

## 第59回日本泌尿器科学会中部総会

### シンポジウム「泌尿器科抗癌化学療法： 最新レジメンの有効性と安全性」

—司会の言葉—

原 勲<sup>1</sup>, 元雄 良治<sup>2</sup>

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学泌尿器科, <sup>2</sup>金沢医科大学腫瘍内科学

#### CHEMOTHERAPY FOR UROLOGICAL CANCER: USEFULNESS AND FEASIBILITY OF CURRENT PROTOCOLS

Isao HARA<sup>1</sup> and Yoshiharu MOTOO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>The Department of Urology, Wakayama Medical University

<sup>2</sup>The Department of Medical Oncology, Multidisciplinary Cancer Center,  
Kanazawa Medical University

In this symposium, we discussed the usefulness and feasibility of current chemotherapy protocols for urological cancers including renal cell carcinoma, urothelial cancer, prostate cancer and testicular cancer. (1) Renal cell carcinoma: Although molecular targeted therapy is now becoming a standard therapy for metastatic renal cell carcinoma, the current situation is somehow confusing due to unknown adverse effects and lack of guidelines for indication of each compound. (2) Urothelial cancer: gemcitabine and cisplatin (GC) therapy is taking over methotrexate, vinblastine, doxorubicin and cisplatin (MVAC) therapy because of less toxicity. We focused on a novel biomarker, hENT1, to predict the anti tumor effect of GC therapy. (3) Prostate cancer: The survival benefit of docetaxel for castration resistant prostate cancer was proven by large clinical trials. We dealt with uracil and tegafur (UFT) therapy which has been widely used in Japan. (4) Testicular cancer: It is needless to say that BEP therapy was established as a standard induction therapy for metastatic testicular cancer. However, regarding salvage chemotherapy, it is still controversial whether vinblastine, ifosphamide and platinum (VIP), paclitaxel, ifosphamide and platinum (TIP) and high dose chemotherapy should be selected.

(Hinyokika Kiyo 57: 151-152, 2011)

**Key words:** Urological cancer, chemotherapy

近年のがん化学療法の進歩は目覚しく、新規抗がん剤の承認、分子標的薬剤の開発、支持療法の発達、外来化学療法室の設置、専門スタッフの配置・養成、などの背景がある。このような「がん薬物療法」を専門とする腫瘍内科医はまだ少数ではあるが、確実に増えつつある。腫瘍内科と外科領域に属する泌尿器科とのコラボレーションが実現すればお互いが専門性を発揮し、患者さんに最適の治療を提供できることになろう。本シンポジウムでは腎癌、尿路上皮癌、前立腺癌、精巣癌の4つの代表的な泌尿器科癌に関し「最新レジメンの有効性と安全性」をテーマとして検討していただいた。

腎細胞癌に関してはスニチニブやソラフェニブなどの分子標的薬が新規治療として注目され、これまでのサイトカイン療法での治療成績の壁を越えようとしている。しかし、これまでの抗がん剤とは異なる有害事

象（皮膚障害、高血圧など）に悩まされることが多く、特に複数の分子に作用する薬剤ほどその傾向が強い。またどういった薬剤をどの段階で用いるべきかに関する統一された指針がないのも臨床の現場で混乱を招く一因となっている。これらの点に関し、豊富な臨床経験を持っておられる近畿大学の野澤先生に解説していただく。

尿路上皮癌に関してはゲムシタビンが保険適応となり、従来の MVAC 療法との位置づけが注目されている。MVAC 療法と GC 療法ではほぼ同等の抗腫瘍効果でありながら GC 療法が有害事象特に骨髄抑制の点で軽微である点が示されており今後は GC 療法が本邦でも標準治療として普及していくことが予想される。GC 療法の自験例での成績および治療効果を予測する新たなバイオマーカーの有用性につき和歌山県立医科大学の松村先生に発表していただいた。

また前立腺癌ではホルモン療法抵抗性前立腺癌に対しドセタキセルが保険承認され、新たなパラダイムシフトを迎えようとしている。従来から使用されてきたUFTとの併用療法に関し金沢医科大学腫瘍内科学の島崎先生に臨床成績について発表していただいた。

最後に化学療法がきわめて有効な精巣癌に関して考察した。精巣癌に対する導入化学療法としてのBEP療法については効果、安全性ともに確立されたと言えるが、救済化学療法のレジメン・導入時期についてはまだコンセンサスが得られていないのが現状である。救済化学療法としては大量化学療法やVIP療法、TIP療法が検討されてきたが、これらの現状と今後の展望に関し神戸大学の三宅先生に発表していただいた。

これらががん薬物療法に関しては、現況では泌尿器科

医が実際に行っている施設が多いと思われるが、泌尿器科医は原則的には外科医であるため、薬物療法の専門家である腫瘍内科医とどういう具合に役割分担を果たしていくかが今後の検討課題である。現に上記のような薬剤に関しては、その投与方法や患者管理には専門的な知識・経験が必要であり、さらに今後も分子標的薬を含めた多くの薬剤が臨床応用されることは間違いない。常に専門知識をアップデートし、臨床応用していくには、腫瘍内科との協力・連携が不可欠な時代を迎えたと言えよう。本シンポジウムでの発表内容が泌尿器癌の診療に携わる先生方の一助になれば幸いである。

(Received on November 18, 2010)  
(Accepted on November 19, 2010)