

2014年7月度キヤンサーボード 教育講演トピックス

①皮膚科 生駒 憲広 先生より

《特別講演》

抗がん剤の治療中の皮膚障害の対処について

現在多くの抗がん剤、特に分子標的薬の登場によって抗がん剤治療中に皮膚障害が出る事が増えている。

最も重篤な皮膚障害は

Stevens-Johnson 症候群と**中毒性表皮壊死症 (Toxic epidermal necrolysis, TEN)**である。



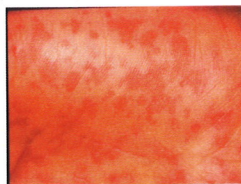
Stevens-Johnson 症候群



中毒性表皮壊死症 (TEN)

これら重篤な薬疹に対しては薬疹の治療を優先する。

多形 (滲出性) 紅斑は、親指の頭くらいの円形の紅斑が多発する皮膚病で上記の最も重症な皮膚障害との鑑別が重要である。



多形滲出性紅斑

分指標的薬による瘡瘍様皮疹は無菌性の毛包炎で、治療はステロイド外用薬やミノサイクリン内服が用いられる。

爪周囲炎、**陥入爪**、**血管拡張性肉芽腫**は軽症であれば清潔保持、ガーゼ保護、冷却、テーピング指導などにより対処する。

手足症候群は様々な分子標的薬により生じる。現疾患の治療が優先される患者に対しては、抗がん剤ごとにフローチャートが決まっているので、それに従う。

悩ましい症例に対しては皮膚科にご相談ください。

②消化器外科 鈴木 俊之 先生より

大腸がん治療後追跡に腫瘍マーカー (CEA) と CT を併用しても治癒切除可能な再発癌の検出効果は上がらない

Effect of 3 to 5 Years of Scheduled CEA and CT Follow-up to Detect Recurrence of Colorectal Cancer
The FACS Randomized Clinical Trial
JAMA. 2014;311(3):263-270.

一般的に本邦では、大腸癌の術後、大腸内視鏡 (CF)、胸部 X 線、腹部超音波、CT、血液検査 (腫瘍マーカー) などの検査を術後 3 年間は 3~6 カ月に 1 度、3 年目以降は、約半年に 1 度の間隔で行っている。今回の論文はイギリスで行われた大腸癌治癒切除後の追跡において、定期的な**癌胎児性抗原 (CEA)** 検査と**CT 検査**の有用性を評価したランダム化比較試験 (**FACS 試験**) である。本試験は当初、追跡方法の違いが生存に及ぼす影響を評価する予定であったが、症例登録が困難であったため、評価指標を「治癒切除可能な段階での再発」の検出に変更した。

イギリス NHS 関連病院 39 施設で 03 年 1 月から 07 年 8 月に、Dukes 分類で stage A~C の原発性大腸癌に対して手術を受け、遺残病変を認めなかった 1202 人が登録された。補助療法を受けた患者も登録可能とした。患者をランダムに、CEA のみの検査でフォローアップする CEA 群 (300 人)、CT のみでフォローアップする CT 群 (299 人)、CEA と CT を併用してフォローアップする CEA+CT 群 (302 人)、最低限の追跡のみ行う Minimum Follow up (MF) 群 (301 人) の 4 群に割り付け、5 年間追跡した。

CEA 群では、血中 CEA 濃度を最初の 2 年間は 3 カ月ごと、その後の 3 年間は 6 カ月ごとに測定した。また、登録時に医師から CT を 1 回行うよう求められた患者では、12~18 カ月の時点で CT を実施した。CT 群は、胸部、腹部、骨盤部の CT を、最初の 2 年間は 6 カ月ごと、その後の 3 年間は 1 年ごとに実施した。CEA+CT 群は両方の検査を実施した。MF 群は、定期検査はせず、症状が生じた時点で検査を行った。登録時に医師から CT 検査を 1 回実施するよう要求された患者では、12~18 カ月の時点で CT を実施した。登録時と 5 年後の時点で、試験参加者全員に対して CF を実施した。CT 群には 2 年後にも CF を行った。主要評価指標は、登録から 3 年後以降の治癒切除可能な大腸癌再発とし、2 次評価指標を死亡 (全死因死亡と大腸癌死亡) などに設定した。

登録された患者の年齢の中央値は 69 歳で、男性が 61.2%、40.5% が補助療法を受けており、11.6% が術前放射線治療を受けていた。平均 4.4 年の追跡で全体の 16.6% に大腸癌の再発を認めた。その再発患者の 65.3%、130 人の再発病変は、予定されていた検査で発見された。再発患者のうち 71 人が治癒切除を受けた。30 人が化学療法、7 人が放射線治療を受けた。再発病変の治癒切除が行われたのは、MF 群の 2.3%、CEA 群の 6.7%、CT 群の 8%、CEA+CT 群の 6.6% で、対照群と比較した絶対差は、CEA 群は 4.4 (1.0-7.9、調整オッズ比 3.00 [1.23-7.33])、CT 群は 5.7 (2.2-9.5、調整オッズ比 3.63 [1.51-8.69])、併用群は 4.3 (1.0-7.9)、調整オッズ比 3.10 [1.10-8.71] だった。全死因死亡については、CEA 群、CT 群、CEA+CT 群の合計は 18.2%、MF 群は 15.9% であり、CEA 群と CT 群、CEA+CT 群の全てを合わせても MF 群との有意差は生じなかった。大腸癌死亡も同様で、CEA 群、CT 群、CEA+CT 群の合計は 10.4%、MF 群は 9.3% であった。大腸癌切除後のフォローアップにおいて、CT または CEA を用いた定期的な検査は治癒切除が可能な段階における再発の検出では有用であったが、CEA と CT を併用しても全死因死亡および大腸癌死亡に差は生じなかった。