

「Face to Faceの会」たより

第37号 2018年8月 発行：大阪市立大学病院「Face to Faceの会」 文責：柴田 利彦（世話人代表） 連絡先：06-6645-2857 患者支援課

ミニレクチャー

呼吸器内科疾患の最新治療 ～主に肺がん治療を中心に～

呼吸器内科 教授 川口 知哉



先人の英知と努力による多くの臨床比較試験により、肺がんに対する治療戦略は構築されてきた。抗癌剤の歴史は、まさに臨床試験の歴史そのものである。

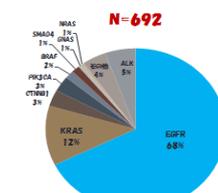
肺がんの薬物療法は殺細胞性薬剤、分子標的療法、免疫療法に分類される。分子標的療法は、遺伝子変異をターゲットとした治療である。現在までにEGFR 遺伝子変異を有する肺がん患者を対象として、初回治療のEGFR阻害剤とプラチナ併用療法を比較した第Ⅲ相試験が複数報告されており、EGFR阻害剤群が、無増悪生存期間で有意に良好な結果であった。ALKも癌増殖に関わるチロシンキナーゼの1種であるが、臨床試験によりALK阻害剤の有効性も証明されている。

数年前から癌免疫療法という新しい治療法が台頭してきた。癌細胞による免疫のブレーキを解除することで、免疫細胞の働きを再び活発にして癌細胞を攻撃する新たな治療法である。免疫チェックポイント阻害薬は、「免疫チェックポイント」と呼ばれているブレーキ役部分を阻害する薬である。同薬剤は、従来の治療とは作用機序が異なり、治療効果・有害事象も異なることが分かってきている。特に、過度の免疫反応に起因する有害事象（免疫関連有害事象）については、早期発見及び適切なマネジメントが必要である。分子標的治療薬、がん免疫チェックポイント阻害剤が登場し、肺癌治療をめぐる環境は大きく変化してきた。免疫療法に関しては、今後、がん免疫療法と他剤の併用療法や、よりの確な効果予測因子の同定が求められる。

IV期非小細胞肺癌の一次治療戦略:個別化医療

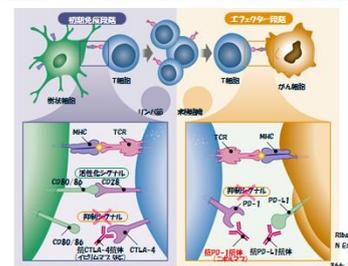


非喫煙者を多く含んだ本邦での
腺癌患者の遺伝子変異



Kawaguchi T. et al. J Clin Oncol 2016

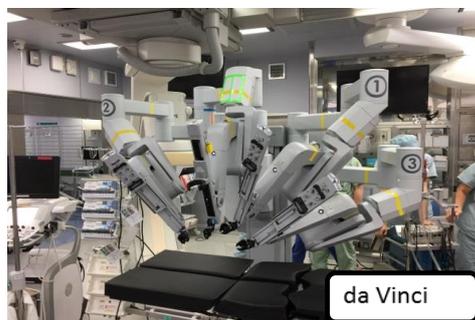
免疫チェックポイント分子阻害薬の作用点



『 僧帽弁閉鎖不全症の外科治療 』

心臓血管外科 講師 高橋 洋介
ひろせクリニック 院長 広瀬 真

僧帽弁閉鎖不全症は基本的に、初期は無症状で経過することが多く、進行して心臓や肺に負担がかかると息切れ・呼吸苦や浮腫などの心不全症状が出現する。確定診断は主に経胸壁心臓超音波検査によって行われる。いつ治療をすべきかが大きな問題となり、一般的に症状の出現や心臓の負担が強くなってきた場合（左心室の収縮力の低下、左心室の拡大、心房細動の出現）には治療の必要がある。僧帽弁閉鎖不全症の治療の基本的には手術治療であり、僧帽弁置換術と僧帽弁形成術に分かれる。手術アプローチとして、胸骨正中切開による方法と右肋間から行う右小開胸法にわかれる。近年我々は創部約5～6cm切開することで可能な右小開胸下手術を選択することが多い。今回、Face to Faceの会でひろせクリニックの広瀬先生より紹介いただいた僧帽弁閉鎖不全症例を提示した。労作時呼吸困難と発作性心房細動を繰り返していたことから手術適応となった。当院での食道心エコーの精査の結果は、ひろせクリニックで指摘していただいたとおりの僧帽弁後尖の逸脱病変で、僧帽弁形成術を行った。当院では、右小開胸下手術を3D内視鏡を使用するMICS手術とda Vinci surgical systemを使用したRobotic surgeryの2通りで行っている。術前に患者さんに2通りの方法を説明した結果、3D内視鏡を使用するMICS手術を選択された。僧帽弁形成術および左房MAZE手術をMICSにて行い、術後経過は良好であった。今回、地域の先生方と非常にうまく連携が取れた症例であったため、Face to Faceの会で発表させていただいた。



『 亜鉛水和物による銅欠乏性貧血 』

血液内科・造血細胞移植科 講師 中根孝彦

症例は81歳、女性。C型慢性肝炎、慢性腎不全維持透析、高血圧、甲状腺機能低下症、睡眠時無呼吸症候群にてかかりつけの開業医院および地域の中規模病院通院中、汎血球減少の進行を認め、C型慢性肝炎からの肝硬変に伴う脾機能亢進を疑われ、精査目的にて当院肝胆膵内科を紹介受診された。腹部エコー、肝硬度測定にて慢性肝炎パターンであり、血液内科的疾患の可能性疑われ当科を紹介受診された。紹介時両下肢のしびれの訴えのほか、血液検査上白血球1500 $\mu\text{g}/\mu\text{L}$ （好中球50%、リンパ球26%、単球14%、好酸球9%、好塩基球1%）、Hb 9.4g/dL (MCV100 fl)、血小板13.3 $\times 10^4\mu\text{g}/\mu\text{L}$ と汎血球減少を認めたほか、血清銅11 $\mu\text{g}/\text{dL}$ （正常：70-132）と低下を認め、亜鉛は174 $\mu\text{g}/\text{dL}$ （正常：64-111）と上昇を認めた。亜鉛の過剰摂取に伴う銅欠乏を疑い問診を再度行ったところ、半年ほど前から低亜鉛血症に対し酢酸亜鉛水和物を処方されていたことが判明した。以上の結果より酢酸亜鉛水和物による薬剤性銅欠乏性貧血および神経症と診断し、同薬剤を中止して経過を見たところ、血球減少および下肢しびれはともに改善した。

酢酸亜鉛水和物は近年Wilson病だけでなく低亜鉛血症にも適応となっているため投与機会の増加が予想され、今後こうした症例の増加に注意が必要である。また、銅欠乏性貧血では骨髓検査上環状鉄芽球や好中球の顆粒減少、細胞質に空胞を伴う赤芽球系や顆粒球系細胞を認め、骨髓異形成症候群と誤診される可能性があるため、合わせて注意が必要である。

次回開催のお知らせ 第38回Face to Faceの会

平成30年11月17日(土) 15:00～17:00 於:大阪市立大学病院 5階 講堂