

41

a ○

日本では側方リンパ節廓清を行い術前照射は行わない方が一般的であるが、欧米では術前照射として全骨盤照射 40~50Gy/25~28Fr を施行後に自律神経温存術を施行する。

b ×

主な副作用は、内腸骨神経系の自立神経障害による排尿障害、性功能低下である。

c ×

一般的には術前化学放射線治療として行われる。Sauer らの RCT によれば、術前化学放射線治療は術後化学放射線治療と比較して、生存率では差がなかったが、術前照射群で局所再発率が有意に低く、Grade3、Grade4 の急性期および晩期有害事象の頻度も有意に低かった。

d ○

シスプラチン併用で腸管障害が重症化するといわれている

e ×

45Gy~50Gy というのは術後照射の場合の線量。術後再発では 60Gy 程度まで照射する。

42

a ×

リスク因子は痔ろうである。

b ×

ほとんど(60~80%)は扁平上皮癌である。

c ○

下方向にリンパ行性転移を来たす。

d ×

鼠径部リンパ節転移を来たしやすい。

e ○

欧米では既に化学放射線療法が第1選択となっている。日本でも徐々になって来ている。

43

a ○

日本膵癌取り扱い規約のⅢ、Ⅳa は UICC のⅡA、ⅡB、Ⅲ期に当たる。

b ○

膵頭十二指腸切除術の死亡率は約 2%である。

c ×

治験段階等の化学放射線治療で TS-1 の併用やジェムシタビンの併用で 50.4Gy/28Fr 程度の照射はあるが、手術適応にない場合の標準治療はジェムシタビンによる化学療法である。

d ×

膵臓癌の organ at risk は腎、肝、脊髄、十二指腸である。肺は普通、照射野に入らない。肺が照射野に入っていたら、ジェムザールの併用は治験しないであろう。

e        ×

放射線による晩期障害の十二指腸潰瘍は制酸剤では制御できない。一般的な十二指腸潰瘍には PPI(Proton pump inhibitor)を使用する。

44

a        ○

標準は全骨盤照射 40~50Gy/20~25Fr+腔内照射 18.8~45Gy/2~6Fr(放射線治療計画ガイドライン 2008)である。腔内照射の線量は高線量率か低線量率か等にもよるが、施設による差が大きいと思われる。腫瘍範囲が大きすぎたりゾンデ挿入不可能など、腔内照射が不可能な場合に、全骨盤照射 40~50Gy/20~25Fr 後に外照射で Total60~70Gy になるように Boost 照射を行う。

b        ○

2004 年度の日本産婦人科学会婦人科腫瘍委員会報告では、6.8%

c        ○

術後照射例の 5 年生存率は、I 期：72.9% II 期：64.9% (日本産婦人科学会婦人科腫瘍委員会による 1987 年の全国集計)

d        ×

晩期合併症の頻度は同等。(放射線治療計画ガイドライン 2008 によると、根治照射では 2.8~18.4%、術後照射では 3.1%~18.6%)

e        ○

放射線治療計画ガイドライン 2008 によると、腔内照射による子宮穿孔の頻度は 0~6%。

45

a        ×

手術と放射線治療との間に 5 年生存率に差はないことが分かっている。I 期で 80~90%、II 期で約 60~80%。ちなみに、III 期で 40~60%、IV 期で 10~40%。

b        ○

c        ○

d        ○

e        ○

高線量率と低線量率で明らかな治療成績や障害発生の有意差は言われていない。しかし、患者さんの負担が高線量率のほうが軽い。(時間が短いので)

以上、解答 41~45 は藤野 賢治会員 (恵佑会札幌病院)