

2024年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

第1部 肺癌診療ガイドライン

【新設】

■付. レジメン薬剤費一覧

I. 肺癌の診断

■総論

・5) 分子診断において、マルチ遺伝子検査および包括的がんゲノムプロファイリング検査に関する記述を更新

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？

・極細径気管支鏡検査におけるラジアル型EBUSの診断率に関する報告を追記
・CTガイド下経皮針生検とラジアル型EBUS下経気管支を比較したメタアナリシスの結果を追記

CQ12. 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？

・EBUSとVBNを併用しX線透視の有無で診断率を比較した前方視的試験の結果を追記

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？

・ラジアル型EBUS併用で鉗子による経気管支生検とクライオ生検を比較したランダム化試験の結果を記載
・クライオ生検と鉗子生検に対するランダム化比較試験の結果を追記
・擦過細胞診と鉗子生検後にクライオ生検を実施し比較した試験結果を追記
・クライオ生検と鉗子生検の比較に関するシステマティックレビュー結果を記載
・鉗子生検とクライオ生検で比較した試験の結果を記載

CQ14. 肺癌を疑う肺末梢病変に、経皮針生検は勧められるか？

・胸膜播種に関する2件の報告を追記

4 病理・細胞診断

CQ16. 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、望ましい組織検体はどのようなものか？

・解説文を整備
・「表2 パネル(CGP)検査」を削除

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？

【削除】

a. 非小細胞肺癌の手術例は、周術期治療を検討する場合にEGFR、ALKの遺伝子検査およびPD-L1免疫組織化学染色検査(IHC)を行うよう強く推奨する。〔推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:B〕

【変更前】

b. 進行・再発非小細胞肺癌の場合は、EGFR、ALK、ROS1、BRAF、MET、RET、KRAS、HER2の遺伝子検査およびPD-L1 IHC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〕

【変更後】

a. 薬物療法を考慮する非小細胞肺癌の場合は、EGFR、ALK、ROS1、BRAF、MET、RET、KRAS、HER2の遺伝子検査およびPD-L1 IHC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〕

・周術期治療を検討する手術症例、進行・再発症例に加えて、根治的化学放射線治療を検討する臨床病期Ⅲ期の症例に関する解説(PACIFIC試験、LAURA試験)を追記

2024年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
【新設】 CQ28. 肺癌診療において包括的がんゲノムプロファイリング（CGP）検査は有用か？	【新設】 稀ながらマルチ遺伝子検査で偽陰性となる場合や、CGP検査でなければ検出できない検査項目もあるため、標準治療が終了となった肺癌患者（終了が見込まれる者を含む）に対してCGP検査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〕	

Ⅱ. 非小細胞肺癌（NSCLC）

◆樹形図		・ⅡB期-N2a，ⅢA期，ⅢB期-N2：手術可否の前に「集学的治療グループでの検討」を挿入
1 外科治療		
1-1. 手術適応		
1-1-2. 手術適応（臨床病期Ⅰ-Ⅱ期）		
CQ2. 臨床病期Ⅰ-Ⅱ（N0-1）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？		・病期分類の改訂に伴い，Ⅱ期をN0-1に限定したことに言及 ・加えて周術期治療へのリンクを追記
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？		・JCOG0804/WJOG4507L試験の長期フォローアップデータを追記 ・JCOG0802/WJOG4607L試験とCALB140503試験における，迅速病理診断の採用方針の違いについて言及
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？		・切除断端陽性の場合の生存率について追記
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？		・病期分類の改訂に伴い，cN2非小細胞肺癌がⅡB，ⅢA，ⅢB期に属することに言及 ・加えて周術期治療へのリンクを追記
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？		・低侵襲手術について追記
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？		・CALGB140503試験の副次解析からリンパ節転移評価について追記 ・JCOG0802/WJOG4607L試験の副次解析から選択的郭清について追記
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？		・胸壁浸潤の予後に関するIASLCデータベースの解析結果をアップデート
1-4. 気管支・肺動脈形成		
CQ11. 肺全摘を避けて，気管支・肺動脈形成を行うべきか？		・後方視的な傾向スコアマッチによる比較研究およびメタアナリシスに関する新たな文献を追加
1-5. 同一肺葉内結節		
CQ12. 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？		・腫瘍の分子プロファイリングについて追記

2024年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
1-6. 同時性他肺葉内結節		
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？	【変更前】 同時性肺内転移(PM2, 3)を疑う症例においては, 手術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:D〕 【変更後】 a. 同時性肺内転移(PM2)を疑う症例においては, <u>手術療法を行うよう勧めるだけの根拠が明確ではない。</u> 〔推奨に至る根拠が明確ではない〕 b. 同時性肺内転移(PM3)を疑う症例においては, 手術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:D〕	・PM2の生存率に関する報告を追記
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		
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？		・RAVAL trialの長期予後に関する報告を追記
1-9. 外科切除後の経過観察, 術後患者の禁煙		
CQ19. 非小細胞肺癌術後の患者は, 禁煙を行うべきか？		・禁煙期間と術後合併症に関するメタアナリシス, およびサブセット解析の結果を追記
2 光線力学的治療法		
CQ21. 中心型早期肺癌に光線力学的治療法(PDT)は勧められるか？	【変更前】 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1.0 cm以下の病巣を対象に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〕 【変更後】 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1.0 cm以下の病巣を対象に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〕	
3 放射線治療基本的事項		
CQ22-2. 肺癌胸部放射線治療計画において, 呼吸性移動対策を講じることが勧められるか？		・適応放射線治療(ART)に関する報告を追記
4 周術期		
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？	【変更前】 c. 臨床病期Ⅱ-ⅢB期(第9版)**に対して, 術前にプラチナ製剤併用療法とペムプロリズマブを併用し, 術後にペムプロリズ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. 切除可能な臨床病期ⅢA-ⅢB期(第9版)**に対して, 術前化学放射線療法	・CheckMate816試験におけるOSをアップデート, および日本人サブセット解析について追記 ・AEGEAN試験におけるEFSについて追記

2024年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
	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〕 【変更後】 c. 臨床病期Ⅱ-ⅢB期(第9版)**に対して、術前にプラチナ製剤併用療法とPD-1/PD-L1阻害薬を併用し、術後にPD-1/PD-L1阻害薬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:A〕 d. 切除可能な臨床病期ⅡB-ⅢB期(N2, 第9版)**に対して、術前化学放射線療法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〕	
4-2. 術後補助化学療法		
CQ32. 術後病理病期ⅡB-ⅢB期(N2, 第9版)完全切除例に対して、術後放射線療法は勧められるか？	【変更前】 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ない〕 【変更後】 術後病理病期ⅡB-ⅢB期(N2, 第9版)完全切除例に対して、術後放射線療法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〕	・PORT Meta-analysis Trialists Groupによるメタアナリシス、ANITA試験のサブグループ解析、中国の術後化学療法と術後化学放射線療法のランダム化比較試験に関する記載を削除 ・JCOG1916/J-PORT試験の早期試験中止について追記
◆レジメン		・術前プラチナ製剤併用療法＋術前・術後PD-1阻害薬の一覧に、デュルバルマブ併用療法を追加
5 I - II 期非小細胞肺癌の放射線治療		
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？		・SBRTに関する過去の報告、およびRTOG0236試験に関する記述を削除 ・中枢型および超中枢型肺癌に対するSBRTの前方視的試験、解析における報告を追記。 ・SBRTと寡分割照射のランダム化比較試験における報告を追記。 ・陽子線治療に関する国内の後方視的解析および前方視的研究に関する報告を追記
6 Ⅲ期非小細胞肺癌・肺尖部胸壁浸潤癌		
■総論		・化学放射線療法における照射線量、照射法に関する記述を割愛 ・切除可能な肺尖部胸壁浸潤癌(臨床病期T3-4N0-1)の治療方針を削除
6-1. Ⅲ期非小細胞肺癌		
6-1-1. 化学放射線療法		
CQ39. 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傷害性抗癌薬併用を勧められるか？		・異なる細胞傷害性抗癌薬に変更しての地固め化学療法に関する第Ⅲ相試験の結果(早期試験中止)を追記。
【削除】		・本解説はCQ39へ挿入
旧CQ41-1. 同時化学放射線療法後に、異なる細胞傷害性抗癌薬に変更して地固め化学療法を行うよう勧められるか？		

2024年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
【新設】 CQ42. EGFR遺伝子変異陽性切除不能Ⅲ期非小細胞肺癌に対して、同時化学放射線療法後に、EGFRチロシンキナーゼ阻害薬は勧められるか？	【新設】 同時化学放射線療法後に、オシメルチニブを用いた維持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〕		
CQ43. 化学療法併用時の適切な照射法は何か？			・寡分割照射法に関する第Ⅲ相試験の結果を追記 ・EGFRチロシンキナーゼ阻害薬（オシメルチニブ）による維持療法を追記
◆レジメン			
7 IV期非小細胞肺癌			
■総論			・「3）二次治療以降」に、腫瘍治療電場療法についてプラチナ製剤併用療法施行後のPD-1/PD-L1阻害薬単剤またはドセタキセル単剤療法への上乗せ効果を検証した第Ⅲ相試験（LUNAR試験）について追記（2025年版ではCQ設定を見送り）
7-1. ドライバー遺伝子変異/転座陽性			
◆樹形図			・EGFR・ALK・RET・ROS1・BRAF・MET遺伝子陽性に「免疫チェックポイント阻害薬を含む治療」を追記
7-1-1. EGFR遺伝子変異陽性			
◆樹形図			・EGFR遺伝子（エクソン19欠失, L858R変異）:PS 0-1の一次治療に「ラゼルチニブ+アミバンタマブ」を追加。「ゲフィチニブ+カルボプラチン+ペメトレキセド」を削除。PS 2とPS 3-4を統合し、一次治療は「EGFR-TKI」に変更。二次治療に「カルボプラチン+ペメトレキセド+アミバンタマブ」を追加。 ・EGFR遺伝子（エクソン19欠失, L858R変異, エクソン20挿入変異を除く）:一次治療の「EGFR-TKI」を「アファチニブ」「オシメルチニブ」に変更。二次治療に「カルボプラチン+ペメトレキセド+アミバンタマブ」を追加。
■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			
CQ47. PS 0-1の場合、一次治療として薬物療法が勧められるか？	【変更前】 d. 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。 〔推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:B〕 【変更後】 b. 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強く推奨する。 〔推奨の強さ:1, エビデンスの強さ:B〕		・FLAURA2 試験よりオシメルチニブ+プラチナ製剤+PEM 併用療法の更新されたOSについて追記 ・FLAURA2 試験よりオシメルチニブ単剤療法の毒性について追記 ・RELAY 試験よりエルロチニブ+ラムシルマブ併用療法のOSについて追記
	【新設】 a. ラゼルチニブ+アミバンタマブ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】(BQ2へ統合) c. ゲフィチニブ+カルボプラチン+ペメトレキセド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:A〕		

2024年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
CQ48. <u>PS 2-4</u> の場合, 一次治療として薬物療法が勧められるか?	【削除】 b. ゲフィチニブ+カルボプラチン+ペメトレキセド併用療法を行うよう勧めるだけの根拠が明確ではない。 〔推奨に至る根拠が明確ではない〕	・オシメルチニブ単剤を評価した TORG2040/OPEN 試験について追記
【統合】 旧CQ47. PS 2の場合, 一次治療として薬物療法が勧められるか? 旧CQ48. PS 3-4の場合, 一次治療としてEGFR-TKIが勧められるか?		
■EGFR遺伝子変異陽性の一次治療: <u>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)</u>		
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?	【変更前】 a. エクソン18-21の遺伝子変異(E709X, G719X, S768L, P848L, L861Q, エクソン19の挿入変異など)にはアファニチ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〕 b. エクソン18-21の遺伝子変異(E709X, G719X, S768L, P848L, L861Q, エクソン19の挿入変異など)にはオシメルチニブ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〕 【変更後】 a. エクソン18-21の遺伝子変異: <u>Uncommon mutation(T790M変異とエクソン20の挿入変異を除く)</u> にはアファニチ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〕 b. エクソン18-21の遺伝子変異: <u>Uncommon mutation(T790M変異とエクソン20の挿入変異を除く)</u> にはオシメルチニブ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〕	・日本人を対象としたオシメルチニブ単剤療法を評価したUNICORN試験について追記
■EGFR遺伝子変異陽性の二次治療以降		
CQ52. EGFR-TKI耐性または増悪後例に薬物療法は勧められるか?	【新設】 a. <u>オシメルチニブ耐性または増悪後例に次治療でカルボプラチン+ペメトレキセド+アミバンタマブ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〕	
【削除】(BQ3へ) 旧CQ53. EGFR遺伝子変異陽性例に免疫チェックポイント阻害薬単独療法は勧められるか?		
7-1-3. <u>ROS1融合遺伝子陽性</u>		
CQ56. ROS1融合遺伝子陽性にROS1-TKIは勧められるか?	【変更前】 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〕 【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, <u>タレトレクチニブ</u> 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〕	・タレトレクチニブ単剤療法を評価したTRUST- I 試験, TRUST- II 試験の統合解析について追記

2024年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
7-1-5. MET遺伝子変異陽性			
CQ58. MET遺伝子変異陽性にMET-TKIは勧められるか？			・テボチニブ単剤療法を評価したVISION試験の結果をアップデート ・カプマチニブ単剤療法を評価したGEOMETRY mono-1試験の結果をアップデート
7-1-9. HER2遺伝子変異陽性			
CQ62. HER2遺伝子変異陽性に抗HER2療法は勧められるか？		【新設】 b. 二次治療以降でゾンゲル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：C〕	・トラスツズマブ デルクステカン単剤療法を評価したDESTINY-Lung02試験について、非TKD変異(S310X)を有する集団の予後データを追記
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			
CQ63. 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？			・NIPPON試験におけるニボルマブ+イピリウムマブ+プラチナ製剤併用療法群の治療関連死データをアップデート ・POSEIDON 試験におけるデュルバルマブ+トレメリウムマブ+プラチナ製剤併用療法群のOS データをアップデート
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			
CQ64. 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？			・POSEIDON 試験におけるデュルバルマブ+トレメリウムマブ+プラチナ製剤併用療法群のOS データをアップデート
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			
CQ65. 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？			・POSEIDON 試験におけるデュルバルマブ+トレメリウムマブ+プラチナ製剤併用療法群のOS データをアップデート
7-3. PS不良例に対する一次治療			
CQ67. PS不良のドライバー遺伝子変異/転座陽性例に、各々のドライバー遺伝子に対する分子標的療法は勧められるか？			・オシメルチニブの有効性を示した報告を追記
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？		【新設】(旧CQ46-cより) c. <u>ゲフィチニブ+カルボプラチン+ペメトレキセド併用療法はゲフィチニブ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。</u> 〔エビデンスの強さ：A〕	
■EGFR遺伝子変異陽性の二次治療以降			
【新設】(旧CQ53より) BQ3. EGFR遺伝子変異陽性例に免疫チェックポイント阻害薬単剤療法は勧められるか？		【新設】 EGFR遺伝子変異陽性例に対して、一次/二次治療における免疫チェックポイント阻害薬単剤療法は標準治療を上回っていない。 〔エビデンスの強さ：C〕	
◆レジメン			・ドライバー遺伝子に対する分子標的療法：ROS1融合遺伝子陽性例にタレトレクチニブを追加。HER2遺伝子変異陽性例にゾンゲルチニブを追加 ・併用レジメン(EGFR遺伝子変異陽性例のみ)：アミバンタマブ併用療法を追加

2024年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
Ⅲ. 小細胞肺癌（SCLC）		
■ 総論		・CQ改訂に併せて文言を整備 ・「高頻度マイクロサテライト不安定性を有する小細胞肺癌」の項を割愛
1 限局型小細胞肺癌（LD-SCLC）		
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？		・加速過分割照射法での線量増加を評価した論文について追記
CQ7. 限局型小細胞肺癌（PS 0-2）に対する化学放射線療法においてプラチナ製剤とエトポシドの併用療法は勧められるか？	【変更前】 a. 限局型小細胞肺癌（PS 0-2）に対する放射線治療と同時併用する際の薬物療法は、シスプラチン＋エトポシド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：C〕 【変更後】 限局型小細胞肺癌（PS 0-2）に対する放射線治療と併用する際の薬物療法は、<u>プラチナ製剤</u>＋エトポシド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：C〕	・PE療法が困難な場合の、CE療法の同時併用や、CE療法後の逐次放射線療法について追記。 ・CE療法の骨髄抑制の頻度について追記
	【削除】（aに統合） b. シスプラチン＋エトポシド療法の投与が困難な場合、カルボプラチン＋エトポシド療法後に逐次放射線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：D〕	
2 進展型小細胞肺癌（ED-SCLC）		
2-1. 進展型小細胞肺癌の一次治療		
CQ10. 全身状態良好（PS 0-1）な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？		・IMpower133 試験の更新された OS に関する記載を削除 ・CASPIAN 試験の更新された OS に関する記載を削除
4 再発小細胞肺癌		
【削除】 ■ 樹形図		
CQ17. 全身状態良好（PS 0-1）な再発小細胞肺癌に対してタラタマブ療法は勧められるか？	【変更前】 三次治療以降にタ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〕 【変更後】 二次治療以降にタラタマブ療法を行うよう<u>強く推奨</u>する。 〔推奨の強さ：1，エビデンスの強さ：B〕	・タラタマブと細胞傷害性抗がん薬単剤療法（AMR，NGT，またはlurbinectedin）を比較した DeLLphi-304 試験の結果を追記
CQ18. 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？	【変更前】 ノギテカン単剤療法，シスプラチン＋エトポシド＋イリノテカン（PEI）療法，アムルビシン単剤療法，カルボプラチン＋エトポシド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：A〕 【変更後】 ノギテカン単剤療法，シスプラチン＋エトポシド＋イリノテカン（PEI）療法，アム	

2024年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
	ルビシン単剤療法, カルボプラチン+エトポシド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〕	
CQ19. 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？	【変更前】 アムルビシン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:C〕 【変更後】 アムルビシン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〕	

IV. 転移など各病態に対する治療		
1 骨転移		
CQ2. 症状を有する骨転移に対する適切な照射法は何か？	【変更前】 a. 通常照射(20 Gy/5 回, 30 Gy/10 回など)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:A〕 【変更後】 a. 通常照射(20 Gy/5 回, 30 Gy/10 回, <u>8 Gy 単回</u> など)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:A〕 【削除】(a に統合) b. 通常照射(8 Gy 単回)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〕	・長期フォローアップを行った研究における, 有害事象, 病的骨折および脊髄圧迫, 再照射率について追記
2 脳転移		
CQ11. 髄膜癌腫症に対する適切な治療法は何か？	【新設】 b. EGFR 遺伝子変異陽性の非小細胞肺癌における髄膜癌腫症には, <u>オシメルチニブを含む治療を弱く推奨する。</u> 〔推奨の強さ:2, エビデンスの強さ:C〕	
CQ12. 無症候性脳転移に対して, 薬物療法は勧められるか？		・表(各種治療薬の頭蓋内奏効の一覧)をアップデート

2024年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

第2部 胸膜中皮腫診療ガイドライン

■ 総論		・今改訂版よりガイドライン名称を「胸膜中皮腫診療ガイドライン」に変更 ・TNM分類の改訂によるcT因子の分類の変更について追記
■ 中皮腫の分類		・胸膜腫瘍の組織分類(WHO分類, 2021), および, 胸膜中皮腫のTNM分類と病期分類(AJCC-TNM第9版, 2024)として, 中皮腫取り扱い規約第2版を引用
■ 樹形図		・切除可能例:P/Dから放射線治療への矢印を削除 ・切除不能例:PS 0-2のフローにプラチナ製剤+PEM+ベムプロリズマブ併用療法を追加
Ⅱ. 治療		
1 外科治療		
QQ1. 臨床病期Ⅰ-ⅢA期の切除可能中皮腫に対して手術は勧められるか？	【変更前】 臨床病期Ⅰ-ⅢA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%〕 【変更後】 臨床病期Ⅰ-ⅢA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/Dの有効性を検証したMARS2試験の結果を追記
3 内科治療		
QQ9. 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？	【新設】 b. PS 0-2の一次治療としてプラチナ製剤併用療法にPD-1阻害薬を併用した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:B〕	
QQ10. PS 0-2の高齢者の胸膜中皮腫に対する薬物療法は勧められるか？	【新設】 b. PS 0-2の高齢者にプラチナ製剤併用療法にPD-1阻害薬を併用した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:D〕	

<以上>