

2023年版（Web版）からの主な変更点一覧

		1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加、削除、変更など
全体共通の変更点：2024年版より推奨文および推奨度の記載を一部変更した。 【変更前】 【変更後】 推奨する → 強く推奨する 提案する → 弱く推奨する 合意率 → 記載を削除(投票結果表では引き続き掲載)			
第1部 肺癌診療ガイドライン			
I. 肺癌の診断			
■ 総論			・[5]分子診断]で日本人における観察研究に言及
3 確定診断			
CQ10. 肺末梢病変の経気管支生検に、ラジアル型EBUSは勧められるか？			・ガイドシースを併用したラジアル型EBUSの診断率に関する多施設前方視的ランダム化試験の結果を追記
CQ13. 肺癌を疑う病変にクライオ生検は勧められるか？ b. 肺癌を疑う末梢肺病変にクライオ生検は勧められるか？			・クライオプローブを用いた生検の診断率に関する報告を追記
5 病期診断			
CQ24. N因子診断のために、必要な検査は何か？	【変更前】 d. 術前の画像検査で縦隔リンパ節転移が疑われ、超音波内視鏡検査では転移を認めなかった場合、縦隔鏡検査などの外科的生検を行うよう提案する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C, 合意率：100%] 【変更後】 d. 術前の画像検査で縦隔リンパ節転移が疑われ、超音波内視鏡検査では転移を認めなかった場合、縦隔鏡検査などの外科的生検を行うよう <u>勧める</u> だけの根拠が明確ではない。 [推奨に至る根拠が明確ではない]		・縦隔鏡検査に伴う合併症発生率について追記 ・縦隔鏡検査における適切な症例選択について追記 ・縦隔鏡検査非施行群の非劣性を示したランダム化前方視的試験について追記
6 分子診断			
CQ26. 治療方針を決めるための、分子診断の項目は何か？	【変更前】 a. 非小細胞肺癌の手術例は、術後補助治療を検討する場合にEGFR遺伝子検査およびPD-L1免疫組織化学染色検査(IHC)を行うよう推奨する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B, 合意率：88%] 【変更後】 a. 非小細胞肺癌の手術例は、 <u>周期術治療</u> を検討する場合にEGFR, ALKの遺伝子検査およびPD-L1免疫組織化学染色検査(IHC)を行うよう <u>強く推奨</u> する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B]		・術後プラチナ製剤併用化学療法とアレクチニブを比較したALINA試験における、アレクチニブの有用性について追記 ・術前プラチナ製剤併用療法とニボルマブ療法追加を比較したCheckMate816試験における、ニボルマブの有用性について追記 ・術前CDDP併用化学療法と術後ペムブロリズマブ追加を検証したKEYNOTE-671試験における、術後ペムブロリズマブの有用性について追記 ・EGFR遺伝子変異を有する進行・再発非小細胞肺癌における、細胞傷害性抗癌薬併用、血管新生阻害薬併用の有効性について追記 ・進行・再発非小細胞肺癌におけるNTRK融合遺伝子検査について言及 ・エヌトレクチニブの有効性を検証したALKA-372-001試験, STARTRK-1, -2試験の結果を追記 ・ラトロレクチニブの有効性を示したLOXO-TRK14001試験, SCOUT試験, NAVIGATE試験の統合解析について言及

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加, 削除, 変更など
CQ27. 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？	<p>【変更前】 検査項目に優先順位をつけず、同時に行うよう推奨する。 [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: D, 合意率: 82%]</p> <p>【変更後】 検査項目に優先順位をつけず、同時に行うよう推奨する。 [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: C]</p>	<ul style="list-style-type: none"> 二次治療以降のソラシブ単剤療法に関する記述を削除
II. 非小細胞肺癌 (NSCLC)		
◆樹形図		<ul style="list-style-type: none"> ⅡA, ⅡB期: 術前治療を追記 ⅢA, ⅢB期: ⅡB期を追記。手術可能と不能にフローを分けて記載
1 外科治療		
■総論		
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？		<ul style="list-style-type: none"> 術前呼吸訓練に関する論文をアップデート 肺癌登録合同委員会による手術例調査報告をアップデート
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？		<ul style="list-style-type: none"> ACOSOG Z4099 試験について追記 高齢者における外科治療と定位放射線治療を比較したカナダの後方視的コホート研究について追記 日本CT検診学会による「低線量CTによる肺がん検診の肺結節の判定基準と経過観察の考え方」に言及
CQ3. 臨床病期ⅠA1-2期非小細胞肺癌で外科切除可能な患者に対する適切な術式は何か？	<p>【新設】 b. <u>臨床病期ⅠA1-2期, $0.25 < \text{充実成分最大径}/\text{腫瘍最大径} \leq 0.5$ の肺野末梢非小細胞肺癌に対して、区域切除を行うよう強く推奨する。</u> [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: B]</p>	<ul style="list-style-type: none"> 非末梢病変に関するJCOG1211試験に言及 縮小手術の有用性に関する記述を削除 CALGB140503試験の結果をアップデート JCOG0802/WJOG4607L試験の結果をアップデート
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、標準手術(肺葉切除もしくは区域切除)が不可能な患者に、縮小手術を行ってもよいか？	<p>【変更前】 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)を行うよう提案する。 [推奨の強さ: 2, エビデンスの強さ: C, 合意率: 66%]</p> <p>【変更後】 臨床病期Ⅰ期非小細胞肺癌で外科治療が可能であるが、標準手術(肺葉切除もしくは区域切除)が不可能な患者に、縮小手術を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: C]</p>	
1-1-3. 手術適応(臨床病期Ⅲ期)		
CQ6. cN2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？		<ul style="list-style-type: none"> 旧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？」の解説を本CQに統合

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加、削除、変更など
【削除】 旧 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？		
CQ7. 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？	<p>【変更前】 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提案する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：D, 合意率：89%]</p> <p>【変更後】 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強く推奨する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：D]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・上大静脈合併切除に関する論文を追記 ・臓器浸潤がない T4 腫瘍切除例に関する報告を追記
1-2. リンパ節郭清		
CQ8. 切除可能な非小細胞肺癌に対して、リンパ節郭清もしくはサンプリングを行い、病理学的評価を行うべきか？		<ul style="list-style-type: none"> ・病理学的評価法(リンパ節郭清, サンプリングの解釈)について追記 ・リンパ節転移の検出に関する JCOG 0201 試験, および JCOG0802/WJOG 4607L 試験について追記
1-3. T3 臓器合併切除(肺尖部胸壁浸潤癌以外)		
CQ9. 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？		<ul style="list-style-type: none"> ・胸壁浸潤例の予後に関する IASLC データベースの解析結果を追記 ・導入化学放射線療法と予後に関する研究に言及
1-6. 同時性他肺葉内結節		
CQ13. 同時性他肺葉内結節で、多発原発性肺癌を疑う症例において、手術を行うべきか？	<p>【変更前】 他肺葉内結節で、多発原発性肺癌を疑う症例においては、手術を行うよう提案する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：D, 合意率：56%]</p> <p>【変更後】 同時性他肺葉内結節で、多発原発性肺癌を疑う症例においては、手術を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：D]</p>	
CQ14. 同時性他肺葉内結節で、肺内転移 (PM2, 3) を疑う症例において、手術を行うべきか？		<ul style="list-style-type: none"> ・局所治療(ラジオ波焼灼療法など)に言及
1-7. 異時性多発癌		
CQ15. 異時性多発肺癌に対して、耐術能があれば外科治療を行ってもよいか？		<ul style="list-style-type: none"> ・耐術能がある患者における SBRT の成績について追記
1-8. 臨床病期 I 期非小細胞肺癌に対する胸腔鏡下肺切除, ロボット支援下肺葉切除		
CQ16. 臨床病期 I 期非小細胞肺癌に対して、胸腔鏡下肺切除を行ってもよいか？	<p>【変更前】 胸腔鏡補助下肺葉切除を行うよう提案する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B, 合意率：67%]</p> <p>【変更後】 胸腔鏡下肺切除を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・RATS, VATS, 開胸手術の安全性と予後を比較した研究についてアップデート ・単孔式胸腔鏡(U-VATS)に言及 ・肺癌の全肺葉切除術における VATS の実施率をアップデート
CQ17. 臨床病期 I 期非小細胞肺癌に対して、ロボット支援下肺切除を行ってもよいか？		<ul style="list-style-type: none"> ・リンパ節郭清に関する VATS と RATS の後方視的比較研究について追記 ・リンパ節のサンプリングに関する VATS と RATS の前方視的ランダム化比較試験(RAVAL trial)について追記

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加、削除、変更など
1-9. 外科切除後の経過観察、術後患者の禁煙		
CQ18. 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？		<ul style="list-style-type: none"> 臨床病期 I 期を対象とした術後低 CT と高頻度 CT を比較した報告を追記 本邦の CT による術後観察に関する報告を追記 欧州のデータベースより経過観察期間に関する報告を追記
1-10. 低悪性度腫瘍		
CQ20. 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？		<ul style="list-style-type: none"> 小型カルチノイドにおける肺葉切除や楔状切除の予後について追記 定型カルチノイドと非定型カルチノイドの生存率に関する NCD データベース解析の記述を削除 腺様嚢胞癌に対する拡大切除の術後合併症、手術関連脂肪について追記
3 放射線治療基本的事項		
CQ22-1. 肺癌胸部放射線治療計画は CT を用いた 3 次元治療計画を行うことが勧められるか？		<ul style="list-style-type: none"> IMRT に関する解説文を CQ42c に移行
4 周術期		
■総論		
4-1. 術前治療		
CQ24. 臨床病期 I-ⅢB 期(第 9 版)に対して、術前および術前+術後治療は勧められるか？	<p>【変更前】</p> <p>a. 臨床病期 I-ⅡA 期(第 8 版)に対して、術前プラチナ製剤併用療法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, 合意率：51%]</p> <p>c. 臨床病期 II-ⅢA 期(第 8 版)*, EGFR 遺伝子変異/ALK 融合遺伝子陰性もしくは不明例に対して、術前にプラチナ製剤併用療法とニボルマブを併用した治療を行うよう提案する。(*術前臨床病期 T3N2M0/ⅢB 期, T4(≥7 cm)N2M0/ⅢB 期を含む) [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B, 合意率：86%]</p> <p>【変更後】</p> <p>a. 臨床病期 I-ⅡA 期(第 9 版)*に対して、術前プラチナ製剤併用療法を行わないよう弱く推奨する。[*T4(invasion or ipsilateral lung nodules)N2M0/ⅢB, N3 は除く] [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C]</p> <p>b. 臨床病期 II-ⅢB 期(第 9 版)*, EGFR 遺伝子変異/ALK 融合遺伝子陰性もしくは不明例に対して、術前にプラチナ製剤併用療法とニボルマブを併用した治療を行うよう弱く推奨する。[*T4(invasion or ipsilateral lung nodules)N2M0/ⅢB, N3 は除く] [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B]</p>	<ul style="list-style-type: none"> 術前、術後薬物療法の選択について追記 CheckMate816 試験における OS をアップデート

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加, 削除, 変更など
	<p>【新設】 c. <u>臨床病期Ⅱ-ⅢB期(第9版)**</u>に対して, 術前にプラチナ製剤併用療法とペムプロリスマブを併用し, 術後にペムプロリスマブの追加を行うよう弱く推奨する。 (**N3は除く) [推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:B] d. <u>切除可能な臨床病期ⅢA-ⅢB期(第9版)**</u>に対して, 術前化学放射線療法を行うよう弱く推奨する。 (**N3は除く) [推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:C]</p> <p>【削除】 b. 臨床病期ⅡB-ⅢA期(第8版)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。 [推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:C, 合意率:77%]</p>	
<p>【削除】 旧CQ26. 切除可能な臨床病期ⅢA期(N2)に対して, 術前化学放射線療法は勧められるか?</p>		<p>・旧CQ26の解説は, CQ24dに移行</p>
<p>4-2. 術後補助薬物療法</p>		
<p>■樹形図</p>		
<p>CQ25. 病変全体径>2cmの術後病理病期ⅠA3-ⅢA期(N0)(第9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?</p>	<p>【変更前】 病変全体径>2cmの術後病理病期Ⅰ-ⅡA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を行うよう推奨する。(*術後病理病期T3N0M0/ⅡB期を含む) [推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:A, 合意率:85%] 【変更後】 病変全体径>2cmの術後病理病期ⅠA3-ⅢA期(N0)(第9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を行うよう強く推奨する。[*T3(invasion satellite or nodule)とT4(invasion or ipsilateral lung nodules)は除く] [推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:A]</p>	<p>・ⅡB期, ⅢA期からN0M0の記載を削除 ・ⅢB期からT3N2M0, T4(>7cm)N2M0の記載を削除 ・サブグループ(EGFR遺伝子変異陽性, ALK融合遺伝子陽性, PD-L1陽性)へのフローを追加</p>
<p>CQ26. 病変全体径>2cmの術後病理病期ⅠA3-ⅢA期(N0)(第9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?</p>	<p>【変更前】 病変全体径>2cmの術後病理病期Ⅰ-ⅡA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を行うよう提案する。(*術後病理病期T3N0M0/ⅡB期を含む) [推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:C, 合意率:100%] 【変更後】 病変全体径>2cmの術後病理病期ⅠA3-ⅢA期(N0)(第9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を行うよう弱く推奨する。[*T3(invasion satellite or nodule)とT4(invasion or ipsilateral lung nodules)は除く] [推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:C]</p>	

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加、削除、変更など
CQ27. 術後病理病期Ⅱ-ⅢB期(第9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？	<p>【変更前】 術後病理病期Ⅱ-ⅢA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を行うよう推奨する。[*術後病理病期T3N2M0/ⅢB期, T4(≥7cm)N2M0/ⅢB期を含む] [推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:A, 合意率:95%]</p> <p>【変更後】 術後病理病期Ⅱ-ⅢB期(第9版)*完全切除例に対して、シスプラチン併用化学療法を行うよう強く推奨する。(*N3は除く) [推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:A]</p>	<p>・JIPANG 試験における OS をアップデート</p>
CQ28. EGFR 遺伝子変異陽性の術後病理病期Ⅱ-ⅢB期(第9版)*完全切除例に対して、EGFR チロシンキナーゼ阻害薬は勧められるか？	<p>【変更前】</p> <p>a. EGFR 遺伝子変異陽性の術後病理病期Ⅱ-ⅢA期(第8版)*完全切除例に対して、従来の術後補助化学療法後に、オシメルチニブによる治療の追加を提案する。[*術後病理病期T3N2M0/ⅢB期, T4(≥7cm)N2M0/ⅢB期を含む] [推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:B, 合意率:48%]</p> <p>b. EGFR 遺伝子変異陽性の術後病理病期Ⅱ-ⅢA期(第8版)*完全切除例に対して、プラチナ製剤併用療法の代わりとして、EGFR チロシンキナーゼ阻害薬による治療を勧めるだけの根拠が明確ではない。[*術後病理病期T3N2M0/ⅢB期, T4(≥7cm)N2M0/ⅢB期を含む] [推奨に至る根拠が明確ではない]</p> <p>【変更後】</p> <p>a. EGFR 遺伝子変異陽性の術後病理病期Ⅱ-ⅢB期(第9版)*完全切除例に対して、従来の術後補助薬物療法後に、オシメルチニブによる治療の追加を行うよう弱く推奨する。(*N3は除く) [推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:B]</p> <p>b. EGFR 遺伝子変異陽性の術後病理病期Ⅱ-ⅢB期(第9版)*完全切除例に対して、プラチナ製剤併用療法の代わりとして、EGFR チロシンキナーゼ阻害薬による治療を行うよう勧めるだけの根拠が明確ではない。(*N3は除く) [推奨に至る根拠が明確ではない]</p>	<p>・ADAURA 試験における DFS をアップデート</p>
<p>【新設】 CQ29. ALK 融合遺伝子陽性の術後病理病期Ⅱ-ⅢB期(第9版)*完全切除例に対して、ALK チロシンキナーゼ阻害薬は勧められるか？</p>	<p>【新設】 ALK 融合遺伝子陽性の術後病理病期Ⅱ-ⅢB期(第9版)*完全切除例に対して、従来の術後補助薬物療法の代わりとしてアレクチニブによる治療を行うよう弱く推奨する。(*N3は除く) [推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:B]</p>	

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加, 削除, 変更など
CQ30. 術後病理病期ⅡB-ⅢB期(第9版)*完全切除例に対して、アテゾリズマブ単剤療法は勧められるか？	<p>【変更前】</p> <p>a. 術後病理病期ⅡB-ⅢA期(第8版)*完全切除例、腫瘍細胞におけるPD-L1発現50%以上例に対して、シスプラチン併用化学療法後にアテゾリズマブ単剤療法の追加を行うよう提案する。[*術後病理病期T3N2M0/ⅢB期, T4(≥7cm)N2M0/ⅢB期を含む] [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C, 合意率：46%]</p> <p>b. 術後病理病期ⅡB-ⅢA期(第8版)*完全切除例、腫瘍細胞におけるPD-L1発現1%以上50%未満例に対して、シスプラチン併用化学療法後にアテゾリズマブ単剤療法の追加を行うよう勧めるだけの根拠が明確でない。[*術後病理病期T3N2M0/ⅢB期, T4(≥7cm)N2M0/ⅢB期を含む] [推奨に至る根拠が明確ではない]</p> <p>【変更後】</p> <p>a. 術後病理病期ⅡB-ⅢB期(第9版)*完全切除例、腫瘍細胞におけるPD-L1発現50%以上例に対して、シスプラチン併用化学療法後にアテゾリズマブ単剤療法の追加を行うよう弱く推奨する。(*N3は除く) [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C]</p> <p>b. 術後病理病期ⅡB-ⅢB期(第9版)*完全切除例、腫瘍細胞におけるPD-L1発現1%以上50%未満例に対して、シスプラチン併用化学療法後にアテゾリズマブ単剤療法の追加を行うよう勧めるだけの根拠が明確でない。(*N3は除く) [推奨に至る根拠が明確ではない]</p>	
【新設】 4-4. Background Question/Evidence		
【新設】 BQ1. 臨床病期Ⅱ-ⅢB期(第9版)*に対して、術前薬物療法は勧められるか？	【新設】 臨床病期Ⅱ-ⅢB期(第9版)*に対して、術前プラチナ製剤併用療法は手術療法単独と比べて全生存期間の延長が示されている。[*T4(invasion or ipsilateral lung nodules)N2M0/ⅢBは除く] [エビデンスの強さ：B]	
◆レジメン		<ul style="list-style-type: none"> 術後アレクチニブ単剤療法を追加 術前プラチナ製剤併用療法+術前・術後PD-1/PD-L1阻害薬(ペムプロリズマブ併用療法)を追加
5 I - II 期非小細胞肺癌の放射線療法		
■総論		
CQ36. I期非小細胞肺癌の根治的放射線治療における適切な照射法は何か？		<ul style="list-style-type: none"> SBRTの局所制御率および治療関連死に関するデータを追記 炭素線治療における予後のデータを追記
6 Ⅲ期非小細胞肺癌・肺尖部胸壁浸潤癌		
■総論		
CQ42. 化学療法併用時の適切な照射法は何か？		<ul style="list-style-type: none"> IMRTの解説をCQ22-1より移行し統合
CQ44. 放射線治療単独時の適切な照射法は何か？		<ul style="list-style-type: none"> 本邦での連続加速分割照射の汎用性に関する記述を削除

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加, 削除, 変更など
7 IV期非小細胞肺癌		
■総論		
7-1. ドライバー遺伝子変異/転座陽性		
◆樹形図		
7-1-1. EGFR 遺伝子変異陽性		
◆樹形図		
■ 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		
CQ46. PS 0-1 の場合、一次治療として薬物療法が勧められるか？	<p>【新設】 d. <u>オシメルチニブ+プラチナ製剤+ペメトレキセド併用療法を行うよう弱く推奨する。</u> [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B]</p>	
	<p>【削除】(BQ2へ移行) d. <u>ダコミチニブ単剤療法を行うよう提案する。</u> [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B, 合意率：86% (推奨率：86%)]</p>	
CQ47. PS 2 の場合、一次治療として薬物療法が勧められるか？		・ダコミチニブ単剤療法の記述を削除
■ 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・エクソン 20 挿入変異を除く)		
CQ49. エクソン 18-21 変異：Uncommon mutation(エクソン 20 の挿入変異を除く)に対して、一次治療で EGFR-TKI は勧められるか？	<p>【変更前】 a. エクソン 18-21 の遺伝子変異 (E709X, G719X, S768I, P848L, L861Q, エクソン 19 の挿入変異など) には EGFR-TKI 単剤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, 合意率：78%]</p> <p>【変更後】 a. エクソン 18-21 の遺伝子変異 (E709X, G719X, S768I, P848L, L861Q, エクソン 19 の挿入変異など) には <u>アファチニブ単剤療法を行うよう強く推奨する。</u> [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B] b. エクソン 18-21 の遺伝子変異 (E709X, G719X, S768I, P848L, L861Q, エクソン 19 の挿入変異など) には <u>オシメルチニブ単剤療法を行うよう弱く推奨する。</u> [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C]</p> <p>【削除】(→CQ50に移行) b. <u>エクソン 20 の挿入変異には EGFR-TKI 療法を行わないよう推奨する。</u> [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：C, 合意率：70%]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アファチニブ単剤療法とオシメルチニブ単剤療法に分けて解説 ・アファチニブの有効性を検証した ACHILLES/TORG1834 試験の結果、および毒性に関する報告を追記
【新設】 ■ EGFR 遺伝子変異陽性の一次治療：エクソン 20 挿入変異		
【新設】 CQ50. エクソン 20 の挿入変異に対して、一次治療で標的療法が勧められるか？	<p>【新設】 a. <u>エクソン 20 の挿入変異にはカルボプラチン+ペメトレキセド+アミバンタマブ併用療法を行うよう強く推奨する。</u> [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B] b. <u>エクソン 20 の挿入変異には EGFR-TKI 単剤療法を行わないよう強く推奨する。</u> [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：C]</p>	

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加, 削除, 変更など
CQ52. 一次治療 EGFR-TKI 耐性または増悪後例に二次治療で細胞傷害性抗がん薬と免疫チェックポイント阻害薬を併用した治療は勧められるか？	<p>【変更前】 一次治療 EGFR-TKI 耐性または増悪後例に二次治療で細胞傷害性抗がん薬と免疫チェックポイント阻害薬を併用した治療を行うよう勧めるだけの根拠が明確ではない。 [推奨に至る根拠が明確ではない]</p> <p>【変更後】 一次治療 EGFR-TKI 耐性または増悪後例に二次治療でカルボプラチン+パクリタキセル+ペバシズマブ+アテゾリズマブ療法を行うよう弱く推奨する。 [推奨の強さ: 2, エビデンスの強さ: B]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CBDCA+PTX+ペバシズマブ+アテゾリズマブ療法の有効性を検証した ATLAS 試験の結果を追記
7-1-2. ALK 融合遺伝子陽性		
■ ALK 融合遺伝子陽性の一次治療		
CQ54. PS 0-1 の場合、一次治療として ALK-TKI が勧められるか？	<p>【変更前】 c. ロルラチニブ単剤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: B, 合意率: 73%]</p> <p>【変更後】 b. ロルラチニブ単剤療法を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: B]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CROWN 試験の結果をアップデート
7-1-3. ROS1 融合遺伝子陽性		
CQ57. ROS1 融合遺伝子陽性に ROS1-TKI は勧められるか？	<p>【変更前】 ROS1-TKI 単剤療法(クリゾチニブ, エヌトレクチニブのいずれか)を行うよう推奨する。 [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: C, 合意率: 100%]</p> <p>【変更後】 ROS1-TKI 単剤療法(クリゾチニブ, エヌトレクチニブ, レボトレクチニブのいずれか)を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: C]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • レボトレクチニブ単剤療法を評価した TRIDENT-1 試験の結果を追記
7-1-5. MET 遺伝子変異陽性		
CQ59. MET 遺伝子変異陽性に MET-TKI は勧められるか？	<p>【変更前】 MET-TKI 単剤療法(テポチニブ, カプマチニブのいずれか)を行うよう推奨する。 [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: C, 合意率: 92%]</p> <p>【変更後】 MET-TKI 単剤療法(テポチニブ, カプマチニブ, グマロンチニブのいずれか)を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: C]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • グマロンチニブ単剤療法を評価した GLORY 試験の結果を追記
7-1-6. RET 融合遺伝子陽性		
CQ60. RET 融合遺伝子陽性にセルベルカチニブは勧められるか？	<p>【変更前】 セルベルカチニブ単剤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, 合意率: 77%]</p> <p>【変更後】 セルベルカチニブ単剤療法を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: B]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • セルベルカチニブ単剤療法を評価した LIBRETTO-431 試験の結果を追記
7-1-9. HER2 遺伝子変異陽性		
CQ63. HER2 遺伝子変異陽性にトラスツズマブ デルクステカン は勧められるか？		<ul style="list-style-type: none"> • トラスツズマブ デルクステカン単剤療法 5.4 mg/kg と 6.4 mg/kg のランダム化第 II 相試験 (DESTINY-Lung02 試験) の結果をアップデート

		1. 推奨文, 推奨度の変更, 新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加, 削除, 変更など
7-2. ドライバー遺伝子変異/転座陰性			
7-2-1. ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PD-L1 TPS 50%以上の一次治療			
◆樹形図			<ul style="list-style-type: none"> ・PS 2の一次治療「ペムプロリズマブ」を「PD-1/PD-L1 阻害薬」に変更 ・PS 2の一次治療「細胞傷害性抗癌薬」に「カルボプラチン併用療法」を追加
CQ64. 全身状態良好(PS 0-1)なPD-L1 TPS 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?			<ul style="list-style-type: none"> ・非扁平上皮癌におけるニボルマブ上乗せを評価したONO-4538-52/TASUKI-52試験の結果を追記 ・扁平上皮癌におけるペムプロリズマブ上乗せの有効性, 安全性に関する日本人集団の報告を追記 ・デュルバルマブ+トレメリムマブ+プラチナ製剤併用療法群のQOLに関する報告を追記
7-2-2. ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PD-L1 TPS 1~49%の一次治療			
◆樹形図			<ul style="list-style-type: none"> ・PS 2の一次治療に「PD-1/PD-L1 阻害薬」を追加 ・PS 2の一次治療「細胞傷害性抗癌薬」に「カルボプラチン併用療法」を追加
CQ65. 全身状態良好(PS 0-1)なPD-L1 TPS 1~49%に対する一次治療において薬物療法は勧められるか?			<ul style="list-style-type: none"> ・非扁平上皮癌におけるニボルマブ上乗せを評価したONO-4538-52/TASUKI-52試験の結果を追記
7-2-3. ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PD-L1 TPS 1%未満の一次治療			
◆樹形図			<ul style="list-style-type: none"> ・PS 2の一次治療に「PD-1/PD-L1 阻害薬」を追加 ・PS 2の一次治療「細胞傷害性抗癌薬」に「カルボプラチン併用療法」を追加
CQ66. 全身状態良好(PS 0-1)なPD-L1 TPS 1%未満に対する一次治療において薬物療法は勧められるか?			<ul style="list-style-type: none"> ・非扁平上皮癌におけるニボルマブ上乗せを評価したONO-4538-52/TASUKI-52試験の結果を追記
7-2-4. ドライバー遺伝子変異/転座陰性, PS 2の一次治療			
CQ67. PS 2に対する一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. 細胞傷害性抗癌薬の治療を行うよう推奨もしくは提案する。 〔単剤療法/推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: A, 合意率: 67% (推奨率: 100%)〕 〔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, 合意率: 70% (推奨率: 93%)〕</p> <p>【変更後】</p> <p>b. カルボプラチン併用療法を行うよう弱く推奨する。 〔推奨の強さ: 2, エビデンスの強さ: B〕</p> <p>c. 細胞傷害性抗癌薬単剤療法を行うよう弱く推奨する。 〔推奨の強さ: 2, エビデンスの強さ: A〕</p> <p>【変更前】</p> <p>b. PD-L1 TPS 50%以上に対して, ペムプロリズマブ単剤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: D, 合意率: 81% (推奨率: 81%)〕</p> <p>【変更後】</p> <p>a. PD-1/PD-L1 阻害薬単剤療法を行うよう弱く推奨する。 〔推奨の強さ: 2, エビデンスの強さ: B〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アテゾリズマブ単剤療法の有用性を検証したIPSOS試験の結果を追記 	

	1. 推奨文, 推奨度の変更, 新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加, 削除, 変更など
	<p>【削除】</p> <p>c. プラチナ製剤併用療法に免疫チェックポイント阻害薬を併用した治療を行うよう推奨するだけの根拠が明確ではない。 [推奨に至る根拠が明確ではない]</p>	
7-5. Background Question/Evidence		
7-5-1. ドライバー遺伝子変異/転座陽性 ■ 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)		
BQ2. PS 0-1 の場合, 一次治療として EGFR-TKI が勧められるか?	<p>【変更前】(旧 CQ47)</p> <p>d. ダコミチニブ単剤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: B, 合意率: 86% (推奨率: 86%)]</p> <p>【変更後】</p> <p>b. 第二世代の EGFR-TKI 単剤療法は第一世代の EGFR-TKI 単剤療法と比較して無増悪生存期間の延長が示されている。 [エビデンスの強さ: A]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・旧 CQ47 より当該解説を移動
◆レジメン		<ul style="list-style-type: none"> ・ROS1 融合遺伝子陽性例にレボトレクチニブを追加 ・MET 遺伝子変異陽性例にグマロンチニブを追加 ・EGFR 遺伝子変異陽性例の細胞傷害性抗がん薬併用レジメンに, オシメルチニブ, アミバンタマブを追加 ・細胞傷害性抗がん薬と免疫チェックポイント阻害薬併用レジメンに, ニボルマブ(非扁平上皮癌のみ)を追加
Ⅲ. 小細胞肺癌 (SCLC)		
■総論		
		<ul style="list-style-type: none"> ・TNM 分類第 9 版について追記 ・CQ の改訂に合わせて文言を整備 ・再発小細胞肺癌の項にタルラタマブが治療選択肢となり得ることを追記
1 限局型小細胞肺癌 (LD-SCLC)		
■樹形図		
		<ul style="list-style-type: none"> ・TNM 分類第 9 版について追記
CQ1. 臨床病期 I - II A 期(N0 に限る)(第 9 版)の小細胞肺癌に外科治療は勧められるか?	<p>【変更前】</p> <p>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, 合意率: 90%]</p> <p>【変更後】</p> <p>臨床病期 I - II A 期(N0 に限る)(第 9 版)の小細胞肺癌に対して, 外科治療を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: C]</p>	
CQ3. 医学的な理由で手術ができない臨床病期 I - II A 期(N0 に限る)(第 9 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?	<p>【変更前】</p> <p>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, 合意率: 89%]</p> <p>【変更後】</p> <p>医学的な理由で手術ができない臨床病期 I - II A 期(N0 に限る)(第 9 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弱く推奨する。 [推奨の強さ: 2, エビデンスの強さ: D]</p>	

	1. 推奨文, 推奨度の変更, 新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加, 削除, 変更など
CQ6. 限局型小細胞肺癌(PS 0-2)に対する放射線照射法は, 通常分割照射法と加速過分割照射法のどちらが勧められるか?		・通常分割照射法 70 Gy/35 回/7 週と比較した(CALGB30610/RTOG0538 試験の結果を追記
◆レジメン		・加速過分割照射法が難しい場合に実施する通常分割照射法の目安を 50~70 Gy/25~35 回/5~7 週に変更
2 進展型小細胞肺癌(ED-SCLC)		
■樹形図		・PS 0-1, 2, 3, 4 に分けてフローを再編 ・推奨薬剤名を追記
【新設】 2-1. 進展型小細胞肺癌の一次治療		
【新設】 CQ10. PS 2 の進展型小細胞肺癌に対する一次治療において薬物療法は勧められるか?	【新設】 プラチナ製剤+エトポシドまたはイリノテカン併用療法を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ: 1, エビデンスの強さ: B]	
【削除】 旧 CQ9. 進展型小細胞肺癌(PS 0-2, 70 歳以下)における最適な一次治療は何か?		・新 BQ1 へ移行
【削除】 旧 CQ10. 進展型小細胞肺癌(PS 0-2, 71 歳以上)における最適な一次治療は何か?		・新 BQ2 へ移行
【新設】 2-2. Background Question/Evidence		
【新設】 BQ1. 70 歳以下の進展型小細胞肺癌に対する一次治療においてプラチナ製剤併用療法は勧められるか?	【新設】 プラチナ製剤併用療法は有効性のエビデンスが確立している。 [エビデンスの強さ: A]	
【新設】 BQ2. 71 歳以上の進展型小細胞肺癌に対する一次治療においてプラチナ製剤併用療法は勧められるか?	【新設】 プラチナ製剤併用療法は有効性のエビデンスが確立している。 [エビデンスの強さ: B]	
3 予防的全脳照射(PCI)		
CQ13. 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?		・海馬を避けた照射による認知機能と QOL の評価について追記
4 再発小細胞肺癌		
■樹形図		・PS 0-2 を追記 ・推奨薬剤名を追記
CQ16. PS 0-2 の再発小細胞肺癌(sensitive relapse)に対して薬物療法は勧められるか?		・各種試験の対象が PS 0-2 であることを追記
CQ17. PS 0-2 の再発小細胞肺癌(refractory relapse)に対して薬物療法は勧められるか?		・各種試験の対象が PS 0-2(一部 PS 0-1 を含む)であることを追記
【新設】 CQ18. 全身状態良好(PS 0-1)な再発小細胞肺癌に対してタルラタマブ療法は勧められるか?	【新設】 三次治療以降にタルラタマブ療法を行うよう弱く推奨する。 [推奨の強さ: 2, エビデンスの強さ: C]	
◆レジメン		・T 細胞誘導作用を有する二重特異性抗体レジメンとしてタルラタマブ療法を追記

		1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加、削除、変更など
IV. 転移など各病態に対する治療			
1 骨転移			
CQ3. 病的骨折の危険性が高い骨転移、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？			・骨関連事象を低減する予防的放射線治療の有効性を示したランダム化第Ⅱ相試験について追記
2 脳転移			
CQ12. 無症候性脳転移に対して、薬物療法は勧められるか？			・各種薬物療法に関する試験結果一覧に、GAP BRAIN 試験、TRIDEBT-1 試験、Atezo-Brain 試験を追記。LIBRETTO 試験をアップデート
V. 緩和ケア			
1 緩和ケア			
CQ3. 悪液質を呈する切除不能・進行非小細胞肺癌患者に選択的グレリン受容体刺激薬投与は勧められるか？			・アナモレリンの有効性と安全性に関するプラセボ対照試験のサブグループ解析結果を追記
第 2 部 悪性胸膜中皮腫診療ガイドライン			
■総論			<ul style="list-style-type: none"> ・2024 年版より、本文中では「悪性胸膜中皮腫」から「悪性」を除く。また、組織亜型の日本語表記は「上皮型」「肉腫型」「二相型」から「上皮様」「肉腫様」「二相性」に変更 ・「特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の支給に関する法律」および「建設アスベスト給付制度」に言及
■樹形図			・切除不能例の樹形図を新設
I. 診断			
2 確定診断			
CQ5. 確定診断のための胸膜採取法として、何が勧められるか？			・播種発生率に関する報告について追記
3 病理診断			
【新規】 CQ6. <u>中皮腫の病理診断を行ううえで、どのような検体と処理が推奨されるか？</u>	【新規】 <u>組織の挫滅に注意しつつ十分な量の組織量を複数採取し、速やかに 10 倍量の固定液を用いて 10% 中性緩衝ホルマリン固定する。固定時間 6 時間から 48 時間の固定が望ましい。細胞診用の体液液検体の場合は可能なかぎりセルブロックを作製することを強く推奨する。</u> [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：C]		
【新規】 CQ7. <u>上皮様中皮腫と肺腺癌との鑑別診断に何が勧められるか？</u>	【新規】 <u>複数の抗体パネル(少なくとも 2 つの陽性マーカーと 2 つの陰性マーカー)を用いた免疫組織化学を行うよう強く推奨する。</u> [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B]		
【新規】 CQ8. <u>胸膜中皮腫の病理診断にグレード分類の記載は勧められるか？</u>	【新規】 <u>上皮様中皮腫の病理診断では、グレード分類の記載を行うよう弱く推奨する。</u> [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C]		
【削除】 旧 CQ11. <u>肉腫型中皮腫と滑膜肉腫との鑑別診断に SS18-SSX 融合遺伝子検査は勧められるか？</u>			

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加、削除、変更など
II. 治療		
1 外科治療		
CQ1. 臨床病期 I-III A 期の切除可能中皮腫に対して手術は勧められるか？	<p>【変更前】 臨床病期 I-III A 期で術後に肉眼的完全切除を得られると考えられる症例に対して外科的切除を行うことを推奨する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B, 合意率：80%]</p> <p>【変更後】 臨床病期 I-III A 期で術後に肉眼的完全切除を得られると考えられる症例に対して外科的切除を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：C]</p>	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法単独群と化学療法後 EPP 群を比較した MARS 試験の結果を追記 本邦の前方視的観察研究(肺癌登録合同委員会第 9 次事業)の報告を追記 米国 SEER データベースのレビューを追記 EPP, P/D に関する一部の論文内容を CQ2 に移行
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？	<p>【変更前】</p> <p>a. 耐術能のある切除可能中皮腫には、術式として胸膜切除/肺剥皮術(P/D)を行うことを推奨する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B, 合意率：65%]</p> <p>b. 耐術能のある切除可能中皮腫には、術式として胸膜肺全摘術(EPP)を行うことを提案する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B, 合意率：65%]</p> <p>【変更後】</p> <p>a. 耐術能のある切除可能中皮腫には、術式として胸膜切除/肺剥皮術(P/D)を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：C]</p> <p>b. 耐術能のある切除可能中皮腫には、術式として胸膜肺全摘術(EPP)を行うよう弱く推奨する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C]</p>	<ul style="list-style-type: none"> 本邦の前向き観察研究(肺癌登録合同委員会第 9 次事業)の報告を追記 EPP と P/D の比較に関する新たなメタアナリシスについて追記 米国 3 施設の EPP と P/D を比較した検討結果を追記 化学療法単独群と化学療法後 EPP 群を比較した MARS 試験の結果を追記
CQ3. 二相性および肉腫様中皮腫に外科治療は勧められるか？	<p>【変更前】</p> <p>a. 二相性中皮腫に外科治療を行うことを提案する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B, 合意率：65%]</p> <p>b. 肉腫様中皮腫に外科治療を行わないことを提案する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B, 合意率：70%]</p> <p>【変更後】</p> <p>a. 二相性中皮腫に外科治療を行うよう弱く推奨する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C]</p> <p>b. 肉腫様中皮腫に外科治療を行わないよう弱く推奨する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C]</p>	
【新設】 CQ4. 局所治療が可能な再発に対して局所切除は勧められるか？	【新設】 切除可能な限局した局所再発に対して局所切除を行うことを弱く推奨する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：D]	

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加, 削除, 変更など
3 内科治療		
CQ9. PS 0-2の切除不能胸膜中皮腫に対する薬物療法は勧められるか？	<p>【変更前】 薬物療法を行うことを推奨する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：C, 合意率：75%]</p> <p>【変更後】 a. PS 0-2の一次治療として免疫チェックポイント阻害薬併用療法を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：B] b. PS 0-2の一次治療としてプラチナ併用療法を行うよう弱く推奨する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B]</p>	
【削除】 (→新 CQ9 に統合) 旧 CQ9. PS 0-2の一次治療としてプラチナ製剤併用療法は勧められるか？		
【削除】 (→新 CQ9 に統合) 旧 CQ10. PS 0-2の一次治療に免疫チェックポイント阻害薬は勧められるか？		
CQ13. PS 0-2の胸膜中皮腫に対する二次治療以降の薬物療法は勧められるか？	<p>【変更前】 b. ペムトレキセド未使用の場合, ペムトレキセド単剤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, 合意率：60%]</p> <p>【変更後】 b. ペムトレキセド単剤療法を行うよう弱く推奨する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C]</p>	
	<p>【削除】 c. ペムトレキセド単剤療法の再投与を行うよう提案する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：D, 合意率：75%]</p>	・解説は b に統合
CQ14. 薬物療法の対象となる胸膜中皮腫に血管新生阻害薬の併用は勧められるか？	<p>【変更前】 a. 一次治療としてのシスプラチン+ペムトレキセド併用療法にベバシズマブを追加することを提案する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C, 合意率：75%]</p> <p>【変更後】 一次治療としてのシスプラチン+ペムトレキセド併用療法にベバシズマブを追加することを弱く推奨する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：B]</p>	
	<p>【削除】 b. 二次治療として, ゲムシタピン+ラムシルマブ併用療法を行うことを推奨するだけの根拠が明確ではない。 [推奨に至る根拠が明確ではない]</p>	
CQ15. 胸膜中皮腫に対する胸膜癒着術は勧められるか？	<p>【変更前】 胸水ドレナージ後に胸水コントロールを目的とした胸膜癒着術を行うよう推奨する。 [推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：C, 合意率：80%]</p> <p>【変更後】 胸水ドレナージ後に胸水コントロールを目的とした胸膜癒着術を行うよう弱く推奨する。 [推奨の強さ：2, エビデンスの強さ：C]</p>	

	1. 推奨文, 推奨度の変更, 新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加, 削除, 変更など
第3部 胸腺腫瘍診療ガイドライン		
■総論		<ul style="list-style-type: none"> ・UICC-TNM 分類第9版について追記 ・免疫チェックポイント阻害薬について追記 ・その他 CQ の改訂に合わせて文言変更
■分類		<ul style="list-style-type: none"> ・TNM 分類(UICC 第9版への提案)を掲載
I. 診断		
1 存在診断と画像的鑑別診断		
CQ5. 縦隔病変の鑑別診断に, 造影CTは勧められるか?		<ul style="list-style-type: none"> ・造影CTを用いて計算された細胞外容積比に関する報告を追記
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?		<ul style="list-style-type: none"> ・非造影MRIによる大血管浸潤評価に関する新たな報告を追記
3 確定診断		
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?		<ul style="list-style-type: none"> ・FNAによる細胞診について新たな報告を追記
4 病期診断		
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?		<ul style="list-style-type: none"> ・CT Radiomic 評価によるTNMステージングに関する新たな文献を追加 ・非造影MRIの多変量解析によるTNMステージングに関する報告を追記 ・FDG-PETにおけるSUVmaxとTNMステージングに関する報告を追記
II. 治療		
1 外科治療		
1-1. 外科治療 I-II期		
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?		<ul style="list-style-type: none"> ・本邦データベースによる正岡分類およびTNM分類の予後再現性に関する報告を追記 ・本邦およびIASLCによる腫瘍サイズと予後因子に関する報告を追記
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下あるいはロボット支援の切除は勧められるか?		<ul style="list-style-type: none"> ・本邦データベースによる低侵襲アプローチに関する報告を追記 ・剣状突起下アプローチに関する報告を追記
1-2. 外科治療 III期		
CQ4. 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?		<ul style="list-style-type: none"> ・ESTS データベースによる大血管浸潤を伴う手術例に関する報告を追記
CQ5. 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?		<ul style="list-style-type: none"> ・不完全切除例の検討に関する報告を追記
1-3. 外科治療 IV期		
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?		<ul style="list-style-type: none"> ・胸腔内温熱化学療法に関する新たな報告を追記
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?		<ul style="list-style-type: none"> ・減量手術の有効性を示した新たな報告を追記

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加, 削除, 変更など
1-4. 外科治療 リンパ節郭清		
CQ10. 胸腺上皮性腫瘍の切除に際してリンパ節郭清は勧められるか?		・IASLCによるTNM分類第9版に向けた症例解析について追記
2 放射線治療		
CQ14. 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?		・IMRTを用いた同時化学放射線療法に関する第II相試験の結果を追記
胸腺上皮性腫瘍に対する放射線治療の基本事項	<p>【変更前】 d. 局所進行切除不能胸腺腫に対する放射線治療の総線量は, 通常分割で少なくとも50 Gy, 可能であれば54~60 Gy程度行うよう勧められる。</p> <p>【変更後】 d. 局所進行切除不能例に対する放射線治療の総線量は, 通常分割で少なくとも54 Gy, 可能であれば60 Gy程度行うよう勧められる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 部分切除または生検後放射線治療に関する後方視的レビューの記述を削除 化学放射線療法の第II相試験の多変量解析に関する報告を追記
3 内科治療		
3-1. 胸腺腫に対する薬物療法		
CQ17. 一次治療に不応となった胸腺腫に対して, 薬物療法は勧められるか?		・ペムプロリズマブの適応拡大と, 関連する臨床試験について追記
3-2. 胸腺癌に対する薬物療法		
CQ19. 臨床病期IV期または再発胸腺癌に対して, 薬物療法は勧められるか?		・ペムプロリズマブの適応拡大と, 関連する臨床試験について追記
5 再発腫瘍の治療		
CQ26. 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?		・胸腔内温熱化学療法に関する報告を新たな情報に差し替え
6 偶発的に発見された小さな前縦隔病変への対応		
CQ27. 偶発的に発見された小さな前縦隔病変に対して, 外科的切除は勧められるか?		・腫瘍性病変および良性嚢胞に対するMRI併用の診断感性に関する報告を追記

	1. 推奨文、推奨度の変更、新設など(下線部)	2. 解説・記述内容の追加、削除、変更など
Ⅲ. 病理診断		
1 病理診断		
病理診断	<p>【変更前】 d. <u>生検</u>による病理診断： 術前診断が必要な場合や完全切除が不可能な場合、<u>生検</u>で病理診断を行うことができる。ただし、検体採取や病理学的評価にはある程度の熟練を要することから慎重に取り扱う。</p> <p>【変更後】 d. <u>針生検</u>、<u>穿刺吸引細胞診</u>および<u>セルブロック検体</u>による病理診断： 術前診断が必要な場合や完全切除が不可能な場合、<u>針生検</u>、<u>穿刺吸引細胞診</u>および<u>セルブロック検体</u>で病理診断を行うことができる。ただし、<u>免疫組織化学染色</u>などを用いてある程度の推定診断が可能ながあり得るが、検体採取や病理学的評価にはある程度の熟練を要することから慎重に取り扱う。適切な検体量を得ることと、臨床および画像情報もあわせて診断する。</p> <p>【削除】(→dに統合) f. <u>セルブロック検体</u>を用いた病理診断： 種々の免疫組織化学染色などを用いてある程度の推定診断が可能ながあり得るが、判断は専門性が高いことから慎重に取り扱う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・針生検，穿刺吸引細胞診，セルブロック検体について追記 ・リンパ腫を疑う症例での術中迅速診断について追記