—JNMS のページ—

Journal of Nippon Medical School に掲載した Original 論文の英文 Abstract を，著者自身が和文 Summary として簡潔にまとめたものです．

Journal of Nippon Medical School

Vol. 84, No. 5（2017 年 10 月発行）掲載

A Real-World Retrospective Cohort Study of Combined Therapy with Bevacizumab and Paclitaxel in Japanese Patients with Metastatic Breast Cancer

（J Nippon Med Sch 2017; 84: 215–223）

進行・再発乳癌患者を対象とした Bevacizumab・Paclitaxel 併用療法の有用性を検討する観察研究

山田博文[1]　井上賢一[2]　永井成勲[2]　中井麻木[34]
有沢文夫[5]　上田宏生[5]　齊藤　毅[5]　二宮　淳[6]
黒田　徹[1]　櫻井孝志[7]　児玉ひとみ[8]　君塚　圭[9]
秦　怜志[10]　甲斐敏弘[11]　黒住昌史[12]

[1]赤心堂病院外科
[2]埼玉県立がんセンター乳腺腫瘍内科
[3]日本医科大学乳腺外科
[4]埼玉医科大学総合医療センター乳腺内分泌外科
[5]さいたま赤十字病院乳腺外科
[6]二宮病院乳腺外科
[7]JHCO さいたまメディカルセンター外科
[8]埼玉石心会病院外科
[9]春日部メディカルセンター乳腺外科
[10]三井病院乳腺センター
[11]新都心レディースクリニック
[12]埼玉県立がんセンター病理診断科

目的：進行再発乳癌患者を対象に，Bevacizumab（B）・Paclitaxel（P）併用療法（BP）の有効性と安全性の観察研究を埼玉乳がん臨床研究グループ（SBCCSG）で行った．

方法：2012 年 6 月から 2014 年 5 月までに，SBCCSG の 10 施設で 94 人が，BP を投与された．プライマリーエンドポイントは，治療成功期間（TTF），セカンダリーエンドポイントは，奏功率（ORR），生存期間（OS），毒性と設定した．

結果：90 人が評価対象となり，平均年齢 58 歳（範囲 34～84 歳）であった．66% と 57.7% の患者が，術後療法と再発後治療として，それぞれ化学療法を受けていた．TTF の中央値は 6.2 カ月，95% 信頼区間は 4.2～8.3 カ月であった．OS の中央値 15.4 カ月，95% 信頼区間は 12.0～18.9 カ月であった．ORR は 67.8%，95% 信頼区間は 57.1～77.2% であった．P を 90 mg/m^2 で治療開始した患者 52 人の 28.9% が，毒性により 20 mg/m^2 以上減量した．Grade 3/4 の血液毒性は 56.6% に認められた．主な非血液毒性は，感覚性末梢神経障害 62.2%，爪の変色 58.9%，疲労 56.7% であった．

結論：BP 療法は，実臨床においても有効性と安全性のある治療法と考えられた．P を 90 mg/m^2 で治療開始した BP 療法患者には毒性により P を減量することを考慮して治療計画の検討が必要である．

Worse Preoperative Status Based on Inflammation and Host Immunity is a risk Factor for Surgical Site Infections in Colorectal Cancer Surgery

（J Nippon Med Sch 2017; 84: 224–230）

術前の癌悪液質状態は大腸癌術後の surgical site infection（SSI）発生に影響するか

佐川まさの[1]　吉松和彦[1]　横溝　肇[1]　矢野有紀[1]
岡山幸代[1]　碓井健文[1]　山口健太郎[1]　塩澤俊一[1]
島川　武[1]　勝部隆男[1]　加藤博之[2]　成高義彦[1]

[1]東京女子医科大学東医療センター外科
[2]東京女子医科大学東医療センター検査科

背景：modified Glasgow Prognostic Score（mGPS）は癌患者の炎症をベースとした栄養障害の指標であり，悪液質状態を反映する．悪液質状態では，手術侵襲下において異常に亢進した炎症反応が惹起され，術後早期の感染性合併症発生を引き起こすといわれている．一方で感染性合併症は surgical site infection（SSI）と remote infection（RI）に分類され，その発症機序により危険因子も異なると考えられる．しかし悪液質の影響が全感染性合併症に影響するかは結論に達していない．今回は mGPS を指標に，悪液質が SSI 発生に影響するかを検討した．

対象と方法：大腸癌切除 351 例を対象とし，mGPS とその他の背景因子が SSI 発生に影響する因子であるか検討した（logistic regression analysis）．

結果：SSI 発生（32 例）に影響する因子は単変量解析で mGPS（Score2），到達法（開腹），合併切除臓器（あり），人工肛門造設，出血量（多量），手術時間（長時間），肺機

能障害，小野寺式栄養指数≦40，neutrophil lymphocyte ratio（NLR）（＞4），controlling nutritional status（CONUT）（≧2）であり，Stepwise selection 後の多変量解析では mGPS(Score2)，人工肛門造設，出血量(多量)，NLR（＞4）が危険因子であった（p=＜0.05）.

結語：大腸癌切除例において術前の悪液質状態は，SSI 発生に影響する可能性が示唆された．今後は癌悪液質状態が，RI にも影響する因子であるかを検討する．