

第29回
東京医科歯科大学医師会
市民公開講座

肺癌治療の進歩

1. 肺癌の外科治療

大久保 憲一 (呼吸器外科 教授)

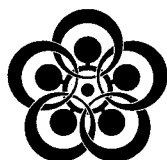
2. 個別化治療に向う化学療法

稲瀬 直彦 (呼吸器内科 教授)

- 日 時 2015年11月3日(火・祝) 14:00~16:00
- 場 所 東京医科歯科大学M&Dタワー2階 鈴木章夫記念講堂
〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45
- 参加費 無料
- 主 催 東京医科歯科大学医師会
- 共 催 東京医科歯科大学医学部附属病院
- 後 援 東京都医師会・文京区医師会・小石川医師会

東京医科歯科大学医師会事務局

東京医科歯科大学 M&Dタワー 8階
〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45 TEL:03-5803-4745(直通)



肺癌の外科治療

大久保 憲一

呼吸器外科 教授

我が国の死因分類別にみた死亡数は悪性新生物が第1位で、全死因の3割を占めます。悪性新生物死亡数の最多は肺癌で、男で第1位・女で第2位です。肺癌において外科治療の対象は、局所での進展とリンパ節転移までであり、完全切除できる病巣です。癌の進行度(病期)により手術適応が判定され、非小細胞肺癌(腺癌、扁平上皮癌、大細胞癌)のI、II期とIII期の一部、小細胞肺癌のI期が対象となります。

肺癌の標準手術は、肺葉切除(または肺全摘)+系統的リンパ節郭清です。近年は胸腔鏡下で肺切除術が行われます。小切開孔からモニター視下に手術操作を行い病巣摘出することで、術後疼痛が軽減し早期回復・早期退院が可能となります。周囲臓器に進展する病変には拡大手術として隣接臓器を合併切除します。胸膜・胸壁・横隔膜・心膜・神経・大血管・心臓の一部が合併切除・再建されます。病巣を完全切除しつつ肺全摘を避ける術式として気管支形成術が行われます。いずれの術式も切除辺縁に癌遺残をおこさないことが重要です。一方、高齢者や心肺合併症による手術リスクの高い患者さんに対して切除範囲を肺葉より小さくする縮小手術が行われます。CT検診で発見されるすりガラス陰影の早期肺癌に対しても積極的縮小手術(区域切除)が行われ肺機能温存が図られます。

局所進行肺癌に対して治療成績を向上させるために、抗癌剤化学療法や放射線治療が加えられます。非小細胞肺癌の術後病期Ib期には内服抗癌剤追加が、II期・III期には点滴抗癌剤化学療法の追加が生存率を向上させます。また、肺尖部胸壁浸潤肺癌や縦隔リンパ節転移肺癌など、初手から手術しても成績不良の病変に対して、化学療法または化学放射線併用療法を行ってから手術をすることで、予後改善が得られています。

肺癌に対する全手術成績は年々改善しています。全国集計で、全肺癌手術(11663人, 2004年)の5年生存率は70%で、集計初期(1996年)の52%に比し著明に良好です。病理病期別の5年生存率(同上)は、IA期87%、IB期74%、IIA期62%、IIB期50%、IIIA期41%、IIIB期28%です。我が国の急性期手術死亡は0.6%(2013年)ときわめて低く、世界に誇れる呼吸器外科手術成績が示されています。

個別化治療に向う化学療法

稲瀬 直彦

呼吸器内科 教授

肺癌は年々増加傾向にあり、すべての癌の中で肺癌の死亡率が男性1位、女性2位となっております。年間死亡者数(2011年)は男性50,764人、女性19,505人であり、1年で7万人ほどが肺癌で亡くなっております。肺癌の危険因子(リスクファクター)にはタバコ、石綿(アスベスト)、大気汚染がありますが、もっとも重要なのはタバコです。一般に喫煙による肺癌のリスクは4倍以上であり、受動喫煙による影響も大きいと報告されております。現在喫煙されている方は、肺癌を予防するためにも是非禁煙を検討してください。

肺癌の治療内容は、肺癌の病理組織型により大きく異なります。病理組織型とは顕微鏡での観察所見ですが、肺癌の場合は小細胞肺癌、非小細胞肺癌に大別されます。以下、小細胞肺癌と非小細胞肺癌に分けて治療方針と成績について説明します。

小細胞肺癌の治療方針は癌の進行程度(病期)により異なります。小細胞肺癌は比較的短期間で進展する傾向があり、細かい病期ではなく、大きく2つの病期に分類されます。すなわち、胸郭内にとどまる限局型(LD)と遠隔転移を伴う進展型(ED)であり、LDでは化学療法と放射線療法の併用(化学放射線療法)が、EDでは化学療法が行われます。小細胞肺癌では化学療法の奏功率が良好ですが、効果は持続せず、やがて腫瘍が再増大する経過をとります。使用する抗癌剤を変更して対処しますが、3年平均生存率はLDで30%、EDで10%程度です。

非小細胞肺癌(腺癌、扁平上皮癌、大細胞癌など)の治療方針も癌の進行程度によって決定されますが、TNM病期分類(I期からIV期までのステージに分類)に準拠します。I期、II期及びIII期の一部は手術の対象となり、手術不能III期では化学放射線療法が、IV期では化学療法が行われます。一般に、化学療法のみで非小細胞肺癌を根治することは困難です。当初は奏功した化学療法であっても効果が持続しないのは小細胞肺癌と同様であり、3年平均生存率は切除不能III期で35%、IV期で15%程度です。

抗癌剤はプラチナ製剤と第3世代抗癌剤が併用されることが多く、第3世代抗癌剤は複数(8剤程度)存在しますが国内外の比較試験で優劣がついておりません。従来の抗癌剤は殺細胞薬というカテゴリーに入りますが、2000年代より分子標的薬と呼ばれる抗癌剤が使用されるようになりました。分子標的薬は特定の標的を持った抗癌剤であり、限られたタイプの肺癌のみが治療対象となります。現在使用が可能な分子標的薬にはRGFR阻害薬(ゲフェチニブ、エルロチニブ、アファチニブ)、VEGF阻害薬(ベバシズマブ)、ALK阻害薬(クリゾチニブ、アレクチニブ)があります。短期的には奏功しても、やがて効果がなくなる(耐性化する)場合がほとんどであり、耐性克服に向けた研究が進行中です。

近年免疫療法が進歩し、肺癌治療にも応用されつつあります。しかしながら医療費が極端に高騰することが予想され、今後の大きな課題となっております。