

# 子宮体癌 手術・抗癌剤治療により腫瘍消失 再発予防 当院治療 10年1か月で卒業

患者様は昭和 24 年生まれの女性で、平成 9 年(1997 年)5 月に不正出血を訴え都内の総合病院の婦人科を受診したところ、子宮体癌と診断されました。同年 7 月に子宮全摘付属器及びリンパ節隔清の手術を受けております。

その際、病理診断は子宮体癌 Grade2、臨床進行期分類は Ib 期、リンパ節転移(-) でした。平成 10 年 3 月より、化学療法(エンドキサンとシスプラチン)を 7 クール行い、CT 画像検査で左骨盤内リンパ節転移が疑われ、8 クール目を加えました。6 月よりタキソテールに変更し、8 月よりパラプラチンを併用しました。11 月からタキソール 240mg とパラプラチン 300mg を合計 14 クール行いました。10 月の MRI 検査でリンパ節内に壊死巣

様所見が認められ、増大傾向が認められないことから、抗癌剤が有効であったのではないかと主治医の診断が下されております。

患者様は 52 歳のとき、再発予防として新免疫療法を希望されて平成 10 年(1998 年)12 月から開始しております。

婦人科関連抗原の CEA、SCC、シフラ、Ca125、CA72-4、CA19-9 いずれも正常値を示し唯一高値を示したのは STN が 59U/ml(正常値は 45.0 以下)のみでした。

一方、NK と NKT 細胞は非活性の状態でした。

平成 11 年(1999 年)3 月に当院での初めて腹部超音波が行われて、左骨盤腔内に 5.9×3.8×2.8cm 大の充実性腫瘍が観察されています。(図 2-1) 腫瘍マーカーの STN は 64U/ml でした。

同年 6 月に左骨盤腔内に 51×39×30mm 大となり、腫瘍内部の血流が減少しました。(図 2-2) 腫瘍マーカーの STN は 67U/ml でした。

当院治療開始から 22 ヶ月目の平成 12 年(2000 年)2 月には左骨盤腔内の充実性腫瘍は 5.5×4.0×3.1cm 大と認められております。

平成 13 年(2001 年)11 月では、5.1×3.8×2.9cm で腫瘍の大きさに変化は無く、腫瘍内の血流に変化は認められませんでした。(図 2-3) 腫瘍マーカーの STN は 87U/ml でした。

平成 19 年 12 月(2007 年)では STN が 100U/ml と上昇気味ですが、超音波検査では同位部に 5.3×4.0×3.1cm 大のほぼ同様の充実性腫瘍が認められ、拍動流はまばらで遅い状態でした。(図 2-4)

平成 20 年 12 月(2008 年)では、STN が 210U/ml と上昇しましたが、超音波検査では同位部に 5.7×4.0×3.0cm 大で拍動流はまばらで遅く昨年と比べ著変なしと診断されました。

この超音波診断の結果を踏まえて、患者様と相談した結果、この日、当院の治療が卒業となりました。ただし、腫瘍マーカー STN が上昇傾向を示しているため、近医にて超音波検査でフォローアップし続けるようにお伝えしました。

この患者様は都内の病院で手術を受けましたが再発し、9 ヶ月間の抗癌剤の治療で転移リンパ節の壊死様所見が MRI で確認されました。一般に子宮体癌に抗癌剤は効きにくいのですがこの患者様には有効だったと推察されます。その後、新免疫療法で 10 年間この状態が維持されているものと判断されます。

なお、平成 26 年 1 月に患者様からご連絡を頂きました。今年の夏ごろ来院し近況の報告をしたいとのことでした。

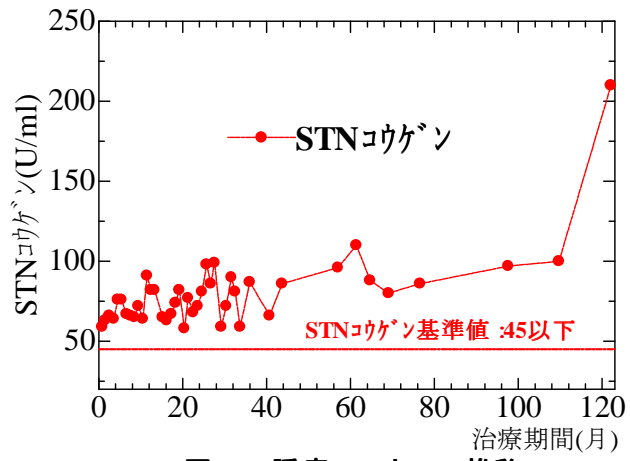


図 腫瘍マーカーの推移

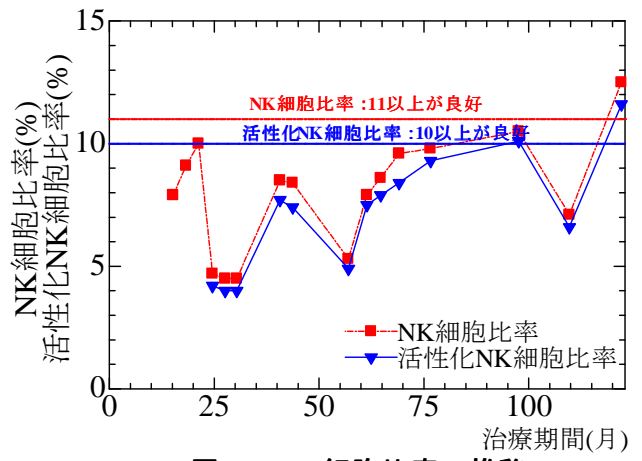


図 NK細胞比率の推移

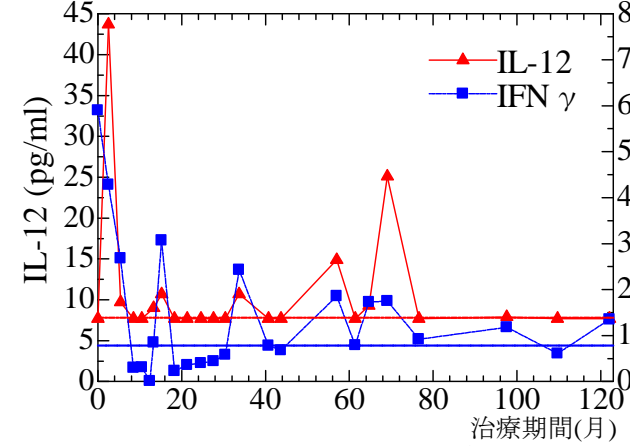


図 サイトカインの推移

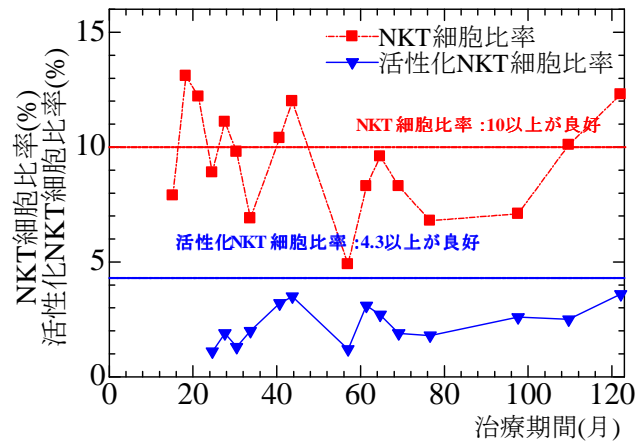
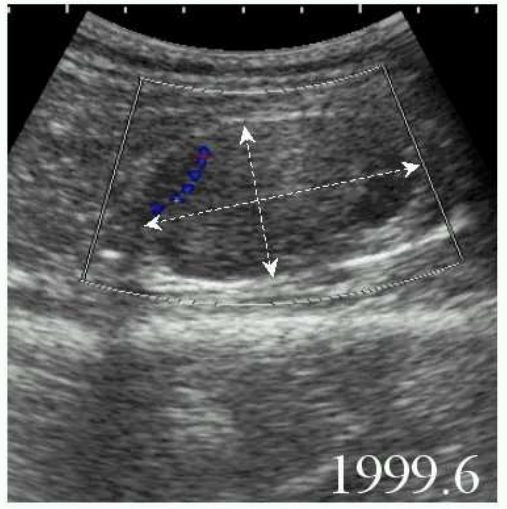


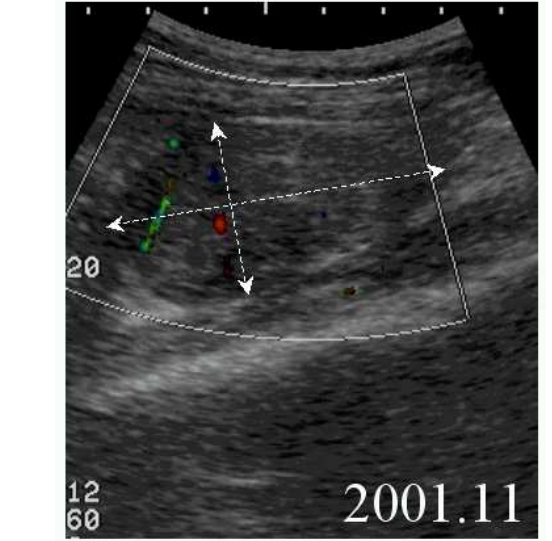
図 NKT細胞比率の推移



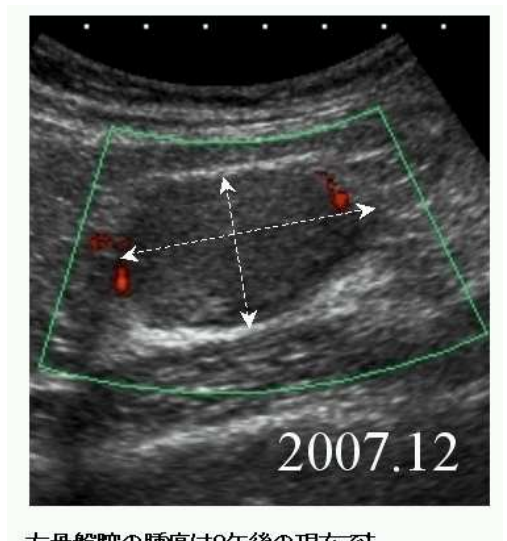
1999.3 左骨盤壁に59×38×28mmの腫瘍を認める。腫瘍内部に血流信号(橙色)が見られる。



1999.6 左骨盤腔の腫瘍は51×39×30mmとなり、腫瘍内部の血流(青色)が減少。



2001.11 左骨盤腔の腫瘍は51×38×29mm、腫瘍内部の血流(緑色、赤色)に変化なし。



2007.12 左骨盤腔の腫瘍は8年後の現在でも53×40×31mm。腫瘍内部の血流(橙色)は乏しくなった。