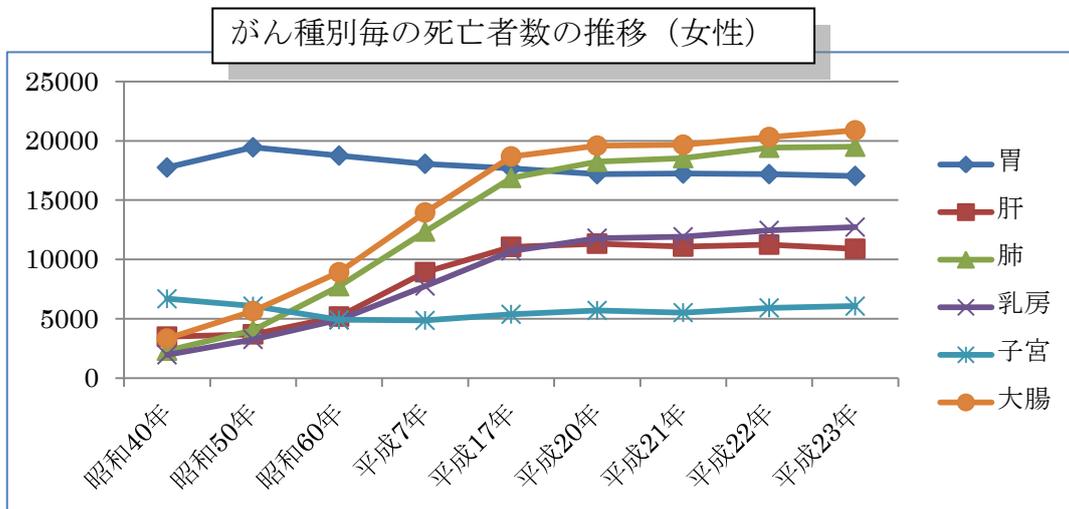
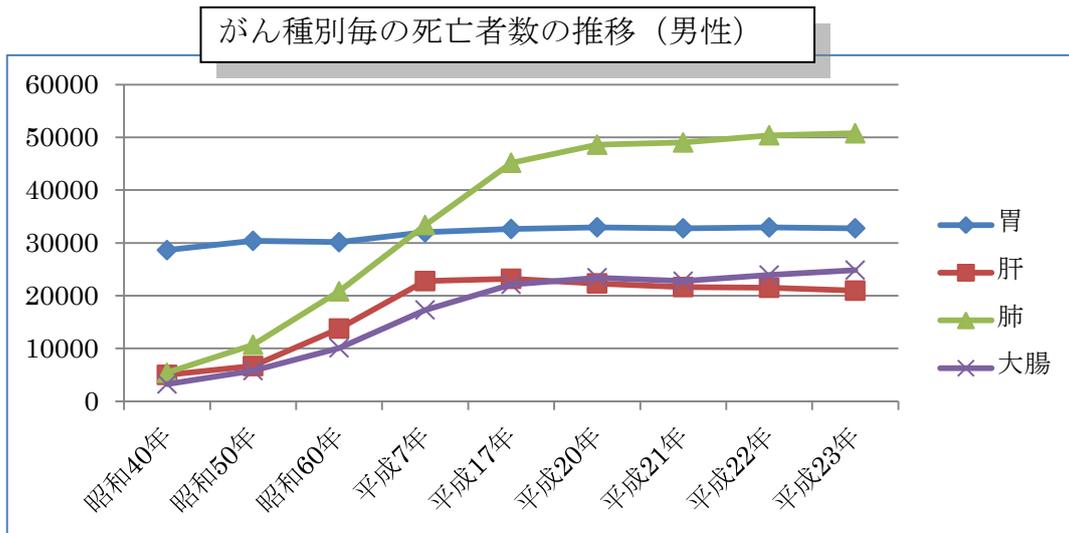


# 肺がん

平成23年、がんで35.7万人が亡くなっていますが、その内の約20%（約7万人）が肺がんです（平成10年以降、死亡順位1位）。

男性では、平成5年以降、胃がんを抜いて、死亡順位第1位となっています。

女性では、平成18年より、大腸がんにつき、第2位の状態です。



罹患者数も30年前の5倍（約10万人）となり、予後が悪く（5年生存率30~40%）、死亡率が高いのが、現状です。

2020年には、12万5千人が肺がんにかかると推定されています。

60歳—70歳代にピークがあり、男女比は約2.5：1です。肺がん発症数および罹患者率は増加傾向（高齢者ほど罹患者率上昇）を示し、日本人の高長寿齢化が要因の1つと考えられます。

## ・肺がんの危険因子

喫煙、受動喫煙（喫煙者の周囲で、副流煙を吸う）、アスベスト、ヒ素、ニッケル、放射線の曝露等が報告されていますが、主たる原因は、喫煙です。



喫煙習慣者の肺がん発生リスクは、非喫煙者の約4.5倍とされています。

喫煙指数（1日本数×喫煙年数）が400以上になると肺がん危険領域となります。600以上になると、肺がん発症の確率が非喫煙者の20倍との報告も見られます。

喫煙者に多い肺がんは、中枢気管支部に多い扁平上皮がんおよび小細胞がんです。近年、多い肺がんは、腺がん、肺がん全体の2/3を占めますが、その理由として、たばこのフィルターの性能が非常に良くなり、中枢部の太い気管支にたばこの煙が停留せず、フィルターをすり抜けた超微細な有害物質が末梢部に到達し、腺がんが増加してきたのではないかと考えられています。

受動喫煙者も、腺がんがほとんどです。

## ・分類

大別すると、小細胞肺がん（肺がん全体の10—15%）と非小細胞肺がん（85%）に分けられます。

さらに、非小細胞肺がんは、腺がん・扁平上皮がん・大細胞がん・腺扁平上皮がん

30年前は扁平上皮がん：腺がん：小細胞がんがそれぞれ1/3ずつでしたが、現在は肺がんの2/3が腺がんとなり、組織型が時代と共に大きく変わって来しました。

小細胞がんは、高齢者・男性に多く、ほとんどが喫煙者で、発生部位は中枢気管支部に多く、進行速度が速く、診断時にはリンパ節転移や遠隔転移（脳転移・骨転移等）しているものが多く、予後不良です。

このため、手術適応となるものが少なく、ほとんどが化学療法（抗がん剤）や放射線化学療法が適応となりますが、感受性が高いのが特徴です。

非小細胞がんのうち、扁平上皮がんは喫煙との関連が非常に大きく、発症部位も小細胞がんと同様、中枢気管支部に多い。

肺がんの中で、一番頻度の多い腺がんは、末梢部に多い。

一般に、発生部位・病期等により、手術も含めた集学的治療を行う。

## ・症状

1. 非特異的の症状 (全身倦怠感・体重減少・微熱・食欲不振等)
2. 原発層による症状 (呼吸困難・咳・痰・血痰・喀血・胸背部痛)
3. 隣接臓器への圧迫・浸潤による症状  
(嘔声・顔面や上肢の浮腫・発汗異常・眼瞼下垂)
4. 遠隔転移による症状  
(骨転移：骨痛、脳転移：頭痛・悪心・嘔吐・中枢神経障害)

## ・診断

1. 胸部単純X P
- 2. 胸部CT**
3. 胸部MRI
- 4. PET**
5. 骨シンチグラフィ、頭部CT・MRI、腹部CT・MRI (遠隔転移の検索)
6. 腫瘍マーカー (診断の補助として役立つ)
- 7. 喀痰細胞診等**

ありますが、早期発見には、2. 4. 7が有用です。

腫瘍マーカーも、早期ではほとんど上昇せず、診断的意義はありません。  
進行したがんや治療効果を判定するには、有効な指標となる場合もあります。

## ・治療

組織型により大きく異なって来ます。

小細胞がん ; 発育が早く、ほとんどが発見時には進行している場合が多い。  
手術や放射線療法などの局所治療は効果が期待できず、化学療法 (抗がん剤) が治療の中心となります。

非小細胞がん ; 扁平上皮がん・腺がん・大細胞がんなどがありますが、それぞれの病態・進行度 (病期)・全身状態・年齢等を考慮し、治療法が決定されます。

主な治療法には、

1. 外科治療 (手術)
2. 化学療法
3. 放射線療法
4. 分子標的療法

等がありますが、各々を組み合わせた集学的治療が一般的です。

### まとめ

いずれの悪性腫瘍でも同様ですが、まずは、その腫瘍の危険因子の排除を行い、症状が出る前に、検診にて早期発見し、その状況 (病期) に応じた治療をすることが肝要です。

肺がんの場合、1次予防として、もっとも重要なのは喫煙対策 (禁煙)、2次予防としては検診による早期発見です。