

肺癌患者における抑うつと予後との関係

かわ さき ゆう じ¹⁾ こしょうぶ とも あき わた なべ えつ こ¹⁾
 河 崎 雄 司¹⁾ 小勝負 知 明²⁾ 渡 部 悦 子¹⁾
 とう げ ひろ かず¹⁾ とく やす ひろ かず おか さき りょう た³⁾
 唐 下 泰 一¹⁾ 徳 安 宏 和¹⁾ 岡 崎 亮 太³⁾
 うえ だ やす ひと なか たに しげる
 上 田 康 仁³⁾ 中 谷 葆²⁾

キーワード：肺癌，抑うつ，予後

要 旨

肺癌患者で抑うつと予後との関係について調べた。抑うつ傾向のある群は抑うつ傾向のない群に比べて生存期間（日）の短いことを認め、抑うつが予後因子である可能性が考えられた。予後因子であるとすれば、抑うつへの介入は肺癌患者の予後を改善させる可能性が考えられる。

はじめに

Brundageらは肺癌の予後因子についての文献をレビューし、抑うつは予後因子であると述べている¹⁾。一方、Petticrewらは同様に文献をレビューし、抑うつには言及していないが、他の否認、闘争心、無気力、絶望感などの精神状態が肺癌を含めたがんの予後に関連性をもつことを支持するエビデンスはないと述べている²⁾。現在のところ、抑うつが肺癌の予後因子であるかどうかは明らかではない。そこで、肺癌患者の抑うつと予後との関係について調べ、また、予後改善の立場から抑うつへの介入の意義についても若干の考察

を加える。

対象と方法

対象は肺癌の病名告知時後7日から10日に抑うつ程度を質問票（SDS：Zung Self-Rating Depression Scale）（表1）で調べ、その後に化学療法、一部は放射線療法も加え1年～3年のフォローをおこなった男性非小細胞肺癌患者、死亡33名と生存3名のn=36であった（表2）。

まず、患者をSDS 40点未満（抑うつ傾向なし）と40点以上（抑うつ傾向あり）の2群に分け³⁾、SDS調査時から死亡日までの生存期間（日）と抑うつとの関係をKaplan-Meier法により調べ、logrank testにて有意差検定をおこなった。尚、分析時まで生存していた患者では生存が確認された最終日までを生存期間（日）とした。次に、抑うつ傾向なし、ありとECOG Performance

Yuji KAWASAKI et al.

1) 松江赤十字病院呼吸器科

2) 独立行政法人国立病院機構米子医療センター内科

3) 鳥取大学医学部分子制御内科(元松江赤十字病院呼吸器科)

連絡先：〒690-8506 島根県松江市母衣町200番地

表1 抑うつ質問票 (Self-rating Depression Scale)

	ないか、たまに	ときどき	かなりのあいだ	ほとんどいつも
気が沈んで憂うつだ	1	2	3	4
朝がたは、一番気分がよい	4	3	2	1
泣いたり、泣きたくなる	1	2	3	4
夜よく眠れない	1	2	3	4
食欲は普通だ	4			1
まだ性欲がある	4			
痩せてきたことに気がつく	1			
便秘している	1			
ふだんより動悸がする	1			
何となく疲れる	1			
気持ちはいつもさっぱりしている	4			
いつもと変われなく仕事ができる	4			
落ち着かず、じっとしてられない	1			
将来に希望がある	4			
いつもより、いらいらする	1	40点未満	うつ傾向なし	
たやすく決断できる	4	40~49点	軽度うつ傾向	
役に立つ働ける人間と思う	4	50点以上	中程度うつ傾向	
生活はかなり充実している	4	3	2	1
自分が死んだほうが、他の者は楽に暮らせると思う	2	2	3	4
日頃していることに満足している	4	3	2	1

それぞれの項目に1点から4点まで配点され
最低値は20点、最高値は80点となる。その
点数でうつ傾向が判定される
(下記参考)。

Status (PS) および病期との関係を Fisher の直接確率計算法で求めた。尚、分析にあたり PS は PS 0 ~ 1 と 2 以上、病期は III A + III B 期と IV 期の 2 群に分けた。

結 果

(1) Kaplan-Meier 法による抑うつと生存期間との関係

SDS 40点以上 (抑うつ傾向あり) の群では SDS 40点未満 (抑うつ傾向なし) の群に比較して有意に生存期間 (日) は短かった (logrank test: $p < 0.05$) (図1)。

(2) 抑うつと PS, 病期との関係

抑うつ傾向なし、ありと PS, 病期との間には関係を認めなかった (表3)。

考 察

最初に、今回の検討の限界として次のことが考えられる。

表2 患者背景

	抑うつ傾向なし群	抑うつ傾向あり群
n (死亡/生存)	15 / 2	18 / 1
年齢	65.7 ± 10.5	63.5 ± 10.7
ECOG-PS		
0~1	15	15
2~3	2	4
病期		
IIIA期	3	3
IIIB期	6	8
IV期	8	8
組織型		
AD	13	9
SQ	4	8
LA	0	2

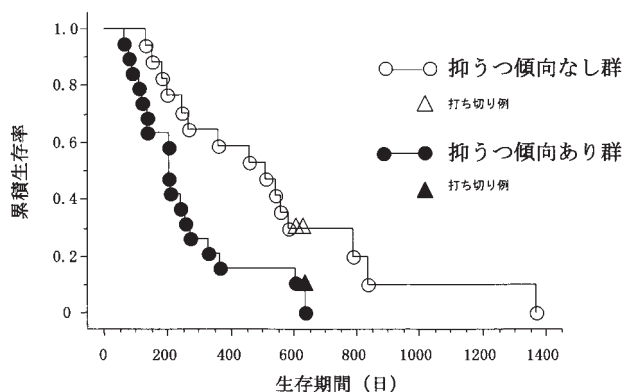


図1 抑うつ傾向なし群と抑うつ傾向あり群での生存率

表3 抑うつとPS, 病期との関係

		抑うつ傾向なし群 (n=17)	抑うつ傾向あり群 (n=19)	p value *
ECOG-PS	0~1の症例数 (n=30)	15	15	n. s.
	2~3の症例数 (n=6)	2	4	
病期	IIIA+IIIB6の症例数 (n=20)	9	11	n. s.
	IVの症例数 (n=16)	8	8	

*: Fisherの直接確率計算法

(1) 使用した SDS の質問票は抑うつのスクリーニングツールであり、厳密に抑うつを診断しているものではなく、抑うつ傾向のある群の全ての患者が抑うつとは限らない。今後は抑うつを診断できるツールを用いて検討していく必要がある。

(2) 質問票は病名告知時に記載されたものであり、癌告知に対する一過性の心因性反応をみている可能性がある。結論を普遍化するには、その後の経過中にも再調査すること、即ち、縦断的検討も必要である。

これらの限界をふまえて以下に考察を加える。

今回の検討において、抑うつ傾向のある群は抑うつ傾向のない群に比べて生存期間 (日) の短いことを認め (図1)、抑うつが予後因子である可能性が考えられる。

まず、抑うつが予後因子である可能性について身体的因子の面から考える。抑うつに影響を及ぼす身体的因子として PS が知られている。病期や病状進行に伴う全身状態の悪化、即ち PS の悪化は予後を短縮させるが、抑うつの原因ともなる⁴⁾。しかし、今回の検討においては抑うつと PS や病期との関連は認めなかった (表3)。

抑うつは肺癌患者の予後因子であるとの報告の

なかで、Faller らのもの⁵⁾が有名である。彼らは報告のなかで、抑うつのある患者では治療へのアドヒアランスが悪く、早期に化学療法からドロップアウトする可能性を述べている。同様に、Miovic ら⁶⁾は大うつ病のがん患者では治療に対するアドヒアランスの悪さのほかに、予後因子である QOL も悪いため予後不良となると述べている。これらの指摘は抑うつの予後因子としての可能性を考える上で重要であるが、今回の調査項目になく今後検討していきたい。

肺癌患者において抑うつが予後因子であるとすれば、抑うつに介入することは肺癌患者の予後に影響を及ぼすことも考えられる。抑うつに直接介入する手段としては、支援グループなどによる心理社会的介入⁷⁾、認知行動療法⁷⁾、抗うつ剤⁷⁾、乳癌患者などでの運動療法⁸⁾が知られている。これらの方法に加え、抑うつに関連する痛み、不眠などの因子に介入することも有効と思われる。例えば、痛みは抑うつの原因の1つであり、徐痛により抑うつを軽減させる可能性がある⁹⁾。不眠は抑うつの誘引となるため¹⁰⁾、不眠の改善も重要である。これらの介入により、Faller らが言うように治療へのアドヒアランスは高まり、強力な化学療法が完遂され、予後も改善される可能性がある

る。

以上、肺癌患者で抑うつと予後との関係について調べ、抑うつは予後因子である可能性が考えられた。予後因子であるとなれば、抑うつへの介入

は肺癌患者の予後を改善させる可能性があり、縦断的検討を含めたさらなる検討は意義あるものと思われる。

文 献

- 1) Brundage MD, Davies D, Mackillop WJ. : Prognostic factors in non-small cell lung cancer: a decade of progress. *Chest*, 122: 1037-1057, 2002
- 2) Petticrew M, Bell R, Hunter D.: Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ*, 325: 1066-1069, 2002
- 3) Zung WWK: A cross-cultural survey of symptoms in depression. *Am J Psychiatry*, 126: 116-121, 1969
- 4) Hopwood P, Stephens RJ. : Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *J Clin Oncol*, 18: 893-903, 2000
- 5) Faller H, Bülzebruck H, Drings P, et al: Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 756-762, 1999
- 6) Miovic M, Block S. : Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*, 110: 1665-1676, 2007
- 7) Williams S, Dale J. : The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer*, 94: 372-390, 2006
- 8) Fleishman SB. : Treatment of symptom clusters: pain, depression, and fatigue. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 32: 119-123, 2004
- 9) Rodin G, Katz M, Lloyd N, et al: Treatment of depression in cancer patients. *Curr Oncol*, 14: 180-188, 2007.
- 10) Redeker NS, Lev EL, Ruggiero J: Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Sch Inq Nurs Pract*, 14: 275-290, 2000