4. 肺がん診療の最前線

和歌山県立医科大学内科学第三講座　山本　信之

肺癌診療はこの 20 年間で激変している. 基本的な診断方法や薬物療法・外科治療・放射線治療といった治療法には変わりはないが，その内容は，細分化・複雑化されている．それを反映するかのように，日本肺癌学会が編集している肺癌診療ガイドラインのページ数は，2003 年の初版が 176 ページであったものが, 最新版の 2024 年版では 542 ページと 3 倍以上のボリュームになっている.

治療方法の進歩で，最も目覚ましいものが薬物療法であるのは異論の余地がないと思われる. 例えば肺癌の 85% を占める非小細胞肺癌に対しては，初版では，推奨される薬剤がシスプラチンに代表される細胞障害性抗癌薬のみであったが，現在では，それ以外に分子標的薬（ドライバー変異をターゲットとする阻害剤や 2 重特異性抗体など）や免疫チェックポイント阻害剤等の多様な薬剤が選択肢として提示されている. 特に進行非小細胞肺癌では, 9 種類の遺伝子変異＋腫瘍細胞のPD-L1 発現を測定することで，初めて標準的治療が選択できるようになっているため，初回治療からマルチプレックス遺伝子パネル検査を実施することが一般的になっている. 我が国では，癌に対するマルチプレックス遺伝子パネル検査は標準的治療終了後に保険適用とされているが，非小細胞肺癌では，初回治療から保険下で実施できる検査が 3 種類用意されていることでも，肺癌における個別化医療の進み具合を理解していただけると思われる.

このような薬物療法の進歩は，肺癌治療全体にも大きな変革をもたらしている. 2003 年時点では周術期治療として確立された薬物療法はなかったが，免疫チェックポイント阻害剤等の登場により，現在では，手術を受ける多くの患者に対して周術期治療を行うことが標準とされている．さらに，周術期治療の効果向上と相まって手術適応も拡大される兆しがみられている.

本講演では，上記に述べた肺癌診療の最近の変化についてできるだけ簡潔に解説する予定である.

5. 高血圧と慢性腎臓病（CKD）診療の最前線

帝京大学内科学講座　柴田　　茂

本邦における慢性腎臓病（CKD）の患者数は最新の推計値で約 2,000 万人とされ, その頻度は成人 5 人に 1 人の割合となる（CKD診療ガイド 2024）. CKDは末期腎不全のみならず心血管死や全死亡の強力なリスク因子であり，予後改善のためには早期発見・早期介入が重要である．体内の体液量と組成を一定に保つことが腎臓の根源的な働きであり，CKDではこの働きが損なわれ，体液の過剰やイオンバランスの異常が生じることとなる．このような体液異常を背景に表出する代表的な疾患が高血圧であり，それ自体がCKDの進展を加速させる. 高血圧はCKDに合併する心血管疾患や心腎連関の病態基盤としても重要であり，体液異常の是正と適切な血圧管