

筋膜レベルでの切除が推奨される。

文献

1. 藤井義久, 白井信之, 松永悦治. 組織学的に病巣の範囲を検討した腋窩および外陰部 Paget 病の 4 例. 西日本皮膚科 1984; 46: 1118-22. (レベル V)
2. 坂井秀彰, 田中武司, 高田 実, 谷口 滋, 広根孝衛. 乳房外 Paget 病の治療: 特にマージンの幅と所属リンパ節郭清について. Skin Cancer 1990;5: 85-8. (レベル IV)
3. 織田知明, 山田秀和, 手塚 正. Mapping biopsy を施行した乳房外 Paget 病 17 例の組織学的検討. Skin Cancer 1999;14:172-7. (レベル IV)
4. Hendi A, Brodland DG, Zitelli JA. Extramammary Paget's disease: surgical treatment with Mohs micrographic surgery. J Am Acad Dermatol 2004; 51: 767-73. (レベル IV)
5. Murata Y, Kumano K. Extramammary Paget's disease of the genitalia with clinically clear margins can be adequately resected with 1 cm margin. Eur J Dermatol 2005; 15: 168-70. (レベル IV)

Paget-CQ5 乳房外パジェット病に対し、光線力学的療法は外科的切除と比較して有益か

<推奨度：C2>

推奨文：光線力学的療法については症例報告レベルのエビデンスしか存在せず、再発率や生存率を外科的切除と比較したデータはみられない。したがって、その有益性は不明である。

解説：光線力学的療法(photodynamic therapy; PDT)は腫瘍親和性の光感受性物質を細胞内に取り込ませ、光化学反応により腫瘍細胞を選択的に死滅させる治療法である。表在性皮膚腫瘍に対しては5-アミノレブリン酸(ALA)外用と633nmのレーザー光の組み合わせによるPDTの有効性が報告されているほか、ALAを取り込んだ腫瘍細胞が蛍光を発することを利用して、腫瘍の存在範囲を確認する光線力学的診断が行われている(1)。

乳房外パジェット病に対しては、手術不能例や他の治療後の再発例にPDTが試みられているが、いずれも後ろ向き研究や症例報告が中心であって(2-9)、外科治療と生存率を比較したランダム化比較試験はみられない。これらの報告のなかにはPDTにより完全奏効が得られたとする症例も含まれており、乳房外パジェット病の、とくに表皮内病変に対する有益性が示唆される。しかし、病巣辺縁などからの再発も報告されており(5, 6, 9)、使用する光源や照射法に改善の余地があることが指摘されている(9)。本治療法は、現時点では手術不能例などに対し、臨床試験としてのみ実施されるべきものである。

文献

1. 清水純子, 玉田康彦, 中瀬古裕乃, 他. Photodynamic diagnosis(PDD)が腫瘍細胞の浸潤範囲確認に有用であった乳房外 Paget 病(陰部)の2例. 日本皮膚科学会雑誌 2001;111:1501-4 (レベルV)
2. Wang J, Gao M, Wen S, et al. Photodynamic therapy for 50 patients with skin cancers or precancerous lesions. Chin Med Sci J 1991;6:163-5 (レベルV)
3. Petrelli NJ, Cebollero JA, Rodriguez-Bigas M, et al. Photodynamic therapy in the management of neoplasms of the perianal skin. Arch

Surg 1992;127:1436-8 (レベルV)

4. Henta T, Itoh Y, Kobayashi M, et al. Photodynamic therapy for inoperable vulval Paget's disease using delta-aminolaevulinic acid: successful management of a large skin lesion. Br J Dermatol 1999;141:347-9 (レベルV)
5. Runfola MA, Weber TK, Rodriguez-Bigas MA, et al. Photodynamic therapy for residual neoplasms of the perianal skin. Dis Colon Rectum 2000;43:499-502 (レベルV)
6. Shieh S, Dee AS, Cheney RT, et al. Photodynamic therapy for the treatment of extramammary Paget's disease. Br J Dermatol 2002;146:1000-5 (レベルIV)
7. Zawislak AA, McCarron PA, McCluggage WG, et al. Successful photodynamic therapy of vulval Paget's disease using a novel patch-based delivery system containing 5-aminolevulinic acid. Bjog. 2004;111:1143-5 (レベルV)
8. Tulchinsky H, Zmora O, Brazowski E, et al. Extramammary Paget's disease of the perianal region. Colorectal Dis 2004;6:206-9 (レベル?)
9. Mikasa K, Watanabe D, Kondo C, et al. 5-Aminolevulinic acid-based photodynamic therapy for the treatment of two patients with extramammary Paget's disease. J Dermatol 2005;32:97-101 (レベルV)

Paget-CQ6 乳房外パジェット病に対し、imiquimod は外科的切除と比較して有益か

<推奨度：C2>

推奨文：Imiquimod 外用による乳房外パジェット病の治療は報告が少なく、外科的治療と再発率や生存率を比較したデータもみられないので、有益性を論じる段階ではない。

解説：Imiquimod は細胞表面の Toll-like receptor 7 を介してインターフェロン等のサイトカインを誘導し、自然免疫を活性化する。抗ウイルス作用や抗腫瘍効果を有し、欧米ではウイルス性疣贅の治療薬として使用されている。疣贅以外にも表在性の皮膚腫瘍（基底細胞癌、Bowen 病、日光角化症、メラノーマの皮膚転移、皮膚 T 細胞リンパ腫）の治療に応用されている(1)。

乳房外パジェット病でも手術不能例や術後再発例に対して本剤が有効との報告が散見され(2)、Cohen ら(3)の最近のレビューでは9例中7例と高い完全奏効率が報告されている。使用法は6-16週間外用を継続する。副作用としては灼熱感、痛みなどの局所反応のほか、悪心・嘔吐といった全身症状がみられることもある。現在のところ治療後の観察期間も短く、本剤の有益性を評価するだけのエビデンスはないが、治療の簡便性を考慮すると今後、臨床応用へ向けた研究の実施が望まれる。

文献

1. Berman B, Poochareon VN, Villa AM. Novel dermatologic uses of the immune response modifier imiquimod 5% cream. *Skin Therapy Lett.* 2002;7:1-6 (レベル IV)
2. Badgwell C, Rosen T. Treatment of limited extent extramammary Paget's disease with 5 percent imiquimod cream. *Dermatol Online J.* 2006;12:22-00 (レベル V)
3. Cohen PR, Schulze KE, Tschen JA, Hetherington GW, Nelson BR. Treatment of extramammary Paget disease with topical imiquimod cream: case report and literature review. *South Med J.* 2006;99:396-402 (レベル V)

Paget-CQ7 真皮内浸潤を認める外陰部乳房外パジェット病にセンチネルリンパ節生検を行うことは有益か

<推奨度：C1>

推奨文：乳房外パジェット病にセンチネルリンパ節生検を行い、その結果に応じて郭清の適応を決定すると予後が改善するという証拠はない。ただし、リンパ節転移の有無は重要な予後因子であるので、その判定のために行うという考え方はある。

解説：乳癌やメラノーマではセンチネルリンパ節生検の実施が一般化しつつあるが(1)、生存率改善への寄与については結論が得られていない。

乳房外パジェット病におけるセンチネルリンパ節生検については、少数の症例集積研究と症例報告がみられるのみである。従って、本法が乳房外パジェット病患者の予後を改善するという証拠は存在しない。

しかし、乳房外パジェット病においてリンパ節転移の有無は重要な予後因子であり、その組織学的確認は治療方針決定の上で重要である。乳房外パジェット病を含む外陰癌にリンパ節マッピングを行った報告は複数あり、色素あるいは色素とアイソトープとの併用でセンチネルリンパ節が正確に同定されることが示されている(2-6)。ただし、転移によるリンパ管の閉塞などの要因でセンチネルリンパ節が正確に同定できないこともある(7)。一般にセンチネルリンパ節に転移がみられなければ、その他の所属リンパ節も転移陰性であるので、予防的リンパ節郭清は不要になる。

以上、センチネルリンパ節生検が予後に与える影響は不明であるが、真皮内浸潤を認める乳房外パジェット病に対し、所属リンパ節への顕微鏡的転移の有無を知るためにセンチネルリンパ節生検を行うことは考えてもよい。

文献

1. Cascinelli N, Belli F, Santinami M, et al. Sentinel lymph node biopsy in cutaneous melanoma: the WHO Melanoma Program experience. *Ann Surg Oncol* 2000;7:469-74 (レベルIV)
2. Levenback C, Burke TW, Morris M, et al. Potential applications of intraoperative lymphatic mapping in vulvar cancer. *Gynecol Oncol*

- 1995;59:216-20 (レベル IV)
3. Hatta N, Morita R, Yamada M, et al. Sentinel lymph node biopsy in patients with extramammary Paget's disease. *Dermatol Surg* 2004;30:1329-34 (レベル IV)
 4. Frumovitz M, Ramirez PT, Tortolero-Luna G, et al. Characteristics of recurrence in patients who underwent lymphatic mapping for vulvar cancer. *Gynecol Oncol* 2004;92:205-10 (レベル IV)
 5. Ewing T, Sawicki J, Ciaravino G, et al. Microinvasive Paget's disease. *Gynecol Oncol* 2004;95:755-8 (レベル V)
 6. 清原祥夫, 吉川周佐, 藤原規広, 他. 外陰部 Paget 病におけるセンチネルリンパ節生検. *臨床皮膚科*. 2005;59:71-4 (レベル IV)
 7. de Hullu JA, Oonk MH, Ansink AC, et al. Pitfalls in the sentinel lymph node procedure in vulvar cancer. *Gynecol Oncol* 2004;94:10-5 (レベル V)

Paget-CQ8 乳房外パジェット病に予防的リンパ節郭清を行うと生存率は改善するか

<推奨度：C2>

推奨文：予防的リンパ節郭清が乳房外パジェット病の生存率を改善するというデータはない。とくに、表皮内に限局した乳房外パジェット病には予防的リンパ節郭清は勧められない。

解説：リンパ節転移陽性の乳房外パジェット病は予後が不良であり、本邦ではリンパ節転移が疑われる乳房外パジェット病に予防的リンパ節郭清が行われることがある(1)。

しかし、乳房外パジェット病における予防的リンパ節郭清の有益性に関しては、その施行の有無による生存率の差異を比較したランダム化または非ランダム化比較試験は全く存在しない。わが国の限られた数の後ろ向き研究および症例集積の経験から、原発が浸潤癌でリンパ節腫脹のある例に郭清を勧める報告がみられるが(2, 3)、予後に及ぼす影響には言及されていない。山田らはリンパ節腫脹がみられた症例のうち組織学的に転移が検出されたのは48%に過ぎなかったことから、センチネルリンパ節生検を行い転移の有無を確認することを推奨している(4)。とくに、腫瘍細胞が表皮内に限局した乳房外パジェット病は、リンパ節転移を生じることはないので(5)、予防的リンパ節郭清は勧められない。

文献

1. 上田英一郎, 森島陽一, 永田誠. 京都府立医科大学皮膚科における最近10年間(1982～1991)のPaget病の統計的観察. 西日本皮膚科. 1996;58:116-20 (レベルIV)
2. 大原国章, 大西泰彦, 川端康浩. 乳房外Paget病の診断と治療. Skin Cancer. 1993;8(Special Issue):187-208 (レベルIV)
3. 菊池英維, 津守伸一郎, 黒川基樹, 他. 宮崎大学医学部皮膚科学教室開講以来27年間に経験した乳房外Paget病58例の統計. 西日本皮膚科. 2005;67:387-91 (レベルIV)
4. 山田瑞貴, 藤本晃英, 竹原和彦, 他. 金沢大学皮膚科における最近16年

間の乳房外 Paget 病の統計. *Skin Cancer* 2006;20:311-7 (レベル IV)

5. 町田秀樹, 中西幸浩, 山本明史, 他. 乳房外 Paget 病患者 45 人の臨床病理学的検討. *Skin Cancer* 2001;16:114-9 (レベル IV)

Paget-CQ9 外陰部の乳房外パジェット病で両側鼠径リンパ節転移があるとき、外科的根治術を施行すると生存率は改善するか

<推奨度：C2>

推奨文：両側の鼠径リンパ節転移がある場合、外科的根治術を行っても生存率は改善しない。

解説：両側鼠径リンパ節に転移を生じた外陰部の乳房外パジェット病の予後は極めて悪いことが知られている。両鼠径リンパ節転移例に対する外科的根治術の有益性を比較したランダム化または非ランダム化比較試験は存在せず、限られた数の後ろ向き研究と症例集積研究しか報告されていない。大原ら(1)の報告によれば、片側のみのリンパ節転移の場合は5例中1例が、両側リンパ節転移の場合は6例全例が原病死しており、両側リンパ節転移への根治手術の適応を疑問視している。他にも両側リンパ節転移例は遠隔転移例と比べ、予後に差がないとする報告がみられる(2)。従って、両側鼠径リンパ節転移がある乳房外パジェット病に対し、根治術としての外科療法を行うことは推奨されない。

文献

1. 大原国章, 大西泰彦, 川端康浩. 乳房外 Paget 病の診断と治療. *Skin Cancer*. 1993;8(Special Issue):187-208. (レベル IV)
2. 並木剛, 柳川茂. 埼玉県立がんセンターにおける 15 年間の外陰部 Paget 病の治療経験. *Skin Cancer*. 1998;12:374-7. (レベル IV)

Paget-CQ10 リンパ節転移陽性の乳房外パジェット病患者に術後補助化学療法を行うと生存率は改善するか

<推奨度：C2>

推奨文：乳房外パジェット病のリンパ節転移陽性例に対する術後補助化学療法の有益性は不明であり、推奨すべきレジメンも存在しない。

解説：乳房外パジェット病に対する術後補助化学療法の有益性に関しては、施行の有無による生存率の差異を比較したランダム化または非ランダム化比較試験は存在しない。術後補助化学療法の有益性が示唆された症例報告もない。わが国の複数の施設における限られた数の症例集積研究や、国内外のエキスパートによる総説(1, 2)にも、術後補助化学療法に関する記載は認められない。したがって、その実施を推奨することはできない。

文献

1. Shepherd V, Davidson EJ, Davies-Humphreys J. Extramammary Paget's disease. *Bjog* 2005;112:273-9. (レベル I)
2. 宇原久, 斎田俊明. 皮膚の腺癌の化学療法・免疫療法 皮膚悪性腫瘍に対する化学療法及び免疫化学療法の適応と現状 乳房外パジェット病・汗腺癌. *Skin Cancer* 2003;18:93-98. (レベル I)

Paget-CQ11 遠隔転移を生じた進行期乳房外パジェット病患者に化学療法を実施すると予後が改善するか

<推奨度：C1>

推奨文：遠隔転移を生じた進行期の乳房外パジェット病患者に対して有効な化学療法剤は知られておらず、推奨すべきレジメンも存在しない。

解説：遠隔転移を生じた進行期の乳房外パジェット病に対して有効な化学療法剤は知られておらず、同じ腺癌である消化器癌や乳癌に用いられてきた抗がん剤が単独または併用でごく少数例に試みられているに過ぎない。これまでに、単剤では etoposide、docetaxel などが、併用では 5-fluorouracil + mitomycin c, carboplatin + 5-fluorouracil + leucovorin, epirubisin + mitomycin c + vincristine + carboplatin or cisplatin + 5-fluorouracil, cisplatin(low dose) + 5-fluorouracil などの組み合わせで PR または CR が得られたという症例報告がある(1-4)。しかし、多数例を対照とした臨床試験は行われていないので、進行期の乳房外パジェット病に対するこれらの化学療法の奏効率は不明である。また、有効例においてもその効果は一過性であることが多く、生存期間の延長が期待できるか否かも不明である。

文献

1. 宇原久, 斎田俊明. 皮膚悪性腫瘍に対する化学療法及び免疫化学療法の適応と現状：乳房外パジェット病・汗腺癌. *Skin Cancer* 2003;18:93-98 (レベル I)
2. Kariya K, Tsuji T, Schwartz RA. Trial of low-dose 5-fluorouracil/cisplatin therapy for advanced extramammary Paget's disease. *Dermatol Surg* 2004;30:341-4 (レベル V)
3. Mochitomi Y, Sakamoto R, Gushi A, et al. Extramammary Paget's disease/carcinoma successfully treated with a combination chemotherapy: report of two cases. *J Dermatol* 2005;32:632-7 (レベル V)
4. Fujisawa Y, Umebayashi Y, Otsuka F. Metastatic extramammary Paget's disease successfully controlled with tumour dormancy therapy using docetaxel. *Br J Dermatol* 2006;154:375-6 (レベル V)

Paget-CQ12 手術不能の乳房外パジェット病患者に対し放射線療法を行うことは有益か

<推奨度：C1>

推奨文：手術不能の進行期乳房外パジェット病患者に対する放射線療法の有益性は確立されていない。しかし、症状緩和の姑息的療法としての意義はある。

解説：乳房外パジェット病には外科療法を中心とした治療法が選択される(1, 2)。しかし、手術後の再発例、切除不能例、機能や整容面を考慮した場合に切除が望ましくない症例などでは放射線療法が選択されることがある(2, 3)。これまでの多くの報告は、症例報告や少数例の症例を集めた後ろ向き解析が中心であり、治療法としての有益性を評価するのは困難だが、根治的放射線療法により 20～94%の症例で治癒が期待できるという報告がある(1)。しかし、浸潤癌の段階の乳房外パジェット病に対する放射線療法の治癒率は約 20%と不良であり、一部の症例では化学療法との併用なども試みられているが、その有益性は明らかではない(1, 4-8)。

乳房外パジェット病の遠隔転移を有する症例のみを対象に放射線療法の意義を検討した報告はなく、放射線療法が生存率に与える影響を明らかにすることはできない。しかし、他の癌種と同様に、疼痛や神経症状などの改善を目的とした姑息的放射線療法を行うことは意義あることといえる。

文献

1. Brown RS, Lankester KJ, McCormack M, et al: Radiotherapy for perianal Paget's disease. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2002;14:272-84. (レベル IV)
2. Shepherd V, Davidson EJ, Davies-Humphreys J: Extramammary Paget's disease. *Bjog* 2005;112:273-9. (レベル I)
3. Guerrieri M, Back MF: Extramammary Paget's disease: role of radiation therapy. *Australas Radiol* 2002;46:204-8. (レベル V)
4. Parker LP, Parker JR, Bodurka-Bervers D, et al: Paget's disease of the vulva: pathology, pattern of involvement, and prognosis. *Gynecol Oncol* 2000;77:183-9. (レベル IV)
5. Balducci L, Athar M, Smith GF, et al: Metastatic extramammary Paget's disease: dramatic response to combined modality treatment. *J Surg Oncol* 1988;38:38-44. (レベル V)
6. Besa P, Rich TA, Delclos L, et al: Extramammary Paget's disease of the perineal skin: role of radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*

1992;24:73-8. (レベルIV)

7. Brierley JD, Stockdale AD: Radiotherapy: an effective treatment for extramammary Paget's disease. Clin Oncol (R Coll Radiol) 1991;3:3-5. (レベルIV)

8. Moreno-Arias GA, Conill C, Sola-Casas MA, et al: Radiotherapy for in situ extramammary Paget disease of the vulva. J Dermatolog Treat 2003;14:119-23. (レベルV)

Paget-CQ13 乳房外パジェット病に対し術後放射線療法を行うことは有益か

<推奨度：C2>

推奨文：乳房外パジェット病に対し、術後補助療法としての放射線療法が有益であるか否かは不明である。

解説：乳房外パジェット病には外科療法を中心とした治療法が選択される(1, 2)。しかし、手術療法が施行されても、浸潤癌や深部方向に腺癌の成分を含む症例では稀ならず局所再発し(1, 3, 4)、切除断端陽性例では術後再発までの期間が1～2年程度とされている。腫瘍を形成するような場合、摘出の切除範囲が狭いと再発率は高く、手術単独治療後の局所再発率は15～67%であるので、術後補助療法の施行が考慮される(1, 2, 4-7)。本疾患を対象に術後放射線療法の有益性を検証したランダム化比較試験や前向き試験は存在せず、その有益性は明らかではない。しかし、手術後に局所再発の可能性が高い症例（浸潤癌、切除断端陽性例、深部に腺癌を含む症例など）では、局所制御を目的とした術後の放射線療法が症例毎に検討されてもよい。至適照射スケジュールは明らかではないが、周囲正常組織の耐容線量を考慮し、40～60 Gy程度が投与される(1, 4, 8)。一部の報告では、再発の可能性が高い症例には術後放射線療法として55 Gy以上の照射が必要であるとしているものの、根拠とする臨床データの症例数が少なく至適線量と見なせるかは不明である(4)。

文献

1. Brown RS, Lankester KJ, McCormack M, et al. Radiotherapy for perianal Paget's disease. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2002;14:272-84 (レベルIV)
2. Shepherd V, Davidson EJ, Davies-Humphreys J: Extramammary Paget's disease. *Bjog* 2005;112:273-9 (レベルI)
3. Fanning J, Lambert HC, Hale TM, et al. Paget's disease of the vulva: prevalence of associated vulvar adenocarcinoma, invasive Paget's disease, and recurrence after surgical excision. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:24-7 (レベルIV)
4. Besa P, Rich TA, Delclos L, et al. Extramammary Paget's disease of the perineal skin: role of radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992;24:73-8 (レベルIV)
5. Parker LP, Parker JR, Bodurka-Bevers D, et al. Paget's disease of

the vulva: pathology, pattern of involvement, and prognosis. *Gynecol Oncol* 2000;77:183-9 (レベルIV)

6. Luk NM, Yu KH, Yeung WK, et al. Extramammary Paget's disease: outcome of radiotherapy with curative intent. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:360-3 (レベルIV)

7. Brierley JD, Stockdale AD. Radiotherapy: an effective treatment for extramammary Paget's disease. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1991;3:3-5 (レベルIV)

8. Guerrieri M, Back MF. Extramammary Paget's disease: role of radiation therapy. *Australas Radiol* 2002;46:204-8 (レベルV)

Paget-CQ14 乳房外パジェット病の術後、どの程度の頻度で何年間、経過観察すべきか

<推奨度：C1>

推奨文：乳房外パジェット病の術後経過観察法に関するエビデンスは存在しない。表皮内癌または微小浸潤癌の段階では術後3～6ヶ月毎に、浸潤癌の場合は3ヶ月毎に診察し、適宜に胸部X線撮影や腹部エコーを行う、というエキスパート・オピニオンが提唱されている。

解説：乳房外パジェット病の術後に、どの程度の頻度で何年間経過観察が必要かを科学的エビデンスに基づいて示した論文は存在しない。したがって、個々の症例に応じて判断する以外にない。ひとつのエキスパート・オピニオンとして、日本悪性腫瘍学会編「皮膚悪性腫瘍取扱い規約」(1)では、根治手術がなされた表皮内癌または微小浸潤癌では原発局所および所属リンパ節を中心に、1年目は1～3ヶ月毎、2・3年目は3～4ヶ月毎、4年目以降は6ヶ月毎に診察すること、浸潤癌の場合は、3ヶ月毎に一般的診察、3～6ヶ月毎に胸部X線撮影、6ヶ月～1年毎に腹部エコーを行うことが推奨されている。術後何年目まで経過観察が必要かについても明確な基準はない。5年程度が妥当と考えられるが、より長期の経過観察が必要との意見もある(2)。特に本症は多中心性発生があり、術後5年以上経過した後には外陰部や腋窩に新たな病巣を生じることがあるので、注意を要する。

文献

1. 日本悪性腫瘍学会編. 乳房外 Paget 病. 「皮膚悪性腫瘍取扱い規約」(第1版)、金原出版、東京、2002, p58-71 (レベル VI)
2. Shepherd V, Davidson EJ, Davies-Humphreys J. Extramammary Paget's disease. *Bjog* 2005;112:273-9. (レベル I)

Paget-CQ15 血清 CEA は乳房外パジェット病の病勢の評価や治療効果の判定に役立つか

<推奨度：C1>

推奨文：内臓転移を生じた乳房外パジェット病の進行期症例では血清 CEA 値が病勢の評価や治療効果の判定の参考になる場合がある。

解説：乳房外パジェット病の腫瘍細胞は CEA (carcinoembryonic antigen) を発現しており、広範な内臓転移を生じた進行例では血清 CEA 値の上昇が認められることがある(1)。また、治療による腫瘍の退縮に伴い、血清 CEA 値は低下することが多くの症例報告に記載されている。したがって、内臓転移を生じた進行例では血清 CEA 値は病勢の評価や治療効果の判定の参考になる場合がある。

文献

1. Oji M, Furue M, Tamaki K. Serum carcinoembryonic antigen level in Paget's disease. *Br J Dermatol* 1984;110:211-3. (レベル V)

 厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）分担研究報告書

卵巣がんの診療ガイドライン作成，web化，普及に関する研究

分担研究者	宇田川康博	藤田保健衛生大学産婦人科	教授
研究協力者	八重樫伸生	東北大学医学部産婦人科	教授
	鈴木 光明	自治医科大学産婦人科	教授
	青木 大輔	慶應義塾大学医学部産婦人科	教授
	岡本 愛光	東京慈恵会医科大学産婦人科	講師
	寒河江 悟	札幌鉄道病院産婦人科	副院長
	渡部 洋	近畿大学医学部産婦人科	講師
	葛谷 和夫	くずやクリニック	院長
	伊藤 潔	東北大学医学部産婦人科	助教授
	小林 重光	東京慈恵会医科大学産婦人科	講師
	坂元 秀樹	Tokyo Medical & Surgical Clinic	院長
	上坊 敏子	北里大学医学部産婦人科	助教授
	進 伸幸	慶應義塾大学医学部産婦人科	講師
	杉山 徹	岩手医科大学産婦人科	教授
	喜多 恒和	防衛医科大学産婦人科	講師
	沼 文隆	徳山中央病院産婦人科	部長
	長谷川清志	藤田保健衛生大学産婦人科	助教授
	藤原 恵一	埼玉医科大学婦人科	教授
主任研究者	平田 公一	札幌医科大学第一外科	教授

研究要旨

近年，婦人科領域では卵巣がん罹患率と死亡率の上昇が指摘されている。婦人科領域で最も死亡率の高いがん種であるだけに，現時点における標準的な治療法を明らかにすることは急務であった。卵巣がんに対する治療ガイドラインは，日本婦人科腫瘍学会から2年前に発刊された。これを基に，ガイドライン本文の主要な部分を選別・抜粋し，全4つのアルゴリズムと主要文献の構造化抄録を加えたものをweb化し，日本癌治療学会ホームページ上で専門領域枠を越えた全医師と，広く一般国民にも閲覧可能とした。

A. 研究目的

婦人科がんの中では卵巣がんの罹患数や死亡数が増加傾向にあり，しかも約半数の症例

が進行して発見されるなど最も予後不良であることから，日本婦人科腫瘍学会では，まず卵巣がん治療ガイドラインを作成した。この

完成版をもとにして簡略化し、これを日本癌治療学会ホームページ上に載せ、広く国民に公開することを目的とした。

B. 研究方法

1) ガイドライン作成へのこれまでの取り組み

日本婦人科腫瘍学会は、平成14年にガイドライン検討委員会を設置し、平成16年に「卵巣がん治療ガイドライン」(卵巣がん治療ガイドライン作成委員会、委員長・宇田川康博、副委員長・八重樫伸生、日婦腫瘍学会編、2004. 金原, 東京)を完成・発刊し、平成18年からは改定版の作成にとりかかっている。

2) 本研究での取り組み

本ガイドラインを簡略化した上でweb化し、日本癌治療学会のホームページ上で閲覧可能とする。即ち、4つのアルゴリズムと本文中の重要な部分を選別するとともに、エビデンスレベルの高い文献を構造化抄録としてリストアップする。なお、ガイドラインの詳細にアクセスを希望する向きには、日本婦人科腫瘍学会のホームページに掲載されているガイドライン全文にジャンプアップできるようにする。

(倫理面への配慮)

個別の患者を対象とする研究ではないので倫理面の問題はないと判断される。

C. 研究結果

既刊「卵巣がん治療ガイドライン」からの主要部分の抜粋とweb化

ガイドラインの記載内容を吟味し、4つのアルゴリズムとその解説に加え、本文中の重要な部分、主要な図表とコメントを選別・抜粋し、更にエビデンスレベルの高い主要文献(計66)を選別のうえ構造化抄録としweb化した。更に、日本婦人科腫瘍学会のホームペ

ージに掲載されているガイドライン本文にもアクセスできるようにした。

D. 考察

2年前の既刊ガイドラインは“Q&A形式”ではなく、“総説形式”を採用した。卵巣がんの治療は、同じ婦人科のがんである子宮頸がん、体がんとは異なり、①国内外での治療法がほぼ共通している、②国内の施設間で治療法に大きな隔たりがない、③治療のエビデンスレベルが高いものが多い、などの理由から、敢えて“Q&A形式”を採らなかった。現在作業中の改訂版も同様な手法とし、その後学会員にアンケートをとり、今後の形式を決めようと思っている。

E. 結論

卵巣がんの治療ガイドライン(簡略版)のweb化に向けて、本年度所定の成果を上げることが出来た。

F. 研究発表

1. 書籍

- 1) Y. Udagawa, N. Yaegashi, et al.:
Ovarian Cancer Treatment Guidelines (2004)
eds. Japan Society of Gynecologic Oncology,
Kanehara & Co.Ltd., Tokyo, 2004, 1-78

2. 論文発表(雑誌)

- 1) 宇田川康博 卵巣がんの標準的治療 日産婦誌 58 (9) 435-440, 2006.

3. 学会発表

- 1) 宇田川康博, 八重樫伸生 特別企画: 各科領域のがん治療指針—卵巣がん治療ガイドライン— 第42回日癌治 2004.
- 2) 宇田川康博 パネルディスカッション: 卵巣がん治療ガイドライン—ガイドライン作成~刊行の経緯— 第37回日婦腫瘍学会 2004.

- 3) 宇田川康博 講演：卵巣癌の治療ガイドライン 日産婦医会アワー 2005.
- 4) 宇田川康博 講演：癌の撲滅を目指して～子宮癌，卵巣癌の治療の現況～卵巣癌～日婦腫瘍学会市民公開講座 2005.
- 5) 宇田川康博 セミナー：卵巣悪性腫瘍のガイドライン 第32回日産婦医会近畿大会 2005.
- 6) 宇田川康博 卒後研修プログラム：卵巣がんの標準的治療～ガイドラインを作成して～ 第58回日産婦 2006.

- 7) 宇田川康博 ワークショップ：卵巣がんの診療ガイドライン～今後の課題について～ 第44回日癌治 2006.

G. 知的財産権の出題・登録状況

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

H. 資料

前年度に提出済み。