

進行子宮体癌に対する術前化学療法（NAC）の試み



産婦人科医長：西村 和泉

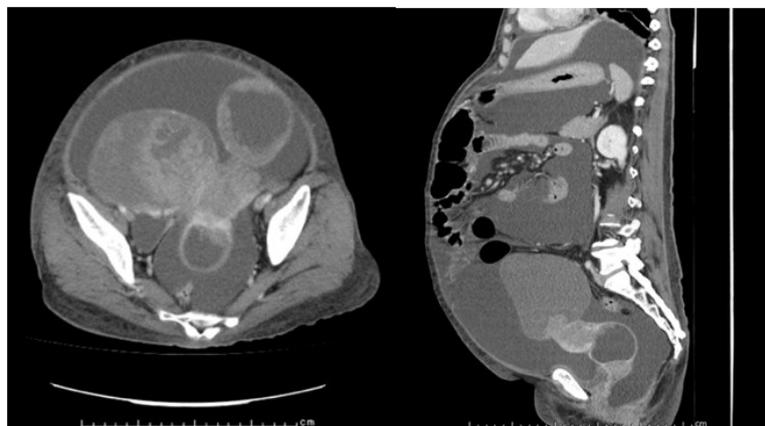
子宮体癌は、Ⅰ期あるいはⅡ期といった病変が子宮に局限した状態で診断されることが多く、比較的予後良好と考えられていますが、子宮外に進展した進行例に関しては予後不良です。近年子宮体癌の患者数が増加するに従って進行例も増加しており、治療に難渋する子宮体癌症例が多くなっているのが現状です。

2009年日本婦人科腫瘍学会の子宮体がん治療ガイドラインにおいて、進行子宮体癌の場合、子宮摘出を含めた原発巣摘出と腫瘍減量術と術後化学療法により予後が改善し得る可能性があるとしてされています。しかしながら、子宮傍結合織浸潤、膣、膀胱、直腸、といった子宮外骨盤内病変を認める症例においては、初回手術時に子宮摘出術や腫瘍減量術を行えない場合も多く、その場合の予後は非常に厳しくなります。

卵巣癌では、ご存知の通り、同様に腫瘍減量を行うことが予後改善に非常に重要であり、治療開始時にすでに広範な腹膜播種を来しているなど初回手術時に完全摘出が不可能と予想される症例に対して、術前化学療法（NAC：neoadjuvant chemotherapy）を行った後に可及的に腫瘍量を縮小させる目的で、interval debulking surgeryおよびinterval cytoreductive surgeryを行うことに関して一定のコンセンサスが得られています。しかし、子宮体癌に関してはNACの有用性を検討した文献は症例報告やケースシリーズのみであり、NACの有用性を検討しうるだけのエビデンスはほとんどありません。

当科では、2012年に初回治療時に子宮摘出術が不可能であった進行子宮体癌2例に対しNACを施行し、その後optimal surgeryが可能となった症例を経験しました。NACのレジメンとしては、子宮体癌の術後化学療法として奏率が比較的高いパクリタキセル・カルボプラチン（TC）療法を選択しました。

1例目は治療開始時に腫瘍は子宮、両側卵巣、腔に広範に広がり、大網、腸間膜に多数播種病変と著明な腹水貯留を認める状態（CT供覧①）でしたが、4クール後（CT供覧②）に両側卵巣転移による腹水貯留のコントロールを目的として両側付属器切除術を施行しました。



CT 供覧①



CT 供覧②

化学療法を継続したところ、11クール施行後の評価にて腔病変も消失したため（CT供覧③）子宮摘出術による完全摘出に至りました。2例目は子宮傍結合織浸潤のため子宮摘出困難と判断しNACを施行し、4クール後に子宮摘出術および両側付属器切除術を施行し、完全摘出が出来ました。現在2例とも後療法としてTC療法を継続中ですが、再発病変を認めておりません。



CT 供覧③

以上のように、初回の手術療法が不可能な進行子宮体癌に対して、NAC後に子宮を含めた腫瘍減量手術を積極的に行い、残存病変をなくすことが予後の改善につながる可能性があると考えております。今後も症例の集積に励んでいく所存です。

産婦人科医長：西村 和泉