

①一次治療は化学療法+放射線療法を選択する立場から

新地洋之^{*1}, 前村公成^{*4}, 又木雄弘^{*3}, 蔵原 弘^{*2}, 高尾尊身^{*5}, 夏越祥次^{*6}

鹿児島大学医学部保健学科外科系分野教授¹

鹿児島大学消化器・乳腺甲状腺外科助教²・特任講師³・准教授⁴

鹿児島大学フロンティアサイエンス研究推進センター⁵

鹿児島大学消化器・乳腺甲状腺外科教授⁶

治療戦略上のメリット

- ・外科切除同様、強力な局所治療法である。
- ・短期間で完遂可能な治療法である。
- ・単独化学療法に対する上乗せ効果が期待できる。
- ・中長期の生存割合の向上が認められる。
- ・単独化学療法に比べ、リンパ節転移陰性率や膵周囲神経浸潤陰性率が高い。

治療戦略上のデメリット

- ・放射線治療を施行できる施設が限られている。
- ・放射線治療のquality面において施設間差がある。
- ・消化器毒性や骨髄抑制などの有害事象が強度に出現しやすい。

はじめに

膵癌は早期発見が困難であり、現状では半数以上の患者が診断時切除不能あるいは切除可能境界(Borderline resectable; 以後BR)膵癌となっている¹⁾。日本膵臓学会の膵癌診療ガイドライン2016年版²⁾では、切除不能膵癌の中で遠隔転移を認めない局所進行膵癌(StageIVa)に対する一次治療法として、化学放射線療法または化学療法単独による治療が推奨されている(推奨の強さ:1, エビデンスレベル:B, 合意率:100%)が、両治療法の優劣は明らかではない。本稿では、一次治療は化学療法+放射線療法(化学放射線療法)を選択する立場から、局所進行膵癌に対する化学放射線療法の現況、役割と今後の展開について述べる。

I. 局所進行膵癌に対する化学放射線療法の現況

1) 切除不能膵癌に対する化学放射線療法

2000年以前は5-FU併用の化学放射線療法が主体であり、その治療成績は生存期間中央値(MST)10ヵ月、1年生存率40%と決して満足いくものではなかった。2000年以降ゲムシタピンまたはフッ化ピリミジン系抗がん剤(カペシタピンまたはS-1)の登場によりMST 12~16ヵ月と成績の向上を認めている²⁾。膵癌診療ガイドライン(2016年版)ではゲムシタピンまたはS-1との併用が推奨されている。筆者らも早くよりS-1併用化学放射線療法の臨床試験を開始し、第II相試験ではMST 14.3ヵ月(5.4~74ヵ月)、1年生存率62%、2年生存率27%、5年生存率8%で、74ヵ月の長期生存例を含め3年以上の生存例7例(14%)、5年以上の生存例を3例(6%)認めた³⁾。

近年、化学放射線療法とゲムシタピンによる化学療法単独の3つのランダム化比較試験が報告されているが⁴⁾⁻⁶⁾、3