

「がん疼痛治療を主とする緩和医療領域における放射線治療」グループ研究報告

研究グループ代表 君津中央病院放射線治療科 清水わか子

1) 有痛性骨転移を主としたがん性疼痛における放射線治療ガイドラインの提案

がん性疼痛において放射線治療 (Radiation Therapy、以下RT) 治療対象とするべき病態はあまりに多彩であり、すべてを網羅したガイドラインの作成は不可能であったため。最もエビデンスが得られる有痛性骨転移 (Painful bone metastases、以下BM) とその中でも臨床的に重要な転移性脊髄圧迫 (Metastatic spinal compression、以下SC) に対象を限定した。

汎用性の高いガイドライン作成のために、①クリニカルクエスション (Clinical Question、以下CQ) の作成、②構造化抄録の作成と文献選択、③推奨レベルの決定、④本文の作成という4段階で作業した。

① CQの作成

他治療との優劣比較やRTの適応拡大を目的としたものを除外し、BM及びSCのRTに関する臨床的疑問27項目をまとめた。

② 構造化抄録の作成と文献選択

現状に即した情報を重視するため、対象文献の出版日を2000年1月1日以降とした。

(1) 検索条件

BM : bone metastases, pain, (radiation and/or radiotherapy and/or radiation therapy and/or irradiation)

SC : spinal compression, ()内はBMと同様

(2) 限定条件 : (all adult (19+ years), (English and /or Japanese), Publication date from 2000/01/01 to 2007/01/31, (clinical trial, meta-analysis, randomized controlled trial, review, case report, classical article, “clinical trial, phase I”, “clinical trial, phase II”, “clinical trial, phase III”, “clinical trial, phase IV”, comparative study, controlled clinical trail, guideline, journal article, multicenter study

ピックアップされた文献数はBM 213、SC 19であった。症例報告や特別な病態を除外し、2名以上が必要と判断した文献について構造化抄録を作成、エビデンスレベル・内容の評価について意見交換した。その後、各文献について0~2点 (積極採用2点、採用可1点、不適0点) で採点して3点以上を得た文献を選択することとした。その結果、BM 34文献、SC 3文献が選択された。

③ 推奨レベルの決定

選択された37文献の構造化抄録を再検討し、対象症例の偏りや臨床的重要度などを考慮してエビデンスレベルを決定した。この構造化抄録を参考にして、27個のCQを整理し、BM 4項目 (推奨8個) と転移性脊髄圧迫1項目 (推奨2個) にまとめた。

CQ1) BMに対してRTはどの程度有用か?

推奨1 : 疼痛の責任病巣である骨病変に対する体外照射によって、およそ60~90%の症例で何らかの疼痛の軽減が得られる。 (グレードA)

推奨2 : BMに対するRTが除痛のみを目的とする場合は1回照射も検討する必要がある。 (グレードB)

推奨3 : 疼痛の種類や原疾患などにより、体外照射の効果発現には違いが生じることがある。 (グレードB)

推奨4-a : 全身性の有痛性多発骨転移に対しては、ラジオアイソトープによる治療の適応がある。

① 骨髄腫・乳癌・前立腺癌の造骨性病変に対して : グレードA

② ①以外の疾患・病態に対して : グレードD

推奨4-b : 全身性の有痛性多発骨転移に対しては、半身照射の適応がある。 (グレードC)

推奨5 : 体外照射による除痛効果は照射後4週程度で最大になることが多い。そのため、治療効果判定には照射後の経時的変化を観察する必要がある。 (グレードB)

CQ2) BMのRTを行う際に、鎮痛薬の使用は避けるべきか?

推奨6 : BMのRTを開始する際には、RTによって疼痛が緩和されるまで、鎮痛薬の使用を適切に行うべきである。 (グレードB)

CQ3) BMの疼痛再燃時、同一責任病巣に対する再照射は可能か?

推奨7 : BMの疼痛再燃時の再照射は状況によっては可能である。但し、初回照射時の線量や晩期障害の可能性なども考慮し、可及的に線量分布を改善する等の配慮が好ましい。 (グレードB)

CQ4) BMのRTに際して、他治療の併用は必要か?

推奨8：速やかな除痛効果や多発転移巣への対応、骨折の危険性など、様々な観点から、併用可能な治療についても十分に考慮する。(グレードB)

CQ5) 転移性脊髄圧迫に対してRTはどの程度有用か？

推奨9：転移性脊髄圧迫に対する外照射は神経症状が軽度であるほど有効である。速やかな画像診断による責任病巣の評価とRTの開始が望ましい。(グレードB)

推奨10：転移性脊髄圧迫に対する外照射としては、ある程度の長期生存が期待される場合、分割照射で比較的高線量を照射することが望ましい。(グレードB)

④ 本文作成

本ガイドライン試案は2008年3月下山班に報告した後、日本放射線腫瘍学会誌に投稿、受理された。

2) BMに対するRTの現状

2005年のJASTRO構造調査でRTに常勤医がいると回答した施設に対して、BMの治療方針を決定する要因等についてアンケート調査を行った。回答のあった施設の中で緩和ケアチーム(Palliative Care Team、以下PCT)がある施設に対してPCTとRT・放射線腫瘍医(Radiation Oncologist、以下RO)との関わりについてアンケートを行った。RO・PCT両方に同じBMの症例を提示し、治療方針などについてアンケートを行った。

① **ROアンケートから**：患者要因・RT計画上のパラメータ・有害事象については多くのROが考慮しているという結果であったが、化学療法の可否・免荷方法の有無・急性の肺障害・急性期の皮膚反応・肺の晩期障害・家族の意向の6項目については意見が分かれた。この6項目中一つの項目に「考慮する」と回答した医師は、他の項目についても考慮している傾向があった。経験年数による影響は認められなかった。

② **PCTアンケートから**：予測されたことだが、ROが積極的に関与していると、PCTとしてROへのニーズも高くなる傾向があり、かわりが薄いROに対しては「緩和ケアに対する理解が不十分」「意思疎通が不十分」という評価であった。

③ **症例について**：比較的終末期に近い肺癌症例・乳癌再発症例・肝癌腫瘍形成性転移の3症例を提示した。全体の傾向としてはROとPCTで治療方針に大きな違いは認めなかったが、ROが骨転移の治療目的として「除痛」以外が少なかったのに比較して、PCTは複数の治療目標を考える傾向があった。また、並存する他病巣の治療や疾患特異的な抗腫瘍治療の併用の検討においてはROの方が積極的だが、BMの治療における併用治療についてはPCTの方が積極的という傾向が得られた。適切な情報提供・治療方針確認の重要性が考えられる結果であった。