

第23回 (第22回しまうまサークル@関西5周年記念講演会午前の部医療講演) の報告書

2017年10月1日(日)しまうまサークル@関西5周年記念講演会「NET 膵臓・肺 最新医療講演会と金子稚子氏からのメッセージ」が開かれました。午前の部では「NET 膵臓・肺 最新医療講演会」が開かれました。

これは、午前の部の医療講演会の報告書です。上本伸二先生と伊達洋至先生がそれぞれ講演された後、会場で先生への質問を集めて、お答えいただきました。

日時：2017年10月1日(日)9:50 から 16:20

場所：京都商工会議所 3階講堂

午前の部 NET 膵臓・肺 最新医療講演 10:00~12:00

京都大学附属病院 肝胆膵・移植外科 上本伸二教授

テーマ「我が国の NET の登録状況と最新の膵 NET 治療について」

京都大学病院 呼吸器外科 伊達洋至教授

テーマ「肺 NET とは？」

京都大学附属病院 肝胆膵・移植外科 上本伸二教授

テーマ「我が国の NET の登録状況と最新の膵 NET 治療について」

🌸 ご自分の自己紹介では、日本神経内分泌腫瘍研究会の理事長で、日本の NET の登録事業を今村正之先生から受け継がれ2年になられる。

🌸 NET はゆっくり進行する治療過程の長い人(例をアップルのスティーブ・ジョブズ氏)と 速く進行する人(例に、金子哲雄氏)をあげられ、学問的に悪性腫瘍ということを理解する。

🌸 NET は全身の上皮系から発生し、様々な部位に出来る希少がん。肺と消化器(直腸・膵)で大部分を占めている。

🌸 先生の話は消化管と肝臓とすい臓の話 アメリカのデータから悪性腫瘍なので、早くわかって外科的な治療を受けられた人の生存率はかなり良い。1973年から2003年までのデータから、患者数が上がってきている。

🌸 ここで先生がしておられる NET 登録事業の話。登録事業は日本よりも欧米で進んでいる。

🌸 日本では、がん対策基本法(2006.6)ができて、早く見つけて適切な治療をする。その中で核となるのが登録事業。登録事業はこれまでなかなか進まなかった。2016.1からやっと全国がん登録ができるようになった。病院から都道府県に行って国(国立がん研究センター)で一元管理される。登録の難しさは、患者がダブって登録されないようにすること。登録を進めていかないと医療の本当の姿が見えない。

🌸 日本国民1億2700万人毎年100万人が亡くなり、がんで死ぬ人は30万人を超えている。多く亡くなっているのが肺がん、胃がん、大腸がん、肝臓がん、の順。5年後に生存している人が多いのは前立腺癌。少ないのは膵臓癌

🌸 NET の疫学、九州大学の伊藤鉄英先生が2005,2010に全国病院に膵臓と消化管(肺は入っていない)についてアンケート調査。2005と2010を比べると10万人当たり膵3人、消化管5人と少ない。消化管が増えている。消化管で一番多いのが、直腸。これは大腸がんの検診によって、調べたら NET だったということが多い。(内視鏡の研究・内視鏡の治療の進歩で増えている)

NET は一般がんの5%以下位の発症。

🌸日本と外国の違い(肺は除いての消化管・膵臓の話になります)大腸は同じ、膵臓は日本が多い、小腸は欧米が多い

🌸悪性腫瘍の場合は遠隔転移がある。腫瘍とは増殖を行う細胞の塊で良性と悪性に分けられる。転移すると治療が難しくなる。

🌸欧米では発見時転移しているのは42%、日本では20%。欧米では小腸NETが多い日本では少ない。欧米では小腸NETが多い。(胃から十二指腸までは胃カメラで、大腸は大腸カメラで調べられるが、小腸の検査は難しい)

🌸登録の状況 上本伸二先生が前任の今村正之先生から研究会の理事を受けつがれた。事務局は京大の外科にある。全国308施設が入会している。発生頻度が低いのでNETを扱っている病院が主になっている。研究会は学術集会を年1回開いている

2013 第1回 京都大学 上本伸二(肝胆膵・移植外科)でスタート

2014 第2回 東京大学 国土典宏(肝胆膵外科、人工臓器移植外科)

2015 第3回 東北大学 笹野公伸(病理診断学)

2016 第4回 国がん 奥坂拓志(肝胆膵内科)

2017 第5回 東北大学 海野倫明(消化器外科)NETに対する集学的アプローチ

2018 第6回 京都大学予定

今年は5回目「NETに対する集学的アプローチ」やっと集学的治療にこぎつけてきた「集学的」とはいろんな治療を組み合わせる1番良い治療をどうやって行くか(外科的治療、内科的治療、放射線治療など)

登録は新しい患者さんを登録2014~2024(10年間)

登録業務は神戸市にある臨床研究情報センター(TRI)2015年より始まり今年で3000名を超える。

何のためにするのか、登録から正確なデータを次の人に使うため。患者の生存率、膵NETの発見されたときの形、肝臓に転移した患者さんに外科的手術をして良いか悪いか現在正確なデータがない。この登録データから解析していく。解析によって本当に正しい治療かどうか。登録からわかることが「診療ガイドライン」に反映される。2015年NETの診療ガイドラインを作った。

🌸診療ガイドラインはNETの新しい診断とか薬、WHOの新しい分類等でガイドラインを変えていく。

🌸NETの初発症状は特徴的なものがないので、診断が難しい。NETを頭に入れないと医者でも難しい。症状がなくて発見される方が半数。初診は消化器内科

🌸神経内分泌だからいろんなホルモンをだす。一番多いホルモンはインスリンを産生する腫瘍 インスリンがどんどん出てくると血糖が下がって意識障害を起こす。なかなか診断が難しい。馬を考えるとしまうまにはたどり着けない。

🌸NETの診断と治療には外科と消化器外科と消化器内科がメイン。

京大では「NETユニット」いろんな先生が週1回集まって診断と治療のディスカッションをしている。こういうのはNETだけに限らずに重要。内科、外科、放射線科、腫瘍内科、病理等が集まって一番良い治療は何だろうか考える。今は当たり前になっている。特にNETという診断・治療の難しい病気においては、ユニットは重要です。

🌸治療について、

原発巣が膵で遠隔転移がない場合、手術でとるのが一番確実で確かな治療。

遠隔転移がない消化管・大腸・直腸は手術でとるのが一番ベスト。膵臓について胃や大腸に比べて手術が難しいので専門の医師にかかるのが良い。膵臓もできる場所によって手術が違うので、専門のところへ行く。

遠隔転移のない膵臓の場合は手術治療をすれば良好な結果を期待できる。遠隔転移のある場合はほとんどの場合肝臓に来る。肝臓に転移があるかどうか さらに進行してくれば肝臓から肺や骨に転移する。

肝臓に転移した場合の治療は手術でとれるか、あるいは血管内治療(腫瘍を栄養している血管を詰めて腫瘍を兵糧攻めにします)

現在のガイドラインでは、肝臓に転移して、1つあるいは右にも左にもあるけれど、何とか取れそうなどときには手術するが、科学的なデータがあるのかと言われれば十分なデータはない。なぜそういうことを言うかというのと、例えば膵臓原発の NET で、腹腔鏡手術でとって転移の肝臓はラジオ波で焼き切った。これで OK かと思われるかもしれないが、また肝臓に出てきた。膵臓の NET が肝臓に転移した時には初めは取れたと思ってまた出てくることが非常に多い。初めは外科で手術していたが、この後は抗がん剤で治療となり内科の先生の出番で、エベロリムスという薬を使う。

肝臓に転移した場合の治療は、海外のデータですが、肝転移を切除した後に再発しない人は5年を過ぎるとほとんどいないということになる。患者にとっては厳しいことになっている。肝転移を起こす患者は外科的な治療だけでは完治するのは非常に難しい。肝転移に対する局所療法は今のところ手術で完全にとれるだろうという人に対して限定的にやっているが、それでも難しい状況にある。他の治療としては血管内治療。手術よりは少し優しい治療です。

肝臓に転移があった場合に手術をした場合と手術しないで血管内治療をした場合に、患者さんの予後がだいぶ違う。手術をした方が明らかに良かった。

膵臓の NET のホルモンをだす NET 機能性の NET ならば手術をした方がよい。ホルモンを出さない NET なら手術をしてもあまり変わらなかった。これは海外のデータですが、患者にとっては非常に有益なデータです。こういうものを NET 登録で出していった患者にとって何が必要な治療かということを導き出していく。

🌸薬の治療

今 NET に対しての薬は3種類。

1. ランレオチド、オクトレオチド 神経内分泌ですからホルモンを受け取るレセプターがある。このレセプターを利用した薬です。ランレオチド(ソマチチン)は2017年7月に膵・消化管で保険収載。腫瘍の受容体にくっついてそこで抗腫瘍効果を発揮する。オクトレオチド(サンドスタチン)と構造・活性はほぼ同等です。

サンドスタチンは昔からある薬。4週に1回注射する。実際患者に使って症状が悪くならない期間が長くなったが、生存期間だけを見るとなかなか厳しい。数年間は症状が出ないが最終的には腫瘍を完全になくすることはできないので、生存期間としてみるとあまり変わらない。患者は6・7年生きる。

2. 分子標的治療薬 エベロリムス(アフェニトール)、スニチニブ(スーテント)

○エベロリムス 2011.12 膵で保険収載。2016.8 消化管・肺追加承認 症状を抑える効果非常に強い腫瘍の増殖を抑える効果が高い。

○スニチニブ 2012.8 膵で保険収載。命を長らえる効果あり。最終結果はまだ出ていないが、生存期間の差がありそう。

3. 抗がん剤 ストレプトゾシン(ザノサー) 細胞の増殖を抑える。特に膵臓の NET に取り込まれやすい薬。

○ストレプトゾシン 膵の細胞の増殖を抑える。

薬をどう使うかは、腫瘍が進行していった状態による。

最近できたホルモンレセプターに使う薬は、腫瘍が小さくておとなしいときに使う。

一般的に少し大きくなってきたら最近出てきた分子標的薬エベロリムス、スニチニブを使う。

かなり腫瘍が大きくなってきたときにはストレプトゾシンあるいは一般的な抗がん剤を使う。(シスプラチン・5FU)

🌸「カルチノイド」という言葉

膵臓消化管の神経内分泌腫瘍では、「カルチノイド」という言葉はなくなりました。それは WHO の分類に従った。上本先生の話には「カルチノイド」という言葉が使われていません。次の伊達先生の話では「肺カルチノイ

ド」のお話です。

「カルチノイド」という言葉は英語で「がんもどき」がんなようなもの腫瘍なんだけれど非常におとなしい、遠隔転移を起こしにくいということでカルチノイド

🌀WHO の分類では膵と消化管の NET を 3 つに分けた。その根拠は「Ki67」 細胞の増殖能 誰が見てもわかる客観的なもの。組織が染まっている割合は何%あるかということでだれが見てもわかります。

Ki67 が 2%以下のものを NETG1 3%から 20%までのものを NETG2 20%以上のものを NEC に分類
NEC は進行が非常に早い 手術とか分子標的薬などはほとんど効かない。一般的な抗がん剤シスプラチンが有効です。患者の予後から分けた。膵・消化管の NET の場合は「カルチノイド」という言葉はなくなりました。

🌀NEC は患者にとってはつらく厳しいもの。NEC になると生存率はかなり厳しい。NEC も経過を見ると、本当に予後の悪いものとそうはいっても 10 年ぐらいは生きる 2 つのタイプに分かれる。これは細胞の形が非常に悪い低分化と高分化に分かれる。

🌀一番新しい WHO2017 の分類では、NETG1・G2 に G3 を入れて 4 つの分類に分ける。これは膵 NET のみ NETG3 を定義した。NETG1 NETG2 NETG3 は高分化 NECG3 は低分化

🌀NET で有名な愛知県がんセンター脇岡範先生は NETG3 と NECG3 では経過だけでなく治療に対する反応も違う。化学療法はシスプラチンとか 5FU とか抗がん剤はいいのだけれど、それ以外の治療はない。

🌀一番新しい薬として、ランレオチド(ソマチュリン)が承認された。サンドスタチンと構造・活性は程同等。前のサンドスタチンよりも良いというデータが出ている。海外のデータですが、経過観察よりも腫瘍の無増悪生存期間がずっと長くなった。

🌀日本ではやっと臨床試験が始まったところの PRRT。治療用に核医学放射線同位元素を使って放射線で治療をする PRRT というのが欧米では行われている。これは欧米のデータですが、生存率についてもこの治療の効果がよく出ている。日本では横浜市大で臨床試験が始まったところ第一相の副作用を見る(人間にとって薬が有害かどうか)副作用が大したことなければ、次は第 2 相試験へ。本当に効果があるかどうかを見る。なんでめんどくさいことをするかというと、科学的なデータを取らないと薬は使えない。

海外の試験 薬を使っている人と薬を使っていない人に分ける。患者には薬を使っているかどうかわからない。医師にもわからない状態です。なぜかという医療にはいろんなバイアスが入ってくる。私は効く薬を飲んでいからよくなるはずだと思っているだけでよくなる人もいる。これをプラセボ効果という。そういうものをすべて排除して、1 年ほど経過を見ると本当にこの薬は効くかどうかわかります。保険承認になっていく。こういうことを通さないと薬はできない。

🌀今後 NET に可能性のある薬 CAPTEM「カペシタビン(ゼローダ)とテモゾロミド(テモダール)併用療法」
薬物の種類としては、ストレプトゾシンと 5FU の親戚 無増悪生存率はそれほど変わりはないが奏効率では効果あり。悪性度の高い腫瘍 膵 NET に効きやすい傾向あり。

🌀治療の方法はいろいろあり。ゴールは症状緩和と長期生存 様々な治療法を駆使して NET と付き合っていく

京都大学病院 呼吸器外科 伊達洋至教授

テーマ「肺 NET とは？」

伊達洋至先生紹介

S34 生まれ 岡山県出身 米のワシントン大学やクリーブランドクリニックで臨床研究 3500 例の呼吸器外科手術 日本初呼吸器生体肺移植 2004 代表世話人 趣味のマラソンでは 3 時間を切る 現在京都大学大学院医学研究科呼吸外科学教授 日本神経内分泌腫瘍研究会の理事

🌀副題で「切ることを怖がらないで」最大のメッセージはもし手術を受けることができれば手術を受けてほしい

🌸 肺がんの話。「肺 NET とは」の話の前に肺がんというものがどういうものか話します。肺 NET について珍しい肺がんということになるのですが、肺がんの 5%未満が肺 NET です。

肺は左右に 1 つずつあり 右肺は上葉、中葉、下葉の 3 つに、左肺は上葉、下葉の 2 つに分かれている。

日本での死亡原因の第 1 位はがんで、その中の死亡原因の第 1 位が肺がんです。年間約 8 万人の人が肺がんで亡くなっています。どうして肺がんがこのように治りにくいかというと、見つかった時にすでに転移の或る人が多くいる非常に悪性度の高い腫瘍です。

肺は右肺、左肺 2 つあって右肺は上・中・下、左肺は上、下と 5 つの肺葉という単位でなっている。右肺は左肺より少し大きい。右肺 55%、左肺 45%になっている。

🌸 肺がんがどこにも転移してなくて肺の中にとどまっている状態の時、治療の原則は手術です。とるだけで 7 割、もっと小さながんであれば 8~9 割治すことができます。

🌸 発見が遅れるとリンパの流れによっては肺のリンパ節の方に転移してきます。がんは肺の外には転移していない状態です。これも肺の中にとどまっているので、手術が原則になります。ただしリンパ管の中にすでに入っているで治る確率は 50%前後になります。

🌸 さらに発見が遅れると、肺から漏れ出てしまいます。肺と肺の間には縦隔という部分があり、そのリンパ節に転移したものが 3 期肺がん、肺の外に出ているので原則手術だけでは治らない。治療の中心は放射線や抗がん剤になる。これに手術を加えることになる。治る確率は 2 割前後。

🌸 さらに発見が遅れると血液にのって転移する。頭・肝臓・骨に転移すると 4 期の肺がん。こうなると手術はしない。抗がん剤治療が中心となる。ここまで来ると治ることは極めてまれ。

🌸 このように 1 期 2 期 3 期 4 期と早期がんから進行がんに進んでいくと早期は外科が主に役立つが、だんだん進行していくと抗がん剤や放射線治療になる。1 期から 4 期までの生存率、手術後の成績は明らかに違う。したがって肺がんというのは早期に見つかれば、手術が最も良い治療で治る可能性も高い。早期に見つかればということで、症状が出る前に見つけて検診を受ける。症状が出た時には 3 期 4 期なので症状が出る前に見つけてそれを手術するのが重要。

🌸 肺がんの手術とはどういうものか

右の肺の上のがんができた。赤い丸 3 つがリンパ節 がんの手術でとるのは肺葉を袋ごとにとってリンパ節をきれいにとってくる。郭清というのですけれど、がんの治療の基本になります。肺は再生しない臓器でとってしまえば元には戻らない。肺活量が下がってきます。

もっと小さながんが発見されると、中には袋ごととらずに一部分とることもある。さらにもっと小さなものでは、くり抜くだけでがんが治る。当然機能も落ちないし患者にとっては楽。実際には肺の付け根に大きながんが見つかる場合もある。こうなると肺を全部取らなければならない。右の肺は左の肺より大きいので、患者にとってはかなりしんどいケースです。

🌸 どうやって手術をしているか

1. 開胸手術 まず胸を開いてする開胸手術、昔ながらの手術法です。
2. 胸腔鏡手術 カメラを使った胸腔鏡手術
3. ロボット支援手術 ロボットを使った手術 人間がロボットの力を借りてする、(ダウインチロボット支援手術)

実際に手術のビデオを見せます。

1. 開胸手術 患者のそばに手術する人が立って、胸の中を実際に見ながらする手術、全身麻酔をかけて、背中を切るときが多い。肋骨は取らないけど、肋骨があると胸が開かないので、1 本切る必要がある。肺がんの手術は平均 2~3 時間。傷が治って退院するまでは 2 週間ぐらい。

この患者さんは発見が遅く、肺がんが肋骨までかかっている。したがって肋骨も一緒にとった患者さんです。

肋骨を 3 本とって今肋間神経痛です。肋骨と肺を一緒にとりがんは治ったわけですが、患者さんにとっては

負担の大きい痛みも当然あります。

2. 胸腔鏡手術はカメラを使った手術です。手術風景、患者さんが真ん中に寝ていて、手術する人は横に立っている。よく見たらだれも患者の方を見ていない。胸の中に入れたカメラをテレビに映し出してそのテレビを見ながら手術する。小さい傷を3つほどつけて、肋骨は切りません。肋骨と肋骨の間からカメラを入れてやりますので、回復も早いですし、痛みもずい分少なくて済む。こんな小さな傷で、どうやって大きい肺を取り出すのか不思議に思われるかも、肺は空気が入っているときは大きい、空気を抜くと小さくなる。とりだす時には空気を抜いて小さくしてから、バックを入れて、小さい口から取り出します。

実際に胸腔鏡手術をしているところ、小さい穴から肋骨と肋骨の間からカメラを入れている。黒く見えるのはリンパ節。こんな感じでテレビを見ながら、手術を進めていく。

3. ロボット支援手術 最近出てきたのがロボットを使った手術。京都大学では、2011年から始めています。今までに60名の人が受けられた。操縦室みたいなところで真ん中にのぞくところがあり、手術する人は、その画面を見てする。真ん中にあるのが、ロボットで手術代です。ロボットは患者さんの中にロボットの手が入って、手術する人は少し離れた操縦室からロボットの手を動かして手術する。なんでこんなにややこしいことをするかというロボットの手術する人ののぞき込むところの目が2つあり、奥行きが分かる。ロボット手術は奥行きがあるので、立体感のある細かい手術ができる。胸腔鏡手術だと関節のない長い棒で、手術するので手術がやりにくい部分もあるが、ロボット手術だとタコの手のように自由に動く。もう一つの特徴はロボットを操縦する人が手先を3動かせば、ロボットは1ぐらいしか動かないので、すごく細かいことができる。

実際練習するのはどうかというと、みかんの皮をむく。みかんの繊維1本1本むくことから、それぐらい細かいことができる。

実際私が操縦室に座って中をのぞきながら手術をし、右側はロボットの手が、患者さんの中に入っている。手伝ってくれる先生が患者さんの横に座っている。

さらに小さい傷で手術することができる。ロボットの手が中に入ったままで血を送りませんので痛みがさらに小さいのではといわれている。

✿開胸手術・胸腔鏡手術は保険適用になっている。ロボット手術は前立腺と後一部にしか保険適用にはなっていない。したがって肺がんの手術をロボット手術でするなら200万円かかる。これが現時点での大きな障害になっている。

✿京大の肺がん手術は、カメラを使った腹腔鏡手術が85%、開腹手術が12%、ロボット手術が3%になっている。

✿肺がん・肺NETの患者さんは手術は怖いし、また元の生活に戻れるか。という疑問を持っている。AさんとBさん

Aさん 55歳、女性で2cmの肺がん、タバコを吸ったことのない人で、他の病気無

Bさん 80歳 男性で5cmの肺がん、タバコを吸ってきた高血圧、心筋梗塞、糖尿病あり

Aさんの肺がんの手術の危険度 0.5%未満 99.5%以上安全

Bさんの肺がんの手術の危険度 5%以上 手術の後に肺炎を起こしたり、呼吸器不全になったり、手術自体ではなく手術を乗り切る能力は患者さんの状態にゆだねられている。

✿私の趣味はマラソンです。私自身タバコを吸ったことがない。平素より健康的な生活を送っていることがもしがんになった時も重要である。

✿79歳の男性患者さん。手術後3日目ですがこんなに元気です。もともと健康的な生活を送っておられたから、こんなに回復するのだと思います。

✿肺がんの一種の「肺NETとは」どういうものか

全身に出来るNETのうち、肺に出来るNETは27%で、全身の中で一番肺にできやすい。

🌸 肺がんの病理分類いろんなものがある。一番多いのが腺がん、扁平上皮がん、大細胞がん、神経内分泌腫瘍など今日はその中の神経内分泌腫瘍というのを話します。肺がん全体の中の約 5% 弱。神経内分泌腫瘍の特徴は非常に悪性度の高いものから、おとなしいものまでいろんな腫瘍が混ざっています。

🌸 大きく分けると肺 NET は 3 つに分けられる。小細胞肺がん 大細胞神経内分泌がん カルチノイドの 3 つです。小細胞肺がんが一番悪性度が高い。次は大細胞神経内分泌がん、カルチノイドが一番おとなしい。

大細胞神経内分泌がんのことを略して「LCNEC」という。

🌸 京大で肺がんの 2538 例中 NET は 89 例の 3.5% (あくまでも手術をしたものを集めたもので、肺がん全体を表しているものではない) NET は非常に珍しい肺がんであると理解できる。NET の内訳は小細胞肺がん 36 例、LCNEC が 39 例、カルチノイドが 14 例

🌸 小細胞肺がんについて

悪性度の高いもので早期に転移をきたす。喫煙者が多く、肺の付け根に出来ることが多い。早期に転移するので、手術できる人はまれ。3 期 4 期で見つかることが多い。治療は抗がん剤 放射線治療。

例、亡くなった患者さんの肺の付け根に小細胞肺がんができて、リンパ節に転移している。頭に転移して亡くなった。小細胞という一つ一つのがんの大きさが小さくて血管の中とかリンパ管の中に入りやすい形をしている。進行小細胞肺がんの薬はシスプラチンとイリノテカンが標準的な化学療法。どれくらいの人が生存しているかというと 2 年たつと 2 割の人が残っている。50% の生存期間は約 1 年、約 10% の人が 5 年生きている。あくまでも平均余命が 1 年であっても治療がうまくいって 5 年間生きられる人が 10% いるので、治療をあきらめずに受けてほしい。

🌸 大細胞神経内分泌がん (LCNEC) について

特徴は小細胞肺がんに次いで悪性度が高い肺がん。男性に多く喫煙者に多い。術前に LCNEC と分かることがなく切ってからわかる。あとで免疫染色で見えますが、早期に見つかった場合は手術する。ただし進行がんは手術してもまた再発した場合は後の治療をどうするかわかっていない。おそらく抗がん剤が良いだろうといわれている。どんな細胞かというところな細胞です。小細胞肺がんよりも 1 個 1 個の細胞が大きくなります。これを大細胞神経内分泌がん (LCNEC) と病理の先生が診断する。その時に免疫染色するが、シナントフィジンとかクロモグラニンという神経内分泌腫瘍のマーカーで染めていく。茶色に染まっているので診断される。そういう物質が染まるのでこれは「LCNEC」と診断される。

* 全部が染まるわけではなく茶色になっているところとなっていないところがある。手術の前に一部とったところがたまたま茶色だったら LCNEC と診断されるが、そうでないところを取れば診断はつかない。

LCNEC の手術をした後そのままでいいのか抗がん剤を使ったらいいのかまだはっきりわかっていない。東邦大学の千代田先生によると手術の後にシスプラチン・エトポシドを予防的に投与すると、その手術だけよりかよいのですと発表されている。比較試験でもないし、数も少ないし、おそらく大細胞神経内分泌がんというのはかなり悪性度も高いので、手術でほっとくよりも抗がん剤を予防投与した方がよい。

🌸 カルチノイドについて

お腹の方ではカルチノイドはなくなったけれど、肺の方ではカルチノイドはある。定型カルチノイドと非定型カルチノイドに分かれる。悪性度が少し高いのは非定型カルチノイド。比較のおとなしいがんで、手術でとり切れば予後は良好です。特徴は気管の中に出来るのがしばしば、気管に出来る患者はせきをする。空気のとおり口をふさぐとぜんそく症状が出る。中には腫瘍の発見に時間がかかるとずっとぜんそくとして治療を受けていて発見される。おかしいということで気管支鏡で調べて初めてカルチノイドと診断がつく人もいる。

転移はまれで、定型カルチノイドで 5% 未満。非定型では 30% ぐらいになる。抗がん剤が有効かは不明。

肺カルチノイドの例を挙げられる。

京大でのカルチノイドの患者例 26 さん男性 発見は右の空気のパイプを詰まらせたので、その先の空気が入らなくて肺がしぼんだ人 気管支鏡をすると空気のパイプに腫瘍がありそれが蓋をした状態になっている。生検を

してとると定型カルチノイドということで手術する。PET を取るとそこが赤くなりそこがカルチノイド。この手術は 26 歳の若い男性で、とってしまおうと呼吸機能が落ちるのでできるだけ肺を残す手術をする。肺葉を残してこの人は元気に社会復帰した。

カルチノイド腫瘍でリンパ節転移のある場合この後抗がん剤を使用するかどうか研究がされている。LCNEC の場合には抗がん剤は使った方が良いのですが、カルチノイドの場合は逆に副作用ばかりで、残念ながら予後は改善しないという報告がある。現時点ではカルチノイドの場合には取り切れれば何もしないということになっている。

🌸 京大の肺 NET の術後成績 カルチノイド 14 例は誰も再発していない。次は LCNEC その次は小細胞肺がん 小細胞肺がんの人は手術することもないが、早期に見つかった方は手術するが予後の悪いがんです。

🌸 京大のデータ オールジャパンで肺 NET336 例集めた日本のデータ カルチノイドが予後が良く、LCNEC, 小細胞肺がんは生存率が低下していく。

🌸 進行した肺がんの新しい治療はなんですかということですが、肺 NET のデータは少ない。最近出てきたものでは、肺と胃腸はエベロリムスがいいと期待されている。

ニューヨークにあるメモリアルスローンがんセンターでソマトスタチンアナログのランレオチドの治験を今行っている。

🌸 日本ではオールジャパンの組織がありまして、小細胞肺がん LCNEC で完全に手術できた場合、術後の化学療法は何がいいかというと シスプラチン・エトポシドとシスプラチン・イリノテカンでおこなっている。

🌸 まとめますと

肺の NET はまれな肺がんの一種

悪性度の高いものから、低いものまで

小細胞肺がんは抗がん剤が基本です。

大細胞神経内分泌がん(LCNEC) は手術・抗がん剤

カルチノイドは手術が基本

手術しても予後がいいので手術できるといわれれば怖がることなく手術を受けてほしい