

特集／外来で行う消化器がん薬物療法のコッ
—専門医からのアドバイス

巻頭言

朴 成和*

本邦では、現在2人に1人が「がん」に罹患し、3人に1人が「がん」で死亡するといわれています。このことは、周術期の補助化学療法を含めると、日本人の少なくとも3人に1人以上が一生に一度は抗がん薬治療を受けることを意味し、薬物療法を適切に行うことはきわめて重要であることはいうまでもありません。

しかし、抗がん薬の効果や副作用の出方には個人差があります。個々の患者に対して、大きな効果が期待できる抗がん薬を選択し、重篤な副作用が回避できる個別化医療が理想ですが、実際には消化器がんでは個別化医療はきわめて限定されており、ほとんどの薬物療法は多くの患者が参加した臨床試験結果に基づいて確率論的に「最善である」と考えられる治療法を選択せざるをえません。

一般的に、新規抗がん薬治療の開発は、第I相試験で用量・用法を推定し、第II相段階で腫瘍縮小効果などの短期成績が評価され、第III相試験において従来の治療法と比較されます。第III相試験でなんらかのメリットが示されると薬事承認され、その後も治療の最適化を求めた臨床試験が行われています。これらの臨床試験によって「最善(best available)の結果である」と評価されたものが「標準治療」と認識され、実地医療で広く用いられています。ガイドラインでは、各がん種でさまざまな状況に応じた「標準治療」が推奨されていますが、標準治療が比較試験で示した「最善の結果」を目の前の患者に再現させることが「evidence based medicine(EBM)」の基本理念であり、そのためには、各薬物療法の用法・用量だけではなく、それぞれの臨床試験で用いられた投与規準、減量規準や休止規準、支持療法も遵守することが求められます。さらに医療現場では、臨床試験のプロトコルを超えたところでも、個々の患者でみられた効果や副作用に対して臨機応変な対応が必要です。

Narikazu Boku

*東京大学医科学研究所附属病院腫瘍・総合内科(〒108-8639 東京都港区白金台4-6-1)

周術期補助化学療法は治癒率の向上を目指したのですが、一方、切除不能・再発がんに対する緩和的化学療法の目的は、「できるだけ普段に近い時間」を「少しでも長くする(延命)」ことであるといえます。そのためには、薬物療法によってできるだけ患者の生活が損なわれないようにすることが求められます。その意味において、非日常である「入院」をできるだけ避けて、「外来」で治療を行うことが基本となります。5-フルオロウラシルなどの持続静注が携帯ポンプを用いて外来での投与が可能となり、また同系統の経口薬が使用可能であり、大量の輸液を要するシスプラチンの代わりにオキサリプラチンも登場しました。また、その他多くの新規の抗がん薬も外来での投与が可能であるなど、現在は薬物療法の中心が外来になってきています。

ただし、「外来治療」の利便性を優先するために、「診療の質」が低下することは許されません。「外来治療」の質を担保するためには、副作用予防や有症時における患者自身による対応力(患者力)の向上を支援することや、自宅で起こっている有害事象の情報収集、地域医療機関との連携などの方法があります。しかし、その一方で、膨大な情報を患者に与えるだけでは、かえって焦点がぼやけて理解できないことにもなりかねませんので、それぞれの薬物療法において焦点を絞って対応することが重要です。

今回の特集では、各臓器の化学療法の専門家の先生方に、「外来で行う消化器がん薬物療法のコツ」について記載していただきました。今回の特集が日常診療でのお役に立つことができれば幸いです。