

W1-5

進行神経芽腫に対する治療戦略—当院における術中開創照射後の治療について

杉藤 公信¹⁾、越永 従道¹⁾、小沼 憲祥¹⁾、井上 幹也¹⁾、池田 太郎¹⁾、萩原 紀嗣¹⁾、中村 昌徳²⁾、七野 浩之²⁾、陳 基明²⁾、麦島 秀雄²⁾

日本大学 小児外科¹⁾、日本大学医学部小児科学講座²⁾

【はじめに】進行神経芽腫に対する治療として、当院では、原発巣切除・術中放射線開創照射術（以下 IORT）を最終治療としている。しかし、症例によって腫瘍の完全切除が不可能で IORT も不完全になる場合がある。IORT 後、体外放射線照射を施行した 3 例を提示し今後の治療戦略について検討した。【症例】1997 年 1 月から 2005 年 5 月までに当院で IORT を施行した 12 例を対照とした。Stage III; 2 例、Stage IV A; 10 例であった。12 例中 IORT 後に治療を追加した症例は 3 例であった。治療内容は、術中に照射に苦慮した部位に対する体外放射線照射であった。3 例中 2 例は外科的腫瘍切除が行われ、1 例は、切除不可能であった。いずれも術後に照射野からの局所再発ならびに腫瘍の増大傾向は認めていない。【結論】IORT は、できる限り手術侵襲を軽減し、局所のコントロールを得ることを目的とし、上腸間膜動脈根部の下方から左右総腸骨動脈分岐部までの腹部大動脈周囲と腫瘍床が照射されるように計画するが、上腸間膜動脈根部を含む上方の部位には照射が困難な場合がある。このような症例には、術後に局所コントロールを目的として体外放射線照射が必要になると思われる。

W1-6

寛解導入療法の違いによる早期治療反応性への影響についての検討

出口 隆生、出口 美智子、雨宮 喜雄、駒田 美弘

三重大学医学部小児科

【目的】小児の急性リンパ性白血病では、治療早期の反応性は予後と強い相関があることが報告されてきている。治療早期反応性の評価法では CCG での day 7 骨髄スメア上の芽球割合や、St. Jude でのフローサイトメトリーによる day 19 の微小残存病変（MRD）評価が有名である。当然ながら寛解導入療法が異なれば芽球減少カーブも異なるため、早期治療反応性はすべて寛解導入療法の型式に完全に依存している。今回異なる寛解導入療法（JACLS ALL-97, JACLS ALL-02）での治療早期（day 15）での骨髄中芽球割合の変化を検討し、寛解導入療法の違いが治療早期反応性に大きな影響を及ぼす事を確認したので報告する。

【対象と方法】平成 8 年 4 月から平成 17 年 6 月までに三重大学医学部附属病院小児科で治療を行なった ALL（T-ALL を除く）66 例（ALL-97 40 例、ALL-02 26 例）が対象。発症時・寛解導入療法中（day 15）・寛解導入終了時の骨髄中芽球残存割合の 2 カラーフローサイトメーター解析結果を retrospective に再検討した。

【結果】ALL-97 では day 15 骨髄が評価可能な 27 例中、1% 以上の芽球残存は 7 例（26%）、25% 以上は 0 例であった。1% 以上の芽球残存を認めた 7 例中 4 例が第一寛解期で移植が施行され（Ph1-ALL 2 例、Mixed lineage 2 例）、残る 3 例中 1 例が再発した。ALL-02 では 26 例全てで day 15 の骨髄が評価可能で、1% 以上の芽球残存は 20 例（77%）、25% 以上は 6 例（23%）であった。ALL-02 では day 15 に 25% 以上の芽球残存例のうち 1 例が既に再発した。

【考察】day 15 骨髄での芽球残存割合は、治療プロトコル毎に全く異なった結果を示した。また反応不良例として抽出された症例内容も大きく異なる可能性が示唆され、評価ポイントの臨床的意義を充分検討の上での設定が必要と考えられた。早期治療反応性を治療層別化に応用するには予後との関連の retrospective な解析が必要であるが、結果を得ても寛解導入療法が変更されている結果を利用できない。今後、早期治療反応性の結果を利用するためには寛解導入初期相の統一・維持が必要であると考えられた。