

第191回  
日本呼吸器内視鏡学会  
関東支部会

プログラム・抄録集

2024.

12 / 14 *sat*

会場

京王プラザホテル

会長

坂口 浩三

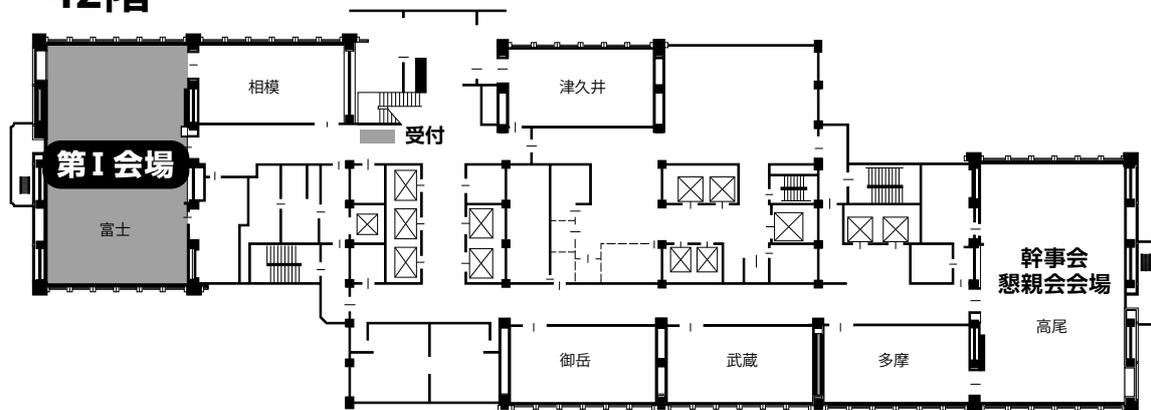
(埼玉医科大学国際医療センター  
呼吸器外科)



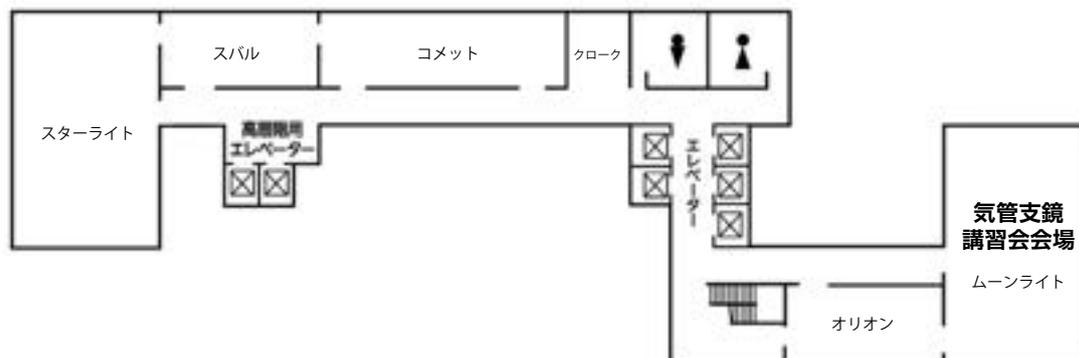
# フロアご案内図

## 京王プラザホテル

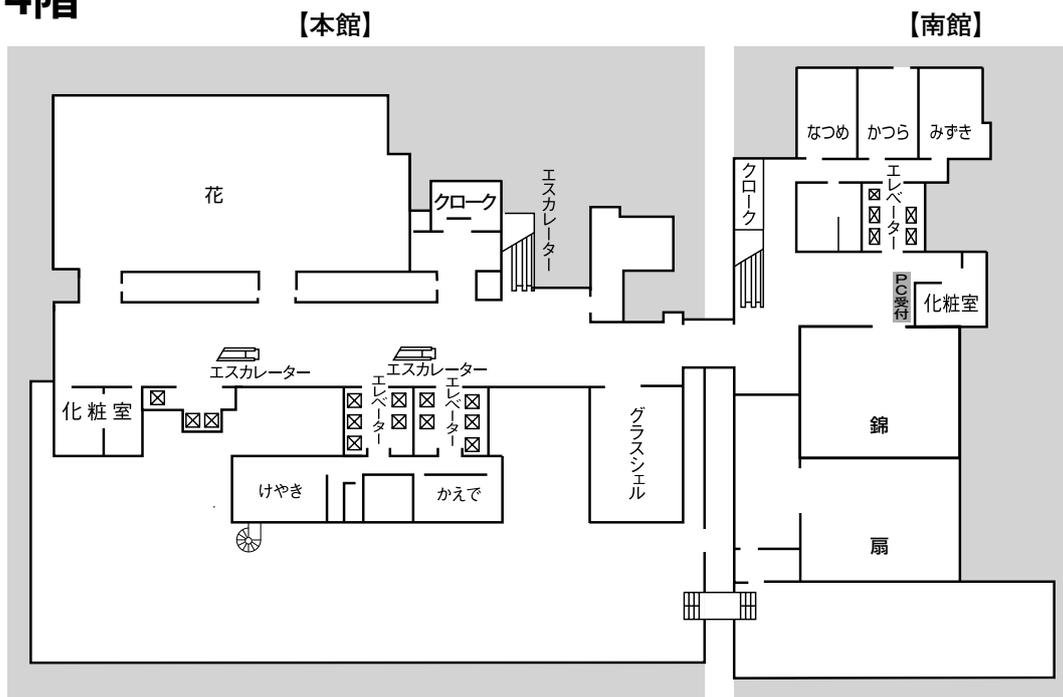
### 42階



### 43階



### 4階



# 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

---

1. **口演時間5分、討論時間3分**です。時間厳守をお願い致します。  
受付時間はAM11:00からとなります。
2. 全てPC プレゼンテーションとさせていただきます。Windowsのみ使用可能です。  
(Macintosh 本体持込は可とします。本体持込の際は、外部モニター接続端子 (HDMI 及び MiniD-sub15ピン) をご確認の上、変換コネクタを必要とする場合は必ずご持参ください。またACアダプターも必ずご持参ください。)
3. PC プロジェクター、Windows11 (PowerPoint2021) を会場にご用意致します。
4. Windows7、Window10/PowerPoint2010・2013・2016、Windows11/PowerPoint2019、2021、office365で作成してください。
5. スライド枚数の制限はありませんが、口演時間内に終了してください。
6. メディアはUSBメモリーかCD-Rのいずれか一方をご用意ください。  
(DVD-Rは不可としますが、Macintosh 本体持込は可とします)
7. 動画使用の場合は、必ずWindows Media Playerにて保存ください。
8. 動画・音声がある場合は演題受付の際、PC受付へご連絡ください。
9. データは、作成したPC以外で確認してからお持ちください。
10. PCプレゼンテーションに不具合が生じましても、スライドへの切替えのご用意はしておりません。
11. 発表1時間前までにメディアをPC受付 (南館4F ホワイエ) にご提出ください。

## ■ COI 開示について

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191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://kinki-convention.jp/jsrekanto191/>

## ■ 著作権に関する注意事項

- ・ご発表の際に使用されるスライドや、スライド内の映像・音声などのコンテンツは著作権上の問題ないものに限るよう、ご注意ください。
- ・演題発表にあたり、発表者の著作権利用承諾への同意が必要です。著作権利用承諾への同意をお願いいたします。

## ■ 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状の提示に関しては、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」はすでに提出されました抄録原稿を掲載いたしますが、もしも訂正のある場合は、当日、CD-Rにテキスト形式またはWORD形式で入力したものを、ご提出ください。また、ご提出いただきましたメディアは返却いたしません。

## ■ 参加登録について

会場開催のみとなりますので、当日現地での参加登録・御支払いをお願いいたします。

## 参加者の皆様へ

---

■ 学術集会会期

・ 2024年12月14日(土) 12:10～18:00

■ 参加費 本館 42階 受付にて御支払ください

会員・非会員：1000円

■ PC受付

演者の皆様、データ登録は南館4階 PC受付へお立ち寄り下さい。

## 幹事会のお知らせ

---

■ 日時：2024年12月14日(土) 11:30～12:00

■ 場所：京王プラザホテル 42階 「高尾」

■ 開催方法：現地開催（ご出席の先生には昼食の用意を致します。）

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/

※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。

## 合同懇親会のご案内

---

■ 日時：2024年12月14日(土) 18:00～

■ 場所：京王プラザホテル 42階 「高尾」

■ 会費：3,000円

## 気管支鏡講習会のご案内

---

■ 日時：2024年12月14日(土) 9:00～11:30

■ 場所：京王プラザホテル 43階 「ムーンライト」

# 第191回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 日程表

第 I 会場 (富士)	
12:00	
	12:10 ~ 12:25 開会の辞、幹事会報告
13:00	<p>12:25 ~ 13:15 A. 診断・治療に苦慮した症例            座長：小山 信之、守屋 康充            演者：青島あずさ、白石 浩大、倉持 絵梨、由佐城太郎、清水 裕介、渡邊 智博</p>
	13:25 ~ 14:05 コーヒーブレイクセミナー 当施設の集学治療で実現する肺がん治療のトータルケア 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 座長：河野 光智 演者：中島 由貴、峯岸健太郎
14:00	
	<p>14:10 ~ 15:00 B. 気管支鏡診断            座長：鏑木 翔太、植松 秀護            演者：山崎 進、松島 彩、寺田 宜敬、金本 徳之、藤原 大悟、佐藤 誉哉</p>
15:00	<p>15:00 ~ 15:20 教育セミナー 気管支鏡検査と包括的がんゲノムプロファイリング            座長：森川 慶 演者：毛利 篤人</p>
	<p>15:20 ~ 16:10 C. 稀な症例 治療に工夫を要した症例            座長：山崎 進、深井 隆太            演者：佐藤 希美、兵頭健太郎、石橋 祐輔、井上 慶明、森 遥、大関 雅樹</p>
16:00	
	<p>16:20 ~ 17:00 アフタヌーンセミナー あらゆる呼吸器外科手術を支える最適なデバイス選び ~肺悪性腫瘍から肺移植手術まで~            共催：コヴィディエンジャパン株式会社            座長：坂口 浩三            演者：大石 久</p>
17:00	
	<p>17:05 ~ 17:55 D. 個々の症例に応じた対応や工夫            座長：菊永晋一郎、齋藤 雄一            演者：高宮新之介、濱田 洋輔、守屋 康充、胡 蓉、相川雄太郎、三橋 俊介</p>
18:00	17:55 ~ 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
12:25～13:15 A. 診断・治療に苦慮した症例 座長：小山 信之（埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器内科） 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）			
A-1	肺非結核性抗酸菌症の経過中にアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の診断に至った一例	青島あずさ	国立国際医療研究センター病院呼吸器内科
A-2	広範な無気肺を呈した気管支喘息非合併 ABPA の 1 例	白石 浩大	埼玉医科大学総合医療センター呼吸器内科
A-3	気管支鏡で診断に至った肺 Mycobacterium shinjukuense 症の 2 症例	倉持 絵梨	日本医科大学千葉北総病院 呼吸器内科
A-4	左肺部分切除後の有癭性膿胸に対し EWS による気管支充填術と電動式低圧吸引器の併用が有効であった 1 例	由佐城太郎	千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学
A-5	小児の全身型重症筋無力症 (MG) に対し両側胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行した 1 例	清水 裕介	獨協医科大学埼玉医療センター呼吸器外科
A-6	呼吸機能検査できず、運動負荷試験のみで耐術能を評価した一例	渡邊 智博	湘南鎌倉総合病院 呼吸器外科
13:25 ～ 14:05 コーヒーブレイクセミナー 当施設の集学治療で実現する肺がん治療のトータルケア 座長：河野 光智（埼玉医科大学総合医療センター） 演者：中島 由貴（埼玉県立がんセンター） 峯岸健太郎（自治医科大学附属さいたま医療センター） 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社			
14:10 ～ 15:00 B. 気管支鏡診断 座長：鍋木 翔太（日本医科大学付属病院 呼吸器内科） 植松 秀護（昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター）			
B-1	直視下気管・気管支生検で診断した気管・気管支アミロイドーシスの 1 例	山崎 進	埼玉医科大学病院 呼吸器内科
B-2	気管支脂肪腫診断に対する内視鏡的アプローチにおける 2 症例の検討	松島 彩	聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科
B-3	右中間気管支幹を閉塞し閉塞性肺炎をきたした肺原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の 1 切除例	寺田 宜敬	日本大学医学部付属板橋病院呼吸器外科
B-4	左下葉気管支内に発生した Hyalinizing Clear Cell Carcinoma の一切除例	金本 徳之	帝京大学医学部 外科学講座
B-5	気管支鏡検査で特徴的所見を認めた肺原発悪性黒色腫の一例	藤原 大悟	筑波大学附属病院呼吸器外科
B-6	IgG4 関連疾患による気管支閉塞の一例	佐藤 誉哉	自治医科大学附属さいたま医療センター呼吸器外科

<b>15:00 ~ 15:20 教育セミナー 気管支鏡検査と包括的がんゲノムプロファイリング</b> 座長：森川 慶（聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科） 演者：毛利 篤人（埼玉医科大学 国際医療センター 呼吸器内科）		
<b>15:20 ~ 16:10</b> <b>C. 稀な症例 治療に工夫を要した症例</b> 座長：山崎 進（埼玉医科大学病院 呼吸器内科） 深井 隆太（湘南鎌倉総合病院 呼吸器外科）		
C-1	Nivolumab による術前補助療法中に重症な薬剤性肺障害を来した肺扁平上皮癌患者の救命と、その後の制癌治療の治療経過。	佐藤 希美 東京科学大学 呼吸器内科
C-2	COVID-19 肺炎の精査のために気管支鏡検査を施行した双子の2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
C-3	気管支肺泡洗浄でヒトメタニューモウイルスによる肺泡出血および心筋炎と診断し得た1例	石橋 祐輔 日本大学付属病院 呼吸器内科
C-4	気管切開後の声門下狭窄に対して T-tube 留置が有用であった一例	井上 慶明 埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科
C-5	気道狭窄を伴う肺癌に対する気管ステント留置後に化学放射線療法を施行し得た一例	森 遥 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野
C-6	鼻腔癌多発リンパ節転移による気管支縦隔瘻に対してカスタマイズした Dumon ステントを留置した1例	大関 雅樹 自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門
<b>16:20 ~ 17:00 アフタヌーンセミナー あらゆる呼吸器外科手術を支える最適なデバイス選び ~肺悪性腫瘍から肺移植手術まで~</b> <p style="text-align: right;">共催：コヴィディエンジャパン株式会社</p> 座長：坂口 浩三（埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科） 演者：大石 久（東北大学病院 呼吸器外科）		
<b>17:05 ~ 17:55</b> <b>D. 個々の症例に応じた対応や工夫</b> 座長：菊永晋一郎（虎の門病院 呼吸器センター外科） 齋藤 雄一（帝京大学医学部 外科学講座（呼吸器外科））		
D-1	肺内神経鞘腫の1切除例	高宮新之介 昭和大学横浜市北部病院呼吸器センター外科
D-2	Th1 / 2 ダンベル腫瘍を一期的に椎弓切除および胸腔鏡下縦隔腫瘍切除した一例	濱田 洋輔 虎の門病院 呼吸器センター外科
D-3	胸腔鏡下被膜内核出術を施行した Th1-3 レベル後縦隔発生神経節細胞腫の一例	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
D-4	気管偏位のため気管支鏡の進入が困難であった症例において側孔付き気管チューブを用いた検査の工夫	胡 蓉 自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門
D-5	気管支内に長期間存在した電子タバコ用マウスピースの一例	相川雄太郎 国立病院機構千葉医療センター呼吸器内科
D-6	経気管支肺生検により肺動脈仮性瘤を生じ IVR による治療を施行した1例	三橋 俊介 北里大学病院呼吸器外科

# 第 I 会場

12:10 ~ 12:25 開会の辞、幹事会報告

## A. 診断・治療に苦慮した症例

12:25 ~ 13:15

座長：小山 信之（埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器内科）  
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）

### A-1 肺非結核性抗酸菌症の経過中にアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の診断に至った一例

国立国際医療研究センター病院呼吸器内科

○青島 あずさ、草場 勇作、勝矢 千里、辻本 佳恵、石田 あかね、橋本 勝生、鈴木 学、西村 直樹、泉 信有、放生 雅章

症例は 72 歳女性。肺 *M. intracellulare* 症で当科外来に通院し、アジスロマイシン、シタフロキサシンで内服加療を継続していたが、喀痰培養から *M. intracellulare* および *P. aeruginosa* が持続的に発育していた。来院 1 ヶ月前より食思不振、労作時呼吸困難が徐々に増悪し、体動困難となり入院した。胸部 CT では既知の多発嚢胞、気管支拡張像のほか、左肺下葉に新規浸潤影を認めた。慢性下気道感染の増悪を疑い抗菌薬治療を開始したが、左肺下葉の浸潤影が増悪し無気肺となった。気管支鏡検査を行い、左下葉支入口部を閉塞していた白色弾性の粘液栓を摘出した。粘液栓には、グロコット染色陽性の Y 字型分枝を示す菌糸およびシャルコー・ライデン結晶を認め、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) の診断に至った。ABPA の診断に気管支鏡検査が有用であった症例であり文献的考察を含めて報告する。

### A-2 広範な無気肺を呈した気管支喘息非合併 ABPA の 1 例

埼玉医科大学総合医療センター呼吸器内科

○白石 浩大、教山 紘之、小林 由美子、桑原 由樹、平田 優介、菊池 聡、坂井 浩佑、森山 岳、小山 信之、植松 和嗣

症例は 72 歳女性。咳、痰、呼吸困難を主訴に近医受診。胸部 X 線で右肺浸潤影を認め、右肺炎と診断され、アジスロマイシン 500mg を 3 日間服用し、症状が改善傾向となったため経過観察となったが、右下葉無気肺が改善せず当院紹介受診。来院時症状は軽快していたが、胸部 CT にて右下葉入口部の閉塞、気管支拡張像、及び右下葉無気肺を認め、血液検査では好酸球数上昇、IgE 高値がみられ、アスペルギルス IgE 抗体が陽性だった。気管支鏡検査にて右下葉入口部に白色の粘液栓を認め、同部位より生検。病理検査にて好酸球浸潤とともに Grocott 染色により真菌と思われる菌塊像が確認された。本症例は Rosenberg の一次基準 5 項目陽性、本邦の ABPM 診断基準にて 7 項目陽性であり、気管支喘息の病歴・合併はないがアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) と診断した。広範な無気肺を呈した気管支喘息をはじめとする呼吸器疾患既往のない ABPA の報告は少なく、報告する。

### A-3 気管支鏡で診断に至った肺 *Mycobacterium shinjukuense* 症の 2 症例

<sup>1)</sup> 日本医科大学千葉北総病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 日本医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学分野

○倉持 絵梨<sup>1)</sup>、加藤 泰裕<sup>1)</sup>、山口 玲<sup>1)</sup>、新分 薫子<sup>1)</sup>、寺師 直樹<sup>1)</sup>、青山 純一<sup>1)</sup>、林 宏紀<sup>1)</sup>、清家 正博<sup>2)</sup>

【症例】症例① 52 歳女性。CT 検査で気管支拡張や散布性粒状影を認め、肺抗酸菌症を疑い気管支鏡検査を行った。気管支肺洗浄液 TB-PCR 陽性から肺結核として抗結核薬 HREZ を開始した。その後、抗酸菌培養陽性、質量分析法で *M. shinjukuense* の同定に至り肺 *M. avium complex* 症に準じた治療として RFP・EB・CAM に治療を変更し改善を認めた。

症例② 57 歳女性。CT 検査で右中葉に小葉中心性粒状影・一部空洞性病変を認め、気管支鏡検査を行い、気管支洗浄液の抗酸菌培養陽性、質量分析法で *M. shinjukuense* が同定された。RFP・EB・CAM で治療導入を開始し画像は改善傾向である。

【結論】気管支鏡検査で診断可能であった肺 *M. shinjukuense* 症の 2 例を経験した。文献的考察を交えて報告する。

### A-4 左肺部分切除後の有癭性膿胸に対し EWS による気管支充填術と電動式低圧吸引器の併用が有効であった 1 例

千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学

○由佐 城太郎、千代 雅子、佐田 諭己、豊田 行英、稲毛 輝長、田中 教久、田村 創、松井 由紀子、鈴木 秀海

症例は若年成人世代の男性。左肺切除により胸胸播種を伴う EGFR 変異陽性非小細胞肺癌 (pT1cN0M1a stageIVA) と診断され術後胸膜癒着術を行ったのち、osimertinib による治療を行っていた。PR を維持していたが、左上葉に結節が出現し増大傾向を認めたため再手術（左肺部分切除術）を行った。術後約 1 ヶ月後に発熱、倦怠感を主訴に来院、胸水の増加と air space を認めた。胸腔ドレナージを施行したところ、混濁した胸水と air leak を認め、有癭性膿胸の診断で、膿胸腔搔把、洗浄ドレナージ術を行った。炎症反応は改善したものの、air leak が遷延し治療に難渋した。EWS による気管支充填術を施行し air leak の減少を認めた。また胸腔ドレーンを電動式低圧吸引器によって管理し、膿胸腔の縮小と air leak の消失を認め、治癒した。文献的考察も含め報告する。

### A-5 小児の全身型重症筋無力症 (MG) に対し両側胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行した 1 例

獨協医科大学埼玉医療センター呼吸器外科

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

【背景】成人では重症筋無力症 (MG) に対する胸腔鏡下胸腺摘除術は胸骨正中切開と比較し、有効性や寛解率の差がないことが報告されている。しかしながら小児では報告が少なく、検討が必要とされている。今回、小児全身型 MG に対し両側胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行したので報告する。【症例】13 歳、女性。X-6 ヶ月 視力低下、眼瞼下垂や疲労感が出現した。AchR 抗体、テンシロンテストとも陽性、全身型 MG の診断でステロイドパルスやタクロリムス、メスチノンによる治療、血漿交換も行われたが症状の改善乏しく、当科へ胸腺摘除依頼となった。手術は右から 3 ポート、CO2 送気下に可能な限り操作した後、左から 2 ポートで拡大胸腺摘除を完遂した。術後は 10POD で自宅退院し、現在、治療薬は漸減中である。

## A-6 呼吸機能検査できず、運動負荷試験のみで耐術能を評価した一例

<sup>1)</sup> 湘南鎌倉総合病院 呼吸器外科、<sup>2)</sup> 湘南鎌倉総合病院 病理診断部  
○渡邊 智博<sup>1)</sup>、深井 隆太<sup>1)</sup>、山口 修央<sup>1)</sup>、野口 雅之<sup>2)</sup>、内藤 航<sup>2)</sup>

肺手術は呼吸機能評価アルゴリズムに基づき耐術能を評価する。永久気管孔の患者は呼吸機能検査ができず、運動機能で評価する必要がある。運動負荷試験で耐術能評価し安全に手術できた症例を経験した。72歳男性。腎癌・喉頭癌術後で永久気管孔状態、経過で右下葉結節(最大径8mm)と左下葉結節(最大径50mm)を指摘され腎癌転移疑いで紹介となる。階段昇降テストは3階以上昇降可能で、6分間歩行は397m歩行し peakVO<sub>2</sub>: 11.2L/kg/min SpO<sub>2</sub>の最低値90%であり手術可能と判断した。本人、家族と相談し侵襲度が低い右下葉部分切除から施行した。POD3で299m歩行し peakVO<sub>2</sub>: 9.3L/kg/min SpO<sub>2</sub>の最低値87%、約2ヵ月外来で277m歩行、peakVO<sub>2</sub>: 8.8L/kg/min SpO<sub>2</sub>の最低値91%。身体活動性が保たれており、胸腔鏡下左下葉切除も可能と判断し施行。POD6で292m歩行し peakVO<sub>2</sub>: 9.1L/kg/min SpO<sub>2</sub>の最低値85%であった。術後3ヵ月外来でも酸素需要なく経過している。

<b>コーヒーブレイクセミナー</b>	<b>13:25 ~ 14:05</b>
座長: 河野 光智 (埼玉医科大学総合医療センター)	
<b>当施設の集学治療で実現する肺がん治療のトータルケア</b>	
演者: 中島 由貴 (埼玉県立がんセンター)	
峯岸健太郎 (自治医科大学附属さいたま医療センター)	
共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	

<b>B. 気管支鏡診断</b>	<b>14:10 ~ 15:00</b>
座長: 鎚木 翔太 (日本医科大学付属病院 呼吸器内科)	
植松 秀護 (昭和大学横浜市北部病院 呼吸器センター)	

## B-1 直視下気管・気管支生検で診断した気管・気管支アミロイドーシスの1例

埼玉医科大学病院 呼吸器内科  
○山崎 進、朝戸 健、関谷 龍、家村 秀俊、長井 良昭、永田 真

症例は70歳女性。52歳時に悪性リンパ腫(びまん性大細胞型B細胞リンパ腫)と診断され化学療法後にCR。57歳時に自己免疫性溶血性貧血と診断されプレドニゾロンによる治療を開始後、漸減維持中。60歳時に気管支喘息と診断され吸入療法等が開始され外来通院中であった。発熱と呼吸困難の増悪を認め、撮影した胸部CTで右下葉腫瘤影を指摘され気管支鏡を施行。気管・気管支内腔には境界不明瞭な白色～黄色の潰瘍性病変の多発を認め、CT上の腫瘤性病変に合致する右B7には内腔に白色～黄色の隆起性病変が確認された。気管分岐部と右B7の腫瘤で施行した生検検査で好酸性物質が確認され、Congo red染色陽性であり、偏光顕微鏡下で緑色複屈曲を示しアミロイド沈着と考えられた。アミロイドーシス病型診断コンサルテーションの結果ALアミロイドーシスの診断に至った。

## B-2 気管支脂肪腫診断に対する内視鏡的アプローチにおける 2 症例の検討

聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科

○松島 彩、鶴岡 一、蛭田 ゆり野、西 由紘、沼田 雄、西山 和宏、森内 麻美、森川 慶、半田 寛、  
峯下 昌道

【背景】気管支脂肪腫は稀な良性疾患であるが、悪性腫瘍との鑑別の際は診断目的の生検が必要となる。気管閉塞を来す場合に手術を施行した症例報告があるが、内視鏡的にアプローチした症例報告は少ない。当院では内視鏡的に診断治療を行った 2 症例を経験したため報告する。

【症例】症例 1 は 76 歳男性。上部消化管内視鏡検査施行時、偶発的に気管内に境界明瞭な 5 mm 大の隆起病変を指摘され当院紹介受診。鉗子生検を行った。症例 2 は 61 歳男性。血痰を主訴に前医を受診。胸部 CT で右主気管支に 22mm 大の内部低吸収の腫瘤影を認め、精査目的に当院紹介受診。内視鏡的にスネアを用いて切除、気管支狭窄拡張術を行った。いずれの症例もほぼ出血なく、病理検査で脂肪腫の診断に至り、再増大なく経過している。

【考察】気管支脂肪腫が疑われる気管内腫瘍の診断治療において、部位や大きさによっては手術以外の手段として内視鏡的アプローチも選択肢の一つになると考えられる。

## B-3 右中間気管支幹を閉塞し閉塞性肺炎をきたした肺原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の 1 切除例

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

○寺田 宜敬<sup>1)</sup>、河内 利賢<sup>1)</sup>、井上 航貴<sup>1)</sup>、今中 大起<sup>1)</sup>、林 宗平<sup>1)</sup>、佐藤 大輔<sup>1)</sup>、四万村 三恵<sup>1)</sup>、  
大荷 澄江<sup>2)</sup>、増田 しのぶ<sup>2)</sup>、櫻井 裕幸<sup>1)</sup>

80 歳代女性。2024 年 8 月に労作時呼吸困難、咳嗽を認め、当院呼吸器内科を受診した。CT では右肺門部に 3.8cm の充実性腫瘤により右中間気管支幹は閉塞し、右中下葉に閉塞性肺炎を合併していた。PET-CT では腫瘤に SUVmax13.2 の FDG 集積を認めた。気管支鏡所見では中間気管支幹には壊死物質と粘膜病変が見られたため、粘膜病変から生検を行ったが、挫滅したリンパ球を認めるのみで確定診断は得られなかった。閉塞性肺炎を合併した悪性腫瘍が強く疑われたため、診断的治療を目的に右中下葉切除を施行した。肉眼的には中間気管支幹を主座とする腫瘍性病変が周囲リンパ節に高度に浸潤していた。気管支腔内には壊死物と共に腫瘍の露出が見られた。組織学的には大型異型細胞の増殖が広範囲に見られ、病理診断はびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫であった。本症例は、胸腔内に限局した肺原発悪性リンパ腫であり、気管支鏡所見、病理所見を踏まえ、文献的考察を加えて報告する。

## B-4 左下葉気管支内に発生した Hyalinizing Clear Cell Carcinoma の一切除例

<sup>1)</sup> 帝京大学医学部 外科学講座、<sup>2)</sup> 帝京大学医学部附属病院 病理部

○金本 徳之<sup>1)</sup>、沼倉 里枝<sup>2)</sup>、竹山 諒<sup>1)</sup>、香丸 真也<sup>1)</sup>、西田 智喜<sup>1)</sup>、山内 良兼<sup>1)</sup>、齋藤 雄一<sup>1)</sup>、  
齊藤 光次<sup>2)</sup>、坂尾 幸則<sup>1)</sup>

【はじめに】肺悪性腫瘍において気管支発生と考えられる Salivary gland-type tumor を経験したので報告する。

【症例】50 代男性、他院で胸部異常陰影を指摘され精査にて当院へ紹介受診。胸部 CT で左肺 S10 に最大径 28mm の充実性結節影を認め気管支鏡で左 B10 に腫瘍性病変を認めた。同部の生検結果で良性腫瘍疑いであったが悪性も否定できず診断的治療目的に胸腔鏡下左下葉切除術を施行。迅速病理で良悪性の鑑別が困難であったためリンパ節郭清も施行。永久標本では病巣に線維性間質内で淡明～淡好酸性の胞体と類円形核を持った腫瘍細胞が充実性胞巣や索状構造を作って増殖していた。胞巣周囲では硝子化を伴っている部分や領域性の硝子化も認め免疫染色で p40 が陽性であった。以上から Hyalinizing clear cell carcinoma (HCCC) と診断した。

【結語】HCCC は 2021 年に改訂された WHO 分類において新たに分類された稀な低悪性度腫瘍である。若干の文献的考察を加えて報告する。

## B-5 気管支鏡検査で特徴的所見を認めた肺原発悪性黒色腫の一例

筑波大学附属病院呼吸器外科

○藤原 大悟、森 陽愛子、鈴木 健浩、黒田 啓介、関根 康晴、上田 翔、北澤 伸祐、小林 尚寛、市村 秀夫、  
佐藤 幸夫

【症例】53 歳女性【病歴】乾性咳嗽を主訴に近医受診し、CT で右肺門部にリンパ節と一塊となった 45 mm 大の腫瘍および右気管支の圧排所見を認めた。精査加療目的に当科紹介となった。【経過】気管支鏡検査を実施し、右中間幹を閉塞する一部黒色調の腫瘍を認めた。生検を行い、免疫染色で S100 蛋白, Melan A, HMB45 が陽性を示し、悪性黒色腫と診断された。皮膚科で全身検索を実施したが、皮膚に原発を示唆する所見はなく、肺原発と考えられた。現在は Nivolumab + Ipilimumab による治療を行っている。【考察】悪性黒色腫の原発巣の大多数は皮膚に存在するが、肺原発は非常に稀であり、肺病変は多くが肺転移として遭遇する。今回の症例では気管支鏡検査で特徴的な所見が見られ、さらに免疫染色が診断に有用であった。文献的考察も踏まえて報告する。

## B-6 IgG4 関連疾患による気管支閉塞の一例

<sup>1)</sup> 自治医科大学附属さいたま医療センター呼吸器外科、

<sup>2)</sup> 自治医科大学附属さいたま医療センター病理診断科

○佐藤 誉哉<sup>1)</sup>、曾我部 将哉<sup>1)</sup>、岡部 直太<sup>2)</sup>、大須賀 史枝<sup>1)</sup>、須藤 圭吾<sup>1)</sup>、峯岸 健太郎<sup>1)</sup>、坪地 宏嘉<sup>1)</sup>、  
遠藤 俊輔<sup>1)</sup>

症例は 65 歳男性。健診で胸部異常陰影の指摘あり、紹介受診となった。CT で左 B8 の閉塞と末梢無気肺を認めた。気管支鏡で左 B8 の閉塞と B9,10 の狭窄を認めた。診断・治療目的に手術の方針とした。手術は胸腔鏡下左肺底区域切除を施行した。手術時間：2 時間 3 分、出血量：30ml。病理組織学的に閉塞気管支周囲に形質細胞の浸潤を認めた。免疫染色で IgG4 陽性細胞を多数認め、IgG4 関連疾患による気管支閉塞と診断した。術後 6 ヶ月、新規病変なく経過している。IgG4 関連疾患では様々な呼吸器病変を呈するが、検索した限り、気管支閉塞をきたしたものは過去の報告例は認めなかった。IgG4 関連疾患による呼吸器病変についての若干の文献的考察を加えて報告する。

<b>教育セミナー</b>	<b>15:00 ~ 15:20</b>
座長：森川 慶 (聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科)	
<b>気管支鏡検査と包括的がんゲノムプロファイリング</b> 演者：毛利 篤人 (埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器内科)	

<b>C. 稀な症例 治療に工夫を要した症例</b>	<b>15:20 ~ 16:10</b>
座長：山崎 進 (埼玉医科大学病院 呼吸器内科) 深井 隆太 (湘南鎌倉総合病院 呼吸器外科)	

## C-1 Nivolumab による術前補助療法中に重症な薬剤性肺障害を来した肺扁平上皮癌患者の救命と、その後の制癌治療の治療経過.

<sup>1)</sup> 東京科学大学 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 東京科学大学 病理部、<sup>3)</sup> 東京科学大学 呼吸器外科

○佐藤 希美<sup>1)</sup>、榊原 里江<sup>1)</sup>、本多 隆行<sup>1)</sup>、園田 史朗<sup>1)</sup>、石塚 聖洋<sup>1)</sup>、古澤 春彦<sup>1)</sup>、桐村 進<sup>2)</sup>、  
石橋 洋則<sup>3)</sup>、大久保 憲一<sup>3)</sup>、宮崎 泰成<sup>1)</sup>

73 歳男性。呼吸困難で当院を紹介受診した。左主気管支腫瘍病変に対して TBB を施行し、左下葉扁平上皮癌 cT4N1MO cStageIIIA と診断した。左肺全摘術回避の可能性を期待して、術前補助療法として Nivolumab + CBDCA + nab-PTX を投与したところ、day5 に CT で DAD pattern が出現した。BAL で Lym86% と上昇しており、Nivolumab による Grade4 肺障害と診断した。NHF 装着を必要としたが、術前補助療法中止とステロイドパルスで改善した。近年、周術期にも ICI の有効性が示されているが、CheckMate816 試験では肺障害の報告は 2 例 (1.1%) であった。早い診断と治療により救命し得た症例であり、単回投与のみであったが術前治療が奏功し、その後の化学療法も奏功した経過について報告する。

## C-2 COVID-19 肺炎の精査のために気管支鏡検査を施行した双子の 2 例

<sup>1)</sup> 国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 内科診療部呼吸器内科、

<sup>2)</sup> 国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 病理診断科

○兵頭 健太郎<sup>1)</sup>、前沢 洋介<sup>1)</sup>、野中 水<sup>1)</sup>、荒井 直樹<sup>1)</sup>、金澤 潤<sup>1)</sup>、南 優子<sup>2)</sup>、林原 賢治<sup>1)</sup>、齋藤 武文<sup>1)</sup>、大石 修司<sup>1)</sup>、石井 幸雄<sup>1)</sup>

最近 COVID-19 後の肺炎の一卵性双生児の 2 例 (57 歳、男性、同居、ワクチン接種歴なし、喫煙歴なし) を経験した。最初に症状が出た弟は症状出現から 14 日後に気管支鏡検査を施行し、BALF 回収率 54%、細胞数 216 /  $\mu$  l、リンパ球 58%、好中球 2%、大食細胞 40%、CD4 / 8 比 1.3 だった。弟から感染したと考えられた兄は症状出現から 15 日後に気管支鏡を施行し、BALF 回収率 49%、細胞数 89 /  $\mu$  l、リンパ球 7%、好中球 1%、大食細胞 92%、CD4 / 8 比 1.8 だった。COVID-19 後の BALF においてはリンパ球、好酸球、好中球が上昇することがあり、集中治療室で治療される重症例では好中球優位のことが多いとの報告もある。今回の 2 症例は基本的には同様の反応が起こったと考えたがより病状が軽かった兄の方ではリンパ球の上昇が目立たなかったと考えた。

## C-3 気管支肺胞洗浄でヒトメタニューモウイルスによる肺胞出血および心筋炎と診断し得た 1 例

日本大学付属病院 呼吸器内科

○石橋 祐輔、鎬木 翔太、齊藤 翔、田中 徹、谷内 七三子、神尾 孝一郎、田中 庸介、笠原 寿郎、清家 正博

症例は生来健康の 64 歳男性。血痰と呼吸困難を主訴に当院を受診。胸部 CT 検査ではびまん性のすりガラス影が認め気管支肺胞洗浄液は肉眼的濃度勾配のある血性であり肺胞出血が確認された。気管支肺胞洗浄液の呼吸器感染症ウイルスに関するマルチアッセイ検査によりヒトメタニューモウイルス (hMPV) 感染が確認され肺胞出血の原因と診断した。入院後心筋逸脱酵素の上昇を伴う心臓壁運動低下を認め冠動脈造影で虚血性心疾患は否定的され hMPV による心筋炎と診断した。入院直後は免疫介在性の肺胞出血が疑われステロイド療法が開始されたが hMPV の診断後はステロイドは漸減中止され挿管および人工呼吸管理を含む支持療法にて改善した。免疫抑制の合併症がない症例においても呼吸器感染症の原因として hMPV は考慮すべきである。特に原因不明の肺胞出血においては経験的にステロイド投与を受ける可能性があり hMPV を含む呼吸器感染症ウイルスの検索を行うことが推奨される。

## C-4 気管切開後の声門下狭窄に対して T-tube 留置が有用であった一例

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

○井上 慶明、鹿島田 寛明、山口 雅利、杉山 亜斗、福田 祐樹、羽藤 泰、儀賀 理暁、河野 光智

症例：75 歳男性。COVID-19 による肺炎のため他院で気管挿管による人工呼吸器管理が行われ、挿管から 10 日後に気管切開が施行された。人工呼吸器離脱後に気切孔を閉鎖したが、声門下狭窄が確認され再度の気管切開が必要となった。CT で狭窄がないことが確認されたため再度気管孔閉鎖をするも、再び狭窄が生じたため、再々度の気管切開後にスピーチカニューレが留置された状態で当院に紹介受診となった。気管支鏡検査では、声門直下に狭窄を認めた。軟性気管支鏡下に狭窄部を拡張し、T-tube を留置した。結果として 1 年となった留置期間中にトラブルはなく、抜去後も再狭窄を来たすことなく 3 ヶ月が経過している。

声門直下の狭窄に対して T-tube 留置が有用であったため若干の文献的考察を含めて報告する。

## C-5 気道狭窄を伴う肺癌に対する気管ステント留置後に化学放射線療法を施行し得た一例

東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野

○森 遥、大森 智一、萩原 優、雨宮 亮介、大場 太郎、工藤 勇仁、嶋田 善久、垣花 昌俊、大平 達夫、池田 徳彦

症例は 64 歳男性。主訴は 1 ヶ月前から続く右背部痛、咳嗽、嚥下困難。胸部 CT 上、右上葉から縦隔にかけて約 10cm 大の腫瘤が存在し、気管、食道の圧排所見を認めたため、気道開大を含めた加療のために当科紹介となった。酸素化は保たれていたが窒息回避のための緊急的な気道確保が必要であったため気管内挿管を行った。その後、硬性鏡下に外形 16mm、長さ 5cm の Dumon stent を気管分岐部直上に留置した。術後呼吸状態も改善したため、化学放射線療法を施行した。今回、気道狭窄を伴う肺癌症例に気管ステントを留置し早期に治療を開始し得た 1 例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

## C-6 鼻腔癌多発リンパ節転移による気管支縦隔瘻に対してカスタマイズした Dumon ステントを留置した 1 例

自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門

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

症例は 75 歳男性。右鼻腔癌治療後に多発リンパ節転移・皮下転移を認め BSC となっていた。食欲不振・発熱を主訴に入院。精査の CT で縦隔と気管支、食道間で瘻孔形成が疑われた。上部消化管内視鏡検査で食道縦隔瘻の指摘はなし。気管支鏡検査で左気管支 - 縦隔瘻の指摘があり、緊急で硬性鏡下にて Dumon ステント BD 11mm を留置した。翌日の気管支鏡検査でさらに縦隔側末梢の位置で瘻孔の新生を確認した。緊急で留置ステントを抜去し、新規の BD 11mm を左主気管支の走行に合わせてカスタマイズして留置した。最終的に左上葉支は開存し、瘻孔も完全にカバーできた。その後は新規の瘻孔形成なく、原病の進行で POD23 に永眠された。ステント留置を行ったことで数週間ではあるが患者の QOL は回復し、家族との時間もとることができた。左主気管支の形状に沿ってステントをカスタマイズすることで適切なステントとなった。

<b>アフタヌーンセミナー</b>	<b>16:20 ~ 17:00</b>
座長：坂口 浩三（埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科）	
<p align="center"><b>あらゆる呼吸器外科手術を支える最適なデバイス選び</b>  <b>～肺悪性腫瘍から肺移植手術まで～</b></p> <p align="center">演者：大石 久（東北大学病院 呼吸器外科）  共催：コヴィディエンジャパン株式会社</p>	

<b>D. 個々の症例に応じた対応や工夫</b>	<b>17:05 ~ 17:55</b>
座長：菊永晋一郎（虎の門病院 呼吸器センター外科）	
齋藤 雄一（帝京大学医学部 外科学講座（呼吸器外科））	

### D-1 肺内神経鞘腫の1切除例

<sup>1)</sup> 昭和大学横浜市北部病院呼吸器センター外科、<sup>2)</sup> 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科

○高宮 新之介<sup>1)</sup>、北見 明彦<sup>1)</sup>、岡田 桃華<sup>1)</sup>、大橋 慎一<sup>1)</sup>、鈴木 浩介<sup>1)</sup>、植松 秀護<sup>1)</sup>、小池 千尋<sup>2)</sup>、根本 哲生<sup>2)</sup>

49歳女性。健診胸部単純X線写真で右下肺野の結節を指摘され、精査目的に当院紹介となった。CTでは肺底区域に最大径18mmで、境界明瞭な円形の充実性腫瘍を認めた。気管支鏡検査ではB9+10分岐部に表面平滑な隆起性病変を認め、生検を行ったが確定診断には至らなかった。カルチノイドや硬化性肺胞上皮種などの低悪性度の腫瘍が鑑別として挙げられたが、PET-CTでSUVmax=4.16と異常集積を認めたため術式として肺葉切除を選択した。摘出標本の病理組織学的検査では紡錘形細胞が束状構造をとりながら錯綜し増殖しており、S-100(+)であったため神経鞘腫の診断となった。術後経過は良好で半年の経過観察で再発は認めていない。肺内神経鞘腫は比較的稀な腫瘍であり若干の文献的考察とともに報告する。

### D-2 Th1 / 2 ダンベル腫瘍を一期的に椎弓切除および胸腔鏡下縦隔腫瘍切除した一例

虎の門病院 呼吸器センター外科

○濱田 洋輔、藤森 賢、鈴木 聡一郎、唐崎 隆弘、菊永 晋一郎、三原 秀誠

症例は39歳男性。人間ドックXpで左上肺野に異常影を認め、後縦隔腫瘍の診断で手術目的に当科紹介。CTでTh1 / 2椎間孔から肺尖部胸壁にかけて41x24x30mmの楕円形腫瘍を認め、椎間孔の拡大および脊柱管内への進展を伴う神経鞘腫（ダンベル腫瘍 Eden Type 3）が疑われた。左前腕尺側の異常感覚の有症状であった。手術による左手の麻痺のリスクも十分説明した上で、整形外科合同で一期的に手術施行。腹臥位、後方アプローチで椎弓切除および腫瘍脊髄側の断端を確保の上、右側臥位へ体位変換し3-port胸腔鏡下に腫瘍を摘出した。椎間孔周囲止血の上、胸腔ドレーンは挿入なし。手術時間265分、出血量200ml。症状の悪化や麻痺を含めた合併症なく、術後第3病日に整形外科ドレーンを抜去、第5病日に退院。整形外科により腫瘍脊髄側の断端確保および止血をすることで、Th1 / 2の高位ダンベル腫瘍でも根治性を保ちつつ神経損傷や術後麻痺なく、胸腔鏡下に安全に摘出できた。

### D-3 胸腔鏡下被膜内核出術を施行した Th1-3 レベル後縦隔発生神経節細胞腫の一例

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 16 歳、男性。高校入学時の健康診断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 では、右後縦隔、Th1-3 レベルの椎体傍部に最大径 4.3cm で造影効果に乏しい充実性腫瘍を認めた。腫瘍辺縁は平滑で境界明瞭、周囲への明らかな浸潤傾向は指摘できなかった。MRI では、T1 強調像で中等度信号、T2 強調像で高信号主体、拡散強調像で高信号かつ ADC は高値であった。画像検査から、Th1-3 レベル交感神経幹由来の神経原性腫瘍の疑いと診断した。病変の発生場所から、神経切断により術後神経障害発生の可能性が高いと判断し、胸腔鏡下被膜内核出術を施行した。病理組織学的に、腫瘍は紡錘形細胞が束状あるいは無秩序に増殖、明瞭な核小体と好塩基性細胞質を有するガングリオン細胞が混在していて、核分裂像や核異型はみられず、悪性所見を認めず、神経節細胞腫と診断された。文献的考察を含めて報告する。

### D-4 気管偏位のため気管支鏡の進入が困難であった症例において側孔付き気管チューブを用いた検査の工夫

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

○胡 蓉<sup>1)</sup>、高崎 俊和<sup>1)</sup>、佐藤 春菜<sup>1)</sup>、高橋 初美<sup>1)</sup>、山内 浩義<sup>1)</sup>、久田 修<sup>1)</sup>、間藤 尚子<sup>1)</sup>、中山 雅之<sup>1)</sup>、山本 真一<sup>2)</sup>、前門戸 任<sup>1)</sup>

症例は 70 歳台男性、X-11 年右下葉肺腺癌に対して右下葉切除術が施行された。CT で左下葉に増大傾向のあるすりガラス結節を認め、気管支鏡検査を実施した。術後の影響と考えられる気管の蛇行により、右主気管支内でファイバーがたわんでしまい左主気管支への先進が困難であった。気管チューブ 8.0mm を挿管し、MP290<sup>®</sup>（オリンパス社）をチューブの側孔を経由して気管内に挿入することにより、ファイバーのたわみがなくなり、左主気管支への挿入が可能となった。末梢病変へのアプローチも可能となり、Radial EBUS で within を確認し、検体の採取に成功した。病理結果で腺癌と診断し、細胞診検体を用いた遺伝子検査 MINTs で MET exon 14 skipping 陽性を確認した。気管の偏位が高度でその方向と対側の主気管支にファイバーを挿入することが困難な場合、ファイバーを挿管チューブの側孔から通すことで対側の主気管支に挿入できることがある。

### D-5 気管支内に長期間存在した電子タバコ用マウスピースの一例

国立病院機構千葉医療センター呼吸器内科

○相川 雄太郎、西村 大樹、楽満 紳太郎、野口 直子、丸岡 美貴、安田 直史、江渡 秀紀

【背景】気道異物は、症状が乏しい場合には長期間にわたって存在することがある。【症例】44 歳男性。肺がん検診で胸部異常陰影を指摘され、当院に紹介された。胸部 CT 検査では、右上葉肺炎のほか、円筒状の異物が右主気管支から右中間気管支幹に嵌頓している所見を認めた。異物による閉塞性肺炎と考え、抗菌薬を投与した。気管挿管を行い、気管支鏡で鰐口鉗子を用いて異物を摘出したところ、異物は患者が 1 年前に使用していたプラスチック製の電子タバコ用マウスピース（長径 25mm、短径 10mm）であった。異物周囲に肉芽の増生を認めたが、約 1 ヶ月後に再び気管支鏡検査を行ったところ、肉芽は消退していた。【結論】本症例は健康成人であるが、本人に誤嚥の自覚がなく、異物の内腔が開存していたために気道閉塞を生じず、長期間存在していた気道異物症例である。健康成人であっても、自覚のない気道異物症例があることに注意すべきである。

## D-6 経気管支肺生検により肺動脈仮性瘤を生じ IVR による治療を施行した 1 例

<sup>1)</sup> 北里大学病院呼吸器外科、<sup>2)</sup> 北里大学病院呼吸器内科

○三橋 俊介<sup>1)</sup>、近藤 泰人<sup>1)</sup>、内藤 雅仁<sup>1)</sup>、三窪 将史<sup>1)</sup>、塩見 和<sup>1)</sup>、佐藤 之俊<sup>1)</sup>、伊藤 弘紀<sup>2)</sup>、  
掛川 未希子<sup>2)</sup>、中原 善朗<sup>2)</sup>、三藤 久<sup>2)</sup>

症例は 83 歳，男性．肺癌検診の胸部単純 X 線写真で異常陰影を指摘された．胸部 CT で右上葉に GGN を認め前医紹介．画像で経過観察の方針となったが，増大傾向を認めたため当院紹介受診．気管支鏡検査施行し右 B3b から EBUS-GS にて標的病変に到達し TBLB 施行．その後生検部位からの出血あり，気管支鏡楔入し止血試みるも血圧低下と徐脈を認めた．挿管し 10 万倍希釈ボスミンを散布した後に，再度気管支鏡を楔入し止血が得られた．右中間幹から下葉の凝血塊をクライオにて可及的に除去し ICU 入室となった．止血後の胸部 CT で右肺動脈 A3a 分枝に仮性瘤の形成を認め再出血が懸念されたため，同日中に IVR で A3a に対してコイル塞栓を行った．翌日の気管支鏡検査で止血を確認し抜管，ICU 退室となった．本例は TBLB 後に肺動脈仮性瘤の形成を来し出血を起こし IVR による治療を要した．TBLB 後の肺動脈仮性瘤の合併は稀であり文献的考察を加えて報告する．

**17：55 ～ 18：00 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
192回	石井 晴之 先生 杏林大学医学部 呼吸器内科学	2025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 日本大学医学部外科学系呼吸器外科学	2025年6月28日	シェーンバツハ・サポー 東京都千代田区平河町2-7-4
194回	清家 正博 日本医科大学付属病院 呼吸器内科	2025年9月20日	京王プラザホテル 東京都新宿区西新宿2-2-1
195回	大平 達夫 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科分野	2025年12月6日	京王プラザホテル 東京都新宿区西新宿2-2-1

## 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
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191回 日本呼吸器内視鏡学会関東支部会  
会 長 坂口 浩三

## ■寄 付

アセンサス・サージカル・ジャパン株式会社

## ■共 催

コヴィディエンジャパン株式会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

## ■広告掲載

株式会社アムコ

オリンパスマーケティング株式会社

KMバイオロジクス株式会社

大鵬薬品工業株式会社

帝人ヘルスケア株式会社

2024年12月11日現在

# OLYMPUS

# VISERA ELITE III



VISERA ELITE IIIは、従来のオリンパスの外科用内視鏡システムの利点を統合した内視鏡プラットフォームです。異なる診療科での機器共有を可能にするとともに、お客様のニーズに応じて機能をカスタマイズすることができます。またVISERA ELITE / VISERA ELITE IIシリーズのスコープとの高い互換性とソフトウェアアップグレードによる機能拡張により、効率的な機器投資に貢献します。

製造販売元 オリンパスメディカルシステムズ株式会社  
販売名 至善機投器行  
VISERA ELITE III ビデオシステムセンター OLYMPUS OTVS-S700 13B1X00277000699  
VISERA ELITE III 高輝度光源装置 OLYMPUS CLL-S700 13B1X00277000700  
4Kカメラヘッド OLYMPUS CHS700C-XZ-EA 13B1X00277000701

## 4K/3D/IR 観察の機能を統合した オールインワンビデオプロセッサ



より精密な臨床画像を実現する True 4K画質

4Kカメラヘッド CH-S700-XZ-EA



オリンパスマーケティング株式会社

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

R868U



選択的NK<sub>1</sub>受容体拮抗型制吐剤

ホスネツピタント塩化物塩酸塩注射剤

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）

# アロカリス® 点滴静注 235mg

## Arokaris® I.V. infusion

薬価基準収載

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報は電子添文をご確認ください。

製造販売元 TAIHO

文献請求先及び問い合わせ先  
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 HELINN スイス

2023年4月作成

患者さんのQuality of Lifeの  
向上が私たちの理念です。

健保適用

TEIJIN

●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

販売名: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、  
テレメトリー式パルスオキシメータ受信機)

ハイサンソ ポータブル αIII

販売名:ハイサンソポータブルαIII  
認証番号:304ADBZX00043000

●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)

販売名:NIPネーザルV  
承認番号:22300BZX00433000

●ハイフローセラピー



加熱式加湿器

F&P AIRVO™ 2

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

F&P myAIRVO™ 2

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

●ASV療法



二相式気道陽圧ユニット

AirCurve™ TJ

販売名:レスメドAirCurve 10 CS-A TJ  
承認番号:22900BZX00028000

●CPAP療法



持続的自動気道陽圧ユニット  
(持続的気道陽圧ユニット、加熱式加湿器)

スリープメイト™ 11

販売名:スリープメイト 11  
承認番号:30300BZX00343A01

帝人ファーマ 医療関係者

検索



ご使用前に電子添文および取扱説明書をよく読み、正しくお使いください。

帝人ファーマ株式会社 帝人ヘルスケア株式会社 〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

QOL002-TB-2401-2  
2024年1月作成

血漿分画製剤

薬価基準収載

**ボルヒール®組織接着用**

生体組織接着剤 BOLHEAL® 献血

特定生物由来製品 | 処方箋医薬品 | 注意-医師等の処方箋により使用すること

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む注意事項等情報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

KMバイオロジクス株式会社  
熊本市北区大窪一丁目6番1号

販売元

一般社団法人  
**JB** 日本血液製剤機構  
東京都港区芝浦3-1-1

BOL-202403  
B00511-240301

[文献請求先及び問い合わせ先]

一般社団法人 日本血液製剤機構 くすり相談室 〒108-0023 東京都港区芝浦3-1-1 医療関係者向け製品情報サイト <https://www.jbpo.or.jp/med/di/>

汎用冷凍手術ユニット

# erbe シングルユースクライオプローブ



Φ: 1.1 mm  
E123220: 20402-401  
E123221: 20402-402

Φ: 1.7 mm  
E123222: 20402-410

Φ: 2.4 mm  
E123223: 20402-411

ERBECRYO® 2

Flexible single-use  
cryoprobes for  
ERBECRYO® 2  
こちらから動画が  
ご覧いただけます。



2020年4月より保険収載  
D415-5 経気管支凍結生検法5,500点

一般的名称: 汎用冷凍手術ユニット  
販売名: エルベCRYO2  
承認番号: 22900BZX00074000

アムコ ライブラリー **Q** 検索

会員登録頂くと、製品に関するケースレポート、講演会やセミナー動画、学会・セミナー記録集などの情報をご覧頂けます。  
医療関係者の方を対象としております。

 株式会社 **アムコ** [www.amco.co.jp](http://www.amco.co.jp)

本 社 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋4-8-7 TEL. 03 (3265) 4263 FAX. 03 (3265) 2796