

松戸市立総合医療センター

医療連携 News

第209号 (2024.10)

編集・発行 松戸市立総合医療センター 地域連携室
〒270-2296 千葉県松戸市千駄堀993-1 電話 047-712-2511 (代)
<https://www.city.matsudo.chiba.jp/hospital/>

医療機関各位

松戸市立総合医療センター
病院長 尾形 章

清秋の候、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素より、当院に対して一方ならぬご支援を賜りまして、厚くお礼申し上げます。

医療機関の皆様方へ毎月お送りしております「医療連携News」を是非ご高覧いただき、また患者さんへ必要な情報を提供いただけましたら幸甚に存じます。



特集：がん治療 I

呼吸器センターのご紹介

呼吸器センター長 兼 呼吸器内科部長 船橋 秀光

今号では『呼吸器センター』についてご紹介いたします。

松戸市立総合医療センター呼吸器センターは呼吸器外科、呼吸器内科で構成されています。それぞれの専門医、指導医が最新の知識と経験、高度な医療機器、設備を駆使して多種多様な呼吸器疾患に対して診断、治療を行っています。呼吸器外科、呼吸器内科は互いに連携を取り意見を交換しながら、時に放射線科や病理科の協力を得て対応しています。



気管支鏡検査は呼吸器内科、呼吸器外科医師全員で行います

主な疾患としては肺の良性、**悪性腫瘍の診断から治療**、その他には気胸、気道病変、間質性病変などのびまん性肺疾患などに対して外科的診断治療、内科的診断治療を行っています。特に呼吸器外科、呼吸器内科が協力している気管支鏡は、最新の超音波内視鏡や3D画像を用いたナビゲーションシステムを用いて診断率向上に努め、呼吸器疾患の診断、治療、その他に気管支異物除去や気管支充填術などの処置も行っています。

〈患者さんの紹介から治療まで〉

肺癌

検査・診断

- ・原発部位の特定
- ・転移巣検索
- ・組織学的検査
- ・病期診断 等

- ・手術療法・・・呼吸器外科
- ・薬物療法・・・呼吸器内科
化学療法内科
- ・放射線療法・・・放射線治療科

治療

紹介

◆呼吸器内科◆

呼吸器内科は現在、常勤医呼吸器専門医2名で診療を行っており、外来は水・金曜日は2名、月・火・木は1名で診療を担当しています。

呼吸器疾患を幅広く対応して診療しており、その中でも肺癌や中皮腫、縦隔腫瘍のような腫瘍性疾患を中心に感染症（細菌性肺炎、肺結核、非結核性抗酸菌症、肺化膿症、など）やアレルギー疾患（気管支喘息、好酸球性肺炎、過敏性肺炎など）や慢性閉塞性肺疾患（COPD）、間質性肺炎（急性間質性肺炎、肺線維症、非特異性間質性肺炎、特発性器質化肺炎など）、膠原病に伴う肺疾患、サルコイドーシス、近年では重症の新型コロナ感染症などにも対応しています。



気胸や胸水貯留、重症肺炎、重症喘息、急性呼吸不全などの緊急性のある疾患にも対応していますので、必要な場合には医療機関専用ダイヤルをご利用ください。

（慢性期や状態が安定し場合には、出来る限り近隣の先生へお願いするようにしています。）

悪性腫瘍においては、主に紹介された患者さんの診断と薬物療法を担当します。治療については呼吸器外科医と密に連携をとり、患者さんにとって最適な治療を提案します。

◆呼吸器外科◆

呼吸器外科は常勤医3人体制で、肺・縦隔・胸壁の悪性疾患（肺がん、転移性肺腫瘍、胸腺腫、悪性胸膜中皮腫など）や良性疾患（良性肺腫瘍や良性縦隔腫瘍、気胸や膿胸、重症筋無力症など）の外科療法を中心に診療を行っております。

肺癌診療においては、肺癌診療ガイドラインに基づき、病期、組織型、年齢、全身状態（PS）に加え、臓器機能、合併症などを考慮し治療方針を決定させていただきます。



【原発性肺癌の外科療法のTopics】

呼吸器外科部長 星野 英久

今回は、原発性肺癌の外科療法の最近のトピックスについてご紹介いたします。

〈肺癌に対する標準術式〉

従来から肺癌の標準術式は、腫瘍の存在する肺葉切除とリンパ節郭清であり、現在も標準術式として確立しております。CT検査、画像診断技術の進歩により、胸部単純X線写真では検出不能であった肺野限局性すりガラス結節のような小型肺癌が発見される頻度が増えてきました（図1）。

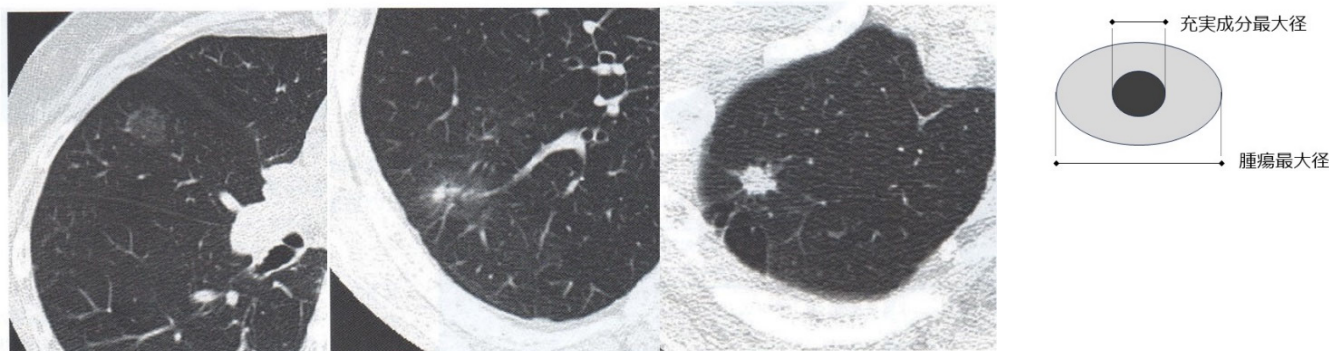


図1

Japan Clinical Oncology Group (JCOG) 0201試験より、腫瘍最大径2cm以下の非小細胞肺癌のうち、胸部CTで広範囲にすりガラス濃度を呈する肺癌は病理学的に非浸潤癌であることが報告され、この報告に基づき、JCOG0804試験、0802試験、1211試験といった肺癌に対する縮小手術（肺区域切除・楔状切除）の有用性を検証する試験が行われました。この結果より、肺癌診療ガイドラインでは、臨床病期 I A1-2期非小細胞肺癌に対する標準術式として、縮小手術（肺区域切除・楔状切除）が記載されております（図2）。

肺葉切除と比較すると、縮小手術での局所再発率は高くなっておりますが、他病死率が低くなるという肺実質を温存することの重要性が考察されております。

当科では、肺癌診療ガイドラインに基づき、病期、組織型、年齢、全身状態（PS）に加え、臓器機能、合併症などを考慮し、手術術式を含め治療方針を決定させていただいております。根治性を損なうことなく、また機能温存を図りつつ、一人ひとりの患者様により良い医療を提供できるよう心がけております。

〈肺癌における周術期治療〉

分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬といった新規治療薬の承認以降、手術非適応の進行肺癌症例において、奏効率の改善とともに長期予後が得られる症例も認めるようになりました。

手術症例において、術後病理病期 I A3- II A期に対するテガフル・ウラシル配合剤療法、術後病理病期 II - III A期に対するシスプラチン併用化学療法は、それぞれ術後補助療法として、外科治療単独に対し生存の改善を示しエビデンスとして確立されておりますが、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬といった新規治療薬を併用した術後補助化学療法の有用性も示され、肺癌診療ガイドラインに記載されております（図3）。

II. 非小細胞肺癌 (NSCLC) : 1. 外科治療 図2

CQ3. 臨床病期 I A1-2期非小細胞肺癌で外科切除可能な患者に対する適切な術式は何か？

推奨

a. 臨床病期 I A1-2期, 充実成分最大径/腫瘍最大径比 ≤ 0.25 の肺野末梢非小細胞肺癌に対して, 縮小手術（区域切除または楔状切除）を行うよう推奨する。
〔推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B, 合意率：100%〕

b. 臨床病期 I A1-2期, 充実成分最大径/腫瘍最大径比 > 0.5 の肺野末梢非小細胞肺癌に対して, 区域切除または肺葉切除を行うよう推奨する。
〔推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B, 合意率：78%〕

CQ4. 臨床病期 I A3- II 期非小細胞肺癌で外科切除可能な患者に対する適切な術式は何か？

推奨

臨床病期 I A3- II 期非小細胞肺癌で外科切除可能な患者に対して, 肺葉切除以上の切除を行うよう推奨する。
〔推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B, 合意率：100%〕

II. 非小細胞肺癌 (NSCLC) : 4-2. 周術期（術後補助化学療法） 図3

CQ30. EGFR遺伝子変異陽性の術後病理病期 II - III A期（第8版）*完全切除例に対して, EGFRチロシンキナーゼ阻害薬は勧められるか？

推奨

a. EGFR遺伝子変異陽性の術後病理病期 II - III A期（第8版）*完全切除例に対して, 従来の術後補助化学療法後に, オシメルチニブによる治療の追加を提案する。
〔推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B, 合意率：48%〕

b. EGFR遺伝子変異陽性の術後病理病期 II - III A期（第8版）*完全切除例に対して, プラチナ製剤併用療法の代わりとして, EGFRチロシンキナーゼ阻害薬による治療を勧めるだけの根拠が明確ではない。
〔推奨に至る根拠が明確ではない〕

*術後病理病期T3N2M0/ III B期, T4（ ≥ 7 cm）N2M0/ III B期を含む。

CQ31. 術後病理病期 II B- III A期（第8版）*完全切除例に対して, アテゾリズマブ単剤療法は勧められるか？

推奨

a. 術後病理病期 II B- III A期（第8版）*完全切除例, 腫瘍細胞におけるPD-L1発現50%以上例に対して, シスプラチン併用化学療法後にアテゾリズマブ単剤療法の追加を行うよう提案する。
〔推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C, 合意率：46%〕

b. 術後病理病期 II B- III A期（第8版）*完全切除例, 腫瘍細胞におけるPD-L1発現1%以上50%未満例に対して, シスプラチン併用化学療法後にアテゾリズマブ単剤療法の追加を行うよう勧めるだけの根拠が明確でない。
〔推奨に至る根拠が明確ではない〕

*術後病理病期T3N2M0/ III B期, T4（ ≥ 7 cm）N2M0/ III B期を含む。

I. 肺癌の診断：6. 分子診断 CQ26. 治療方針を決めるための、分子診断の項目は何か？ 推奨 a. 非小細胞肺癌の手術例は、術後補助療法を検討する場合にEGFR遺伝子検査およびPD-L1免疫組織化学検査（IHC）を行うよう推奨する。 （推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B, 合意率：88%）	図4
II. 非小細胞肺癌（NSCLC）：4-1. 周術期（術前治療） CQ25. 臨床病期Ⅰ-ⅢA期に対して、術前薬物療法は勧められるか？ 推奨 a. 臨床病期Ⅰ-ⅡA期（第8版）に対して、術前プラチナ製剤併用療法を行わないよう提案する。 （推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C, 合意率：51%） b. 臨床病期ⅡB-ⅢA期（第8版）に対して、術前プラチナ製剤併用療法を行うよう提案する。 （推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C, 合意率：77%） c. 臨床病期Ⅱ-ⅢA期（第8版）*, EGFR遺伝子変異/ALK融合遺伝子陰性もしくは不明例に対して、術前にプラチナ製剤併用療法とニボルマブを併用した治療を行うよう提案する。 （推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B, 合意率：86%） * 術前臨床病期T3N2M0/ⅢB期, T4（≥7cm）N2M0/ⅢB期を含む。	

また、術前治療においても、プラチナ製剤併用療法と免疫チェックポイント阻害薬（ニボルマブ）を併用した治療が、プラチナ製剤併用療法単独と比較して、Event-free-survivalで優越性を示したことより、肺癌診療ガイドラインに記載されております（図4）。

現在、さまざまな新規治療薬を使用した周術期治療の有用性を検証する試験が行われており、その有用性が示されると、現在承認されていない薬剤も周術期の治

療薬として使用可能になるものと予測されます。

今後は、分子診断の重要性とともに、治療において多様な選択肢のなかから、個々に応じた最適な治療を選択することの重要性がますます増してくるものと考えられます。

このように肺癌の治療もより複雑化してきており、個々に応じた最適な治療を選択するためには、内科医と外科医の連携がより重要となっております。当科では、呼吸器センターのもと、呼吸器内科医師と密接に連携を取り、また放射線治療医師とも協力し、患者様により最適な治療が提供できるよう心がけております。

出典 図1. 小型肺がん(引用:臨床・病理 肺癌 取扱い規約 第8版, 日本肺癌学会編(金原出版:一部改編))
図2～4 肺癌診療ガイドライン2023年版より抜粋(引用:肺癌診療ガイドライン2023年版 (haigan.gr.jp))

【患者さんのご紹介について】

初診外来は、『呼吸器内科：月～金、呼吸器外科：月・火・水・金』午前中に行っております。

患者さんの待ち時間短縮のため、ご紹介の際は紹介状をお渡しの上、医療機関からFAXによる診療予約申込みやWeb予約、又は紹介状をお持ちの患者さんから電話による診療予約申込みをしていただきますようお願いいたします。

地域連携室（紹介予約担当）TEL047-712-0685 FAX047-712-2573

また、時間外や緊急時には医療機関専用ダイヤル（医師専用・24時間対応：047-712-2585）にご連絡いただき、直接ご相談ください。※医療機関専用ですので、患者さんにはお知らせしないようお願いいたします



写真左より 呼吸器外科医長 岡田医師、呼吸器外科副部長 森本 医師、呼吸器外科部長 星野医師
呼吸器センター長 兼 呼吸器内科部長 船橋医師、呼吸器内科副部長 石崎医師