

がん相談

肺がん



回答者・坪井正博
(神奈川県立がんセンター呼吸器外科医長)

Q1 肺がんの病理診断は、手術中に行うのが一般的なのか

71歳の父のことで相談です。C T（コンピュータ断層撮影装置）などで、左の肺葉に2センチほどのがんが見つかりました。近くの総合病院で、開胸手術をする予定です。肺がんの病理診断は、手術中に行うのが一般的なのでしょうか。手術中に、手術の範囲が変わることはあるのでしょうか。

(福井県 女性 43歳)

A 腫瘍が2センチ以内な どの場合、診断と治療 を兼ねた手術を行う

肺葉の腫瘍が2センチ以内と小さく、一部すりガラス様に見える肺がんの疑いが強い場合には、診

断と治療を兼ねた手術がすめられます。場所が肺の外側から3分の1以内なら、肺の部分切除と術中迅速診断を行います。手術で切除して出した腫瘍を、病理医に診てもらいます。30分から1時間後に、病理診断の結果がわかります。良性なら、そこで終了です。

肺がんと診断されたときは、一般的には肺葉切除を行います。左肺の上葉の腫瘍なら、肺葉切除よりも切除範囲の小さい区域切除というオプションもあります。また、おとなしいタイプならがんを含めて肺葉の一部だけを切除する部分切除で終わることもあります。ただし、この部分切除は、現状ではエビデンス（科学的根拠）はなく、これから臨床試験に取り組みます。

がん相談について

ここでは患者の立場に立って医療を行っている信頼できる医師の方々に相談に乗ってもらっています。ご質問は、がんや医療に関することなら何でも受け付けます。がんの種類や大きさ、進行期、症状、治療状況、過去の様子など、できるだけ具体的にお書きください。また、年齢、職業、既往症、服用中の薬、女性の場合は閉経年齢についてもお書き添えください。

いただいたご質問は仮名にし、誌面に掲載させていただきます。あらかじめご了承ください。

がん相談の送り先

〒101-0063
東京都千代田区神田淡路町2-5
富士ビル3F
(株)エビデンス社
「がんサポート」がん相談係
FAX 03-3526-6303

Q2

抗がん剤による全身 治療となった。放射 線併用はダメなのか

2007年8月、胸腔鏡手術で右肺腺がんの中葉切除をしました。肺がんの大きさは3センチで、病期は1B期でした。07年11月よりUFT（一般名テガフル・ウラシル）を飲んでいきます。CTの検査では08年12月、右肺に8ミリ大の高分化腺がん、さらに、09年3

月、右肺に9ミリ大と数ミリの多発結節4カ所が見つかりました。同年4月のPET・CT（陽電子断層撮影とコンピュータ断層撮影が一体になった最先端の診断装置）では、高悪性度や高活動性の病変を思わせるような異常集積は指摘できない、右肺の多発結節は認められる、サイズが小さいため偽陰性の可能性がある、とのこと。MRI（核磁気共鳴映像法）では、ごく軽微な脳虚血と軽度の脳委縮だけでした。

放射線科の医師と相談のうえで治療することでしたが画像に写っていない微小ながんが肝臓等にあるかもしれないので、抗がん剤で全身治療になりました。私の場合、放射線併用はダメでしょう

か。重粒子線じゅうりゅうしせんを行うことはできないのでしようか。もう1つ、腫瘍内科医ではなく外科医の治療でよいのでしょうか。

(福島県 女性 60歳)

A 放射線併用の治療は、現時点では、一般的な治療ではない

肺がんの手術後、微小ながんが血液もしくはリンパ液の中に潜んでいて、血液やリンパ液の流れに乗って、全身に転移することがあります。転移先で一番多いのは肺内です。次が肝臓で、脳、骨、副腎、皮膚などにも転移します。

画像上で、5カ所の陰影が見つかっているとのことですが、PET・CTの検査では、1センチ以下の病変にはほとんど糖の取り込みが認められないことが多く、画像からのみで、悪性なのか、良性なのかは診断できません。診断をはっきりさせたいと希望されるときは、針生検などで細胞を採取して検査をする必要があります。大きさが9ミリだと、針生検の針が当たらないこともあります。そんなときにどうしても診断をつけなければいけないとすると、手術をして病変を丸ごと、あるいはその一部を切除する必要があります。

相談者の手術後の経過や、画像から考えると、非結核性抗酸菌症や、かび、結核などの感染症の可能性がゼロとは言えません。しかし、一般的には4カ月間で影の増大や個数の増加が認められていることから、がんの転移を疑って、抗がん剤治療を選択します。放射線治療は併用しません。その理由は、放射線で、がんの見えるところだけをたたき続けることが、本来に生存に役立つのかどうか、証明されていないからです。放射線併用の利点は、目に見えるところのみを焼き切れることです。ただし、併用によって、肺の障害が強くなり、呼吸機能の悪化など、副作用が出る可能性があります。ご質問のように「放射線併用はダメでしょうか」と問われると、「ダメです」とは言い切れませんが、現時点では、一般的な治療ではありません。

放射線治療の1つの重粒子線治療についてですが、がん細胞が潜んでいる状態であるとすれば、重粒子線治療だけで治ることは考えられません。また、現状では、重粒子線治療の治療成績は、保険診療で行われている定位的放射線照射の成績とそれほど変わりません。

重粒子線治療は、高度先進医療なので、医療費の自己負担が高額になります。このことも考慮して、治療選択をしてください。

腫瘍内科医と外科医についてですが、肺がんの外科医の中にも、抗がん剤治療や、放射線療法に精通し、一生懸命治療に取り組んでいる医師がいます。肺がんは、手術だけでは治りにくく、手術後の再発への抗がん剤や放射線による治療法の組み合わせを常に考えておく必要があります。重要なのは、病院名や、腫瘍内科という看板ではなく、医師個人です。患者さんのことを親身になって考えてくれる医師かどうかです。責任をもって診れるならしっかりと診る、自分が診れないなら適任者に紹介できる医師であれば、肩書きにこだわらる必要はないでしょう。

Q3 悪性胸膜中皮腫で手術を受けた。再発した場合の治療法は？

5年前、右肺に胸膜肥厚が見つかり、生検の結果、悪性胸膜中皮腫あくせいきょうまくちゅうしゅとわかりました。病期は1期で、手術を受けました。退院後、CT検査などを定期的に受けています。幸い、現時点では再発の疑いは

ありませんが、再発の不安でいっぱいです。再発した場合、どんな治療法があるのでしょうか。

(大阪府 男性 60歳)

A シスプラチンとアリムタの併用療法が標準的

細胞の形から上皮型、肉腫型、混合型(2相型)があります。上皮型で1期なら5年生存率は50〜60パーセント、2〜3期になると生存率は下がります。上皮型以外の型は、上皮型に比べて生存率は下がると言われています。

5年前に手術を受けられたとしたら、再発は少なく、完治の希望が持てると思います。再発は、切除した近くの腹膜、後腹膜、心膜、反対側の胸膜などに出やすく、遠くの場所に転移することは少ないです。

再発した場合は、抗がん剤治療を行います。シスプラチン(一般名)とアリムタ(一般名ペメトレキセド)の併用療法が標準的です。アリムタの代わりに、ジェムザール(一般名ゲムシタビン)などを用いることもあります。将来的には、放射線療法法(I MRT(強度変調放射線療法)を併せて行う施設も出てくるかもしれません。