

当科における子宮がん治療の取り組み-QOL向上のための化学療法導入の試み

(文責 産婦人科 馬場 長、八木治彦、万代昌紀)

子宮がんは子宮頸がんと子宮体がんに大別され、根治的外科的切除が基本治療であることは従来どおりであるが、近年、術後追加治療に対して、患者さんのQOL向上を念頭に新しい試みを行っている。

(子宮頸がん) 本稿でも以前に紹介したとおり、当科では子宮頸がん根治手術である広汎子宮全摘術の改良に積極的に取り組んできた。一方、子宮頸がんの8割を占める扁平上皮がんが放射線感受性を示すことから、術後追加治療として主に骨盤外照射を中心とした放射線治療が行われてきた。広汎子宮全摘術では骨盤リンパ節郭清も同時に行い、術後に側副リンパ行路が形成されるまで一時的なリンパ浮腫を見ることが多いが、この時期に積極的な照射を行うと脆弱な側副リンパ路が潰され永続的な下肢リンパ浮腫が完成することになる。下肢リンパ浮腫には術後長期にわたってリンパ管炎を繰り返すことが多く、当科でも一元的に術後照射が行われてきたことから、下肢リンパ浮腫によってQOLを損なった患者を多数抱えてきた。さらに広汎子宮全摘術の際には下腹神経叢も部分的に切除され膀胱直腸機能の低下を伴うが、術後照射により機能低下症状がさらに顕在化しリンパ管炎同様、術後5年以上経過してもイレウスや膀胱炎を繰り返す患者が数少なくない。実際に婦人科外来・救急の負担となっており、これらの克服が長年待たれてきた。Bulky massを持つ症例でもプラチナ製剤を中心とした術前化学療法が奏功することがあり子宮頸がんでは放射線感受性に劣らず化学療法感受性が期待できることから、近年、術後化学療法を積極的に取り入れている。再発後の治療に放射線治療を温存することにもなり、予後の追跡評価が必要なものの、下肢リンパ浮腫予防や膀胱直腸機能温存など従来問題となっていた術後QOLの向上の点で他施設に発信する価値のある取り組みだと考えている。さらに、初回手術適応のないⅢ期症例でも若年者など症例を選んで術前化学療法にて腫瘍縮小を図り根治手術に持ち込み、Ⅳ期症例でも同様に転移病巣のコントロールに奏功した症例では原発・転移巣の摘出につなげるなど化学療法を積極的に援用している。

(子宮体がん) 多くの子宮体がんは早期に診断され、根治手術単独もしくは術後放射線療法・化学療法併用により治癒に至ることが多いが、進行・再発子宮体がんの予後は極めて悪く有効な追加治療の確立が待たれてきた。その中で大規模 phase Ⅲ試験として初めて、2006年に進行子宮体がんの再発を防ぐ追加治療として全腹部照射よりもドキシソルビシン・シスプラチン併用療法(AP療法)が有効であることが示され、化学療法が術後追加治療の中心と考えられるようになった。しかし、子宮体がんに対するAP療法は毒性も強く感受性も十分とは言いがたくタキサン系薬剤を用いた治療への志向性が強まっているが、いまだ根治手術に続く標準治療は確定されていない。当科では以前

より組織型をもとに卵巣がん準じた regimen を組んできたが、昨年より現時点での EBM に基づき術後追加標準治療として AP 療法を行う一方で、婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構 (JGOG) が主催する「子宮体がん再発高危険群に対する術後化学療法としての AP 療法、ドセタキセル・シスプラチン併用療法 (DP 療法)、パクリタキセル・カルボプラチン併用療法 (TC 療法) のランダム化第Ⅲ相試験 (JGOG2043)」に症例を積極的にエントリーし、術後追加化学療法の確立への貢献を目指している。さらに多施設共同研究として「子宮体癌Ⅳb期の集学的治療を模索する調査研究」にもエントリーし、手術治療・化学療法を含めた包括的治療の確立を目指している。