

生涯研修プログラム クリニカルカンファレンス（腫瘍領域）

3. 婦人科癌再発例に対する治療

1) 子宮頸癌

札幌鉄道病院副院長 寒河江 悟

再発子宮頸癌に対する治療は、再発部位（局所再発か遠隔再発）、前治療としての放射線療法の有無、年齢や全身状態などにより大きく異なるので個別化が重要である。

孤立性の遠隔転移や局所再発などには手術療法も考慮される。照射野外あるいは骨盤外の再発のなかで頻度の高い肺転移、脳転移、傍大動脈リンパ節転移、骨転移などでは、手術、放射線療法などの局所療法の適応となりうる。しかし一般的には、放射線療法が行われていない場合や照射野外の再発では放射線療法が主であり、同時化学放射線療法も選択肢となりうる。放射線療法が施行されている場合の照射野内の再発では、術前評価を十分に行った上、骨盤除臓術や laterally extended endopelvic resection (LEER) も考慮される。

さらに手術不能例や多臓器への転移など放射線療法による病巣制御が困難であり、全身状態が良好で臓器機能が保たれている場合には、全身化学療法が推奨される。薬剤としてはシスプラチンを中心とした単剤もしくは2剤併用療法が推奨され、イフォスファミド、パクリタキセル、塩酸イリノテカン、トポテカンなどとの併用が試みられている。

手術が不可能で放射線療法や化学療法の効果も期待薄の場合には、全身状態、あるいは癌の広がりなどを総合的に考え、緩和医療を考慮する場合もある。

2) 子宮体癌

国立病院機構神戸医療センター医長 竹 内 聡

食生活の欧米化とともに、子宮体がんのリスク因子である肥満、糖尿病、高血圧などの生活習慣病が増加し、平行して子宮体がんの罹患数も、20年前の約2.5倍、10万人比で約20にまで上昇してきた。進行期別頻度は、約7割がI期がんで、分化度別には、高分化型(grade 1:G1)が多い。一方、再発率は、低分化型(G3)、特殊系である漿液腺癌、明細胞腺癌で明らかに高い。進行・再発体がんに対する治療法は、米国GOG122試験の結果および、日本JGOG2033試験でのサブアナリシスで、化学療法が放射線療法に比して生存率において優ることが示された。したがって、進行・再発体がんの治療では、化学療法が中心となる。従来、日本ではCAP療法が使用されてきたが、欧米ではサイクロフォスファミドを除くAP療法、が標準療法であった。タキサン系抗がん剤の出現により、

GOG177試験で、AP療法とTAP（タキソール、アドリアマイシン、シスプラチン）療法が比較検討され、無増悪生存率、全生存率ともにTAP群で延長したが、薬物有害反応、特に、神経毒性がTAP群において有意に発現頻度が多かった（40% vs. 5%）。一方、TC（タキソール、カルボプラチン）療法の奏効率は67%—80%が報告されており、現在GOG209試験において、TC療法とTAP療法の第3相比較試験が進行中である。一方、欧米においてはQOLの観点より、進行がん、再発癌においてはMPA（メドロキシプロゲステロン）、Megace（メゲストロール：日本未承認）、タモキシフェンなどのホルモン療法がおこなわれており、本講義では最近の臨床試験を中心に再発、進行がんに対する化学療法、緩和ホルモン療法の現状につき総説する。