

## P1-9-11 当科の婦人科領域における強度変調放射線治療 (IMRT) の導入と将来展望

金沢医大

関谷奈津子, 山口直孝, 早稲田智夫, 笹川寿之, 牧野田知

近年の外部照射の発達は照射部位の高精度化と占領分布の精密化により急速に発展を遂げている。強度変調放射線治療 (Intensity Modulated Radiation Therapy: IMRT) による腫瘍制御も注目される放射線治療であるが本邦の婦人科領域はまだ保険適応外である。当科では 2011 年度より同意を得た症例に対し定位照射に IMRT を導入しており、その腫瘍制御効果や副作用について検討したので報告する。症例 1 69 歳 子宮頸癌 Stage IIIa にて CCRT (CT: CDDP30mg/m<sup>2</sup>/week 6 クール, RT: 全骨盤照射 1.8Gy×25 回=45Gy+IMRT 4Gy×5 回=20Gy) 施行。症例 2 53 歳 子宮頸部腺癌 Stage Ib1 にて広汎子宮全摘術施行。病理結果でリンパ節転移あり。術後 CCRT (CT: CDDP30mg/m<sup>2</sup>/week 6 クール, RT: 全骨盤照射 1.8Gy×4 回=7.2Gy+IMRT 2Gy×20 回=40Gy) 施行。症例 3 64 歳 子宮体癌 術後化学療法後に腔断端再発。再発部位に IMRT 2Gy×30 回=60Gy 施行。IMRT は空間的、時間的に不均一な強度を持つ照射ビームを多方向から照射することにより病巣部に均一かつ集中的に最適な線量分布を得る放射線治療であり、また結果として隣接臓器への線量を減少することが可能である。よって放射線治療に伴う消化管や骨髄の合併症を減らし、かつ生存率も良いことが文献的にも報告されている。腔内照射の代替で IMRT による定位照射を行った報告はないが、今回経験した症例では合併症による有害事象も少なく根治的照射・再発部照射ともに腫瘍制御効果が確認された。長期的な効果判定は今後の課題とされるが子宮頸癌治療ガイドラインの改訂で注目される根治的放射線治療だけでなく再発部の治療も含め、今後 IMRT による定位照射の有用性が期待される。

## P1-9-12 粒子線治療を施行した婦人科再発腫瘍の検討

名古屋大<sup>1</sup>, 愛媛大<sup>2</sup>山田英里<sup>1</sup>, 那波明宏<sup>2</sup>, 熊澤詔子<sup>1</sup>, 関谷龍一郎<sup>1</sup>, 松村寛子<sup>1</sup>, 鈴木史朗<sup>1</sup>, 藤原多子<sup>1</sup>, 梅津朋和<sup>1</sup>, 水野美香<sup>1</sup>, 梶山広明<sup>1</sup>, 柴田清住<sup>1</sup>, 吉川史隆<sup>1</sup>

【目的】粒子線は従来の放射線に比べ線量集中性に優れ、強い生物学的効果を有するという特徴があるため、様々な癌治療に用いられている。婦人科領域では局所進行子宮頸癌 (2b~4a 期) に対し臨床試験が行われ、良好な治療成績が報告されている。また再発癌に対しては、直腸癌局所再発において臨床試験が行われ、こちらも同様に良好な治療成績が報告されている。当科でも化学療法に抵抗性の局所再発症例に対し粒子線治療を行っており、その経験をもとに安全性と有効性につき検討する。【方法】2006~2010 年に当院で治療中の再発症例のうち、粒子線治療を施行した 9 例 (子宮体癌 1 例, 子宮頸癌 3 例, 卵巣癌 5 例) をその効果、予後、合併症につき検討した。【成績】平均年齢は 52 歳 (32~75 歳), 5 例が多発再発で 4 例が単発の再発であった。腫瘍の大きさは平均 20mm (9~50mm) で、照射部位は骨盤内 5 例, 肺 1 例, 縦隔 2 例, 肝 1 例, 腹腔内 1 例であった。腸穿孔 1 例, 骨盤骨折 1 例の合併症が見られたものの、5 例で腫瘍の消失を認め、現在までのところ 2 例が無病生存, 2 例が担癌生存, 5 例が癌死している。【結論】粒子線治療は、化学療法に抵抗性で手術困難な再発症例でも照射が可能であり、また特に単発の症例で有効であることが示唆された。一方で合併症もあり、今回肉腫症例 2 例と肝照射症例 1 例では効果に乏しかった。今後症例を増やし適応をさらに検討し、粒子線治療を再発婦人科腫瘍の治療の選択肢の 1 つとしていきたい。

## P1-10-1 婦人科がん治療の標準クリニカルパスの作製

兵庫県立がんセンター<sup>1</sup>, 北海道がんセンター<sup>2</sup>, 新潟県立がんセンター新潟病院<sup>3</sup>, 呉医療センター・中国がんセンター<sup>4</sup>, 四国がんセンター<sup>5</sup>山口 聡<sup>1</sup>, 加藤秀則<sup>2</sup>, 児玉省二<sup>3</sup>, 川上洋介<sup>4</sup>, 野河孝充<sup>5</sup>

【目的】全国標準となる婦人科がん治療の標準クリニカルパスを作製する。【方法】第 3 次対がん総合戦略研究事業「国民に役立つ情報提供のための情報データベースや医療機関データベースの質の向上に関する研究」[がんクリニカルパスデータベース構築に関する研究班]として研究協力 5 施設で検討し、婦人科がん標準パスを作製した。【成績】広汎性子宮全摘術、卵巣・卵管・腹膜がん根治術、化学療法 TC 療法、子宮頸がん放射線治療の 4 つのクリニカルパスを作成した。検討項目は、手術のパスは術前処置、術後の疼痛管理、創処置、抗生剤投与日数、点滴投与日数、ドレン留置日数、食事開始時期、離床時期、バルーン留置日数、術後在院日数などである。化学療法や放射線治療については副作用時の対処法や観察項目の標準化を検討した。各施設によって術前術後の処置や管理の方法には違いがあったが、大部分はガイドラインや EBM に基づき修正を行い、EBM のない項目は経験からのコンセンサスをまとめた。慣習で実施してきたことが意外に多く、医学的根拠のないことはできるだけ排除することができた。【結論】作製した標準パスを参考に各施設の実情に合わせ修正し運用されている。現在国立がんセンターがん情報サービスの HP (ganjoho.jp) のパスデータベースに公開されている。