

平成18年12月2日に開催した第4回市民公開講座「肺がんに打ち勝つために」に多数お越しくさきありがとうございます。

皆さまから寄せられたご質問にお答えいたします。どうぞご参照くださいませ。

今日の肺がんについては原発性を中心とされているが、原発性についてはあらゆるところのセミナーで講演されており、私は再発性、転移性が知りたいのですが。

原発性肺がん(最初にがんが肺にできる)の治療後の再発、また転移に関しては、セミナーの中で手術後の再発率あるいは、治療法として化学療法、放射線治療など話に含まれておりますので、ご質問の趣旨を他の臓器のがんからの転移性肺がんのことについてお知りになりたいと解釈してお答えします。

肺は、全身の血液が通る臓器であることもあり、全身のいろいろながんの転移がおこりやすいところです。たとえば大腸がん、乳がん、胃がん、肝臓がん、骨肉腫等々肺に転移を起こす悪性腫瘍はたくさんあります。基本的には、肺に転移をおこす段階ではそれぞれのがんの病期でもっとも進んだIV期の段階になります。全身にがんがめぐっている状態と考えます。この場合、がんの治療としては全身化学療法が中心となりますが、もとのがんによって使用する抗がん剤の種類が変わってきます。たとえば乳がんが肺に転移した場合、乳がんの細胞が肺に飛んで言って増殖しているわけですから、乳がん細胞に効果のある抗がん剤を使うわけで、決して今回お話した原発性肺がんに対する抗がん剤を使うわけではありません。

また、たとえば同じ転移でも数の少ない大腸がんの転移なら手術したほうがよかったり、同じ数でも乳がんの転移なら抗がん剤やホルモン治療がよかったり、もとのがんの種類により治療法がさまざまです。これを転移性肺がんとしてひとくくりにお話するのは非常に複雑になり困難です。むしろもとのがんの一環としてお話を聞かれるほうが良いと思います。たとえば、大腸がんで肺転移がある場合大腸がんの治療の一環としてどのようにするかなど。それぞれの臓器のがんの専門家が中心に携わるのです。逆にたとえば原発性肺がんが肝臓に転移をおこした場合でも、使用する抗がん剤は原発性肺がんの抗がん剤であり肝臓がんの抗がん剤ではありませんので、肺がんの専門家が治療に当たるのです。

→肺がんのページはこちら

ステージ1B,2B,3B,4Bと早期発見治癒率と他への転移の問題。これに伴う死亡率が最大限にある。

質問に対し何をご回答するのが難しいのですが、まず、肺がんに関して早期発見と言えるのは、ステージ1Aのみと思われます。腫瘍が3cm以下でリンパ節を含め転移がない状態がステージ1Aです。しかし、残念なことにこのステージ1Aでも5年生存率は70-80%です。要するに、早期発見が仮にできてもその10人に2-3人は、助からないのが肺がんの現状です。日本より欧米のほうがさらに悪いデータです。

→肺がんのページはこちら

手術にて早期とされているのに何故5年生存率が50%なのか。何故早い時期に他への転移が見つからないのか。

まず手術の生存率が50%であるのは、早期のがんの手術の方だけの結果ではなくⅡ期、Ⅲ期の方の手術

も含めた全体の結果です。早期がんと考えられる I A期の方に限ると70—80%です。

次に早期の転移診断についてのご質問ですが、手術前には、他の部位への転移がないかどうか全身の検査をします。手術で切除できない範囲(特に骨、脳などの遠隔転移)がある場合は、IV期になり抗がん剤の治療が中心となり手術の適応とはなりません。検査を行ったうえで転移が他に検出できない場合に手術を行います。

新しい検査であるPETスキャンなどを含め検査を行っても検出できない転移、たとえ細胞レベルで転移が既にあってもそれ以上は検出できません。これは現在の医療の限界と思われます。細胞のレベルで転移が検出できれば、手術の適応となる人が減少し手術の後に再発される方の頻度は減少すると思われますが、手術療法以外の治療も含めた肺がん全体の治療成績の向上につながるかどうかは疑問です。要するに現段階では、現在の検査で発見できる範囲以上に早く転移が見つけられても治療成績(予後)は変わらないと思われます。

[→肺がんのページはこちら](#)

腫瘍マーカーの信憑性はいかがでしょうか。

一般の方が腫瘍マーカーに期待することは、血液検査である腫瘍マーカーが正常であったら100%に近く大丈夫ということだろうと思われます。しかし、肺がんの場合、現実にはそうは行きません。どんなに進行しても腫瘍マーカーが異常を示さないタイプのがんもたくさんあります。逆に、腫瘍マーカーが少々上昇していてもがんが無い方もおられます。

腫瘍マーカーの意味合いは、個々の患者さん別に考える必要があります。腫瘍マーカーがかなり高い場合、また、治療により低下した腫瘍マーカーが再度上昇してきた場合、腫瘍マーカーが右肩上がりに上昇している場合などは、がんが存在したり、再発していることを強く疑います。しかし、腫瘍マーカーだけではがんの存在診断や再発確定の診断にはなりません。CTや組織検査などと組み合わせて診断します。

[→肺がんのページはこちら](#)

抗がん剤予防的投与の信憑性はいかがでしょうか。

講演の中でもお話いたしました。病期 I B期の腺癌では、日本のデータでUFTという内服薬を2年間飲むと再発率が5%ほど低下すること、海外のデータで1B～ⅢA期でシスプラチンとビンレルビンを投与すると再発率が10%ほど低下するという結果が発表されています。この二つに関しては世界的に信憑性があるとされています。そのほかは良いか悪いかまだわかりません。

[→肺がんのページはこちら](#)

がんの再発はどのような症状が現れますか。

再発する部位によって違います。脳に転移再発すると、頭痛、めまい、吐き気、意識障害などの脳障害の症状、肺に再発すると呼吸困難、咳、血痰など、肝臓に再発すると食欲不振、黄疸、骨だと疼痛、骨折など再発する部位でさまざまです。決して痛みだけではありません。

[→肺がんのページはこちら](#)

腫瘍マーカーが5以下という数値を聞かされています。以下であれば大丈夫というように先生から言われていますが。

3つ前の質問でお答えしましたように腫瘍マーカーはあくまで補助的診断ですので個々の患者さんでその有用性が違ってきます。貴方の主治医の先生は、他の検査も含め総合的に判断し貴方の場合は腫瘍マーカーが低い状態である現在は大丈夫と判断されていると思います。

→肺がんのページはこちら

なぜ非小細胞肺がんはI期から抗がん剤の適応ではないのか。

残念ながら抗がん剤だけで肺がんが完全治癒することは、非常に少ないのが現状です。しかしI期の場合、手術をして完全治癒する人が60%以上います。I期の方が抗がん剤の適応でないことはありませんが、治癒確率が高いのは今のところ手術と思われます。

→肺がんのページはこちら

術後の日常生活への影響について具体的な説明をお願いします。

もともとの肺機能(肺活量など)と肺の切除範囲によって大きく異なります。肺の切除範囲は主にかんのがんの進行具合によって変わってきます。腫瘍とその周囲だけを切除する部分切除では、呼吸器にはほとんど影響はなく手術前と変わらないことがほとんどです。肺がん標準術式である肺葉切除では、ある程度肺活量が減少するので程度の差はあれ、やや息切れしやすくなるなどの症状はあります。ただ、もともと正常な肺機能の方の場合は、日常生活に関しては影響がないことがほとんどです。肺葉切除後も仕事をされておられる方も多くいます。ただ、もともと肺機能が悪い場合などは、活動範囲が減少したり、酸素が必要になったりすることもあります。片肺全摘を行った場合は、手術前と比べるとかなり生活が制限されることが多くなります。手術後に合併症がおこり後遺症が残った場合はこの限りではありません。その他の症状として、痛みは、ほとんどの場合は数ヶ月後には感じなくなりますが、鈍痛が長く残る場合もあります。咳は、正常でも2-3ヶ月続くことがあります。

→肺がんのページはこちら

再発する50%の方は手術しなくても予後は同じなのですか。

大変難しい質問です。手術して再発しない人は、手術をしたほうが良かったと思われそうですが手術前に再発する人と再発しない人の区別はできません。よって手術をした後再発する人だけを選んで、手術を行った場合と、手術をせず抗がん剤や放射線治療を行った場合を比較することは、現実問題としては不可能なので答えはわかりません。印象でお話しますと、手術後1年以内に再発する方の場合は、手術をしてもしなくても同じ結果になる場合が多いような気がします。手術後3-4年以上たって再発される患者さんは、たとえ再発するとしても手術をしたほうが予後は良いのではないかと思われそうですが、あくまで推察に過ぎません。

[→肺がんのページはこちら](#)

近藤先生の説では、肺がんについては放射線以外の治療、がんと闘うなど言われていた。切除、抗がん剤は全く無駄であるという話だったと記憶しています。今もその説が頭の隅にあり切除、抗がん剤に対する否定的な意識がなくなりません。当時から進歩し変わってきたと考えるとよいものですか。

肺がん全体に当てはまるのではなく、ある特定の種類あるいは時期(病期、進行度)の場合に限っての説のようです。がんの種類、時期および患者さんの状態によって手術、化学療法、放射線治療など、どの治療が最良であるか選択されています。手術適応の場合は、しないより根治的切除をしたほうが予後が良い(生存率が良い)ことはわかっていますし、抗がん剤に関しても治療しないあるいは、放射線のみ治療と比較する臨床試験が数多く行われており予後を改善したり、症状の発症を遅らせたりする効果があることは、科学的に証明されています。肺がんに対する手術や抗がん剤治療が全く否定的と考えるのは間違いと思われる。

[→肺がんのページはこちら](#)

肺移植の現状は？片肺が異常な場合全摘はできないでしょうか。

現在のところ肺がんに対する肺移植は、適応となっていません。その他に治療法のない慢性肺疾患が肺移植の適応となっています。肺がんを完全に切除するために片肺全摘が必要であり、呼吸機能を含め体力的に片肺全摘が可能と判断され、患者さんが手術により起こりうる可能性のある合併症をご了承されたうえでご希望された場合は、片肺全摘を行うことはあります。

[→肺がんのページはこちら](#)

健診の際にヘリカルCT検査をお願いすることはできますか？又、費用はどのくらいでしょうか。

当院の人間ドックではご希望の方にオプションとしてヘリカルCT検査を受けていただくことができます。費用は10,500円です。岡山市の健診の場合はオプションとしてヘリカルCT検査がございませんので、当院内科を受診していただき医師に相談してください。

[→健診センターのページはこちら](#)

平成11年に子宮がんになり今年3月に肺がんを発症。この肺がんは転移によるものか、原発なのかどのように考えればよいでしょうか？

一般的に子宮頸がんの場合、手術後5年間はフォローアップが必要です。それ以降の転移は比較的起こりにくいと考えられています。

子宮頸がんの状態がはっきりしませんのでお話は推測となりますが、6年経っていきなり肺に病気になるのは通常の子宮頸がんでは考えにくいのではないかと考えられます。

子宮頸がんの場合、最初に骨盤内に再発することが多く、肺に病気が見られる場合は骨盤に既に病気がある場合が多いと考えられます。今回のお話では肺に起こった病気の為、子宮頸がんとは別の病気と考えるのが自然ではないでしょうか。しかし、我々も6年経過しても再発を起こした子宮頸がん症例を経験しておりますので、かかりつけの先生とよくご相談されることが必要と思います。

→子宮がんのページはこちら

本人にがんの「告知」をしていないためうつ症状があったり、物がなくなったと家族にあたりちらすことがあります。どのような声かけ、見守りをしていけば良いのでしょうか。

がんになることは、人生そのものを大きく揺るがす出来事だと言えます。その患者さんを抱えるご家族にとっても、患者さんと同様に大きな出来事です。がんの告知がされていない場合、必然的にご本人へは病状の説明が詳しくされていないことが多く、患者さんの病状に対する不安・恐怖は大きいと思います。そして、その患者さんと一緒に過ごされているご家族も同様に不安や葛藤をお持ちになっていることでしょう。患者さんに事実を伝えることで、ご家族も病名や病状に関する話題を避けるようになってはいないでしょうか。そのことで患者さんは、孤独を感じ不安がより強くなり本当のつらい気持ちを言い出しにくくなってしまいます。例え言葉を交わさなくても、表情や態度から嘘が伝わってしまい、それを隠すために更に嘘をつかなければならない状態になり、ご家族も辛い状況に陥ることが多いようです。

2003年の報告では、がんも含めた難治性の疾患に罹患した場合、絶対に知りたくないと回答した人は2.5%ときわめて少数で、76.7%の人はたとえ治癒の望みがなくても事実を知りたいと回答しています。患者さんに事実を伝えることで、患者さんは自分の身体に起こっていることが納得でき現実をみつめたうえで目標を設定することができるようになると思います。今後のことについてご家族とも本音で話ができ、患者さんとご家族が同じ方向に向かってともに歩いて行こう、支えあっていこうという意識を持つことができるでしょう。つらい状況を乗り越えるには一緒に頑張れる支援者が必要です。患者さんにとってご家族は大きな支えになるでしょう。

現在まだ告知をしていない場合でも、途中から告知をすることは可能です。患者さんが病名・病状についてのどの程度知りたいのか、がんだという病気は知っても余命などの詳しい状況は知りたくないなど、患者さんの思いに添って話し合っていくことがよいでしょう。また、どうしても事実を告げることは難しいと感じるのであれば、「がんではない」「治る病気」と断言せず正直な対応に心がけると良いのではないのでしょうか。

→がん相談窓口はこちら

ラジオ波凝固療法について。

肺腫瘍に対するラジオ波凝固療法について説明させていただきます。

【適応】

- ・原則として、肺以外の臓器に病変のないことが前提になります。
- ・病変の大きさとしては2cm程度までが望ましいです。
- ・病変は小さいのに、肺の予備機能が不良な場合に有用な場合があります。
- ・抗がん剤治療や放射線療法で一個だけ反応しない病変が残存したような場合に有用な場合があります。
- ・手術と組み合わせて行うことも有用な場合があります。

以上のような条件や体力的な面、併用療法などを鑑みて総合的に適応を決めます。縦隔リンパ節の腫大

がある場合は原則として適応外です。

【費用】

保険適応になっていないので、原則、自費診療になります。目安として1回の入院で約30万円程度になります。

→放射線科のページはこちら

親・兄弟に肺がんがあるとリスクが2倍になると聞いたが、両親とも肺がんの時のリスクはどのくらいになるのでしょうか。

一般に家族に肺がんの既往がある方の肺がんのリスクは、メタアナリシスという方法(多くの研究をまとめたもの)で1.8倍と言われています。非喫煙者では1.5倍です。最近の日本で行われた研究では、2倍という調査結果(厚生労働省研究班「多目的コホート研究(JPHC研究)」)が得られています。両親とも肺がんの時も片親の時も、兄弟の時も含めた調査ですので、それをまとめて、2倍と言うことです。

問題は、間接喫煙の影響が十分に除外できていないと点があることです。家族歴をいわずらにこわがることはなく、現時点で肺がんの予防に最も有効な「禁煙」を家族皆ですることが大事です。肺がん予防のためには、たばこを現在吸っている人は1日も早く禁煙すること、吸っていない人は喫煙し始めないのももちろん、他人のたばこの煙を避けることが大切です。

気管支喘息患者の場合、肺がんになるリスクは普通より高くなるのでしょうか。

結核、肺気腫、慢性気管支炎、喘息などの呼吸器疾患の既往が肺がんのリスクを高める可能性があるということが報告されています。しかし、一般的にはまだ認められているとは言い難い状況です。一方、環境省の調査では、間接喫煙がある場合の子どもさんは気管支喘息の有病率が1.4倍になり(大気汚染物質は関係なし)、家族からの間接喫煙がある人は成人期の喘息発症が5倍になるとの報告があります(岡山大学)。喫煙が気管支喘息の発症の危険因子であるとの報告が目立ちます。

タバコ以外で肺がんの原因になるものは。

アスベスト、クロム、ニッケル、ラドン、ディーゼル排ガスの浮遊粒子状物質の粒子などです。アスベスト、クロム、ニッケルは職業性の肺がんの原因とされています。ただ、アスベストは胸膜中皮腫の最大の原因ですが、肺がんに関しては、非喫煙者でアスベストに曝露されない人を1とすると、非喫煙者で、アスベスト作業に従事している人が肺がんになる確率が1.4、喫煙者で、アスベスト作業に従事している人が肺がんになる確率17.0という調査があり、タバコの方が圧倒的に悪さをします。ディーゼル排ガスや工場排気などの大気汚染は、先進国では、肺がんの原因の5%未満程度であると推測されています。

がんは遺伝するのでしょうか。

がんそのものは遺伝しません。がんになりやすい体質は遺伝する可能性があります。有名なものとして、乳がん、大腸がん、前立腺がんの一部に認められます。

肺がんに関しては明らかな遺伝はありませんが、タバコの中の発がん物質を体に取り込んだときに、より悪いものに変化させる酵素の個人差と、解毒する酵素の個人差が遺伝子によって決まっていることが分かっています。それが原因で、同じようにタバコを吸っても肺がんになりやすい人となりにくい人が決まってくると言われています。

しかし、タバコに代表される発がん物質を体に取り込まなければ、そのような体質自体も関係ないわけです。

また、現在日本人の1/3はがんで死亡します。家族が6人いたら平均2人はがんで死亡されるわけで、家族の誰かが、がんだからといって、遺伝と言うわけではありません。

がんとは何か。かからないためにタバコ以外何をすれば良いのか。

難しい質問です。がんとは、タバコに代表される発がん物質を吸い込むか、食物として取り込むことなどで、遺伝子が傷つき、身体の制御を越えて、勝手に増えるようになったものと言え良いでしょうか。かからないようにするには、肺がんに関しては、タバコ以外には、アスベストを吸い込まないようにする、空気のきれいな所に住む、野菜・果物を多くとるようにする、などが考えられます。

私の隣のご主人とその息子さんは、お二人とも肺がんで死亡されました。ご主人の方はヘビースモーカーで、理解できましたが、息子さんの方は、喫煙の習慣もなく、今もって、不思議に思っています。是非、分かり易く説明してください。

男性の肺がんの70%はご自身が吸うタバコが原因です。しかし、それ以外の原因も30%あるわけです(しかし、その30%の中には間接喫煙も含まれています)。

すべてがご自身の喫煙で説明できるわけではないのです。その他の原因の最大のものは間接喫煙とは言われてはいますが、他の発がん物質の体内への取り込みも考えられます。原因が分からないこともあります。

タバコをよく吸っていました。80歳男性。去年は異常がなかったのですが、今年は異常が見つかりました。本人がびっくりして急にタバコをやめました。精密検査の結果、がんかもしれない。もう一度一ヶ月後にCTをとってみたいになっています。タバコはやめた方が良いでしょうか。

絶対に止めてください。仮にがんでなかったとしても、吸い続けることで、今後肺がんができる可能性が高くなります。また、がんだった場合、手術ができるならば、タバコを吸った状態で手術をすると手術後の合併症が多く、そのために命を落とす可能性が高くなります。手術の一ヶ月前には少なくとも禁煙をしておきたいものです。

人間の身体に悪いのであれば、(タバコの)自動販売機など設置せず、作ることを禁止すれば良いと思います。

そのとおりに思われます。国が何もいつも正しいことをしている訳ではないのです。税金の点、その他政治的な色々な事情があり(書きたくても差し障りがあり、書けません。)できないでいます。未成年者の喫煙防止のためにも自動販売機をぜひ廃止していただきたいです。

79歳女性(母)です。

現在3期と診断されています。右肺下部に5cmの腫瘍が有り、リンパ節2カ所に転移しております。本人は抗がん剤を受けたくないと言っております。

最適な治療法はありますか。さらに効果は。

若い人であれば一番効果があるのは、放射線と抗がん剤の併用療法です。

しかし、ご高齢であり、体力を考え、放射線治療のみが一般的です。肺機能が悪い場合などは、抗がん剤の単剤治療も考えられますが、いずれにせよ、ご本人の全身状態と合併症で決まりますので、ここではっきりとしたことは申せません。

腫瘍マーカーのCEAとシフラの違いを教えてください。

CEAは結腸・直腸がん、転移性肝がん、膵・胆道・肺がん、胃がんなどで上昇します。肺がんでは組織型を問わず、上昇することがあります。

シフラは肺がん、食道がん、胃がん、結腸・直腸がん、卵巣がん、肝がん、子宮がんで上昇することがありますが、肺がんでは特に扁平上皮がんの上昇します。腺がんでも上昇することがあります。

肺の異常陰影が1cmくらいあります。検査方法は、いろいろ検査をしましたが、いまだにわかっていません。

検査方法は気管支鏡、CTガイド下肺生検、PET-CT等があります。1cmではなかなか診断がつかないことも多く、経過をCTで追うことも多いです。

健康診断で肺がんかもしれないといわれ、本当に肺がんかどうか詳しい検査をして調べる場合、「ものすごくしんどい」とききましたが、どのようなことを検査するのでしょうか。ほんとうにどのくらい大変なのでしょう。ちなみに81歳女性です。

気管支鏡というものをします。胃カメラと同じようなファイバーを使って、のどから気管支を通して肺の中に入って検査をします。組織をかじったり(生検)こすったり(ブラシ)、洗浄したりします。痛くはないのですが、咳が出た場合はしんどいことがあります。人によって楽にできる人と、しんどい人がおられますが、年齢は

80代でもできます。

少し白い影があるが、CT検診でも分からないので、気管支内視鏡を受ければ良く分かるのか。

気管支内視鏡はレントゲンの透視をみながら行います。透視に映らないほど淡い影や、小さいものは検査をしても目的の場所が分からず、うまく組織が取れないことがあります。そのような場合、CTで経過をみたり、PET-CTをしたりすることがあります。

ニコチンパッチは保険が適応されますか。

適応はありますが、医療機関によってできるところとできない所があります。当院では金曜日の禁煙外来でできます。保険でできる病院・医院のリストはインターネットの<http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>に記載があります。