

知ってなるほど! がん医療

Vol.5

第15弾

県立静岡がんセンター公開講座2018「知ってなるほど! がん医療」(静岡新聞社・静岡放送主催、県立静岡がんセンター、三島市、長泉町、裾野市、函南町、清水町、三島市民文化会館共催、スルガ銀行特別協賛)の第5回がこのほど、同会館で行われました。大出泰久呼吸器外科部長が「肺がんの最新治療」、平嶋泰之婦人科部長が「卵巣がんの最新治療」と題し、それぞれ講演を行いました。その概要をまとめました。

〈企画・制作/静岡新聞社営業局〉

主催/静岡新聞社・静岡放送 特別協賛/スルガ銀行 共催/県立静岡がんセンター、三島市、長泉町、裾野市、函南町、清水町、三島市民文化会館

年間トップの死亡者数

わが国では毎年100万人以上が新たにがんに罹患(りかんとし)、肺がんは3番目に多い約12万人が発症します。ところが、年間死亡者数は肺がんが7万人以上とトップです。肺がんは早期発見が少なく、進行が早い難治性の病気ですが、早期に発見できれば治せる疾患です。

肺がんの最新治療

肺がん患者では60代後半〜70代前半の方が最も多く、高齢者に多いがんです。最近では、非喫煙者の女性の発症も増えています。肺がんにはたばこが原因の扁平(へんぺい)上皮がん、小細胞がんのほか、女性に多い腺がんなどがあります。治療法は、がん細胞の種類や遺伝子変異の有無、病巣の範囲、患者さんの体力などから判断して、手術や放射線治療、内科治療で選ばれる疾患です。

病態で異なる治療法

肺は右が上中下、左が上下と計五つの肺葉で構成されています。肺がんの手術では病巣のある肺葉を取る肺葉切除が一般的な方法です。またI〜II期も、必ずしも手術だけで完治するとは限りません。現在は術後補助化学療法と併せて、手術後に抗がん剤治療を使うことが多くなっています。

排卵回数が増える鍵

卵巣がんは近年増加しているがんの一つです。原因は明確でなく、排卵そのものも原因の一つと考えられます。女性のライフスタイルを見てみると、昔の女性では初潮は15〜16歳で閉経も現在より早く、5回以上のお産が平均的であったために、一生に経験する月経は50回程度でした。

卵巣がんの最新治療

卵巣がんは年間約1万人が罹患し、2015年には4700人が亡くなっています。発症のピークは20代前半で、閉経も遅くなり、出産回数は約1.5回と減っています。このため一生の月経回数は、昔の約9倍という報告もあります。このような環境の変化で、子宮内膜症、乳がん、子宮体がん、卵巣がんが増えていると考えられます。

遺伝性の発症リスク

遺伝性乳がん・卵巣がん症候群(HBOC)はBRCA1、2というがん抑制遺伝子に異常が起これば、家族内でがんが発症しやすいです。またI〜II期も、必ずしも手術だけで完治するとは限りません。現在は術後補助化学療法と併せて、手術後に抗がん剤治療を使うことが多くなっています。



県立静岡がんセンター 呼吸器外科部長

おとよ やすひさ
大出 泰久 氏

1993年浜松医科大学医学部卒。同大第一外科、国立がん研究センター一東病院レジデント、静岡がんセンター呼吸器外科を経て2012年より現職。呼吸器外科専門医、がん治療認定医、日本外科学会と日本呼吸器内視鏡学会の指導医などを務める。1968年浜松市(旧浜北市)出身。

療が選択されます。

肺がんの進行度はI〜IV期まであります。簡単に説明しますと、がんが肺の中だけならI期、気管支近くのリンパに転移するとII期、肺の外に及ぶとIII期。頭、骨、肝臓、副腎などへ飛ぶとIV期になります。手術はII期までが可能で、III期以降は内科治療が中心になります。

手術ができない早期の方には、放射線治療を行います。体を切らないメトリットがあります。副作用が出ることもあります。最近の放射線治療は副作用を軽減し、より効果的に治療ができるように工夫され、定位照射や陽子線治療では、手術に匹敵する良好な治療成績が報告されています。

薬物治療は日進月歩で毎年新しい治療法が生まれ、より効果的になっています。

副作用が少ない抗がん剤も誕生しています。特に2000年以降、分子標的薬や今話題の免疫チェックポイント阻害薬の出現により、薬物治療は劇的に変わりました。これらの薬剤は、従来の殺細胞性抗がん剤とは作用機序が大きく異なり、分子標的薬では、がん細胞のみを認識してピンポイントで攻撃し、免疫チェックポイント阻害薬では自己の免疫機能を利用してがん細胞を攻撃します。作用機序が大きく異なるので、従来の薬では効かなかったケースでも劇的に効果が出る場合があります。一方で副作用の出方も大きく異なります。決して全ての人に効果がある「夢の薬」でもなく、それぞれ遺伝子異常の有無やPD-L1という特殊な分子の発現の有無によって効果が異なり、効果が期待できる方とできない方がいます。

外科治療も内科治療も、多くの選択肢が存在し、一方で患者さん側にとっても病態は多様化しており、一人一人に合った治療法を適切に選択する必要があります。他の方と全く病態も病状も異なるので、自分自身に合った最善の治療法を主治医の先生と良く相談することが重要です。

この刺激により卵管に漿液性がんが発生し、卵巣に進展すると考えられています。一方、非漿液性がんの多くは子宮内膜症が発生源となつています。

卵巣がんの診断ではCA125という血液中の腫瘍マーカーが8割で陽性となりますが、開腹術をして組織を取らない限り確定診断はできません。初回の標準治療では開腹手術を行い、子宮・卵巣を含め可能な限りがんを摘出します。さらに胃と大腸についている大網やリンパ節も摘出します。手術後は一部の初期がんを除いて化学療法(抗がん剤治療)を行います。抗がん剤治療は、化学療法では殺細胞性抗がん剤治療の併用療法(TC療法)が基本となりますが、さらに効果を上げるためにいくつかの臨床試験が行われ治療成績の改善が見られています。わが国から発信したドーズ・デンスTC(一つの薬剤を分割投与する方法)や、がんを兵糧攻めにする血管新生阻害剤も使われています。

また、卵巣がんは再発が多いために、再発に対する治療も重要です。近年では再発がんに対して先に述べた血管新生阻害剤の有効性が認められました。そして、PARP阻害剤という新しい分子標的薬が再発卵巣がんの高い効果があることがわかり、今年から使用できるようになりました。さらに、本原先生の研究から開発された免疫チェックポイント阻害剤も、卵巣がんの臨床試験を終えましたし、他の新薬による併用療法も急ピッチで進んでいます。

今後のがん治療は、患者さん各人の遺伝子変異に応じた薬を選ぶ時代になるでしょう。卵巣がん治療も、拡大手術はより浸透し、新薬の開発も一層進むはずですが、何よりも、まずは卵巣がんの検診法、早期発見法を確立することが急務であると考えています。



県立静岡がんセンター 婦人科部長

やすひさ やすゆき
平嶋 泰之 氏

1986年三重大学医学部卒。浜松医科大学産婦人科、静岡医療センターなどの勤務を経て2002年から静岡がんセンター婦人科医長、08年より現職。医学博士。日本産科婦人科学会専門医、代議員。日本婦人科腫瘍学会専門医、指導医、理事。がん治療認定医。1959年沼津市出身。

すが、ごく早期の肺がんや機能的に肺葉切除が困難な場合には、切除量が少ない区域切除が選択されることもあります。現在は胸腔鏡下手術が全盛です。傷が小さく痛みも少なく、回復が早いのです。肺がんにおいても今年4月からロボット支援手術が保険適用されましたが、まだ保険診療が施設は少なく、当院でも今年4月から徐々に始めていますが、まだ保険診療で行ってはいません。このように、術式には多くの選択肢が存在し、創(きず)の大きさや肺の切除量などは、肺がんの病状や患者さんの体力や併存疾患など、多様化する患者さんの病状に応じて、適切な手術の方法を決めています。

手術ができない早期の方には、放射線治療を行います。体を切らないメトリットがあります。副作用が出ることもあります。最近の放射線治療は副作用を軽減し、より効果的に治療ができるように工夫され、定位照射や陽子線治療では、手術に匹敵する良好な治療成績が報告されています。

薬物治療は日進月歩で毎年新しい治療法が生まれ、より効果的になっています。

副作用が少ない抗がん剤も誕生しています。特に2000年以降、分子標的薬や今話題の免疫チェックポイント阻害薬の出現により、薬物治療は劇的に変わりました。これらの薬剤は、従来の殺細胞性抗がん剤とは作用機序が大きく異なり、分子標的薬では、がん細胞のみを認識してピンポイントで攻撃し、免疫チェックポイント阻害薬では自己の免疫機能を利用してがん細胞を攻撃します。作用機序が大きく異なるので、従来の薬では効かなかったケースでも劇的に効果が出る場合があります。一方で副作用の出方も大きく異なります。決して全ての人に効果がある「夢の薬」でもなく、それぞれ遺伝子異常の有無やPD-L1という特殊な分子の発現の有無によって効果が異なり、効果が期待できる方とできない方がいます。

外科治療も内科治療も、多くの選択肢が存在し、一方で患者さん側にとっても病態は多様化しており、一人一人に合った治療法を適切に選択する必要があります。他の方と全く病態も病状も異なるので、自分自身に合った最善の治療法を主治医の先生と良く相談することが重要です。

この刺激により卵管に漿液性がんが発生し、卵巣に進展すると考えられています。一方、非漿液性がんの多くは子宮内膜症が発生源となつています。

卵巣がんの診断ではCA125という血液中の腫瘍マーカーが8割で陽性となりますが、開腹術をして組織を取らない限り確定診断はできません。初回の標準治療では開腹手術を行い、子宮・卵巣を含め可能な限りがんを摘出します。さらに胃と大腸についている大網やリンパ節も摘出します。手術後は一部の初期がんを除いて化学療法(抗がん剤治療)を行います。抗がん剤治療は、化学療法では殺細胞性抗がん剤治療の併用療法(TC療法)が基本となりますが、さらに効果を上げるためにいくつかの臨床試験が行われ治療成績の改善が見られています。わが国から発信したドーズ・デンスTC(一つの薬剤を分割投与する方法)や、がんを兵糧攻めにする血管新生阻害剤も使われています。

また、卵巣がんは再発が多いために、再発に対する治療も重要です。近年では再発がんに対して先に述べた血管新生阻害剤の有効性が認められました。そして、PARP阻害剤という新しい分子標的薬が再発卵巣がんの高い効果があることがわかり、今年から使用できるようになりました。さらに、本原先生の研究から開発された免疫チェックポイント阻害剤も、卵巣がんの臨床試験を終えましたし、他の新薬による併用療法も急ピッチで進んでいます。

今後のがん治療は、患者さん各人の遺伝子変異に応じた薬を選ぶ時代になるでしょう。卵巣がん治療も、拡大手術はより浸透し、新薬の開発も一層進むはずですが、何よりも、まずは卵巣がんの検診法、早期発見法を確立することが急務であると考えています。

煙ですが、非喫煙者でも発症します。副流煙が一因ともなわれていますし、遺伝子異常やその他の原因によっても肺がんにはなり得るのです。

喫煙で、肺がんのリスクは4〜5倍も高まります。ほかのがんの危険性も高くなりますし、血管系の疾患にもなりやすくなります。禁煙しても、すぐには肺がんのリスクがなくなるわけではないので、早急な禁煙が必要です。肺がんは症状が出てからでは治すのが困難です。がんにならないため、あるいはがんになっても確実に治せるよう、禁煙と検診の受診をぜひお願いします。

タウンミーティング 質疑応答

会場では山口静岡がんセンター総長を交え、参加者と講師の間で質疑応答が行われました。その一部を紹介します。

Q 数年前から前立腺がんがあり、昨年10月に肺の右上部にしこりが見つかり、少しづつ大きくなっています。もともとCOPD(慢性閉塞性肺疾患)で酸素吸入をしていますが、転移の可能性が心配です。肺から出てくるがんを原発性肺がん、他の臓器から肺に転移するを転移性肺がん、または転移性肺腫瘍と言います。それぞれ全く別の病気で、治療の方法も異なります。肺転移だと仮定した場合は前立腺がんの治療となるので、泌尿器科医と相談してください。ただし、COPDがある場合、原発性肺がんが出てくることも多くこの場合は原発性肺がんの治療に準じますが、肺機能が悪いと治療法が限定されますが、まず主治医と相談なさってください。

Q 家族に卵巣がんのいる人が遺伝的な相談をする場合、どういった手順を踏めばいいのですか。それからドーズ・デンスTC治療を若い人に対しても行うことは多いですか。平嶋 当院には臨床遺伝専門医とカウンセラーのいるがん遺伝外来があります。よろしく相談で具体的に相談をいただければ、的確にお答えできると思います。例えば、一部の病気を除く1期の卵巣がんの手術後では抗がん剤治療が必要ですが、ドーズ・デンスTCは提示しませんが、II期以上の進行期の方に提示しますが、副作用が通常のTC療法よりはやや強いので、高齢の方より、むしろ若い方に向いている治療です。山口 当院に年間6千〜7千人の初診の卵巣がん患者さんがいます。遺伝が関係している方は1%前後です。患者さんからは自分がその1人なのかはわかりませんが、ご家族に乳がん・卵巣がんが多発されている場合は、患者家族支援センターをお訪ねください。お一人だけならその可能性は低いので主治医と相談し、場合により当院の遺伝外来等へお越しいただきたいと思っています。

新薬併用療法急ピッチ

卵巣がんの診断ではCA125という血液中の腫瘍マーカーが8割で陽性となりますが、開腹術をして組織を取らない限り確定診断はできません。初回の標準治療では開腹手術を行い、子宮・卵巣を含め可能な限りがんを摘出します。さらに胃と大腸についている大網やリンパ節も摘出します。手術後は一部の初期がんを除いて化学療法(抗がん剤治療)を行います。抗がん剤治療は、化学療法では殺細胞性抗がん剤治療の併用療法(TC療法)が基本となりますが、さらに効果を上げるためにいくつかの臨床試験が行われ治療成績の改善が見られています。わが国から発信したドーズ・デンスTC(一つの薬剤を分割投与する方法)や、がんを兵糧攻めにする血管新生阻害剤も使われています。

また、卵巣がんは再発が多いために、再発に対する治療も重要です。近年では再発がんに対して先に述べた血管新生阻害剤の有効性が認められました。そして、PARP阻害剤という新しい分子標的薬が再発卵巣がんの高い効果があることがわかり、今年から使用できるようになりました。さらに、本原先生の研究から開発された免疫チェックポイント阻害剤も、卵巣がんの臨床試験を終えましたし、他の新薬による併用療法も急ピッチで進んでいます。

今後のがん治療は、患者さん各人の遺伝子変異に応じた薬を選ぶ時代になるでしょう。卵巣がん治療も、拡大手術はより浸透し、新薬の開発も一層進むはずですが、何よりも、まずは卵巣がんの検診法、早期発見法を確立することが急務であると考えています。