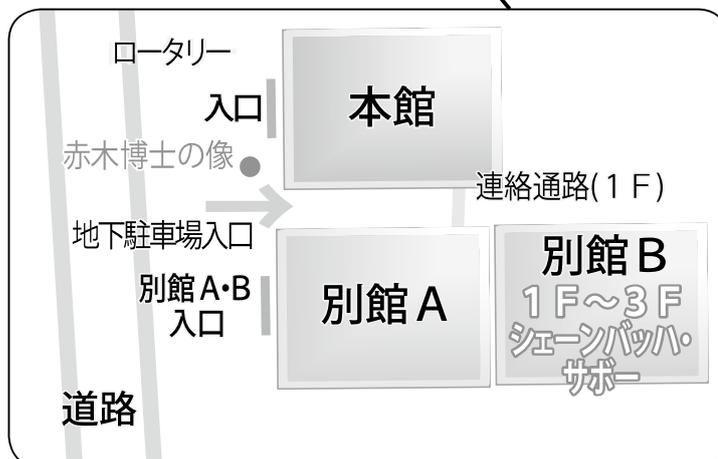
TEL : 03-3261-8386 (代表)



### ■交通のご案内

地下鉄<有楽町線><半蔵門線>  
永田町・4番出口より徒歩1分

地下鉄<銀座線><丸の内線>  
赤坂見附駅より徒歩8分



## フロアご案内図

### 3F シェーンバッハ・サボア (砂防会館別館)



# 第190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Windows10、アプリケーションはPower Point2019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190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/jsrekanto190/>

## ■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：2024年9月7日（土） 12：40～18：35  
（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/jsrekanto190/jizen.html>

## ■ 参加登録期間

【クレジット決済の場合】2024年7月19日（金）～9月7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：1,000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：2024年9月7日（土）12：00～12：30

（ご出席の先生には昼食の用意を致します。）

■開催方法：現地開催

幹事会・講演会につきましては現地開催と致します。

今後とも支部会運営にご理解とご協力のほどお願いいたします。

お問合せ先：関東支部会事務局

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/

■事前参加登録について

第190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/jsrekanto190/jizen.html>

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

# 第190回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 日程表

	12:40~12:45 開会の辞、幹事会報告
13:00	12:45~13:20 A. 感染症 座長：白澤 昌之（北里大学 呼吸器内科学） 演者：御子柴 颯季、石黒 卓、安田 拓実、山中 崇寛、遠藤 淳平
	休憩（5分）
	13:25~14:00 アフタヌーンセミナー①『効率的な気管支鏡 ～肺癌組織生検の感触を掴む～』 座長：清水 哲男（日本大学医学部 内科学系呼吸器内科学分野 准教授） 演者：笹田 真滋（同愛記念病院 呼吸器内科部長 兼 呼吸器・腫瘍センター長） 共催：アストラゼネカ株式会社
14:00	休憩（5分）
	14:05~14:33 B. 気管支鏡診断 座長：中山 雅之（自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門 呼吸器内科） 演者：兵頭 健太郎、浦 芳樹、田口 皓太、山口 純平
	14:35~15:15 特別講演① 気管支鏡の歴史と未来 1) 黎明期の気管支鏡 座長：松元 祐司（国立がん研究センター中央病院 内視鏡科（呼吸器）、呼吸器内科） 演者：森 清志（社会医療法人中山会 宇都宮記念病院 呼吸器内科） 2) これからの気管支鏡 座長：出雲 雄大（日本赤十字社医療センター 呼吸器内科） 演者：丹羽 崇（神奈川県立循環器呼吸器病センター 喀血/肺循環/気管支鏡治療センター）
15:00	休憩（5分）
	15:20~15:55 アフタヌーンセミナー②『進行再発 非小細胞肺癌における免疫療法』 座長：長瀬 洋之（帝京大学医学部 内科学講座 呼吸器・アレルギー学 教授） 演者：安田 浩之（慶應義塾大学医学部 呼吸器内科 准教授） 共催：MSD株式会社
16:00	休憩（5分）
	16:00~16:15 特別講演② JBD導入について 座長：山内 良兼（帝京大学医学部 外科学講座） 演者：石井 聡（帝京大学医学部 内科学講座 呼吸器・アレルギー学）
	16:17~16:45 C. 血管異常 座長：稲毛 輝長（千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学） 演者：佐藤 賢弥、大導寺 清世、奥墨 紘太、守屋 康充
	休憩（5分）
17:00	16:50~17:25 イブニングセミナー『肺区域切除術～アプローチの工夫と選択～』 座長：石橋 洋則（東京医科歯科大学 呼吸器外科 准教授） 演者：小林 零（板橋中央総合病院 呼吸器病センター（呼吸器外科）診療部長） 演者：前田 純一（三井記念病院 呼吸器外科 副部長） 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
	休憩（5分）
	17:30~18:05 D. 気管支鏡処置 座長：佐々木 衛（独立行政法人地域医療推進機構埼玉メディカルセンター 呼吸器内科） 演者：中井 猛斗、山田 菜々子、新井 大気、永田 宗大、大野 凌平
18:00	
	18:07~18:35 E. 鏡視下手術 座長：大久保 祐（慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器）） 演者：奥谷 玲那、荻原 哲、久保田 魁、羽藤 泰
	18:35 閉会の辞
19:00	

# プログラム一覧

演題番号	演題名	氏名(敬称略、★は初期研修医)	所属機関名
12:45~13:20 A. 感染症 座長：白澤 昌之(北里大学 呼吸器内科学)			
A-1	気管支洗浄で診断したBurkholderia Cepaciaの症例	御子柴 颯季 災害医療センター	
A-2	アレルギー性気管支肺アスペルギルス症の経過中に発症した慢性肺アスペルギルス症の1例	石黒 卓 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 呼吸器内科	
A-3	気管支洗浄液より菌体を証明し抗菌化学療法・手術による治療が奏功した肺アブセス症の1例	安田 拓実★ 東京品川病院 呼吸器内科	
A-4	肺化膿症の胸腔内穿破に伴う有癭性膿胸に対して気管支充填術後に胸腔内搔爬および洗浄ドレーナージ術にて治癒した一例	山中 崇寛 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学	
A-5	肺カルチノイドと非結核性抗酸菌症 (NTM) が合併した一例	遠藤 淳平 相模原協同病院 呼吸器内科	
13:25~14:00 アフタヌーンセミナー① 共催：アストラゼネカ株式会社 座長：清水 哲男(日本大学医学部 内科学系呼吸器内科学分野 准教授) 『効率的な気管支鏡～肺癌組織生検の感触を掴む～』 演者：笹田 真滋(同愛記念病院 呼吸器内科部長 兼 呼吸器・腫瘍センター長)			
14:05~14:33 B. 気管支鏡診断 座長：中山 雅之(自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門 呼吸器内科)			
B-1	気管内多発転移を認めた肺原発悪性黒色腫の1例	兵頭 健太郎 国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 内科診療部呼吸器内科	
B-2	僅少検体を用いた肺癌コンパクトパネル検査成功例の経験	浦 芳樹★ 東京医科歯科大学 呼吸器内科	
B-3	EBUS-TBNAによる積極的な診断が奏功につながったびまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) の一例	田口 皓太★ 東京品川病院 呼吸器内科	
B-4	リンパ節小病変に対するEBUS-TBNAによって診断、化学放射線治療を行えた非小細胞肺癌の1例	山口 純平 独立行政法人 地域医療推進機構埼玉メディカルセンター 呼吸器内科	
14:35~15:15 特別講演① 気管支鏡の歴史と未来 1) 黎明期の気管支鏡：気管支鏡の開発と夜明け 座長：松元 祐司(国立がん研究センター中央病院 内視鏡科(呼吸器)、呼吸器内科) 演者：森 清志(社会医療法人中山会 宇都宮記念病院 呼吸器内科) 2) これからの気管支鏡 座長：出雲 雄大(日本赤十字社医療センター 呼吸器内科) 演者：丹羽 崇(神奈川県立循環器呼吸器病センター 喀血/肺循環/気管支鏡治療センター)			
15:20~15:55 アフタヌーンセミナー② 共催：MSD株式会社 座長：長瀬 洋之(帝京大学医学部 内科学講座 呼吸器・アレルギー学 教授) 『進行再発 非小細胞肺癌における免疫療法』 演者：安田 浩之(慶應義塾大学医学部 呼吸器内科 准教授)			
16:00~16:15 特別講演② JBD導入について 座長：山内 良兼(帝京大学医学部 外科学講座) 演者：石井 聡(帝京大学医学部 内科学講座 呼吸器・アレルギー学)			

# プログラム一覧

演題番号	演題名	氏名(敬称略、★は初期研修医)	所属機関名
<b>16:17~16:45 C. 血管異常</b> 座長：稲毛 輝長（千葉大学大学院医学研究院 呼吸器病態外科学）			
C-1	クライオ生検を契機に診断された心房細動カテーテルアブレーション後の肺静脈閉塞の1例	佐藤 賢弥	国立がん研究センター中央病院 内視鏡科(呼吸器)
C-2	術中CTで偶然に縮小傾向を認めた右下葉肺静脈瘤の1切除例	大導寺 清世★ 虎の門病院 呼吸器センター外科	
C-3	右肺に発症した肺底動脈大動脈起始症の1例	奥墨 紘太★ 聖マリアンナ医科大学病院	
C-4	神経原性腫瘍が疑われた肋間筋arteriovenous malformationの1例	守屋 康充 独立行政法人 労働者健康安全機構 千葉労災病院 呼吸器外科	
<b>16:50~17:25 イブニングセミナー</b> <span style="float:right">共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社</span> 『肺区域切除術～アプローチの工夫と選択～』 座長：石橋 洋則（東京医科歯科大学 呼吸器外科 准教授） 『Dr.Dylewski法（Dr D法）アプローチでのRATS fusion segmentectomy』 演者：小林 零（板橋中央総合病院 呼吸器病センター（呼吸器外科）診療部長） 『最新技術でnext stageへ：Echelon3000を活用した胸腔鏡下肺区域切除術』 演者：前田 純一（三井記念病院 呼吸器外科 副部長）			
<b>17:30~18:05 D. 気管支鏡処置</b> 座長：佐々木 衛（独立行政法人地域医療推進機構埼玉メディカルセンター 呼吸器内科）			
D-1	Yステント留置で病状軽快が得られ、ステント抜去に至った気管・気管支縦隔瘻の1例	中井 猛斗	慶應義塾大学医学部外科学（呼吸器）
D-2	気管支定型カルチノイドの1例	山田 菜々子★	帝京大学医学部附属病院 臨床研修センター
D-3	重症COVID-19患者における食道内圧カテーテルによる医原性気胸に対して気管支塞栓術が奏功した1例	新井 大気★	自治医科大学 外科学講座呼吸器外科学部門
D-4	気道狭窄をきたした気管原発大細胞性神経内分泌癌の1例	永田 宗大	東京大学医学部附属病院 呼吸器外科
D-5	硬性鏡下腫瘍切除術および放射線治療を施行した気管発生腺様嚢胞癌の1例	大野 凌平	東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野
<b>18:07~18:35 E. 鏡視下手術</b> 座長：大久保 祐（慶應義塾大学医学部 外科学（呼吸器））			
E-1	特発性自然気胸として2回の手術後、月経周期に関連した胸痛および気胸を繰り返す右気胸に対して全胸膜カバーリングを施行した1例	奥谷 玲那★	千葉県済生会習志野病院 呼吸器外科
E-2	Port reduced 4 arm RATSで切除した肺扁平上皮癌の1切除例	荻原 哲	東京女子医科大学 呼吸器外科学講座
E-3	胸腔鏡下横隔膜縫縮術を施行した横隔膜交通症合併肝性胸水の1例	久保田 魁★	新久喜総合病院 呼吸器外科
E-4	術前気管支鏡下生検でperivascular epithelioid cell tumor (PEComa) と診断された1例	羽藤 泰	埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

## A. 感染症

12:45～13:20

座長：白澤 昌之（北里大学 呼吸器内科学）

### A-1 気管支洗浄で診断した *Burkholderia Cepacia* の症例

災害医療センター

○御子柴 颯季、山名 高志、塚本 香純、上村 光弘

症例は免疫不全のない81歳男性。慢性咳嗽と黄色喀痰を主訴に受診し胸部CTで中葉舌区や両側上葉、左S6の慢性気道炎症を認め血液検査でMAC抗体陽性だった。肺MAC症を疑われ経過観察となったが、呼吸困難の増悪があり中葉と舌区の浸潤影の悪化と左下葉底部の新規浸潤影を認めた。舌区を気管支洗浄し抗酸菌は培養されず *Burkholderia Cepacia* を検出した。非結核性抗酸菌症が併存している可能性を考慮し抗酸菌への影響を与えないミノサイクリンの内服を開始した。その後右上葉および中葉で新規の浸潤影を認め既知の浸潤影も増悪を認めたことから、薬剤感受性検査結果を参考にレボフロキサシンの内服に切り替えた。その後陰影は改善しレボフロキサシン内服を開始した73日後の気管支洗浄で *B.Cepacia* の培養を認めなかった。本症例は典型的な *B.Cepacia* 感染症とは異なり、非嚢胞性線維症患者で発症し外来での抗菌薬内服で治療した。同様な症例の報告は乏しく、考察を加えた上で報告する。

### A-2 アレルギー性気管支肺アスペルギルス症の経過中に発症した慢性肺アスペルギルス症の1例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 呼吸器内科

○石黒 卓、小林 洋一、磯野 泰輔、石田 晃啓、小野寺 葉子、小島 彩子、西田 隆、小田島 丘人、高久 洋太郎

症例は80歳女性。

2017年に好酸球性の気管支粘液栓など診断基準を満たしてアレルギー性気管支肺アスペルギルス症（ABPA）と診断されていた。

ステロイドにて気管支粘液栓の多くは軽快、残存した病変に対してステロイドの増量、抗真菌薬、生物学的製剤を投与していたが2023年に肺病変が増大した。

気管支鏡検査を行い気道内の壊死病変を認め、気管支洗浄液中に多くの好中球と真菌の菌糸を確認した。ABPAの経過中に合併した慢性肺アスペルギルス症と診断し、ボリコナゾールの投与をはじめた。その後、自覚症状や肺病変は改善傾向を示している。

### A-3 気管支洗浄液より菌体を証明し抗菌化学療法・手術による治療が奏功した肺アブセッサス症の1例

東京品川病院<sup>1)</sup> 呼吸器内科<sup>2)</sup> 呼吸器外科、<sup>3)</sup> 藤沢市民病院 呼吸器外科

○安田 拓実<sup>1)</sup>、高橋 秀徳<sup>1)</sup>、大内 祐也<sup>1)</sup>、佐竹 由伍<sup>1)</sup>、永松 寛基<sup>1)</sup>、廣瀬 龍太郎<sup>1)</sup>、高坂 美央<sup>1)</sup>、森川 美羽<sup>1)</sup>、太田 真一郎<sup>1)</sup>、安藤 耕平<sup>2,3)</sup>、新海 正晴<sup>1)</sup>

40代女性、生来健康。健診の胸部X線で初めて右上肺野に結節を指摘された。胸部CTでは右上葉に18mm大の孤立性空洞影を認め当科紹介。喀痰塗抹・培養、MAC抗体、T-spot、真菌マーカーは陰性。気管支洗浄液よりクラリスロマイシン耐性の*M.abscessus*が単離された。切除による根治が可能と考えられ術前に抗菌化学療法を実施する方針とした。アジスロマイシン (AZM) + クロファジミン (CFZ) + シタフロキサシン (STFX) + アミカシン (AMK) + イミペネム/シラスタチンを4週間投与し、病変が縮小傾向にあったことから胸腔鏡下肺部分切除術を施行した。術後3日で退院、手術検体の培養は陰性だった。術後3ヶ月後までAZM+CFZ+STFX+AMKで、12ヶ月後までAZM+CFZ+STFXで治療し経過観察を行っている。*M.abscessus*は迅速発育菌で治療しなければ肺荒廃に到り死亡率は20%にのぼる。key drugであるマクロライドへの耐性のため治療に難渋し、進行例に対して多剤内服での治療を行ったとしても根治率は25—40%と低い。気管支鏡での早期診断は外科切除による根治に繋ぎうる。

### A-4 肺化膿症の胸腔内穿破に伴う有癭性膿胸に対して気管支充填術後に胸腔内搔爬および洗浄ドレナージ術にて治癒した一例

千葉大学大学院医学研究院<sup>1)</sup> 呼吸器病態外科学<sup>2)</sup> 呼吸器内科学

○山中 崇寛<sup>1)</sup>、稲毛 輝長<sup>1)</sup>、佐田 諭己<sup>1)</sup>、豊田 行英<sup>1)</sup>、田中 教久<sup>1)</sup>、田村 創<sup>1)</sup>、千代 雅子<sup>1)</sup>、松井 由紀子<sup>1)</sup>、佐久間 俊紀<sup>2)</sup>、鈴木 拓児<sup>2)</sup>、鈴木 秀海<sup>1)</sup>

症例は70歳代男性。他院にてCOPDを加療中に右肺化膿症を発症し、当院呼吸器内科を紹介受診となった。抗菌薬治療中に空洞病変が胸腔内に穿破し、有癭性膿胸を発症したため加療目的に当科紹介となった。胸腔ドレナージが施行されたが、ドレーンよりの持続的なエアリークが遷延したことから気管支充填術による気癭制御を行う方針とした。第14病日、バルーンオクルージョンテストからは複数の右下葉区域枝が責任病変と特定され、EWS®を計10個充填し右下葉気管支(B6-10)を完全に閉塞し、ドレーンより観察されたエアリークは消失した。第18病日、胸腔内搔爬および洗浄ドレナージ術を施行した。術後経過は良好で術後13日目に自宅退院となり、現在まで再燃なく経過している。有癭性膿胸はしばしば気癭や感染のコントロールに難渋し、長期的な治療が必要になることが多い。文献学的考察と当科での治療戦略を加えて報告をする。

### A-5 肺カルチノイドと非結核性抗酸菌症 (NTM) が合併した一例

相模原協同病院<sup>1)</sup> 呼吸器内科<sup>2)</sup> 呼吸器外科

○遠藤 淳平<sup>1)</sup>、眞邊 英明<sup>1)</sup>、石黒 勇輝<sup>2)</sup>、坂巻 寛之<sup>2)</sup>、鈴木 繁紀<sup>2)</sup>、山本 倫子<sup>1)</sup>

症例は73歳男性。当院で虚血性心疾患に対して外来加療されており、胸痛症状の精査にて20XX年7月に胸部冠動脈CT検査を施行された。その際、右S6に以前から指摘されていた内部空洞を伴う浸潤影を指摘され、精査目的に当科へ紹介となった。喀痰抗酸菌培養は陰性で、T-SPOT および抗MAC抗体も陰性であったので、慢性気管支炎として治療を行うも改善なく、同年12月に気管支鏡検査を施行した。右B6入口部を閉塞する形で隆起性病変を認め、同部位を生検し、病理検査でカルチノイドの診断となった。また、洗浄液から*Mycobacterium avium*が検出された。NTM治療後20XX+1年9月に右S6部分切除を施行しNTM再発なく経過している。カルチノイドとNTMの合併の報告は少なく、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

## アフタヌーンセミナー①

13:25 ~ 14:00

座長：清水 哲男（日本大学医学部 内科学系呼吸器内科学分野 准教授）

### 『効率的な気管支鏡～肺癌組織生検の感触を掴む～』

演者：笹田 真滋（同愛記念病院 呼吸器内科部長 兼 呼吸器・腫瘍センター長）

共催：アストラゼネカ株式会社

## B. 気管支鏡診断

14:05 ~ 14:33

座長：中山 雅之（自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門 呼吸器内科）

### B-1 気管内多発転移を認めた肺原発悪性黒色腫の1例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター

<sup>1)</sup> 内科診療部呼吸器内科 <sup>2)</sup> 外科診療部呼吸器外科 <sup>3)</sup> 病理診断科

○兵頭 健太郎<sup>1)</sup>、平野 瞳<sup>1)</sup>、名和 日向子<sup>1)</sup>、中村 研太<sup>1)</sup>、山崎 健斗<sup>1)</sup>、手島 修<sup>1)</sup>、渡邊 峻<sup>1)</sup>、野中 水<sup>1)</sup>、荒井 直樹<sup>1)</sup>、金澤 潤<sup>1)</sup>、中川 隆行<sup>2)</sup>、島内 正起<sup>2)</sup>、南 優子<sup>3)</sup>、林原 賢治<sup>1)</sup>、大石 修司<sup>1)</sup>、石井 幸雄<sup>1)</sup>、齋藤 武文<sup>1)</sup>

肺原発の悪性黒色腫は稀である。直接死因では肺転移による呼吸不全が多く、気道や肺病変のコントロールが重要である。気道狭窄音を契機に診断された肺原発悪性黒色腫を経験したため報告する。症例は87歳男性。胸部異常音で当院紹介。胸部CTで左主気管支に突出する腫瘍と左肺下葉S6に結節影を認めた。気管支鏡検査では気管内に複数の色素沈着を認めた他、左主気管支をほぼ閉塞する褐色調の腫瘍病変を認めた。悪性黒色腫を疑い、全身麻酔下に高周波スネアで腫瘍を切除した。病理組織診断で腫瘍細胞とメラニン顆粒を認め悪性黒色腫と診断した。全身精査で多臓器病変を認めず、肺原発の悪性黒色腫の気管内多発転移と考えた。気管内の腫瘍切除後、気道狭窄音の改善を認め窒息死は回避できた。化学療法施行も転移性脳腫瘍を合併し、診断から16ヵ月で死亡確認となったが、軟性気管支鏡下の気管内腫瘍の切除は気道閉塞解除に有用と思われた。

### B-2 僅少検体を用いた肺癌コンパクトパネル検査成功例の経験

東京医科歯科大学 <sup>1)</sup> 呼吸器内科 <sup>2)</sup> 病理部

○浦 芳樹<sup>1)</sup>、石塚 聖洋<sup>1)</sup>、榊原 里江<sup>1)</sup>、青木 光<sup>1)</sup>、島田 翔<sup>1)</sup>、園田 史朗<sup>1)</sup>、本多 隆行<sup>1)</sup>、白井 剛<sup>1)</sup>、岡本 師<sup>1)</sup>、古澤 春彦<sup>1)</sup>、立石 知也<sup>1)</sup>、新宅 洋<sup>2)</sup>、宮崎 泰成<sup>1)</sup>

【背景】肺がんマルチ遺伝子検査としてオンコマインとAmoyDx肺癌コンパクトパネル（CP）があるが、一定以上の腫瘍量と腫瘍含有率が必要とされている。CPは細胞診検体や僅少検体でも遺伝子解析が可能な、高感度の検査として注目されている。

【方法】当院でCPを提出した6例で、検体採取法および腫瘍含有率、解析可否に関して検討した。

【結果】1例は経気管支鏡生検検体であったが、ホルマリン固定パラフィン包埋し、組織診は腺癌で腫瘍細胞率は5%未満であった。20枚の未染色標本にてCP提出したところ、解析成功し、遺伝子異常は認めなかった。他5例の細胞診検体も解析成功し、1例でEGFR遺伝子変異、1例でALK融合遺伝子を検出した。

【結論】腫瘍含有率5%未満の組織検体や抽出核酸量の少ない細胞診検体でもCPによる解析は可能であった。僅少検体でもマルチ遺伝子検査が成功する可能性を示した。

## B-3 EBUS-TBNA による積極的な診断が奏功につながったびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) の一例

<sup>1)</sup> 東京品川病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 新武雄病院、<sup>3)</sup> 東邦大学大橋病院 呼吸器内科

○田口 皓太<sup>1,2)</sup>、太田 真一郎<sup>1)</sup>、安田 拓実<sup>1)</sup>、佐竹 由伍<sup>1)</sup>、永松 寛基<sup>1)</sup>、廣瀬 龍太郎<sup>1)</sup>、山田 有佳<sup>1,3)</sup>、鳥羽 直弥<sup>1)</sup>、高橋 秀徳<sup>1)</sup>、高坂 美央<sup>1)</sup>、森川 美羽<sup>1)</sup>、新海 正晴<sup>1)</sup>

症例は 79 歳、男性。左腰部痛により救急搬送された。搬送時、PS4 で、CT にて縦隔、両側肺門、両側鎖骨上窩リンパ節の腫大を認め、腰椎 MRI では T1 強調で多発する低信号域、STIR にて左腸骨及び左脊柱起立筋に高信号域を認めた。原発不明癌として他科精査中、検査目的に当科紹介。第 6 病日に縦隔リンパ節 (#4R) より EBUS-TBNA を施行。sIL-2R が 4595U/ml で、悪性リンパ腫が疑われ、第 13 病日に DLBCL (non-GCB type)、ステージ 4 と診断。当初 BSC の方針であったが、第 20 病日より減量 R-CHOP 療法を開始、以降、外来で 6 コースまで完遂した。気管支鏡による悪性リンパ腫の診断率は 30% と低いですが、DLBCL は気管支への浸潤傾向が強く、他のリンパ腫よりも診断が付きやすいとされる。本症例では、EBUS-TBNA による積極的な診断が有用であった。

## B-4 リンパ節小病変に対する EBUS-TBNA によって診断、化学放射線治療を行えた非小細胞肺癌の 1 例

独立行政法人地域医療推進機構埼玉メディカルセンター <sup>1)</sup> 呼吸器内科 <sup>2)</sup> 呼吸器外科

○山口 純平<sup>1)</sup>、佐々木 衛<sup>1)</sup>、浅見 優<sup>1)</sup>、矢崎 夏美<sup>1)</sup>、奥村 武弘<sup>2)</sup>、上田 壮一郎<sup>1)</sup>

【症例】71 歳男性

【主訴】なし

【現病歴】X-2 年 10 月に他院で前立腺癌に対する放射線治療をうけ、同時に肺機能検査で COPD の診断となった。放射線治療終了後、X 年 1 月に COPD 加療は当院転医となった。X 年 9 月の定期 CT で #4R リンパ節の 18 × 25 × 17mm と軽度腫大を認めた。PSA は高値であったが、その他腫瘍マーカーは陰性だった。診断目的に EBUS-TBNA を施行し、細胞診で ClassV、扁平上皮癌を認めた。PETCT で FDG 集積を伴う 8mm 大の右肺下葉結節を認め、右下葉原発扁平上皮癌、cT1aN2M0、cStage III A と診断した。内科・外科で協議の結果、手術困難と判断し、化学放射線治療を行なった。リンパ節と原発巣の縮小を確認し、デュルバルマブ地固め治療を継続している。

【考察】リンパ節小病変に EBUS-TBNA を施行した過去報告例と比較し、比較的小さい病変への穿刺が施行でき、診断治療に結びついた 1 例を報告した。

1) 黎明期の気管支鏡：気管支鏡の開発と夜明け

座長：松元 祐司（国立がん研究センター中央病院 内視鏡科（呼吸器）、呼吸器内科）

演者：森 清志（社会医療法人中山会 宇都宮記念病院 呼吸器内科）

2) これからの気管支鏡

座長：出雲 雄大（日本赤十字社医療センター 呼吸器内科）

演者：丹羽 崇（神奈川県立循環器呼吸器病センター 喀血/肺循環/気管支鏡治療センター）

略歴

もり きよし  
森 清志

副題：気管支鏡の開発と夜明け

役職名：社会医療法人 中山会 宇都宮記念病院 副院長・呼吸器病センター長・PCRセンター長

出身：宮崎県都城市

職歴：

- 1980年3月 北里大学医学部卒業
- 1980年6月 北里大学病院内科入局
- 1981年6月 国立相模原病院内科出向
- 1982年6月 国立がんセンター（築地にある現国立がん研究センター中央病院）
- 1985年6月 日本鋼管病院内科（川崎市）
- 1987年1月 医学博士学医修得
- 1987年5月 栃木県立がんセンター呼吸器内科
- 1992年4月 カリフォルニア大学サンフランシスコ病院に留学
- 2007年4月 自治医科大学放射線科非常勤講師
- 2011年11月 獨協大学医学部・越谷病院呼吸器内科非常勤講師
- 2013年4月 栃木県立がんセンター副病院長
- 2014年4月 坪井病院副院長
- 2017年4月 福島県立医科大学非常勤講師
- 2020年5月 宇都宮記念病院 副院長・呼吸器病センター長・PCRセンター長

賞：

- 1989年11月 第75回北米放射線学会においてクム・ラウデ（第一人者）賞受賞
- 1990年2月 栃木県知事賞受賞
- 1992年11月 第78回北米放射線学会において certificate of merit 賞を受賞
- 1995年10月 日本肺癌学会賞である篠井・河合賞受賞



## 略歴

### 丹羽 崇

- 1980年7月14日生まれ  
2005年 愛知医科大学 医学部卒業  
2006年 社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 内科・救急集中治療部  
2012年 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 呼吸器内科  
2014年 社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 呼吸器内科 兼 救急集中治療部 医長  
2017年 神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器内科 医長  
2024年 神奈川県立循環器呼吸器病センター 咯血・肺循環・気管支鏡治療センター長（現在）



### アフタヌーンセミナー②

15:20～15:55

座長：長瀬 洋之（帝京大学医学部 内科学講座 呼吸器・アレルギー学 教授）

#### 『進行再発 非小細胞肺癌における免疫療法』

演者：安田 浩之（慶應義塾大学医学部 呼吸器内科 准教授）

共催：MSD株式会社

### 特別講演② JBD導入について

16:00～16:15

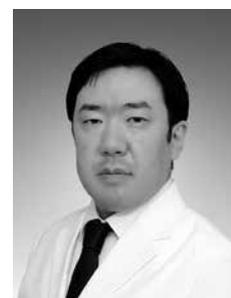
座長：山内 良兼（帝京大学医学部 外科学講座）

演者：石井 聡（帝京大学医学部 内科学講座 呼吸器・アレルギー学）

## 略歴

### 石井 聡

- 2003年3月：埼玉医科大学卒業  
2003年4月～：国立国際医療研究センター病院 研修医  
2005年4月～2023年3月：国立国際医療研究センター病院 呼吸器内科  
2023年4月～2024年3月：帝京大学医学部内科学講座 呼吸器・アレルギー学 助教  
2024年4月～現在： 同上 講師



### 資格

日本呼吸器学会 専門医・指導医、日本呼吸器内視鏡学会 専門医・指導医・評議員、日本内科学会 専門医・指導医、日本アレルギー学会 専門医・指導医、日本医師会認定産業医、がん治療認定医、インフェクションコントロール認定医、結核・抗酸菌症 認定医、医学博士

## C-1 クライオ生検を契機に診断された心房細動カテーテルアブレーション後の肺静脈閉塞の一例

国立がん研究センター中央病院<sup>1)</sup> 内視鏡科（呼吸器）<sup>2)</sup> 呼吸器内科

○佐藤 賢弥<sup>1)</sup>、松元 祐司<sup>1,2)</sup>、古瀬 秀明<sup>1)</sup>、土田 敬明<sup>1)</sup>

42歳男性、血痰・咳嗽を主訴に前医を受診した。気管支鏡で中枢気道病変を指摘されたが、易出血性のため生検困難と判断され、精査目的に当科を紹介受診した。気管支鏡を再検し、左主気管支から頭側はB1+2/B3分岐、尾側はB6分岐レベルまで上皮に血管増生を伴う浮腫様所見が連続し、腺様嚢胞癌などが鑑別に挙げられた。同部位に施行したクライオ生検の病理組織像では悪性所見はなく、厚みが不均一で拡張した筋性血管の増生がみられ、血管奇形が疑われた。造影CTを確認すると左上肺静脈が閉塞しており、上記所見はその二次性変化と考えられた。心房細動に対するカテーテルアブレーション歴があり、治療医への問い合わせでその合併症と判断され、後日手術が施行された。呼吸器内科医には認知度の低い心房細動カテーテルアブレーション後の合併症を、クライオ生検を契機に診断できた興味深い症例であり、文献的考察を交えて報告する。

## C-2 術中CTで偶然に縮小傾向を認めた右下葉肺静脈瘤の1切除例

虎の門病院 呼吸器センター外科

○大導寺 清世、藤森 賢、鈴木 聡一郎、唐崎 隆弘、菊永 晋一郎、伊藤 一樹、濱田 洋輔、三原 秀誠

症例は、eGFR34%の腎機能障害、中等度僧帽弁逆流症と心房細動を有したPS1の88歳男性。左尿管癌の術前単純CTで右肺門部でV10に近接する境界明瞭かつ辺縁平滑な10×11mm大の結節を認め、原疾患の治療方針（肺転移であれば尿管癌手術なし）の決定のために当科紹介となった。

5年前のCTでは同病変は認めず。PET-CTはSUVmax1.5の集積あり、転移性肺腫瘍を疑い手術を行った。手術室の自走式CTを用いて病変部位をマーキングした後に3-port右S10区域切除を施行。手術時間171分、出血量200cc。術中マーキング時の、左側臥位でのCT撮影時に病変部の縮小を後方視的に確認できた点と、病理結果より肺静脈瘤の診断に至った。

肺静脈瘤は比較的稀な疾患であり、造影可能であれば診断は容易であるが、本症例のような場合、単純CTでも病側を上にした側臥位での撮影で変化を認める場合には鑑別すべきであると思われる、文献的考察を含め発表する。

### C-3 右肺に発症した肺底動脈大動脈起始症の1例

聖マリアンナ医科大学病院

○奥墨 紘太、木村 祐之、畠山 高享、大坪 莞爾、酒井 寛貴、本間 崇浩、丸島 秀樹、小島 宏司、佐治 久

症例は55歳の女性、前医で施行された胸部CTで異常陰影を認め当院紹介となる。

胸部造影CTで右肺底区のすりガラス陰影、肺動静脈の拡張、胸部下行大動脈からの肺底区に分岐する異常血管を認め、無症状ではあったが、将来的に肺高血圧、大量咯血をきたす可能性があり血管塞栓術後に肺部分切除術を行う方針とした。コイル塞栓は側副血行路ができないよう手術前日に行い、さらに塞栓部位より中枢側が動脈瘤とならないよう大動脈分岐直後を塞栓した。胸腔鏡で右胸腔内を確認したところ縦隔胸膜から右肺底区に流入する異常血管を確認し自動縫合機を用いて切離した。さら右肺底区の変色している部位は楔状切除術を実施した。病理組織学的検査で、肺胞構造は正常であったが、病変部の肺動脈の硬化と肥大が認められ、肺高血圧症 Heath-Edwards V と分類された。

今回我々は右肺の肺底動脈大動脈起始症を経験した。文献的考察を踏まえ報告する。

### C-4 神経原性腫瘍が疑われた肋間筋 arteriovenous malformation の一例

独立行政法人労働者健康安全機構 千葉労災病院 呼吸器外科

○守屋 康充、太枝 帆高、塩田 広宣、安川 朋久

症例は61歳、女性。健診で胸部異常陰影を指摘され、精査加療目的に当院へ紹介された。胸部CTで、左第8肋間に腫瘍径2.6cmで軽度造影効果を認める胸壁腫瘍を認めた。MRIでは、Dumbbell shapeを呈する腫瘍で、fluid-fluid levelを形成する部分を認めた。画像上、左胸壁肋間筋に発生した神経原性腫瘍、神経鞘腫を疑い、胸腔鏡下に手術を施行した。病理組織学的に、病変は平滑筋束が不規則に走行している壁構造に覆われていて、内部には大きな血栓の形成が認められた。内皮細胞に異型は見られず、悪性所見は認めなかった。免疫染色では、desmin陽性、CD34陽性で、EMA、S-100がともに陰性であった。以上より、肋間筋原発 arteriovenous malformation と診断された。胸壁腫瘍の中でも、肋間筋原発の arteriovenous malformation は稀であるため、文献的考察を含めて報告する。

イブニングセミナー

16:50 ~ 17:25

座長：石橋 洋則（東京医科歯科大学 呼吸器外科 准教授）

『肺区域切除術～アプローチの工夫と選択～』

『Dr.Dylewski法（Dr D法）アプローチでのRATS fusion segmentectomy』

演者：小林 零（板橋中央総合病院 呼吸器病センター（呼吸器外科）診療部長）

『最新技術でnext stageへ：Echelon3000を活用した胸腔鏡下肺区域切除術』

演者：前田 純一（三井記念病院 呼吸器外科 副部長）

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

**D-1 Yステント留置で病状軽快が得られ、ステント抜去に至った気管・気管支縦隔瘻の一例**

慶應義塾大学医学部外科学（呼吸器）

○中井 猛斗、大久保 祐、青木 優介、中山 和真、櫻田 明久、杉野 功祐、渡邊 真祥、矢野 海斗、大村 征司、政井 恭兵、加勢田 馨、菱田 智之、朝倉 啓介

症例は71歳、男性。食道癌術後に胃管気管瘻を発症し、術後12日目に胃管抜去および広背筋皮弁による再建術が施行された。再建術3日後の気管支鏡検査で気管と左主気管支に瘻孔が確認され、胸腔ドレーンよりエアリークも認められたため当科依頼となり、再建術15日後にDumon Yステントが留置された。ステント留置直後よりエアリークは消失し、72日後に遊離空腸再建術が施行され、133日後にはステント抜去に至った。ステント抜去後の気管支鏡検査では瘻孔はいずれも閉鎖されており、抜去術後半年が経過した現在も生存中である。気管ステントの適応は予後不良疾患が主だが、ステント留置により急性期を脱し予後改善につながる場合もある。今回Yステント留置で病状軽快が得られ、ステント抜去に至った気管・気管支縦隔瘻の一例を経験したので、文献的考察も踏まえて報告する。

**D-2 気管支定型カルチノイドの1例**

1) 帝京大学医学部附属病院 臨床研修センター、2) 帝京大学医学部内科学講座 呼吸器・アレルギー学、3) 帝京大学医学部外科学講座 呼吸器外科、4) 帝京大学医学部 病院病理部

○山田 菜々子<sup>1)</sup>、石井 聡<sup>2)</sup>、山内 良兼<sup>3)</sup>、中原 拓海<sup>2)</sup>、豊田 光<sup>2)</sup>、羽賀 敏博<sup>4)</sup>、笹島 ゆう子<sup>4)</sup>、齋藤 雄一<sup>3)</sup>、坂尾 幸則<sup>3)</sup>、長瀬 洋之<sup>2)</sup>

症例は80歳、女性。胸部異常陰影を主訴に当院紹介受診。胸部CTにて左気管支に結節を認めた。気管支鏡検査を施行し、上葉入口部に光沢のある赤色ポリープ状の腫瘍を認めた。ファイバーを上葉に挿入することは困難であった。病変の変動から左上区方向に茎部があると推察された。後日、手術室にて全身麻酔下に気管支鏡検査を施行し、高周波スネアで腫瘍摘出を行った。病理組織診断にて気管支定型カルチノイドの診断に至った。文献的考察を加えて報告する。

### D-3 重症 COVID-19 患者における食道内圧カテーテルによる医原性気胸に対して気管支塞栓術が奏功した 1 例

自治医科大学外科学講座呼吸器外科学部門

○新井 大気、高瀬 貴章、加藤 梓、水越 奈津樹、大関 雅樹、小林 哲也、金井 義彦、山本 真一、坪地 宏嘉

【はじめに】重症 COVID-19 感染症患者における医原性気胸に対して EWS を用いた気管支充填術が奏功した症例を報告する。

【症例】60 歳代男性。重症 COVID-19 感染症のため気管挿管し人工呼吸器管理となった。食道内圧カテーテルを経鼻的に挿入後にレントゲンで右肺虚脱、肺外にカテーテル先端があることが判明した。直ちに胸腔ドレーンを留置した。その後呼吸状態が悪化したため ECMO 導入された。Thopaz™ でエアリーク量は 300ml/min 前後のまま改善しないため EWS による気管支充填術を施行した。B<sup>9</sup>b にバルーンテスト後に同気管支に EWS M サイズを 1 つ留置、エアリーク停止を確認した。その後 ECMO 及び人工呼吸器も離脱となり第 20 病日に独歩で退院した。

【考察】食道内圧チューブによる医原性気胸は肺損傷範囲が限定されており、亜区域支への選択的な塞栓術で気漏停止が期待できる。

### D-4 気道狭窄をきたした気管原発大細胞性神経内分泌癌の一例

東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

○永田 宗大、叢 岳、福島 崇仁、阿瀬 孝治、中尾 啓太、川島 光明、豊川 剛二、此枝 千尋、佐藤 雅昭

【序論】気管癌は発生頻度の低い稀な腫瘍である。今回、気道狭窄を呈した気管原発大細胞神経内分泌癌（LCNEC）の一例を経験した為報告する。

【症例】患者は 76 歳男性。20 本 / 日 × 50 年の喫煙歴あり。1 ヶ月前からの呼吸苦を主訴に当院受診。診察上 stridor 聴取され軽労作や臥位での酸素化低下を認めた。体幹部 CT 撮影し声門下に気管腫瘍を確認した。同日手術の方針とし全身麻酔下に気管挿管実施。気管支鏡所見で声門直下に 2/3 周性の隆起性病変あり。左主気管支にも粘膜発赤あり生検実施、超音波スネアで気管腫瘍核出し気道狭窄を解除した。術直後より症状改善し術後 4 日目独歩退院。

両病変とも病理所見で腫瘍胞巣内にロゼット形成あり Synaptophysin 陽性、Chromogranin A 陽性、CD56 陽性であった。FDG-PET では他原発示唆する所見なく気管原発 LCNEC と診断した。

【考察】気管癌の中でも LCNEC は非常に稀であり報告する。

### D-5 硬性鏡下腫瘍切除術および放射線治療を施行した気管発生腺様嚢胞癌の 1 例

東京医科大学 <sup>1)</sup> 呼吸器・甲状腺外科学分野 <sup>2)</sup> 放射線医学分野 <sup>3)</sup> 人体病理学分野

○大野 凌平<sup>1)</sup>、工藤 勇人<sup>1)</sup>、伊藤 慎<sup>1)</sup>、雨宮 亮介<sup>1)</sup>、垣花 昌俊<sup>1)</sup>、糸永 知広<sup>2)</sup>、松林 純<sup>3)</sup>、高橋 聡<sup>1)</sup>、古本 秀行<sup>1)</sup>、大場 太郎<sup>1)</sup>、嶋田 善久<sup>1)</sup>、萩原 優<sup>1)</sup>、朴 辰浩<sup>2)</sup>、大平 達夫<sup>1)</sup>、池田 徳彦<sup>1)</sup>

症例は 85 歳男性。右上葉肺癌術後の経過観察中に気管腫瘍が発見され、他院から精査を依頼された。胸部 CT で上部気管に 1.4 × 1.3cm の腫瘍を認めた。気管支鏡検査では声門下気管 1 リングから末梢に膜様部から気管左壁に主座を置く広茎性の隆起性病変を認め、気管内腔は 75% 狭窄していた。経気管支生検により腺様嚢胞癌と診断した。腫瘍切除による気道狭窄解除後に放射線治療の方針とした。硬性鏡下にアルゴンプラズマ凝固・マイクロ波凝固およびスネア切除により腫瘍焼灼を行い、活動性の出血はなく、気管狭窄の改善を認めた。残存腫瘍に対して 60Gy の放射線治療を行い、腫瘍の縮小を得た。気管上部発生の腺様嚢胞癌に対する治療戦略に関して文献的考察を加えて報告する。

### E-1 特発性自然気胸として2回の手術後、月経周期に関連した胸痛および気胸を繰り返す右気胸に対して全胸膜カバーリングを施行した一例

千葉県済生会習志野病院 呼吸器外科

○奥谷 玲那、祖父江 晃向、多田 夕貴、伊藤 祐輝、溝渕 輝明

30歳女性。27歳時に右自然気胸と診断され、他院で手術（右胸腔鏡下上葉肺部分切除術）を施行された。28歳時に右自然気胸術後再発の診断で、再び他院で手術（右胸腔鏡下上葉肺部分切除＋胸膜カバーリング術）となった。尚、初回および再手術時、横隔膜に裂孔・癒痕・血腫といった胸腔内子宮内膜症に特徴的な所見を認めなかった。その後、月経時期に右気胸もしくは気胸を伴わない右胸痛・背部痛を繰り返し、当科へ紹介となった。右胸腔内子宮内膜症性気胸を疑い、右胸腔鏡下に横隔膜部分切除・再建＋肺部分切除＋全胸膜カバーリング術を施行した。病理検査では、所見の乏しかった横隔膜に子宮内膜症組織を認めた。術後経過は概ね順調で、13ヶ月経過も気胸再発を認めない。当科で、胸腔内子宮内膜症性気胸に全胸膜カバーリングを施行した4例を集積し、考察する。

### E-2 Port reduced 4 arm RATS で切除した肺扁平上皮癌の一切除例

東京女子医科大学 呼吸器外科学講座

○荻原 哲、小俣 智郁、四手井 博章、光星 翔太、青島 宏枝、井坂 珠子、神崎 正人

症例 70歳代女性。現病歴として肺がん検診の胸部X線で異常を指摘され、胸部CTで左下葉S<sup>6</sup>~S<sup>9</sup>に2.4cm大の充実性腫瘤を認め、当科紹介受診となった。血液生化学所見ではSLX 39U/mLの上昇を認めた。PETCTでは腫瘤にのみSUVmax13.35のFDG集積亢進を認めた。頭部MRIで明らかな脳転移は認めなかったことより、cT1cNOMO IA3期の診断で手術となった。当科の肺切除では見上げ式でアシスタントポート＋4ポートでRATSを施行している。Portal RATSで検体摘出の際に創部を延長した経験より、今回ロボット2armと3armの創をつなげてアシスタントポートと併用し、2ポートを加え、4アームによるRATS肺切除を行った。ソロサージェリーであることから助手の教育の面では課題であると考えられた。

### E-3 胸腔鏡下横隔膜縫縮術を施行した横隔膜交通症合併肝性胸水の1例

新久喜総合病院 <sup>1)</sup> 呼吸器外科 <sup>2)</sup> 外科

○久保田 魁<sup>1)</sup>、山元 幹太<sup>1)</sup>、甲斐 久禎<sup>1)</sup>、高藤 康<sup>2)</sup>、志田 晴彦<sup>2)</sup>、出嶋 仁<sup>1)</sup>

【背景】肝硬変に伴う肝性胸水は難治性胸水の一因であり、呼吸困難のため患者のADLを著しく低下させる。

【症例】60代女性。自己免疫性肝炎による肝硬変で近医通院中。X年Y-3月に左片側胸水による呼吸困難で胸腔ドレナージを施行された。しかしその後も胸水再貯留による呼吸困難で3ヶ月の間に4度の入院を繰り返し（合計76日）、治療目的で当院紹介受診となった。画像検査では悪性所見なく、胸水検査では漏出性、培養陰性、細胞診class IIで肝性胸水に矛盾はなかった。診査胸腔鏡を行ったところ、左横隔膜中央に腹腔が透見できるほど菲薄化した部分を認め、横隔膜交通症と診断した。菲薄化した横隔膜を自動縫合器で切除、縫縮し、ポリグリコール酸シートとフィブリン糊で補強した。術後経過は良好で、1ヶ月後のレントゲンで胸水の再貯留を認めなかった。

【結語】横隔膜交通症を合併する難治性肝性胸水に対して胸腔鏡下横隔膜縫縮術を行った。文献的考察を加えて報告する。

### E-4 術前気管支鏡下生検で perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) と診断された1例

埼玉医科大学総合医療センター <sup>1)</sup> 呼吸器外科 <sup>2)</sup> 呼吸器内科 <sup>3)</sup> 病理科

○羽藤 泰<sup>1)</sup>、鹿島田 寛明<sup>1)</sup>、山口 雅利<sup>1)</sup>、杉山 亜斗<sup>1)</sup>、井上 慶明<sup>1)</sup>、福田 祐樹<sup>1)</sup>、儀賀 理暁<sup>1)</sup>、森山 岳<sup>2)</sup>、高柳 奈津子<sup>3)</sup>、菊地 由季菜<sup>3)</sup>、百瀬 修二<sup>3)</sup>、東守 洋<sup>3)</sup>、河野 光智<sup>1)</sup>

症例は50歳代、女性。人間ドックの胸部単純写真で左上肺野に16mm大の結節を指摘されて当院を受診した。CTスキャンで左肺S1+2cに境界明瞭辺縁整の結節を認め、同病変についてガイドシース併用気管支鏡下生検を実施した。生検検体の組織像では、淡好酸性の細胞質と楕円形核を有する細胞が細い血管網に沿って区画されるような構造を呈して増生していた。免疫組織染色の結果、非上皮性腫瘍でありPEComaが示唆される所見であった。Ki-67 indexが20-30%と試算され増殖速度がやや速いことと、左上区に上記病変に加えて壁肥厚を伴う13mm大の嚢胞性病変と3mm大のスリガラス陰影が共存していたことから、ロボット支援下左肺上区切除術を実施した。切除検体の病理組織所見からもPEComaであることが確認された。生検検体でPEComaが診断されることはめずらしく、興味深い症例と思われるので報告する。

## 18:35 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
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2-2-1
192回	石井 晴之 先生 杏林大学医学部 呼吸器内科学	2024年3月22日	京王プラザホテル 東京都新宿区西新宿2-2-1
193回	櫻井 裕幸 先生 日本大学医学部 外科学系呼吸器外科学	未定	未定

## 気管支鏡講習会 開催予定

回数	上級／初級	テーマ	講 師	所 属	開催日
79	初級		安尾 将法 先生	信州大学 呼吸器・感染症・アレルギー内科	2024年 12月14日
			前田 寿美子 先生	独協医科大学 呼吸器外科	
80	上級	EBUS / クライオ	栗野 暢康 先生	日本赤十字社医療センター 呼吸器内科	2025年 3月22日
			森川 慶 先生	聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科	

# 協賛企業一覧

(五十音順)

大会を開催するにあたり、これまでに下記の企業・団体より多大なご援助を賜りました。

謹んで感謝の意を表します。

第190回 日本呼吸器内視鏡学会関東支部会

会長 坂尾 幸則

## ■共 催

アストラゼネカ株式会社

MSD株式会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

## ■広告掲載

エム・シー・メディカル株式会社

オリンパスマーケティング株式会社

コヴィディエンジャパン株式会社

日本ストライカー株式会社

2024年8月16日現在