

**P2-7-6 当科で行っている再発卵巣癌に対する Gemcitabin/Docetaxel 療法**時計台記念病院<sup>1</sup>, 札幌医大<sup>2</sup>鈴木孝浩<sup>1</sup>, 藤井美穂<sup>1</sup>, 鈴木美和<sup>2</sup>, 松浦基樹<sup>2</sup>, 田中綾一<sup>2</sup>, 伊東英樹<sup>2</sup>, 斎藤 豪<sup>2</sup>

【目的】再発卵巣癌に対する治療は決まったものではなく、化学療法または手術による摘出術と化学療法の組み合わせが有効と考えられる。いくつかの報告はあるが、有効性が確立した化学療法は現在検討されている。我々は、再発卵巣癌に対し化学療法として Gemcitabin/Docetaxel 療法（以下 GD 療法）を施行し効果を認めた症例を経験したので報告する。【方法】院内化学療法プロトコル委員会の承認を得て GD 療法を行った。Gemcitabin は 0.8g/m<sup>2</sup> にて Day1,8 に投与し、Docetaxel は 70mg/m<sup>2</sup> で Day8 に投与の上、28 日ごとのサイクルとした。【成績】再発症例は漿液性腺癌が 4 例、類内膜腺癌が 1 例、明細胞癌が 3 例の合計 8 例であった。手術にて摘出可能な 2cm 以上の病巣を有する症例には手術＋化学療法を、2cm 以下または摘出不可な症例には化学療法を、病状が進行するまで行った。治療終了後、3 か月以上再発・再燃が認められなかった CR 例が 4 例、縮小が認められたが完全消失ではなかった PR 例が 1 例、PD 例が 3 例であった。主な副作用は Day9-11 に強い全身倦怠感、Day15-17 に白血球減少 (Grade3 まで)、貧血 (Grade2 まで)、脱毛であった。副作用による化学療法施行の延期などはなかった。また途中副作用などのため治療変更や中止となる症例もなかった。【結論】再発卵巣癌における再発時期、前治療などにより、その治療法はバリエーションがあると考えられ、また単剤の使用もガイドライン上推奨されるが、GD 療法は副作用が比較的少なく、病巣消失も期待できることから、効果的な治療法の一つと考えられる。

**P2-7-7 再発上皮性卵巣癌に対する維持化学療法の意義**

筑波大

岡田智志, 越智寛幸, 小貫麻美子, 水口剛雄, 松本光司, 佐藤豊実, 沖 明典, 吉川裕之

【目的】再発上皮性卵巣癌 (ROC) の予後は再発後の生存期間中央値 (MS) で約 15 ヶ月、プラチナ感受性再発でも 30 ヶ月である。当科では再発後に化学療法を継続して SD 以上を維持する維持化学療法 (maintenance chemotherapy; MC) を行ってきた。適応となるのは再発時寛解導入治療により PR or SD に至った患者、または再々発以降の患者である。寛解導入と同じレジメを 5~8 週間隔に開けて行い、増悪または患者が治療中断を希望した時点まで継続する。

今回の目的は MC の意義を検討することである。【方法】対象は 1996~2009 年までに ROC に対して当科で治療した患者 104 人。これを完全寛解で初回再発の MC 不要だった患者 (N 群) 26 人、初回で MC 導入した患者 (MC1 群) 34 人、初回で MC 行わず再々発以降で行った患者 (MC2 群) 25 人、再発後寛解導入できなかった患者 (F 群) 19 人の 4 群に分けて再発後の生存期間等を検討した。【成績】再発までの期間 < 6 ヶ月のプラチナ抵抗性再発 24 人のうち 15 人に MC を行った。再発腫瘍切除 (SDS) は 50 人に施行したが、N 群の 20 人 (77%) に対し MC1 群で 8 人 (24%) と施行率に有意差を認めた。

再発後の化学療法施行回数中央値は N 群 8 回、MC1 群 14.5 回、MC2 群 25 回、F 群 2 回で N 群と MC1、MC2 群の間で有意差を認めた。プラチナ過敏反応出現率も N 群で 0 に対し MC1 群 32%、MC2 群 40% と高頻度だった。

予後は全体の MS が 37 ヶ月 (観察期間 54.8 ヶ月) で、N 群の 5 年生存率は 70%。その他の群の MS は MC1 群 27.1 ヶ月、MC2 群 55.4 ヶ月、F 群 9.4 ヶ月だった。【結論】ROC に対して SDS を行えない場合やプラチナ抵抗性の場合、MC を行うことでプラチナ感受性再発並みに予後の延長が図れる可能性がある。ただしプラチナ過敏反応の出現に注意を要する。

**P2-7-8 卵巣癌治療における G-CSF 一次予防投与の有用性についての検討**

京都府立医大

松井鹿子, 森 泰輔, 澤田守男, 黒星晴夫, 辰巳 弘, 岩破一博, 北脇 城

【目的】G-CSF の一次予防投与は抗癌剤による骨髄抑制を最小限に留め、重度の好中球減少を避ける目的で行われてきた。しかし近年、各種ガイドラインでは発熱性好中球減少症 (FN) が高頻度に発症するような化学療法を実施する場合でないかぎりには推奨できないとされている。今回、我々は卵巣癌治療における G-CSF の一次予防投与の有用性について後方視的に検討した。【方法】2001 年から 2010 年に当科で化学療法 (taxane + cisplatin 併用療法) を行った卵巣癌患者 105 例を対象とし、G-CSF を一次予防投与した群 (一次予防群, n=38) と一次予防投与を行わなかった群 (ガイドライン準拠群, n=67) とを比較検討した。評価項目は FN 発症率、PFS, OS, 好中球減少の程度、G-CSF 使用頻度、入院日数とした。【成績】FN の発症はそれぞれ 6 例ずつ認め (15.3% vs 9.0%, p=0.29)、コース毎で検討した発症率は両群とも 1.1% で差を認めなかった (p=0.98)。好中球減少の程度や入院日数についても両群間に差を認めなかった (p=0.90, p=0.20)。G-CSF は一次予防群で平均 1.2 回/course 使用されており、準拠群に比し有意に多く使われていた (p=0.001)。5 year-PFS は準拠群の方がむしろ良い傾向を示したが (31.3 ヶ月 vs 41.4 ヶ月, p=0.26)、5 year-OS では差を認めなかった (36.8 ヶ月 vs 50.0 ヶ月, p=0.64)。【結論】卵巣癌治療における G-CSF の一次予防投与は FN 発症率や予後を改善させず、その有用性は低いと考えられた。