

## P2-100 卵巣癌鑑別診断法の開発

獨協医大

亀森 哲, 根岸正実, 古野元子, 稲葉不知之, 山崎龍王, 香坂信明, 朱 坤, 坂本尚徳, 太田順子, 深澤一雄, 稲葉憲之

【目的】卵巣癌は早期診断が困難であり, 初診時に進行癌であることが珍しくない。我々はマトリックス支援レーザー脱離イオン化法を用いたMALDI-TOF型質量分析計を使用し, 血清で卵巣癌スクリーニング検査および卵巣腫瘍の良性・悪性鑑別診断が可能かどうか検討してきた。今回, 当院において新たに病理学的に診断された卵巣癌患者と良性卵巣腫瘍患者の血清と婦人科検診を受診し異常なしとされた健常者の血清を用いて昨年までに確立してきた検査法が有用かどうかを検討した。【方法】事前に承諾の得られた平成16年度に病理学的に診断された卵巣癌患者5名および良性卵巣腫瘍5名の初診時の血清と婦人科検診を受診し異常なしとされた健常者の血清をCuアフィニティーチップ上で液体クロマトグラフィーを行い, MALDI-TOF型質量分析計で解析した。次に解析結果を以前作成した決定木にあてはめて正診率を求めた。【成績】卵巣腫瘍の有無を調べるスクリーニング検査法としては感度95%, 特異度80%, 正診率90%であり, 良性・悪性鑑別では感度80%, 特異度100%, 正診率90%であった。【結論】MALDI-TOF型質量分析計を用いた診断法は卵巣癌スクリーニング検査としても卵巣腫瘍良悪性の鑑別診断法にしても今後, 実用可能である可能性が示唆された。現在診断に用いたタンパク質を同定中であり, タンパク質同定ができれば, 今よりも簡易あるいは安価な診断法が可能になると考えられる。

## P2-101 卵巣癌化学療法におけるCBDCA投与量の検討—Calvert原法と簡便法の比較—

近畿大

中井英勝, 渡部 洋, 川崎紀久子, 三橋章代, 小池英爾, 星合 昊

【目的】Carboplatin (CBDCA) の投与量はCcrを基準としたAUC計算式あるいは血清クレアチニン値を用いた簡便法Body Mass Index (BMI) からみたCBDCA投与量の変動について比較検討した。【方法】AUC6のCBDCA投与が行われた原発性上皮性卵巣癌患者112名についてCcrから計算されたCBDCA投与量(Ccr-AUC6)とCockcroft式(C-AUC6), Jelliffe式(J-AUC6)及びGOG式(GOG-AUC6)の各簡便式から計算されたCBDCA投与量について比較した。【成績】1. 検討症例は平均年齢 $61.2 \pm 9.9$ 歳, 平均身長 $153.8 \pm 5.2$ cm, 平均体重 $54.9 \pm 8.2$ kgであり, 平均BMIは $23.2 \pm 3.5$ であった。2. 全症例を対象としたCBDCA投与量の比較ではmean Ccr-AUC:  $661.4 \pm 136.6$ mg, mean C-AUC6:  $622 \pm 104.9$ mg, mean J-AUC6:  $618.5 \pm 116.2$ mg, mean GOG-AUC6:  $691.1 \pm 115.5$ mgとなり, GOG-AUCで高投与量, J-AUCで低投与量となった。3. Ccr-AUC6と各簡便式によるCBDCAの投与量はいずれも有意な相関性が認められた。4. BMI 25未満の標準体重群(ST)とBMI 25以上の肥満群(OB)における比較検討では, mean Ccr-AUC6ではST:  $629.6 \pm 128.5$ mg, OB:  $740.2 \pm 137.8$ mg, mean C-AUC6はST:  $616.4 \pm 109.8$ mg, OB:  $635.8 \pm 92.2$ mg, J-AUC6はST:  $589.1 \pm 110.9$ mg, OB:  $691.4 \pm 107.7$ mg, GOG-AUC6はST:  $699.9 \pm 115.5$ mg, OB:  $669.2 \pm 104.6$ mgとなり, J-AUC6で最も差異が大きくなり, GOG-AUC6で最も差異が少なかった。【結論】本邦婦人に対するAUC計算式に基づいたCBDCA投与量はBMIによって変動が認められ, BMI標準群が大半を占める本邦婦人に対するcalculated AUCによるCBDCA投与量の設定には慎重を要するものと考えられた。

## P2-102 卵巣癌Ia期とIc期における術前臨床進行期予測の有用性の検討—腫瘍マーカーおよび腫瘍径の違いを中心として—

東海大<sup>1</sup>, 東海大磯病院<sup>2</sup>, 東海大八王子病院<sup>3</sup>三塚加奈子<sup>1</sup>, 村松俊成<sup>1</sup>, 東郷敦子<sup>1</sup>, 塚田ひとみ<sup>1</sup>, 信田政子<sup>2</sup>, 平澤 猛<sup>1</sup>, 前田大伸<sup>3</sup>, 宮本 壮<sup>3</sup>, 村上 優<sup>2</sup>, 和泉俊一郎<sup>1</sup>

【目的】予後良好な卵巣癌Ia期と予後不良なIc期について術前の腫瘍マーカー値および術中の卵巣腫瘍径の違いを比較し, 両者の臨床進行期予測診断の有用性を検討した。また, 再発・転移マーカーのひとつであるoccult neoplastic cells (ONCs) について摘出リンパ節内に浮遊するcytokeratin陽性細胞の発現性の比較も行った。【方法】対象は1998年4月より2004年3月までに治療を行った卵巣癌Ia期14例とIc期14例であり, 十分なインフォームド・コンセントを施行した上で術前の腫瘍マーカー, CA125, CA19-9, CEAおよびCA72-4の値と手術にて確認した卵巣腫瘍の大きさ, 手術にて郭清したリンパ節内のcytokeratin陽性細胞(ONCs)の発現性を検討した。【成績】術前の腫瘍マーカーでは, CA125, Ia:  $47.1 \pm 15.9$ U/ml (median; 31.9U/ml), Ic:  $370.6 \pm 146.2$ U/ml (median; 135.6U/ml), p value = 0.0457. CA19-9, Ia:  $25.0 \pm 5.5$ U/ml (median; 20.4U/ml), Ic:  $564.5 \pm 192.4$ U/ml (median; 248.0U/ml), p value = 0.0131と両者に有意な違いを認めた。腫瘍径の比較では, Ia:  $117.3 \pm 11.4$ mm (median; 100.0mm), Ic:  $182.0 \pm 29.2$ mm (median; 145.0mm), p value = 0.0457の結果で, 同様に両者に有意な違いを認めた。ONCsの発現性は, Ia期は全例陰性であったのに対し, Ic期では3例(30%)が陽性であった。【結論】卵巣癌Ia期とIc期の臨床進行期の予測診断をするには, CA125およびCA19-9の血清マーカー値と腫瘍径の違いが有効であった。また, 卵巣癌Ic期のリンパ節内だけにONCsの発現が認められた。