

# がん相談

## Q1 区域切除で1A期の 肺がんは完治するか

### 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)

## A

すりガラスも陰影で  
あれば完治を望める

右の肺の上部にがんがあると言われしました。1A期の肺がんで、がんの大きさは約1・5センチです。

一般的には、右肺の上葉をすべて切除するのですが、がんが小さいため、区域切除という縮小手術を提案されています。この手術法で十分治ると考えてよいのでしょうか。

また、本などで調べてみると、病変のあたりを区域切除よりもさらに小さく切除する縮小手術もあるようですが、この方法は私に適応できないものでしょうか。

(北海道 男性 68歳)

右の肺は上葉、中葉、下葉の3つの部分に分かれています。そして、肺の中では気管支、肺静脈の枝分かれから、便宜上、右を10区域、左を8区域に分けて考えています。

地図でいえば、四国、九州の単位を「葉」と考えると、「区域」は「県」に相当します。たとえば、右肺の上葉には3つの区域があり、ご相談者はこの3つの区域のうち1つを切除(場合によっては2つの区域を切除)する手術法を提案されているのでしょうか。

肺がんでは、1つの葉をすべて切除する肺葉切除、ないしはそれ

以上の切除術を標準的な手術と位置付けています。これに対し、肺葉より小さく切除する手術はすべて縮小手術(切除)といえます。「区域切除よりもさらに小さく切除する縮小手術」というのは、楔状切除のことだと思います。

楔状切除はがんのある部分を中心に文字どおり楔状に切除します。がんが肺の外側(一般的には、CT画像で肺の外側3分の1)にある場合に適応されることがあります。

区域切除、楔状切除といった縮小手術に対する評価はまだ定まっていません。しかし現時点では、CTなどの画像を診て、病変部の大半が淡い、いわゆるすりガラス陰影状で、なおかつ肺の外側にある早期がんであれば、楔状切除でも治癒する可能性は十分にあると考えられています。

区域切除であっても、楔状切除であっても、がんの断端(はし)から少なくとも1センチ、できれば2センチ離して切除することが望ましいといわれています。がんとの距離が近すぎると、再発しやすいからです。

ご相談者は区域切除を提案されていることを考えると、陰の性状

としてはすりガラス陰影が多くを占めるタイプなのかもわかりません。

そうであれば、大きさが1・5センチと小さいですから、がんが肺の外側にあるのなら、楔状切除を検討することは可能です。

一般的には、すりガラス陰影の割合が多いほど、楔状切除ができる可能性は高まります。がんの位置や画像上のがんの性状などを主治医に確認して、楔状切除の可能性についてお聞きになるとよいかもしれません。

ちなみに、がんが肺の外側にあっても、「充実性」といわれる濃い陰影が多くを占める場合は縮小手術ではなく、肺葉切除が望ましい場合もあります。充実性のがんは、小さくても、リンパ節に転移している可能性が高いためです。

## Q2

小細胞肺がんが右肺に  
限局。治療法は?

咳が続くため、病院を受診したところ、肺門部にがんが見つかりました。小細胞肺がんが、がんは右の肺だけに限局しているとのことです。

主治医からは治療として、ラン

タまたはプリプラチン（一般名はいずれもシスプラチン）とペブシドまたはラステット（一般名はいずれもエトポシド）の抗がん剤2剤による治療と放射線治療を行うと言われています。

しかし小細胞肺がんには、ランダかプリプラチンと、カンプトまたはトポテシン（一般名はいずれもイリノテカン）の組み合わせのほうが効くらしいと医療に詳しい知人から聞いたのですが、どうなのでしょう。

（香川県 男性 59歳）

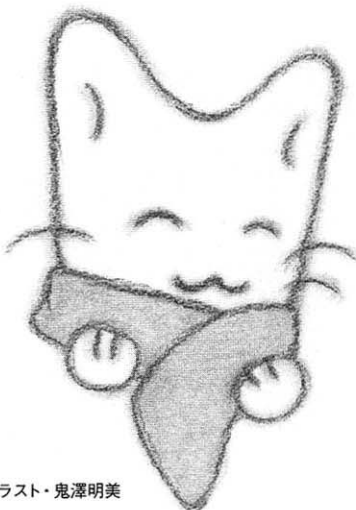
## A ランダとペブシド+放射線治療が標準。

限局型の小細胞肺がんの標準治療は現在、ランダ（またはプリプラチン）とペブシド（またはラステット）の抗がん剤2剤に放射線治療を併用する治療法です。したがって、主治医は標準的治療を提示されています。

ランダ（またはプリプラチン）とカンプト（またはトポテシン）の2剤併用療法については、遠隔転移のある進展型の小細胞肺がんに対して効果があるというデータが日本の研究グループから発表さ

れています。限局型には十分なデータはありません。

また、限局型の小細胞肺がんに対して、この組み合わせに放射線治療を併用する治療法には、十分なエビデンス（科学的根拠）がまだありません。進行がんに使われる通常量のランダ（またはプリプラチン）、あるいはカンプト（ま



イラスト・鬼澤明美

たはトポテシン）を投与して放射線を照射すると、放射線肺臓炎が起こる確率が高くなることも指摘されています。

以上のことから、心・肺機能など体力的に問題ないのであれば、現状ではランダ（またはプリプラチン）とペブシド（またはラステット）の抗がん剤2剤に放射線治

療を併用する治療法がおすすめです。

## Q3 イレッサとタルセバ どちらが副作用が強い？

母（64歳）のことでご相談します。母は4年前に非小細胞肺がんの4期と診断されました。

先日まで、サードラインとしてイレッサ（一般名ゲフィチニブ）を2年3カ月服用していましたが、効かなくなつたため、1カ月ほど休薬して、タルセバ（一般名エルロチニブ）を服用することになりました。

イレッサではとくに重い副作用は出ていないようでしたが、タルセバのほうがイレッサに比べて副作用がやや強いと聞き、心配です。イレッサで副作用があまり出なかつた場合、タルセバでも副作用はあまり出ないと考えてよいのでしょうか。

（三重県 女性 38歳）

## A タルセバのほうが副作用は強い。

副作用の程度も、副作用が起こ

る割合も、タルセバのほうがイレッサよりも勝っています。下痢はイレッサの3割増し、皮疹（皮膚の発疹）はイレッサの2割増しで起こりえます。

イレッサで副作用の出なかつた人では、タルセバの副作用が出なかつたあるいは軽かつたかどうかについては、十分なデータがありません。

個人的には、イレッサを飲み始めた時より程度が軽かつた人を何人か経験しています。下痢に対しては下痢止め、皮疹に対しては塗り薬などの対症療法がありますし、副作用がひどいときには休薬で症状が治まることもありますので、必要以上に怖がらなくても良いかもしれません。

イレッサが効かなくなつた人にタルセバを投与した場合、奏効する割合は10〜15パーセント前後と言われています。ただし、効果があつた人も、イレッサを服用したときほどの劇的な効果は通常、現れません。

イレッサが奏効しなくなつた場合、イレッサにタキソテール（一般名ドセタキセル）などの抗がん剤を加える治療法も1つのオプションとして検討されています。