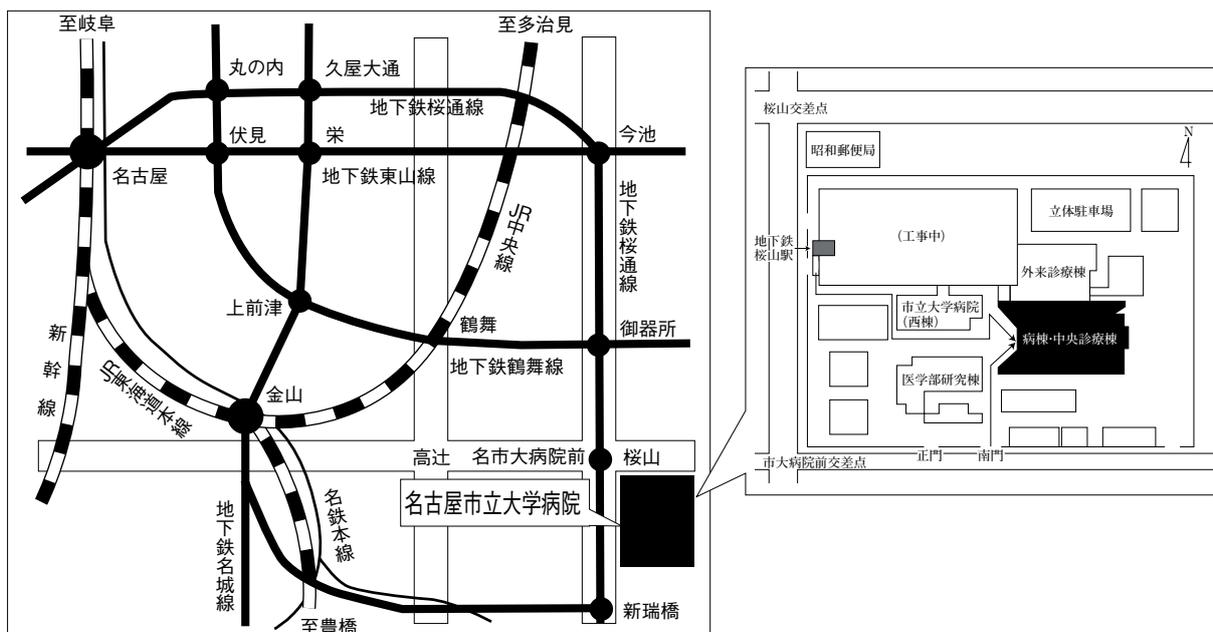


# 第67回 日本呼吸器内視鏡学会 中部支部会

日時：2024年7月6日(土)

会場：名古屋市立大学病院病棟・中央診療棟3F大ホール、  
4F第1会議室



〒467-8602 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1 TEL052-851-5511(代表)

●交通機関 地下鉄桜通線 桜山駅下車(3番出口)徒歩すぐ

お願い：駐車場は特にご用意しておりませんので公共交通機関をご利用下さい。

主催 日本呼吸器内視鏡学会 中部支部  
会長 刈谷豊田総合病院 呼吸器外科 雪上晴弘

〈参加者・演者・座長へのご案内〉

1. 参加費は2,000円です。(事前参加登録は不要です)
2. 一般演題発表時間は6分、討論時間は4分といたします。  
口頭発表時スライドのTOPにCOI開示をお願いします。  
(詳しくは本会ホームページをご参照ください)
3. 優秀演題には「気管支鏡所見の読み」を贈呈いたします。
4. 発表方法はパソコン発表のみです。発表データはUSBフラッシュメモリでご持参いただき、発表の30分前までにスライド受付をしてください。事務局にてWindowsパソコンを用意いたします。発表者ツールは使用できません。  
動画データを使用の場合はWindows Media Playerで再生可能なものに限ります。  
動画データをリンクさせている場合は必ず元のデータも合わせてご持参ください。  
発表時の進行をスムーズに行う為、発表データはできるだけ軽くされることをおすすめいたします。
5. Macを使用する場合は、ご自身のパソコンをご持参ください。  
また、ACアダプター、HDMIへの接続に変換が必要な場合は変換アダプターもご持参ください。
6. 一般演題・パネルディスカッションとも本学会会誌「気管支学」に掲載されます。  
印刷した抄録(演題・所属・氏名・本文400字以内)と、テキストファイルに変換したデータをUSBフラッシュメモリで発表データと併せてお持ちください。  
メディアはその場で返却いたします。
7. 支部会の出席証明を致しますので参加証明書をご持参ください。  
まだお持ちでない方には新たに発行致します。
8. アトラス編集のため一般演題、パネルディスカッションともに発表データを保管させていただきます。
9. 本学術集会ではクールビズを奨励いたします。ノーネクタイ、ノージャケット等の軽装でご参加ください。(運営スタッフもクールビズとさせていただきます。)

## 第67回日本呼吸器内視鏡学会中部支部会プログラム

10：30～11：00

幹事会（4階 第1会議室）

11：10～11：40

評議員会（4階 第1会議室）

12：00～12：05

開会の挨拶（4階 第1会議室）

12：05～12：50

ランチョンセミナー（4階 第1会議室）

座長：近藤 征史（藤田医科大学医学部 呼吸器内科学 教授）

「これからのEGFR遺伝子変異陽性NSCLCの治療について」

演者：田宮 基裕（大阪国際がんセンター 呼吸器内科 副部長）

共催：アストラゼネカ株式会社

13：00～15：10

一般演題（3階 大ホール）

### セッション1 診断 13：00～13：40

座長：日下 真宏（刈谷豊田総合病院 呼吸器内科）

1. EBUS-GS法での生検処置中にガイドシースのX線不透過チップが脱落した1例  
JA愛知厚生連 海南病院 呼吸器内科 中尾 心人 他
2. 肺野多発浸潤影、粒状影を呈しクライオ生検診断が有用であったIgG4関連疾患肺病変の1例  
藤田医科大学 呼吸器内科 池田 安紀 他
3. Franseen針で診断した粟粒影を呈するRET融合遺伝子陽性肺癌の一例  
国立病院機構三重中央医療センター 呼吸器内科 岩中 宗一 他
4. 細径ガイドシース併用シングルユースクライオプローブ（1.1mm-s）で診断した肺腺癌の1例  
松阪市民病院 呼吸器センター 井上 れみ 他

### セッション2 手術 13：40～14：30

座長：立松 勉（名古屋市立大学病院 呼吸器外科）

5. Dual portal robot-assisted thoracoscopic surgery（DRATS）による右下葉S6区域切除の一例  
松阪市民病院 呼吸器外科 伊藤 温志 他
6. 気管支鏡検査後肺炎を併発した右中葉肺癌の一切除例  
松阪市民病院 呼吸器外科 末永あかり 他
7. 末梢病変にも関わらず気管進展していた左上葉肺癌の一例  
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 呼吸器外科 日置 啓介 他
8. 腺様嚢胞癌手術症例の検討  
名古屋大学医学部附属病院 呼吸器外科 川角 佑太 他
9. 小児肺葉外肺分画症を背景に発症した膿胸の1例  
名古屋市立大学大学院 呼吸器・小児外科学分野 千馬 謙亮 他

### セッション3 気管支鏡処置 14:30~15:10

座長：岡地 祥太郎（藤田医科大学病院 呼吸器内科）

10. 義歯誤嚥の1ヵ月後に全身麻酔下硬性鏡にて異物除去を施行した一例  
刈谷豊田総合病院 呼吸器内科 鳥居 敦 他
11. 気管支充填術が有効であった気胸合併肝性胸水の1例  
社会医療法人宏潤会 大同病院 呼吸器内科 五明 凌平 他
12. 気管支拡張症を伴う有癭性膿胸に対して気管支充填術が有用であった1例  
三重中央医療センター 呼吸器外科 金丸 周正 他
13. 術後遷延性肺膿に対し、胸腔造影によるドレーナージ位置調整とフィブリングルー注入で軽快した1例  
蒲郡市民病院 呼吸器外科 中埜 友晴 他

15:15~15:25

#### 総会

15:30~16:00

#### アフタヌーンセミナー

座長：中西 良一（蒲郡市民病院 診療統括）

「呼吸器外科手術の低侵襲化－アプローチによる適応の違い－」

演者：梶井 大輔（藤田医科大学岡崎医療センター 呼吸器外科）

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

16:05~17:25

#### パネルディスカッション

- 司 会：雪上 晴弘（刈谷豊田総合病院 呼吸器外科）  
松井 彰（刈谷豊田総合病院 呼吸器内科）
- 討 論 者：大谷 元太（中部国際医療センター 呼吸器内科）  
細川 真（名古屋市立大学病院 呼吸器外科）  
辻 愛士（三重大学医学部附属病院 呼吸器内科）  
松浦 彰彦（中東遠総合医療センター 呼吸器内科）

- 症例提供施設：症例1 刈谷豊田総合病院 呼吸器内科 鳥居 敦 他  
症例2 名古屋徳洲会総合病院 呼吸器外科 山下 正勝 他  
症例3 愛知医科大学 呼吸器・アレルギー内科 荻須 智之 他  
症例4 聖隷三方原病院 呼吸器センター外科 小濱 拓也 他

17:25~17:30

#### 閉会の挨拶・優秀演題賞

# 一般演題 13:00~15:10

## 診断

座長：刈谷豊田総合病院 呼吸器内科 日下 真宏

### 1. EBUS-GS法での生検処置中にガイドシースのX線不透過チップが脱落した1例

JA 愛知厚生連 海南病院 呼吸器内科  
○中尾 心人, 平野 彩未, 中井 将仁,  
林 俊太郎, 栗山満美子, 武田 典久,  
村松 秀樹  
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター  
呼吸器内科  
清利 紘子

EBUS-GSのGuideSheath Kit先端のX線不透過チップは稀に脱落することが報告されている。症例は74歳、男性。左肺腺癌に対する左上葉切除術後に、左肺胸膜直下の浸潤影が増悪し精査目的で気管支鏡検査を施行した。左肺下葉入口部は狭窄し、左B9へのファイバー挿入は困難であったが、左B9からEBUS-GSでwithinとなる病変を描出した。2回目の鉗子生検を行う際にX線不透過チップが標的病変内に脱落していることが判明した。チップの回収を試みたが回収出来ず、外来にて画像フォローを行っている。現在、当院では先端部分に不透過材質を含有するGuideSheath Kit2に変更している。これまでの同様の報告例を踏まえつつ、考察を加え報告する。

### 2. 肺野多発浸潤影、粒状影を呈しクライオ生検診断が有用であったIgG4関連疾患肺病変の1例

藤田医科大学 呼吸器内科  
○池田 安紀, 大矢 由子, 佐藤 孝哉,  
森谷 遼馬, 堀口 智也, 岡地祥太郎,  
後藤 康洋, 磯谷 澄都, 橋本 直純,  
近藤 征史, 今泉 和良

症例は40歳、男性。5ヶ月前からの咳嗽症状が悪化したことを主訴に前医を受診。胸部CTで両側に多発する大小不同の浸潤影、粒状影を認めた。発熱はなく、血液検査上も炎症所見は認められず経気管支肺生検 (TBLB) で診断に至らなかったため当院へ紹介された。PET-CTで肺野・縦隔に加えて涙腺・顎下腺に集積を認め血清IgG4は1480mg/dlと増加していた。経気管支肺クライオ生検では多数のCD138陽性形質細胞浸潤を認め、免疫染色でIgG4/IgG陽性細胞比率はほぼ100%、さらに紡錘形細胞が錯綜する線維増生を伴っていることからIgG4関連疾患 (IgG4RD) 肺病変の確定診断に至った。IgG4 RD肺病変の病理診断はTBLBでは不十分なことが知られており本疾患の診断に対するクライオ生検の有用性が確認された。

### 3. Franseen針で診断した粟粒影を呈するRET融合遺伝子陽性肺癌の一例

国立病院機構三重中央医療センター  
呼吸器内科  
○岩中 宗一, 森田 大智, 久留 仁,  
坂倉 康正, 西村 正, 内藤 雅大,  
井端 英憲  
三重大学医学部附属病院 呼吸器内科  
藤本 源, 小林 哲

症例：45歳男性。咳嗽・右鎖骨上リンパ節腫脹を主訴に前医受診し、精査目的で当科受診した。当院の造影CTで右下葉小結節、両肺粟粒状陰影、気管分岐部リンパ節を含む多発リンパ節腫脹を認めた。進行期肺癌、サルコイドーシスなどを鑑別に挙げ、22GのFranseen形状穿刺針を用いた超音波気管支鏡ガイド下生検 (EBUS-TBNB) を施行した。組織学的検査で肺腺癌と診断、遺伝子パネル検査でRET融合遺伝子が検出された。セルベルカチニブによる治療を開始し、腫瘍は縮小した。Franseen形状穿刺針は3つのカッティングフェイスで穿刺することで、コア組織生検が可能とする。粟粒状陰影を呈する症例では経気管支肺生検での診断は困難であり、適切な組織標本を採取するためにFranseen形状穿刺針などのデバイスの使用を検討すべきである。

### 4. 細径ガイドシース併用シングルユースクライオプローブ (1.1mm-s) で診断した肺腺癌の1例

松阪市民病院 呼吸器センター  
○井上 れみ, 西井 洋一, 坂口 雷悟,  
村田 一晃, 西田 真, 中西健太郎,  
藤浦悠久希, 江角 征哉, 鈴木 勇太,  
坂口 直, 伊藤健太郎, 加納 收,  
伊藤 温志, 樽川 智人, 安井 浩樹,  
田口 修, 畑地 治  
三重大学医学部 呼吸器内科  
小林 哲

69歳、男性。200X年右上葉肺癌、200X+1年左下葉肺癌術後、200X+13年左上葉肺癌、右肺転移のためafatinib開始となっていた。治療開始後16か月後CTで左上葉に増大してくるpart solid GGNを認めたため生検目的で気管支鏡を行った。細径気管支鏡 (P290) に細径GSを用い左B4aiへ挿入、R-EBUSでwithinを確認した。定型通り細径GS使用し細径鉗子で生検を行うも検体は小さかった。5片採取後GSにR-EBUSでwithin再確認後、1.1mmシングルユースクライオプローブを挿入し、同部より3秒凍結、気管支鏡を楔入したままGSごとクライオプローブを引き抜き計3か所生検した。検体は問題なく採取でき重篤な出血や酸素飽和度低下、気胸など認めなかった。病理組織では細径鉗子検体は有意所見を認めなかったが、クライオ検体では3検体ともに肺腺癌 (lepidic pattern) の所見を得た。GSを使用するためシングルユースクライオプローブはエコー描出部位の再現性は高く、生検操作も気管支鏡の引き抜き法でないため気管内挿管は必要でなく、気道にwedgeできるため出血のリスク低く安全に繰り返して生検ができる。我々は若干の考察を加え報告する。

## 手術

座長：名古屋市立大学病院 呼吸器外科 立松 勉

5. Dual portal robot-assisted thoracoscopic surgery (DRATS) による右下葉S6区域切除の一例

松阪市民病院 呼吸器外科

○伊藤 温志, 加納 収, 樽川 智人

症例は79歳、男性。既往：横行結腸癌術後、睡眠時無呼吸、認知症、糖尿病。横行結腸癌の術前精査のCTで左下葉S9に1.2cm、右下葉S6に2.8cmの肺癌を認め、当科紹介となった。左下葉肺癌に対し部分切除を先行し、術後1ヶ月で右下葉肺癌に対しDual portal robot-assisted thoracoscopic surgery (DRATS) 右下葉S6区域切除術を施行した(手術時間：119分、コンソール：76分、出血：36ml)。術翌日にせん妄を認めたものの、その後の経過は良好で、術後2日目にドレーン抜去でき、術後6日目に退院となった。近年、ロボット支援手術にさらに低侵襲性を兼ねた、Reduced-Port RATSが注目されている。DRATSは術者の手術操作に負担が少ない一方で、助手の術野展開や組織の把持にはやや技量を伴う術式である。当科のDRATS導入経験を手術ビデオを供覧し紹介する。

6. 気管支鏡検査後肺炎を併発した右中葉肺癌の一切切除例

松阪市民病院 呼吸器外科

○末永あかり, 加納 収, 伊藤 温志,  
樽川 智人

【症例】79歳、維持透析中の男性。右中葉に12mmの結節性病変を認め、2024年2月、手術加療目的に当科紹介となった。気管支鏡検査後の胸部CTにて腫瘍部の浸潤影の増大と炎症反応の上昇を認め、抗生剤内服後に開胸右中葉切除術を実施した。術中所見として上中葉間に癒着を認め、膿瘍の形成と膿汁の排出を認めた。また、膿瘍の存在のため肺の展開に難渋した。術後は胸水貯留と炎症反応の上昇を認め、抗生剤加療を継続し、術後22日に退院となった。胸腔ドレーンの追加挿入は不要であった。自経例の術中所見では肺膿瘍を形成しており、術中に胸腔内の洗浄を行うも、術後炎症反応が遷延した。術中、退院までの経過に難渋した一例を報告する。

7. 末梢病変にも関わらず気管進展していた左上葉肺癌の一例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター  
呼吸器外科

○日置 啓介, 市川 祐希, 羽喰 英美,  
羽田 裕司

症例は59歳男性。病変は左肺S4に局限した1.5cm大の末梢pure solid noduleで、気管支鏡検査(BF)で肺癌と診断した。BF所見で左主気管支から左上葉気管支にかけて粘膜発赤腫脹が目立つ所見を認めていたが、重喫煙歴(BI=1400)もあり慢性気管支炎による変化と判断した。左上葉肺癌(cT1bN0M0 stage IA2)に対して胸腔鏡下左上葉切除術施行した。術後病理組織診にて非角化型扁平上皮癌と診断した。病理所見で腫瘍性病変を主病巣から上葉気管支断端まで気管支粘膜、粘膜下層に連続して認めた。POD29にBF再検したところ、上葉支断端から左主気管支、気管分岐部、気管左壁にかけて粘膜発赤所見を認めた。左主気管支の生検で扁平上皮癌を認め、BF所見も含め気管進展とした。切除不能Ⅲ期肺癌に準じて化学放射線療法、免疫療法施行し、現在術後2年4ヶ月で無増悪経過中。考察を加え報告する。

8. 腺様嚢胞癌手術症例の検討

名古屋大学医学部附属病院 呼吸器外科

○川角 佑太, 今村 由人, 岡戸 翔嗣,  
野亦 悠史, 渡邊 裕樹, 門松 由佳,  
上野 陽史, 加藤 毅人, 中村 彰太,  
水野 鉄也, 芳川 豊史  
愛知医科大学 呼吸器外科  
福井 高幸

腺様嚢胞癌に対して治療した10症例について検証した。術前に6例で硬性鏡下に腫瘍のコアアウトやステント留置がされた。術式は気管切除再建5例、右上葉切除を伴う分岐部形成1例、肺全摘を伴う分岐部形成2例、気管支形成を伴う肺葉切除が2例に実施された。術野挿管、大網充填、ECMO補助などの術中の工夫を8例に要した。術後に肺炎、創感染、乳び胸を各1例認めたが保存的に治癒した。切除根治度はR0/1/2切除が各2/5/3例で、R1/R2症例に放射線療法が追加された。現在までで無再発生存/術後再発、4/6例である。局所再発例に放射線療法、オリゴ遠隔転移再発例に対し、肺切除、肝切除、放射線療法が実施され、原病死/担癌生存が2/4例であった。

9. 小児肺葉外肺分画症を背景に発症した  
膿胸の1例

名古屋市立大学大学院 呼吸器・小児外科分野

○千馬 謙亮, 奥田 勝裕, 横田 圭右,  
立松 勉, 小田 梨紗, 中村 龍二,  
喚田 祥吾, 細川 真

患者は7歳、男児。X-20日より腹痛出現、2日後から発熱。便秘傾向にあったため閉塞性腸炎として抗菌薬での治療を開始された。X-14日胸部CTで左胸水及び腫瘍性病変を指摘された。炎症反応が高く胸水を認めたことから膿胸と診断し内科的治療を継続したが炎症反応は改善せず、X-7日に当院紹介となった。X日に膿胸及び胸腔内腫瘍疑いに対し、腫瘍摘出術+胸腔ドレナージ術を施行した。正常肺と腫瘍性病変とに気管支の交通は認めなかった。術後病理結果は肺葉外肺分画症に矛盾しない所見であった。小児の肺分画症に伴う膿胸は稀な病態であり、文献的考察を交えて報告する。

## 気管支鏡処置

座長：藤田医科大学病院 呼吸器内科 岡地 祥太郎

10. 義歯誤嚥の1ヵ月後に全身麻酔下硬性鏡にて異物除去を施行した一例
- 刈谷豊田総合病院 呼吸器内科  
○鳥居 敦, 堀 和美, 内田 岬希,  
日下 真宏, 松井 彰, 岡田 木綿,  
武田 直也, 吉田 憲生  
同 呼吸器外科  
柴田 晃輔, 平野 絢子, 細川 真,  
雪上 晴弘, 山田 健
- 【症例】57歳女性。X年9月就寝中に義歯を誤嚥したが、鎮咳薬内服で様子を見ていた。1ヵ月後も症状が続くため前医受診し、胸部写真で右下肺野肺炎を認め当院紹介となった。胸部CTで中間幹に義歯と考えられる高吸収物質を認め、中下葉に広範な浸潤影を認めた。抗菌薬治療を開始し第1病日に軟性鏡での異物除去を試みたが、肉芽形成が強く困難であった。第8病日に全身麻酔下硬性鏡にて異物除去を施行。鉗子での把持は可能であったが抜去できず、硬性鏡を抜去し軟性鏡下にバスケット鉗子で義歯を摘出した。その後は問題なく経過し第12病日に自宅退院となった。
- 【考察】誤嚥後に長期間経過したが気管支鏡にて摘出が可能であった貴重な症例と考え報告する。
11. 気管支充填術が有効であった気胸合併肝性胸水の1例
- 社会医療法人宏潤会 大同病院 呼吸器内科  
○五明 凌平, 杵名 健雄, 木下 亮輔,  
杉原 雅大, 石原 明典, 吉川 公章
- 症例は49歳男性。飲酒、喫煙歴あるが既往歴はなし。X年7月から腹部膨満感を自覚、徐々に食思不振となりX年9月に当院外来を受診した。アルコール性肝硬変とそれに伴う大量腹水、右胸水が判明した。利尿薬では胸水コントロールが不良であったため右胸腔ドレナージを施行したが、右気胸を合併。エアリークが持続し全身状態から外科的介入は困難であったため、気管支充填術を実施。その後エアリークは止まり胸膜癒着術を行った。気管支充填術・胸膜癒着術後は胸水の再貯留を認めず、良好な経過を辿った。気管支充填術が必要となった肝性胸水の症例は報告例が少なく、それぞれの治療について文献的考察も加え報告する。
12. 気管支拡張症を伴う有癭性膿胸に対して気管支充填術が有用であった1例
- 三重中央医療センター 呼吸器外科  
○金丸 周正, 川口 瑛久, 渡邊 文亮,  
安達 勝利  
同 呼吸器内科  
森田 大智, 久留 仁, 岩中 宗一,  
坂倉 康正, 西村 正, 内藤 雅大,  
井端 英憲
- 【症例】78歳女性。咳嗽、排痰を伴う右胸水貯留で紹介受診。CTで気管支拡張症、右膿胸が指摘され、ドレナージ入院となった。胸水は膿性でStreptococcus intermediusが検出された。胸腔洗浄を開始した翌日に突然、持続的気漏が出現し、CTで肺癭が指摘された。気漏制御の方針とし、気管支充填術を施行した。【気管支鏡所見】バルーンテストで気漏減弱を認めた右B3bへEWS 5mmを3個充填した。気漏が残存しており、B5へバルーンテストを施行したところ気漏が消失したため、EWS 6mmを1個充填した。【経過】術後断続的気漏となり肺の膨張改善、術後10日目に気漏が消失した。術後22日目にドレーン抜去、術後26日目に退院となった。【考察】気管支拡張症を伴う有癭性膿胸を経験し、気管支充填術は気漏制御、感染制御の観点から、侵襲度を減らす1手になり得ると考える。
13. 術後遷延性肺癭に対し、胸腔造影によるドレナージ位置調整とフィブリングルー注入で軽快した1例
- 蒲郡市民病院 呼吸器外科  
○中埜 友晴, 中西 良一
- 症例は81歳、女性。2023年11月、胸部異常陰影を指摘され、当院呼吸器内科受診。右下葉肺腺癌と診断され、2024年2月胸腔鏡下右肺S6区域切除術を実施した。術後肺癭が遷延したため、癒着術を行ったが効果はなく、胸腔造影によって瘻孔病変部位を確認し、ドレーン先端を瘻孔部近傍に調整した。さらにフィブリングルーを責任気管支に注入することで軽快が得られた。
- 術後遷延性肺癭の治療に難渋した症例を経験したので若干の文献的考察を加え、報告する。