

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
<h3>第1部 肺癌診療ガイドライン 2018年版</h3> <p><b>更新情報</b>：2018年版ver.1.1を公開しました。第1部.肺癌診療ガイドライン&gt;Ⅲ.小細胞肺癌(SCLC)&gt;2.進展型小細胞肺癌(ED-SCLC)の項に、新たなクリニカルクエスチョン「<a href="#">CQ11. 進展型小細胞肺癌(PS 0-1)に対して、プラチナ製剤併用療法にアテゾリズマブの上乗せは勧められるか?</a>」を追加。(更新日：2019年7月)</p>		
<h4>I. 肺癌の診断</h4>	<p>■本項では、従来の推奨方式から変更し、GRADEに基づく新推奨方式を採用した(GRADEの詳細は<a href="#">こちら</a>)。</p>	
<h4>総論</h4>		
<h4>1 検出方法</h4>		
<p>CQ1. ハイリスク群を対象とした肺門部肺癌の検出に、喀痰細胞診は有用か？</p>		
<p>CQ2. 肺癌の検出に、PET/CT検査は有用か？</p>		
<p>CQ3. 肺癌の検出に、腫瘍マーカーは有用か？</p>		
<h4>2 質的画像診断</h4>		
<p>CQ4. 高分解能CTで肺癌かどうか判断できない結節に、造影CTやMRI, FDG-PET/CTを行うことは有用か？</p>		
<p>CQ5. 画像診断で肺癌を否定できない結節に、経過観察を行うことは有用か？</p>		
<h4>3 確定診断</h4>		
<p>CQ6. 中枢気道病変が疑われる症例に、気管支鏡検査は勧められるか？</p>		
<p>CQ7. 中枢気道の前浸潤性病変や早期癌が疑われる症例に、自家蛍光 (autofluoresense) 観察/狭帯域光観察 (narrow band imaging)は勧められるか？</p>		
<p>CQ8. 肺癌を疑う肺末梢病変に、経気管支生検は勧められるか？</p>		
<p>CQ9. 肺末梢病変の経気管支生検に、ラディアル型EBUS は勧められるか？</p>		
<p>CQ10. 肺末梢小型病変の経気管支生検に、仮想気管支鏡ナビゲーションは勧められるか？</p>		
<p>CQ11. 肺癌を疑う肺末梢病変に、経皮針生検は勧められるか？</p>		
<p>CQ12. 肺癌を疑う肺末梢病変に、外科的生検は勧められるか？</p>		
<h4>4 病理・細胞診断</h4>		
<h4>総論</h4>		<p>・樹形図を削除。</p>

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
CQ13. 肺癌の組織診断およびバイオマーカー診断を行ううえで、望ましい検体はどのようなものか？		
CQ14. 原発性肺癌のバイオマーカー検索に、細胞診検体は有用か？		
CQ15. 原発性肺癌の組織型診断に、免疫組織化学的染色(免疫染色)は有用か？		
CQ16. 原発性と転移性の肺癌の鑑別に、免疫組織化学的染色(免疫染色)は有用か？		
CQ17. 術前未診断の主病巣に対して、術中迅速診断は有用か？		
CQ18. 術中胸腔内洗浄細胞診は有用か？		
<b>5 病期診断</b>		・T因子, N因子, M因子ごとに分けて記載。
CQ19. T 因子診断のために、必要な検査は何か？		
CQ20. N 因子診断のために、必要な検査は何か？		
CQ21. M 因子診断のために、必要な検査は何か？		
<b>6 分子診断</b>		・遺伝子変異ごとの記載をやめ、治療に必要な情報を統合した。
CQ22. 治療方針を決めるための、分子診断の項目は何か？		
CQ23. 非小細胞肺癌の治療方針決定のために行う分子診断は、検査項目に優先順位をつけるか？		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
<b>II. 非小細胞肺癌(NSCLC)</b>	<b>■2017年版での薬物療法・集学的治療領域につき, その他の項目についても従来の推奨方式から変更し, GRADEに基づく新推奨方式を採用した(GRADEの詳細は<a href="#">こちら</a>)。</b>	
◆樹形図		
<b>1 外科治療</b>		
<b>総論</b>		
1-1. 手術適応		
1-1-1. 手術適応(術前呼吸機能・循環機能評価)		
CQ1. 手術適応決定には, 呼吸機能評価(spirometry)や循環機能評価(安静時心電図)をはじめ, 血液・生化学所見や年齢などを総合的に評価・検討することが必要か?		
1-1-2. 手術適応(臨床病期Ⅰ-Ⅱ期)		
CQ2. 臨床病期Ⅰ-Ⅱ期非小細胞肺癌で標準手術可能な患者には, 外科切除が勧められるか?		
CQ3. 臨床病期Ⅰ-Ⅱ期非小細胞肺癌で外科切除可能な患者に対する術式は, 肺葉以上の切除を行うべきか?		
CQ4. 臨床病期ⅠA期, 最大腫瘍径2cm以下の非小細胞肺癌に対して, 縮小手術(区域切除または楔状切除)を行うよう勧められるか?		
CQ5. 臨床病期Ⅰ期非小細胞肺癌で外科治療が可能であるが, 肺葉切除以上の切除が不可能な患者に, 縮小手術(区域切除または楔状切除)を行ってもよいか?		
1-1-3. 手術適応(臨床病期Ⅲ期)		
CQ6. 臨床病期ⅢA期非小細胞肺癌の治療方針は, 呼吸器外科医, 内科医, 放射線治療医を含めた集学的治療グループで検討すべきか?		
CQ7. 臨床病期ⅢA期N2非小細胞肺癌のN2診断は, 組織学的に確認すべきか?		
CQ8. 臨床病期ⅢA期T4N0-1非小細胞肺癌に対して, 外科切除を行うよう勧められるか?		
1-2. リンパ節郭清		
CQ9. 切除可能な非小細胞肺癌に対しては, 肺門縦隔リンパ節郭清を行い, 病理学的評価を行うべきか?		
1-3. T3臓器合併切除(肺尖部胸壁浸潤癌以外)		
CQ10. 臨床病期T3N0-1M0の胸壁浸潤非小細胞肺癌には, 胸壁合併切除を行うよう勧められるか?		
CQ11. 心膜に浸潤した臨床病期T3N0-1M0の非小細胞肺癌には, 合併切除を行うよう勧められるか?		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
<b>1-4. 気管支・肺動脈形成</b>		
CQ12. 肺全摘を避けて, 気管支・肺動脈形成を行うべきか?		
<b>1-5. 同一肺葉内結節</b>		
CQ13. 同一肺葉内結節で転移(PM1)もしくは多発肺癌を疑うcN0症例において, 手術を行うべきか?		
<b>1-6. 他肺葉内結節</b>		
CQ14. 他肺葉内結節で, 多発原発性肺癌を疑う症例において, 手術を行うべきか?		
CQ15. 他肺葉内結節で, 肺内転移(PM2, 3)を疑う症例において, 手術を行うべきか?		
<b>1-7. 異時性多発癌</b>		
CQ16. 異時性多発肺癌に対しては, 耐術能があれば外科治療を行ってもよいか?		
<b>1-8. 胸腔鏡補助下肺葉切除, ロボット支援下肺葉切除</b>		
CQ17. 臨床病期Ⅰ期非小細胞肺癌に対して, 胸腔鏡補助下肺葉切除を行ってもよいか?		
CQ18. 臨床病期Ⅰ期非小細胞肺癌に対して, ロボット支援下肺葉切除を行ってもよいか?		
<b>1-9. 術後経過観察</b>		
CQ19. 外科切除後の非小細胞肺癌に対しては, 定期的な経過観察を行うべきか?		
CQ20. 非小細胞肺癌術後の患者は, 禁煙を行うべきか?		
<b>1-10. 低悪性度肺腫瘍(カルチノイド, 粘表皮癌, 腺様嚢胞癌)</b>		
CQ21. 切除可能な低悪性度腫瘍(カルチノイド, 粘表皮癌, 腺様嚢胞癌)は, 非小細胞肺癌に準じた外科治療を行うべきか?		
<b>2 光線力学的治療法</b>		
CQ22. 中心型早期肺癌に光線力学的治療法(PDT)は勧められるか?	【新規推奨およびエビデンス】 中心型早期肺癌の中で, 腫瘍全体にレーザー照射が可能な長径1.0cm以下の病巣を対象に行うよう推奨する。〔推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:C〕	
<b>3 放射線治療基本的事項</b>		
<b>総論</b>		
CQ23. 肺癌に対する放射線治療において, 適切な放射線治療装置・治療計画法は何か?		
CQ24. 放射線治療の品質管理は勧められるか?		
<b>4 周術期</b>		
<b>総論</b>		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
<b>4-1. 術前治療</b>		
CQ25. 臨床病期 I-III A期に対して, 術前プラチナ製剤併用療法は勧められるか?	<p>【変更前】 臨床病期 I-III A期に対して術前プラチナ製剤併用療法を行うよう提案する。(2B)</p> <p>【変更後】</p> <p>a. 臨床病期 I-II 期(第8版)に対して, 術前プラチナ併用化学療法を行わないよう推奨する。[推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:C]</p> <p>b. 臨床病期 III A期(第8版)に対して, 術前プラチナ併用化学療法を行うよう提案する。[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:C]</p>	
CQ26. 切除可能な臨床病期 III A期(N2)に対して, 術前化学放射線療法は勧められるか?	<p>【変更前】 推奨なし</p> <p>【変更後】 切除可能な臨床病期 III A期(N2)に対しては, 術前化学放射線療法を行うよう提案する。[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:C]</p>	
<b>4-2. 術後補助化学療法</b>		
CQ27. 病変全体径 $\geq 2$ cmの術後病理病期 I A/ I B/ II A期(第8版)完全切除, 腺癌症例に対して, テガフル・ウラシル配合剤療法は勧められるか?		・CQ文言に「II A期」を加えた。
CQ28. 病変全体径 $\geq 2$ cmの術後病理病期 I A/ I B/ II A期(第8版)完全切除, 非腺癌症例に対してテガフル・ウラシル配合剤療法は勧められるか?		・CQ文言に「II A期」を加えた。
CQ29. 術後病理病期 II-III A期(第8版)完全切除例に対して, シスプラチン併用化学療法は勧められるか?		
CQ30. EGFR遺伝子変異陽性の術後病理病期 I B-III A期完全切除例に対してEGFRチロシンキナーゼ阻害剤による治療は勧められるか?		
<b>4-3. 術後放射線療法</b>		
CQ31. 術後病理病期 I-II 期完全切除例に対して, 術後放射線療法は勧められるか?		
CQ32. 術後病理病期 III 期(N2)完全切除例に対して, 術後放射線療法は勧められるか?	<p>【変更前】 術後病理病期 III 期(N2), 完全切除例に対する術後放射線療法は行うよう提案する。(2D)</p> <p>【変更後】 術後病理病期 III 期(N2)完全切除例に対して, 術後放射線療法は考慮してもよいが, 行うよう勧めるだけの根拠が明確ではない。[推奨度決定不能]</p>	
◆レジメン		
<b>5 I-II 期非小細胞肺癌の放射線療法</b>		
<b>総論</b>		
CQ33. 医学的な理由で手術できない I-II 期非小細胞肺癌に対して, 根治的放射線治療は勧められるか?		
CQ34. 切除可能な I-II 期非小細胞肺癌に対して, 根治的放射線治療は勧められるか?		
CQ35. I 期非小細胞肺癌の根治的放射線治療における適切		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
な照射法は何か?		
<b>6 Ⅲ期非小細胞肺癌・肺尖部胸壁浸潤癌</b>		
<b>総論</b>		
<b>6-1. Ⅲ期非小細胞肺癌</b>		
<b>6-1-1. 化学放射線療法</b>		
CQ36. 切除不能局所進行非小細胞肺癌, 全身状態良好(PS0-1)の患者に対して, 化学放射線療法は勧められるか?		
CQ37. 切除不能局所進行非小細胞肺癌, 全身状態が良好(PS0-1)な患者の化学放射線療法における放射線療法の最適なタイミングとしては, 化学療法との同時併用が勧められるか?		
CQ38. 化学放射線療法においてプラチナ製剤と第三世代以降の細胞障害性抗癌剤併用を勧められるか?		
CQ39. 切除不能局所進行非小細胞肺癌, シスプラチン投与が不適な高齢者に対して, 連日カルボプラチン投与による化学放射線療法は勧められるか?		
CQ40-1. 同時化学放射線療法後に異なる細胞障害性抗癌剤に変更して地固め化学療法を行うよう勧められるか?	<p>【変更前】 同時化学放射線療法後に薬剤を変更しての地固め化学療法は行わないよう提案する。(2B)</p> <p>【変更後】 同時化学放射線療法後に異なる細胞障害性抗癌剤に変更しての地固め化学療法は行わないよう提案する。〔推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:B〕</p>	・CQ文言に「異なる細胞障害性抗癌剤に変更して」を追記。
CQ40-2. 同時化学放射線療法後に免疫チェックポイント阻害剤による地固め療法を行うよう勧められるか?		
CQ41. 化学療法併用時の最適な照射法は何か?	<p>【変更前】</p> <p>a. 化学療法併用時の放射線療法として, 通常分割照射で少なくとも60Gyを用いるよう勧められる。(1A)</p> <p>b. 74Gyの高線量照射は行わないよう推奨する。(1B)</p> <p>【変更後】</p> <p>a. 総線量は通常分割で少なくとも60Gyを用いるよう勧められる。〔推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:A〕</p> <p>b. IFによる74Gyの高線量照射は行わないよう推奨する。〔推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:B〕</p>	
<b>6-1-2. 放射線単独療法</b>		
CQ42. 切除不能のⅢ期非小細胞肺癌で化学療法併用不能なものに対して, 放射線単独療法は勧められるか?		
CQ43. 放射線治療単独時の最適な照射法は何か?		・2017年版の「CQ16-2. 切除不能のⅢ期非小細胞肺癌に放射線単独療法を行う際に通常分割照射以外の照射方法は勧められるか?」を削除。
<b>6-2. 肺尖部胸壁浸潤癌</b>		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
CQ44. 切除可能な肺尖部胸壁浸潤癌(臨床病期T3-4N0-1)に対して, どのような治療が勧められるか?		
◆レジメン		
<b>7 IV期非小細胞肺癌</b>		
総論		
◆樹形図		・サブグループ別の治療方針の樹形図の「細胞障害性抗癌剤+PD-1/PD-L1阻害剤」を追記。
7-1. ドライバー遺伝子変異/転座陽性		
◆樹形図		・ドライバー遺伝子変異/転座陽性の治療方針の樹形図の「PD-1阻害剤」を「細胞障害性抗癌剤+PD-1/PD-L1阻害剤」に変更。 ・EGFR 遺伝子変異陽性<一次治療>の樹形図の「EGFR-TKI」を「オシメルチニブ」「ダコミチニブ」「ゲフィチニブ, エルロチニブ, アファチニブ」「エルロチニブ+ベバシズマブ」「ゲフィチニブ+カルボプラチン+ペメトレキセド」に変更。
7-1-1. 遺伝子変異陽性の治療方針(非扁平上皮癌)		
CQ45. 全身状態良好(PS0-1)なドライバー遺伝子変異/転座陽性例に対する最適な一次治療は何か?		
CQ46. PS2-4のドライバー遺伝子変異/転座陽性例に対する最適な一次治療は何か?		
CQ47. 75歳以上のドライバー遺伝子変異/転座陽性例に対する最適な一次治療は何か?		
CQ48. ドライバー遺伝子変異/転座陽性例に細胞障害性抗癌剤は勧められるか?		
CQ49. ドライバー遺伝子変異/転座陽性例に細胞障害性抗癌剤と免疫チェックポイント阻害剤の併用は勧められるか?	【新規推奨およびエビデンス】 ドライバー遺伝子変異/転座陽性の患者にプラチナ製剤併用療法と免疫チェックポイント阻害剤の併用療法を行うよう勧めるだけの根拠が明確ではない。【推奨度決定不能】	
CQ50. ドライバー遺伝子変異/転座陽性例に免疫チェックポイント阻害剤単独療法は勧められるか?		
7-1-2. EGFR遺伝子変異陽性(非扁平上皮癌) ■EGFR遺伝子変異陽性の一次治療: エクソン19欠失またはL858R変異陽性		
CQ51. PS0-1の場合, 一次治療としてどの治療法が勧められるか?	【変更前】 EGFR-TKI(ゲフィチニブ, エルロチニブ, アファチニブのいずれか)を行うよう推奨する。(1A) 【変更後】 a. オシメルチニブを行うよう推奨する。【推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:B】 b. ダコミチニブを行うよう提案する。【推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:B】 c. ゲフィチニブ, エルロチニブ, アファチニブを行うよう提案する。【推奨の強さ:2, エビデン	

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
	<p>スの強さ:A]</p> <p>d. エルロチニブ+ベバシズマブを行うよう提案する。[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:B]</p> <p>e. ゲフィチニブ+カルボプラチン+ペメトレキセドを行うよう提案する[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:B]</p>	
CQ52. PS2の場合, 一次治療としてどのEGFR-TKIが勧められるか?		
CQ53. PS3-4の場合, 一次治療としてどのEGFR-TKIが勧められるか?		
■EGFR遺伝子変異陽性の一次治療:エクソン18-21変異(エクソン19欠失・L858R変異を除く)		
CQ54. PS0-1の場合, 一次治療としてどのEGFR-TKIが勧められるか?	<p>【変更前】 c. EGFR-TKI未治療のT790M変異にオシメルチニブを行うよう勧めるだけの根拠が明確ではない。(推奨なし)</p> <p>【変更後】 c. EGFR-TKI未治療のT790M変異にオシメルチニブを行うよう提案する。[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:D]</p>	
■EGFR遺伝子変異陽性の二次治療以降		
CQ55. 一次治療EGFR-TKI耐性または増悪後のT790M変異陽性例に対する最適な二次治療は何か?		
7-1-3. ALK遺伝子転座陽性(扁平上皮癌)		
■ALK遺伝子転座陽性の一次治療		
CQ56. PS0-1の場合, 一次治療としてどのALK-TKIが勧められるか?		
CQ57. PS2-4の場合, 一次治療としてどのALK-TKIが勧められるか?		
■ALK遺伝子転座陽性の二次治療以降		
CQ58. 一次治療ALK-TKI耐性または増悪後のPS0-2に対する最適な治療は何か?	<p>【削除】 c. 初回ALK-TKIがアレクチニブまたはセリチニブの場合は, 「遺伝子変異陰性, PD-L1&lt;50%, もしくは不明に対する最適な1次治療」に準じて治療する。</p> <p>【新規推奨およびエビデンス】 c. ロルラチニブによる治療を行うよう提案する。[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:C]</p>	
7-1-4. ROS1遺伝子転座陽性(非扁平上皮癌)		
CQ59. ROS1遺伝子転座陽性にクリゾチニブは勧められるか?		
7-1-5. BRAF遺伝子変異陽性(非扁平上皮癌)		
CQ60. BRAF遺伝子変異陽性にダブラフェニブ+トラメチニブは勧められるか?	<p>【変更前】 ダブラフェニブ+トラメチニブを行うよう提案する。(2C)</p> <p>【変更後】 ダブラフェニブ+トラメチニブを行うよう推奨する。[推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:C]</p>	
7-1-6. 遺伝子変異陽性(扁平上皮癌)		
CQ61. 扁平上皮癌で遺伝子変異陽性であった場合に, チロシンキナーゼ阻害剤は推奨できるか?	<p>【変更前】</p> <p>a. EGFR遺伝子高感受性変異(エクソン19の欠失またはL858Rの変異)陽性の扁平上皮癌患者に対してEGFR-TKIを使用することを提案する。(2D)</p> <p>b. ALK遺伝子転座陽性, ROS1遺伝子転座陽性, BRAF遺伝子変異陽性の扁平上皮癌に対して, それぞれのキナーゼ阻害剤を使用することを提案する。(2D)</p>	



## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
	【変更後】 遺伝子変異陽性の扁平上皮癌患者に対して, それぞれのキナーゼ阻害剤を使用するよう提案する。[推奨の強さ: 2, エビデンスの強さ: D]	
7-2. PD-L1陽性細胞50%以上		
◆樹形図		・PD-L1陽性細胞50%以上の治療方針の樹形図に「プラチナ製剤併用療法+PD-1/PD-L1阻害剤」を追記。
CQ62. 全身状態良好(PS0-1)なPD-L1陽性細胞50%以上に対する一次治療において薬物療法は勧められるか?	【新規推奨およびエビデンス】 b. プラチナ製剤併用療法+PD-1/PD-L1阻害剤を行うよう推奨する。[推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: B]	
CQ63. PS2のPD-L1陽性細胞50%以上に対する一次治療において薬物療法は勧められるか?	【新規推奨およびエビデンス】 a. 細胞障害性抗癌剤を行うよう推奨もしくは提案する。[単剤/推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: A][カルボプラチン併用療法/推奨の強さ: 2, エビデンスの強さ: B, ] c. プラチナ製剤併用療法+PD-1/PD-L1阻害剤を行うよう推奨するだけの根拠が明確ではない。[推奨度決定不能]	
7-3. ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PD-L1陽性細胞50%未満, もしくは不明		
◆樹形図		・ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PD-L1陽性細胞50%未満, もしくは不明の一次治療の樹形図に「プラチナ製剤併用療法+PD-1/PD-L1阻害剤」を追記。 ・ドライバー遺伝子変異/転座陰性の二次治療以降の樹形図を, 免疫チェックポイント阻害剤の「未使用例」と「使用例」に分けて記載。
7-3-1. ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PD-L1陽性細胞50%未満, もしくは不明の一次治療		
CQ64. ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PD-L1陽性細胞50%未満, もしくは不明のPS0-1, 75歳未満に対する一次治療において細胞障害性抗癌剤は勧められるか?		
CQ65. ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PD-L1陽性細胞50%未満, もしくは不明のPS0-1, 75歳以上に対する一次治療において細胞障害性抗癌剤は勧められるか?		
CQ66. ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PD-L1陽性細胞50%未満, もしくは不明のPS2に対する一次治療において細胞障害性抗癌剤は勧められるか?		
CQ67. プラチナ製剤併用療法を受ける場合にPD-1/PD-L1阻害剤の上乗せは勧められるか?	【新規推奨およびエビデンス】 a. PS0-1症例に対して, プラチナ製剤併用療法にPD-1/PD-L1阻害剤を併用するよう推奨する。[推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: B] b. PS2症例に対して, プラチナ製剤併用療法+PD-1/PD-L1阻害剤を行うよう推奨するだけの根拠が明確ではない。[推奨度決定不能]	
CQ68. プラチナ製剤併用療法を受ける場合の推奨される投与期間は?		
CQ69. プラチナ製剤併用療法を受ける場合にベバシズマブの上乗せは勧められるか?		
CQ70. プラチナ製剤併用療法を受ける場合に維持療法は勧められるか?		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
CQ71. PS3-4の患者(ドライバー遺伝子変異/転座陰性もしくは不明, PD-L1発現は問わない)に薬物療法は勧められるか?		
<b>7-3-2. ドライバー遺伝子変異/転座陰性の二次治療以降</b>		
CQ72. 一次治療耐性または進行例, PS0-2, 免疫チェックポイント阻害剤未使用例に対する二次治療において薬物療法は勧められるか?	<p>【変更前】</p> <p>a. PD-L1<math>\geq</math>1%症例に対して, PD-1阻害剤を先行するよう提案する。(2B)</p> <p>b. PD-L1&lt;1%症例に対して,</p> <p style="padding-left: 20px;">b-1. 非扁平上皮癌ではニボルマブもしくは細胞障害性抗癌剤のいずれかを行うよう提案する。(推奨なし)</p> <p style="padding-left: 20px;">b-2. 扁平上皮癌ではニボルマブを行うよう推奨する。(1B)</p> <p>c. PD-L1発現率が測定不能な場合, ニボルマブを行うよう提案する。(2B)</p> <p>【変更後】</p> <p>a. PD-1阻害剤またはPD-L1阻害剤を行うよう推奨する。[推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:A]</p> <p>b. 細胞障害性抗癌剤を行うよう提案する。[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:A]</p>	
CQ73. PS0-2に対して二次治療以降で推奨される細胞障害性抗癌剤は何か?		
CQ74. 二次治療でドセタキセルを用いる場合にラムシルマブの併用は推奨されるか?		
CQ75. 二次治療でエルロチニブは推奨されるか?	<p>【変更前】 EGFR遺伝子変異陰性もしくは不明の患者に対して, エルロチニブ投与を推奨するだけの根拠が明確ではない。(推奨なし)</p> <p>【変更後】 EGFR遺伝子変異陰性もしくは不明の患者に対して, エルロチニブ投与を行わないよう提案する。[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:C]</p>	
◆レジメン		・「すべてのサブグループ」の単独療法に新規薬剤(アテゾリズマブ)を追加
<b>8 転移など各病態に対する治療</b>		
<b>総論</b>		
<b>8-1. 骨転移</b>		
◆樹形図		
CQ76. 症状を有する骨転移に対して, 放射線治療が勧められるか?		
CQ77. 症状を有する骨転移に対する照射法は何か?		
CQ78. 脊椎転移が脊髄圧迫を生じている骨転移に対して, 外科治療が勧められるか?		
CQ79. 病的骨折の危険性が高い, または脊椎転移が脊髄圧迫を生じている骨転移に対して, 放射線治療が勧められるか?		
CQ80. 骨転移を有する症例に対して, 骨関連事象の抑制(発現率を軽減し, 発現までの時期を延長させる)に骨修飾薬		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
(ゾレドロン酸またはデノスマブ)は勧められるか?		
<b>8-2. 脳転移</b>		
◆樹形図		・脳転移の樹形図から「ステロイド単独療法」を削除(CQも削除)
CQ81. 遠隔転移が単発の脳転移のみのIV期症例に対して, 定位手術的照射や外科治療は勧められるか?		
CQ82. 症状を有する脳転移に対して, 外科治療は勧められるか?	【変更前】 症状を有する単発性脳転移に対して, 外科治療を行うよう提案する。(2C) 【変更後】 症状を有する単発性脳転移に対して, 腫瘍摘出術を行うよう提案する。[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:C]	
CQ83. 症状を有する脳転移に対して, 放射線治療は勧められるか?		
CQ84. 多発性脳転移に対して, 放射線治療は勧められるか?	【変更前】 c. 5~10 個の脳転移に対する SRS を行うだけの根拠が明確でない。(推奨なし) 【変更後】 c. 5~10 個の脳転移に対して, 定位手術的照射を行うよう提案する。[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:C]	
CQ85. 手術や定位手術的照射に, 全脳照射の追加は勧められるか?	【変更前】 手術, SRS に全脳照射の併用を行わないことを勧める。(1A) 【変更後】 手術や定位手術的照射に, 全脳照射の併用を行わないよう提案する。[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:A]	
CQ86. 髄膜癌腫症に対する適切な治療法は何か?	【新規推奨およびエビデンス】 髄膜癌腫症に対して, 薬物療法・放射線治療を行うよう勧めるだけの根拠が明確ではない。[推奨度決定不能]	
CQ87. 無症候性脳転移に対して, 薬物療法は勧められるか?		
<b>8-3. 胸部病変に対する緩和的放射線治療</b>		
CQ88. 縦隔・肺門病変による気道狭窄, 上大静脈狭窄など胸郭内の腫瘍増大に伴う症状の緩和を目的とした胸部放射線治療は, 行うよう勧められるか?		
<b>8-4. 癌性胸膜炎</b>		
CQ89. 胸腔穿刺・ドレナージを行った癌性胸膜炎に対して, どのような治療が勧められるか?		
<b>8-5. 癌性心膜炎</b>		
CQ90. 心嚢穿刺・ドレナージを要する癌性心膜炎に対して, どのような治療が勧められるか?		
◆レジメン		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
<b>Ⅲ. 小細胞肺癌(SCLC) ※改訂(ver.1.1)</b>		
<b>総論</b>		
<b>1 限局型小細胞肺癌(LD-SCLC)</b>		
<b>◆樹形図</b>		
CQ1. 臨床病期 I - II A 期(第8版)の小細胞肺癌に外科治療は勧められるか?	【変更前】 臨床病期 I 期の小細胞肺癌に対して, 外科治療を行うよう推奨する。(1C) 【変更後】 臨床病期 I - II A 期(第8版)の小細胞肺癌に対して, 外科治療を行うよう推奨する。[推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: C]	
CQ2. 小細胞肺癌の手術後の治療は何が勧められるか?	【変更前】 a. 小細胞肺癌の手術後の治療として, 薬物療法を行うよう推奨する。(1C) b. 小細胞肺癌の手術後の治療として, 放射線治療を行うよう勧めるだけの根拠が明確ではない。(推奨なし) 【変更後】 小細胞肺癌の手術後の治療として, 薬物療法を行うよう推奨する。[推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: C]	
CQ3. 医学的な理由で手術ができない臨床病期 I - II A 期(第8版)の小細胞肺癌の放射線照射法として, 定位照射は勧められるか?	【新規推奨およびエビデンス】 医学的な理由で手術ができない臨床病期 I - II A 期(第8版)の小細胞肺癌の放射線照射法として, 定位照射を行うよう提案する。[推奨の強さ: 2, エビデンスの強さ: D]	
CQ4. 限局型小細胞肺癌(PS0-2)において, 化学放射線療法は勧められるか?		
CQ5. 限局型小細胞肺癌(PS0-2)の化学放射線療法における放射線療法のタイミングは, 早期同時併用が勧められるか?		
CQ6. 限局型小細胞肺癌(PS0-2)に対する放射線照射法は, 通常照射法と加速過分割照射法のどちらが勧められるか?		
CQ7. 限局型小細胞肺癌(PS0-2)に対する化学放射線療法に併用する最適な薬物療法は何か?		
CQ8. PS3-4 の限局型小細胞肺癌に対して, 薬物療法は勧められるか?		
<b>◆レジメン</b>		
<b>2 進展型小細胞肺癌(ED-SCLC)</b>		
<b>◆樹形図</b>		
CQ9. 進展型小細胞肺癌(PS0-2, 70 歳以下)における最適な一次治療は何か?		
CQ10. 進展型小細胞肺癌(PS0-2, 71 歳以上)における最適な		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
一次治療は何か?		
CQ11. 進展型小細胞肺癌(PS 0-1)に対して, プラチナ製剤併用療法にアテゾリズマブの上乗せは勧められるか? ※追加(ver.1.1)		
CQ12. 進展型小細胞肺癌(PS3)に対して, 薬物療法は勧められるか?		
CQ13. 進展型小細胞肺癌(PS4)に対して, 薬物療法は勧められるか?	【変更前】 進展型小細胞肺癌(PS4)に対して薬物療法は行うよう勧めるだけの根拠が明確でない。(推奨なし) 【変更後】 進展型小細胞肺癌(PS4)に対して, 薬物療法は行わないよう提案する。[推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:D]	
◆レジメン		・CE+アテゾリズマブ療法を追加 ※追加(ver.1.1)
<b>3</b> 予防的全脳照射(PCI)		
CQ14. 限局型小細胞肺癌の初回治療で完全寛解が得られた症例に対して, 予防的全脳照射は勧められるか?		
CQ15. 予防的全脳照射の勧められる線量は何か?		
CQ16. 進展型小細胞肺癌における薬物療法後の予防的全脳照射は勧められるか?		
◆レジメン		
<b>4</b> 再発小細胞肺癌		
◆樹形図		
CQ17. 再発小細胞肺癌(sensitive relapse)に対する最適な薬物療法は何か?	【変更前】 a. Sensitive relapse に対してノギテカン単剤を行うよう提案する。(2A) b. Sensitive relapse に対してシスプラチン+エトポシド+イリノテカン療法を行うよう提案する。(2B) c. Sensitive relapse に対してアムルピシン単剤を行うよう提案する。(2C) 【変更後】 再発小細胞肺癌(sensitive relapse)に対してノギテカン単剤, シスプラチン+エトポシド+イリノテカン(PEI)療法, アムルピシン単剤を行うよう推奨する。[推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:A]	
CQ18. 再発小細胞肺癌(refractory relapse)に対する最適な薬物療法は何か?		
◆レジメン		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
<b>第2部 悪性胸膜中皮腫診療ガイドライン 2018年版</b>		■本項では、従来の推奨方式から変更し、GRADEに基づく新推奨方式を採用した（GRADEの詳細は <a href="#">こちら</a> ）。
<b>総論</b>		
<b>I. 診断</b>		
<b>1 臨床症状, 危険因子</b>		
CQ1. 中皮腫にみられる臨床症状は何か？		
CQ2. 中皮腫発生の危険因子は何か？		
<b>2 診断方法</b>		
CQ3. 末梢血中のマーカーによる中皮腫の確定診断は勧められるか？		
CQ4. 胸水中の腫瘍マーカーやヒアルロン酸の測定は中皮腫の確定診断に勧められるか？		
CQ5. 中皮腫を診断するための検体は、どのような検査手技での胸膜の採取が勧められるか？		
CQ6. どのような画像所見のときに中皮腫を疑うのか？		
CQ7. 中皮腫を疑って胸腔鏡下で生検を行う場合の注意点は何か？		
<b>3 病理診断</b>		
CQ8. 中皮腫の診断に組織診断は必要か？		
CQ9. 迅速組織診で中皮腫の診断をつけることは勧められるか？		
CQ10. 体腔液が貯留している場合に、体腔液細胞診を行うことは勧められるか？		
CQ11. 中皮腫の組織分類にはどのような分類を用いるか？		
CQ12. 上皮型中皮腫と反応性中皮の過形成はどのように鑑別できるか？		
CQ13. 線維形成型中皮腫と線維性胸膜炎はどのように鑑別できるか？		
CQ14. 肉腫型中皮腫と肺肉腫様癌はどのように鑑別できるか？		
CQ15. 肉腫型中皮腫と滑膜肉腫はどのように鑑別できるか？		
CQ16. FISHでp16のホモ接合性欠失がある場合に、中皮腫と診断できるか？		
CQ17. 免疫染色でBAP1 lossがある場合に、中皮腫と診断できるか？		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
<b>4 画像診断</b>		
<u>CQ18. 中皮腫のCT 診断に造影剤使用は勧められるか?</u>		
<u>CQ19. 中皮腫の診断に FDG-PET/CT は勧められるか?</u>		
<u>CQ20. 中皮腫の診断に MRI は勧められるか?</u>		
<u>CQ21. 中皮腫の病期診断に頭部造影 MRI は勧められるか?</u>		
<b>II. 治療</b>		
<b>1 外科治療</b>		
<u>CQ1. 臨床病期 I-III 期に手術を行うことは勧められるか?</u>		
<u>CQ2. 耐術能のある切除可能中皮腫には, 胸膜肺全摘術(EPP)と胸膜切除/肺剥皮術(P/D)いずれの術式が勧められるか?</u>		
<u>CQ3. 肉腫型および二相型中皮腫に外科療法は勧められるか?</u>		
<u>CQ4. 手術中の局所療法併用は勧められるか?</u>		
<b>2 放射線療法</b>		
<u>CQ5. 胸膜肺全摘術(EPP)の術後に片側胸郭照射を行うことは勧められるか?</u>		
<u>CQ6. 胸膜切除/肺剥皮術(P/D)の術後または手術非適応症例に放射線療法は勧められるか?</u>		
<u>CQ7. EPP 後放射線治療として 3 次元原体放射線治療(3D-CRT)や強度変調放射線治療(IMRT)は勧められるか?</u>		
<b>3 化学療法</b>		
<b>3-1. 術前期</b>		
<u>CQ8. 術前・術後の化学療法は勧められるか?</u>		
<b>3-2. 進行期</b>		
<u>CQ9. PS0-2 に勧められる一次治療は何か?</u>		
<u>CQ10. PS3-4 に勧められる一次治療は何か?</u>		
<u>CQ11. 75 歳以上に勧められる一次治療は何か?</u>		
<u>CQ12. 組織型別で殺細胞性抗癌剤の治療選択に相違はあるか?</u>		
<u>CQ13. プラチナ製剤併用化学療法で勧められる投与コース数は?</u>		
<u>CQ14. プラチナ製剤併用化学療法後の維持療法は勧められるか?</u>		
<u>CQ15. 二次治療は勧められるか?</u>		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
CQ16. <u>免疫チェックポイント阻害剤は勧められるか?</u>		
<b>4 緩和医療</b>		
CQ17. <u>疼痛緩和目的の放射線治療は勧められるか?</u>		
CQ18. <u>症状緩和目的の胸膜癒着術は勧められるか?</u>		



## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
<b>第3部 胸腺腫瘍診療ガイドライン 2018年版</b>		■本項では、従来の推奨方式から変更し、GRADEに基づく新推奨方式を採用した (GRADEの詳細は <a href="#">こちら</a> )
<b>総論</b>		
◆樹形図		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療の樹形図に「ロボット支援下手術」「胸膜播種を伴う胸腺腫」等を追記。</li> <li>・再発治療の樹形図から「耐術不能」を削除。</li> </ul>		
<b>I. 診断</b>		
<b>1 臨床症状と血液検査</b>		
CQ1. 胸腺上皮性腫瘍が疑われる場合、血清抗アセチルコリン受容体抗体の測定は勧められるか？		
CQ2. 胸腺上皮性腫瘍が疑われる場合、血球算定は勧められるか？		
CQ3. 胸腺上皮性腫瘍が疑われる場合、血清γグロブリンの測定は勧められるか？		
<b>2 存在診断と画像的鑑別診断</b>		
CQ4. 胸腺上皮性腫瘍の検出に、胸部CTは勧められるか？		
CQ5. 縦隔病変の鑑別診断に、造影CTは勧められるか？		
CQ6. 胸腺上皮性腫瘍の検出や鑑別診断に、MRIは勧められるか？		
<b>3 確定診断</b>		
CQ7. 胸腺上皮性腫瘍が疑われる場合、経皮針生検は勧められるか？		
<b>4 病期診断</b>		
CQ8. 胸腺上皮性腫瘍が疑われる場合、病期診断のために勧められる診断法は何か？		
<b>II. 治療</b>		
<b>1 外科治療</b>		
<b>1-1. 外科治療 I-II期</b>		
CQ1. 臨床病期I-II期胸腺上皮性腫瘍に対して、外科切除は勧められるか？		
CQ2. 臨床病期I-II期胸腺上皮性腫瘍切除手術において、腫		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
瘍の完全切除および胸腺摘出術が勧められるか？		
CQ3. 臨床病期Ⅰ-Ⅱ期胸腺上皮性腫瘍切除手術において、アプローチの選択肢として胸腔鏡補助下あるいはロボット支援の切除は勧められるか？		
<b>1-2. 外科治療 Ⅲ期</b>		
CQ4. 完全切除が困難な臨床病期Ⅲ期胸腺上皮性腫瘍に対して、集学的治療は勧められるか？		
CQ5. 臨床病期Ⅲ期胸腺上皮性腫瘍に対して、腫瘍の完全切除を伴う胸腺摘出術は勧められるか？		
CQ6. 臨床病期Ⅲ期胸腺腫に横隔神経浸潤が認められる場合、横隔神経を温存することは勧められるか？		
<b>1-3. 外科治療 Ⅳ期</b>		
CQ7. 臨床病期Ⅳ期胸腺上皮性腫瘍に対して、集学的治療は勧められるか？		
CQ8. 肉眼的完全切除が可能な臨床病期Ⅳ期胸腺上皮性腫瘍に対して、外科切除は勧められるか？		
CQ9. 肉眼的完全切除が困難な臨床病期Ⅳ期胸腺上皮性腫瘍に対して、減量手術は勧められるか？		
<b>2 放射線治療</b>		
CQ10. 完全切除された胸腺腫に対して、術後放射線治療は勧められるか？		
CQ11. 完全切除された胸腺癌に対して、術後放射線治療は勧められるか？		
CQ12. 顕微鏡的または肉眼的不完全切除となった胸腺上皮性腫瘍に対して、術後放射線治療は勧められるか？		
CQ13. 切除不能胸腺上皮性腫瘍に対して、放射線治療は勧められるか？		
■胸腺上皮性腫瘍に対する放射線治療の基本事項		
<b>3 化学療法</b>		
<b>3-1. 胸腺腫に対する化学療法</b>		
CQ14. 臨床病期Ⅳ期または再発胸腺腫に対して、化学療法は勧められるか？		
CQ15. 臨床病期Ⅳ期または再発胸腺腫に対して、シスプラチンおよびアンスラサイクリン系抗癌剤の併用療法は勧められるか？		
CQ16. 一次治療に不応となった胸腺腫に対して、化学療法は勧められるか？		

## 2017年版からの主な変更点一覧

1. 項目の変更・新設など(下線部)	2. 推奨文, 推奨度の変更	3. 記述内容の追加, 削除, 変更など
<p>CQ17. 局所進行胸腺腫に対して, 術前化学療法は勧められるか?</p>		
<p><b>3-2. 胸腺癌に対する化学療法</b></p>		
<p>CQ18. 臨床病期Ⅳ期または再発胸腺癌に対して, 化学療法は勧められるか?</p>		
<p>CQ19. 臨床病期Ⅳ期または再発胸腺癌に対して, カルボプラチンとパクリタキセルまたはアムルピシンの併用療法は勧められるか?</p>		
<p>CQ20. 臨床病期Ⅳ期または再発胸腺癌に対して, 分子標的薬は勧められるか?</p>		
<p>CQ21. 一次治療に不応となった胸腺癌に対して, 化学療法は勧められるか?</p>		
<p>CQ22. 局所進行胸腺癌に対して, 術前化学療法は勧められるか?</p>		
<p>◆レジメン</p>		
<p><b>4 治療後の経過観察</b></p>		
<p>CQ23. 胸腺上皮性腫瘍に対し根治的治療が行われた場合, 定期的な経過観察は行うべきか?</p>		
<p><b>5 再発腫瘍の治療</b></p>		
<p>CQ24. 切除可能な再発胸腺上皮性腫瘍に対して, 外科切除を含めた集学的治療は勧められるか?</p>		
<p>CQ25. 切除可能な再発胸腺上皮性腫瘍に対して, 外科切除は勧められるか?</p>		
<p><b>Ⅲ. 病理診断</b></p>		
<p><b>1 病理診断</b></p>		
<p>■病理診断</p>		

-以下余白-