

日本臨床腫瘍学会専門医資格認定試験 受持患者病歴要約

提出 No. 2 臓器・領域名 消化器 病院名 JSMO がんセンター

診療期間 自 2012 年 5 月 13 日

患者年齢 37 歳 性別 男 至 2012 年 7 月 28 日

診療期間における患者との関わり合い：入院 外来

主治医

チームの一員として（主体的に関与した内容：診断 治療方針の決定 治療の実施
支持療法の実施 副作用への対応
その他[])

診療期間が 7 日未満の場合の副作用のフォロー：

主治医としてフォローした 主治医と共に診察またはデータを確認し、対応した
主治医とは別にデータを確認し、必要があれば主治医に助言した

転帰：治癒 軽快 転科(手術 有・無) 不変 悪化 死亡(剖検 有・無)

フォローアップ：外来にて 他医へ依頼 転院

確定診断名（主病名および副病名）

#1. 大腸癌

#2. 癌性疼痛

【主訴】右季肋部痛

【既往歴】特記事項なし

【家族歴】大腸癌の家族歴なし

【生活歴】喫煙歴：なし、飲酒歴：なし、アレルギー歴：なし

【現病歴】2012 年 3 月中旬より右季肋部痛が出現したが放置していた。徐々に増悪傾向であったため、2012 年 4 月下旬に近医受診したところ多発肝腫瘍を指摘された。前医紹介となり、精査したところ多発肝転移を伴う横行結腸癌と診断、5 月上旬に当院紹介となった。

【主な身体診察所見】

PS 1, 身長 175.5cm, 体重 53.5kg (体重減少 5kg/2 か月), 体温 36.8°C, 血圧 116/72 mg/Hg, 意識清明、結膜黄疸・貧血なし、頸部リンパ節腫脹なし、胸部心肺異常所見なし、腹部やや膨満、肝正中から右季肋部に 4~6 横指触知、圧痛軽度、下腿浮腫なし、神経学的異常所見なし

【主要な検査所見】

《血液検査》WBC 5970 / μ l, Hb 12.3 g/dL, Plt 26.3 $\times 10^4$ / μ l, TP 7.0 g/dL, Alb 4.2 g/dL, AST/ALT 121/51 U/L, ALP 460 U/L, T-Bil 0.8 mg/dL, LDH 2337 IU/L, BUN/Cr 12/0.74 mg/dL, Na/K/Cl 141/3.8/103 mmol/L, CRP 2.60 mg/dL, CEA 1507 ng/mL,

《胸～骨盤部 CT 検査》横行結腸やや肝彎曲部寄りに全周性の壁肥厚を認める。口側腸管の拡張は認めず。周囲脂肪組織濃度の軽度上昇を認める。肝両葉に多発腫瘍を認める(最大長径 15cm)。胸水、腹水、明らかな肺転移は認めない。

《下部消化管内視鏡検査》横行結腸に全周性の 2 型腫瘍を認める。ファイバーの通過可能。

【経過】（化学療法についてはその内容、投与量、スケジュール、効果、副作用を記載する。臨床試験に登録された患者においてはその試験名を記載する。治験を含む）

切除不能肝転移を有する KRAS 野生型横行結腸癌と診断した。NSAIDs 屯用でコントロール不良であった右季肋部痛に対し、NSAIDs（ボルタレン錠）定期内服ならびにオピオイド（オキシコンチン 10mg, オキノーム 2.5mg 屯用）を開始した。延命目的の化学療法として中心静脈ポート造設の上、mFOLFOX6+セツキシマブ療法（2週毎サイクル：L-OHP 85 mg/m² day1, 1-LV 200 mg/m² day1, bolus 5-FU 400mg/m² day1, infusional 5-FU 2400 mg/m² day1-3, セツキシマブ 250 mg/m² day1, 8 ただし 1 コース目 day1 のみ 400 mg/m²）を開始した。Day3-5 に Grade(Gr) 1 の悪心、食欲不振を認めたがすぐに改善した。血液毒性も好中球・血小板減少 Gr1 程度と比較的軽度であった。皮疹予防のため、ヘパリン類似物質製剤塗布・ミノサイクリン内服を行っていたが 3 コース目から鼻背、体幹に Gr1 のざ瘡様皮疹が出現し、ステロイド軟膏塗布を開始した。ざ瘡様皮疹は治療開始後 6-10 週がピーク（最悪 Gr 2）であった。1 コース開始 day9 あたりから右季肋部の疼痛の軽減を認め、3 コース目には疼痛消失したことから一旦鎮痛剤を中止とした。3 コース目終了後の効果判定では著明な腫瘍縮小（-40%）を認めた。現在、セツキシマブによる皮膚乾燥・爪囲炎(Gr1)、低マグネシウム血症（Gr1）が出現しているが、治療継続中である。

【処方】ランソプラゾール 15mg 1T 分 1, ミノサイクリン 50mg 1T 分 1、ヘパリン類似物質製剤、ステロイド（顔面：ヒドロコルチゾン、頭皮：クロベタゾール、体にジフルプレドナート適宜）

【考察】（検査や治療方針に関し腫瘍学教科書、文献等を引用する。またエビデンスレベルを記載することが望ましい）

切除不能大腸癌に対する一次治療レジメンにはいくつかの選択肢がある。「潜在的な切除可能性」「腫瘍関連症状」の有無などで患者を群分けし、早期の腫瘍縮小を期待する群には aggressive approach が相応しいという考え方がある。FOLFOX+セツキシマブ療法は KRAS 野生型の一次治療において FOLFOX 療法との比較試験により有意に奏効割合が高まることが報告されている（Bokemeyer C et al, Ann Oncol 22(7): 1525-46, 2011、エビデンスレベル II）。本症例のような腫瘍関連の症状（癌性疼痛）を有するような症例には適切な治療レジメンのひとつである。切除不能な肝転移のみを有する大腸癌を対象に FOLFOX6+セツキシマブ療法と FLOFIRI+セツキシマブ療法を比較した第Ⅱ相試験（CELIM 試験）では、KRAS 野生型において両治療群とも成績は良好で、FOLFOX6+セツキシマブ群：R0 切除率 38%、PFS 中央値 15.4 か月であった。本症例での肝転移個数は CT で確認できるだけでも 10 個以上存在するため、切除可能な状態にまで改善する可能性は低いと考える。大腸癌肝転移の切除の適応は施設によって異なるため、専門の肝臓外科医、放射線科医、腫瘍内科医を含むチームカンファレンスで決定することが肝要である。

治療レジメンの他の選択肢としてベバシズマブ併用療法が考えられる。しかし、FOLFOX+ベバシズマブ療法は FOLFOX 療法との比較第Ⅲ相試験において奏効割合の上乗せは示されていない。結局、一次治療でセツキシマブ併用が良いのかベバシズマブ併用が良いのかという疑問点の解決

には、KRAS 野生型大腸癌一次治療を対象にセツキシマブ併用療法とベバシズマブ併用療法を比較する CALGB/SWOG80405 試験の結果待ちとなっている。

記載者：現病院名	JSMO がんセンター	氏名	臨床	一郎	
指導医：病院名	JSMO がんセンター	氏名	臨床	三郎	印