

## 左肺全摘術後、化学療法施行し経過観察中の腺扁平上皮癌の一例

山梨県立中央病院 外科

羽田真朗、古屋一茂、日向道子、大森征人、赤澤祥弘、古屋信二、白石謙介、須貝英光、宮坂芳明、中込 博、三井照夫

要旨：症例は、59歳、女性。咳を主訴として前医を受診し、胸部レントゲン検査にて左肺癌を疑われ当院を紹介された。精査にて左肺癌と診断され手術目的に当科紹介された。画像診断では、左肺上葉に49×45mmの肺癌があり、縦隔胸膜、肋骨、左肺動脈本幹に浸潤を疑われ、左肺門リンパ節転移に認めた。術前診断は、左肺癌cT3N1M0 (Stage IIIA) で、左肺全摘（心膜合併切除、心嚢内血管処理）施行した。しかし左肺動脈、肺静脈に浸潤がみられており、病理診断でpT4 (PV) NOMO (stage IIIB) であった。非治癒切除例であったため術後化学療法を施行した。現在、術後約4年経過したが、再発転移等はみられず、経過観察中である。2003、2005年肺癌診療ガイドラインでは、術後化学療法、化学療法剤の選択、期間、維持化学療法の有用性等の変更、削除が行なわれた。肺癌診療ガイドラインに基づいた診療を行うことは大切であるが、実地診療において、診断や治療に関する指針として利用し、妥当性の高い治療選択を実践することがより重要である。今後ともよりよい肺癌診療ガイドラインになっていくことを期待している。

キーワード：肺癌、術後化学療法、肺癌診療ガイドライン

## はじめに

肺癌診療ガイドラインに基づいた診療を行うことが、有益であるかを考えることは大切である。2005年のガイドライン<sup>(1)</sup>には、非小細胞肺癌完全切除後に術後化学療法を行うよう勧められている。しかし、ガイドラインでも金科玉条のごとく実地診療に振りかざすことを厳に慎むべきとの記述もある。勧められるべき標準治療と一般的に行うことのできる実地診療を考えて、我々は診療にあたっている。今回、現在の当院における肺癌術後補助療法の方針を提示する。また左肺全摘術後、非治癒切除となり術後化学療法施行し、再発なく経過観察中の腺

扁平上皮癌の一例を経験した。本症例でガイドラインを検討し、実施した術後化学療法について報告する。

## I 肺癌術後補助療法の方針について

2003年版肺癌診療ガイドライン<sup>(2)</sup>では、「非小細胞肺癌に対して、術後化学療法を行うことによって予後が改善するという根拠は乏しい。少数の臨床研究においては予後改善効果を認める結果も認められるが、再現性をもって有効性が示唆されたレジメンはなく、標準治療として行うよう勧めるだけの根拠が明確ではない (グレードC)。」

とされていた。よって、当時は積極的に術後化学療法を考慮していなかった。しかし2005年版 肺癌診療ガイドラインでは、非小細胞肺癌の術後化学療法に関して「術後病期 IB, II, IIIA 期非小細胞肺癌・完全切除症例に対しては術後化学療法を行うよう勧められる (グレード B)。」との大きな変更があり、また薬剤選択についても2003年版 肺癌診療ガイドラインでは、「a. 75歳未満、全身状態良好 (PS 0, 1) の患者にはシスプラチンを含む併用療法を行うよう強く勧められる (グレード A)。  
b. シスプラチンとの併用薬は、塩酸イリノテカン、ピノレルピン、ゲムシタピン、パクリタキセル、ドセタキセルが強く勧められる (グレード A)。  
c. パクリタキセルの場合はシスプラチンの代わりにカルボプラチンを併用してもよい (グレード A)。」とされていた。しかし、2005年の変更ではこのc項目が変更され「c. シスプラチンの毒性が懸念される患者に対しては、シスプラチンを含まない2剤併用療法も選択肢となり得る (グレード A)。」となった。このため可能であれば、シスプラチンを含むレジメンが推奨されることになった。よって上記変更を考慮し現在の当院における肺癌術後補助療法の方針を図1、図2のように考えており、当院呼吸器内科にも協力をお願いし施行している。

## II 症例提示

【症例】59歳、女性。

【主訴】咳。

【現病歴】2004年3月頃より咳を自覚するようになった。6月に前医を受診し、胸部レントゲン検査にて左肺癌を疑われ当院を紹介された。気管支内視鏡にて肺癌と診断

され手術目的に当科紹介された。【既往歴】25歳 虫垂炎手術。【血液検査】貧血。腫瘍マーカー 正常【呼吸機能】正常【心電図】正常範囲内【胸部単純撮影】(図3)【気管支内視鏡】気管膜様部から隆起あり。左主気管支は背側より圧排されており、気管支分岐部付近では粘膜の光沢もなく左上幹、上区入口部はやや狭窄していた。生検にて Adenocarcinoma と診断された。

【CT】左肺上葉に49×45mmの腫瘤あり、縦隔胸膜、肋骨、左肺動脈本幹に浸潤を疑う。また左肺門リンパ節腫大を認めた。その他に転移なし。(図4、図5)【手術】術前診断：左肺癌 cT3N1M0 (Stage IIIA)

手術：左肺全摘 (心膜合併切除、心嚢内血管処理) 施行。肺動脈、肺静脈に浸潤あり。また心嚢液内に変性細胞がみられた。

術後診断：左肺癌 s T4 (PV) D0EOPM01 (#10) M0 (stage III B) 【術後経過】手術後 ICU で再挿管し、第8病日に気管切開を施行したが軽快され、第37日病日で退院となった。【病理】左肺 B3に70×54mmの病変を認めた。Adenosquamous carcinoma p-T4, 1y1, v1,

p0, pN0, pm0, br(+), pv(+), M0, p-Stage III B と診断された。(図6、7) 【治療経過】

2004年10月非治癒切除となったが、術後全身状態の低下がみられた為、術後2ヶ月より術後化学療法 (PTX+CBDC) 施行。

2005年2月4コース終了。効果判定にて明らかな再発兆候なし。

維持化学療法を希望され TS-1 を開始するも嘔吐、食欲不振があり休薬した。PTX+CBDC 療法再開。10月に8コース終了。効果判定では明らかな再発兆候なし。2003年版 肺癌診療ガイドラインをもとに本人と治療について相談し、維持化学療法を希望

された。通常量のTS-1では、副作用がみられたためPTX+CBDCA療法を計10コース施行した。(図7)

2006年1月 肺癌診療ガイドライン(2005年版)をもとに本人と治療について相談。患者は、維持化学療法を強く希望されTS-1(減量)開始。

2008年4月 TS-1終了。本人の同意を得て、以後経過観察のみとなる。

2008年10月術後約4年経過したが、再発転移等はみられず、経過良好である。

#### 【考察】

肺癌死亡は、近年増加の一途をたどり、その治療法の充実をはかることは重要であり、多様化していた治療に標準とされる治療法を提示する肺癌診療ガイドラインは、大きな役割を果たした。しかし前述し、検討したように2003年、2005年版ガイドラインで術後化学療法に関するだけでも大きな記述や内容の変更がみられた。実地診療においては、術後化学療法の適応や初回化学療法剤の選択、期間、維持化学療法の有用性などについては、変更、削除が問題になることが多く本症例においても、治療中にガイドラインの変更が行なわれたため、患者と多くの時間を費やし治療について相談をした。

また現時点の肺癌診療ガイドラインは、少なくとも作成時終了時にはすでに数年前の臨床試験によるエビデンスに基づくものであることを考慮し、日々更新される情報<sup>(3)</sup>にも配慮することも必要と思われる。

肺癌診療ガイドラインに基づいた診療を行うことは大切であるが、実地診療において、診断や治療に関する指針として利用し、妥当性の高い治療選択を実践することがよ

り重要である。今後ともよりよい肺癌診療ガイドラインになっていくことを期待している。

【まとめ】1. 肺癌診療ガイドラインに基づいた診療を行うことは大切である。しかし、ガイドラインでも金科玉条のごとく実地診療に振りかざすことを厳に慎むべきとの記述もある。2. あくまで診断や治療に関する指針として利用していく。十分な説明を行ってよりよい治療選択を実践することが重要と思われた。3. 今後ともよりよい肺癌診療ガイドラインになっていくことを期待している。

#### 【参考文献】

1. 日本肺癌学会編. 肺癌診療ガイドライン 2005年版 金原出版 2005; 23-109.
2. 日本肺癌学会編. 肺癌診療ガイドライン 2003年版 金原出版 2003; 21-94.
3. 多田弘人: 術後補助療法の現状と展望. 日本臨床 肺癌(66) 2008; 430-435.

図1. 【非小細胞肺癌完全切除後の術後化学療法】

1. I期

I A期 術後化学療法は行わない。

I B期以降は化学療法を行う。

(I B期は、UFTでも可と考える。)

2. II期

III期  
非小細胞肺癌の初回治療に準じて行う。3.  
患者に術後化学療法の必要性を積極的に選択肢として提示する。

図2. 【非小細胞肺癌の初回化学療法】薬剤 プラチナ+新規抗癌剤の2剤併用療法

プラチナは、CDDP か CBDCA

新規抗癌剤は、以下のうちひとつ。

GEM

VNR

DTX

PTX

CPT-11

図4. 5. 胸部CT

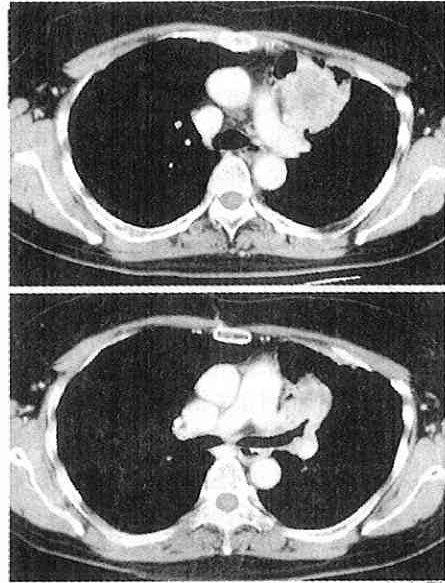


図3. 胸部レントゲン

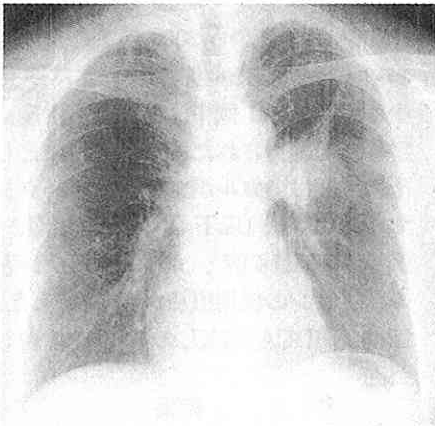


図6. 7. 病理

