

日本臨床腫瘍学会専門医資格認定試験 受持患者病歴要約

提出 No. 2

臓器・領域名 頭頸部

病院名 JSMO がんセンター

診療期間 自 2023年7月14日

患者年齢 61歳 性別 男・女

至 2023年10月31日

診療期間における患者との関わり合い：■入院 ■外来

■主治医

チームの一員として（主体的に関与した内容： 診断 治療方針の決定 治療の実施
 支持療法の実施 副作用への対応
 その他[])

診療期間が7日未満の場合の副作用のフォロー：

主治医としてフォローした 主治医と共に診察またはデータを確認し、対応した
 主治医とは別にデータを確認し、必要があれば主治医に助言した

転帰： 治癒 ■軽快 転科(手術 有・無) 不変 悪化 死亡(剖検 有・無)

フォローアップ： 外来にて 他医へ依頼 転院

確定診断名（主病名および副病名）

#1. p16 陽性中咽頭癌 多発肺転移、胸膜播種、多発縦隔・肺門リンパ節転移

【主訴】 労作時の息切れ、右胸部痛 【既往歴】 55歳：糖尿病 【家族歴】 母：胃癌80歳

【生活歴】 喫煙歴：20-60歳まで50本/日、飲酒歴：ビール350mL/日

【現病歴】 2022年4月に咽頭違和感を主訴に近医総合病院を受診し、精査の結果、p16陽性中咽頭癌 cT2N2M0, cStage II と診断された。5月14日に両側頸部郭清術、6月4日よりシスプラチン併用化学放射線療法を施行され、完全奏効を得た。2023年6月に労作時の息切れを自覚し、前医を受診した。右胸水貯留があり、胸水細胞診で Class 5 と診断されたため、中咽頭癌の胸膜播種と診断され、胸膜癒着術を施行された。7月14日に薬物療法目的に当科を紹介受診した。

【主な身体診察所見】 ECOG PS:1、身長：179.4cm、体重：66.7kg、BMI 20.8、体表面積 1.84 m²、脈拍：94回/分、血圧：131/80 mmHg、体温：37.0℃、SpO₂：96%(room air)、頭頸部：眼球結膜黄染なし、眼瞼結膜蒼白なし、頸部リンパ節は触知しない、口腔咽頭に腫瘍性病変なし、胸部：呼吸音・清、心雑音なし、腹部：平坦・軟、圧痛なし、四肢：浮腫なし

【主要な検査所見】 <血液検査> WBC 7400/ μ L (Neut 5700/ μ L, Lympho 890/ μ L)、Hb 10.1 g/dL、Plt 30.1×10^4 / μ L、TP 7.1 g/dL、Alb 3.5 g/dL、BUN 11 mg/dL、Cre 0.60 mg/dL、CCr 120.4 mL/min、AST 11 U/L、ALT 6 U/L、LDH 462 U/L、UA 3.5 mg/dL、ALP 86 U/L、T-bil 0.4 mg/dL、Na 139 mmol/L、K 4.1 mmol/L、Cl 103 mmol/L、Ca 9.8 mg/dL、IP 2.7 mg/dL、CRP 3.21 mg/dL、Glu 132 mg/dL、HbA1c 8.0%、HbsAg(-)、HBsAb(-)、HbcAb(-)、HCVAb(-)

<咽喉頭内視鏡> 咽喉頭には明らかな再発の所見なし。声帯の可動制限なし。

<上部消化管内視鏡> 明らかな重複癌はみられない。胃瘻造設可能。

<造影CT検査> 頭頸部領域には明らかな病変を指摘できない。右胸水がみられ、胸膜の不正な肥厚が増強している。右肺には境界明瞭な腫瘤が複数あり、増加および増大している。縦隔・肺

門のリンパ節も前回に比較し増大しているため、転移と考える。

<病理検査（手術検体）>扁平上皮癌、p16 陽性、PD-L1 CPS(22C3) : 1 以上 20 未満

【経過】中咽頭癌の根治的治療後に出現した多発肺転移、胸膜播種、多発縦隔・肺門リンパ節転移と診断し、緩和的薬物療法の適応があると判断した。8月4日より入院下でペムブロリズマブ+シスプラチン+フルオロウラシル（Pembro 200 mg、CDDP 100 mg/m²、5-FU 4000 mg/m²/4d、点滴静注、3週毎）を開始した。糖尿病の合併のため、スライディングスケールを用いて血糖管理を行った。治療開始後より、悪心 Grade 2 が出現し、プロクロルペラジンの定期内服で制吐療法を強化した。8月11日（day 8）に発熱が発現し、血液検査では骨髄抑制はないものの、CRP 14.3 mg/dL と上昇していた。胸部 CT 検査で肺炎 Grade 2 と診断し、ピペラシリン・タゾバクタム（4.5g 8時間毎）を開始した。8月21日に胸部 X 線検査で陰影改善が確認されたため、退院とした。外来での胸部 X 線検査で腫瘍影は軽度縮小と判断し、9月1日より Pembro 200 mg、CDDP 80 mg/m²、5-FU 3200 mg/m²/4d と 1 段階減量して投与した。2 コース目は問題なく経過し、右胸部痛の改善が得られた。9月29日より同用量で 3 コース目の投与を行った。10月20日の CT 検査で肺転移、胸膜播種および多発リンパ節転移の縮小が確認された。今後も治療を継続する方針である。

【処方】

アプレピタント 125 mg を day1 に 1 カプセル内服、80 mg を day2, 3 に 1 カプセル内服

プロクロルペラジン 5 mg 1 回 1 錠 1 日 3 回 毎食後

ランソプラゾール 15 mg 1 回 1 錠 1 日 1 回 朝食後

【考察】再発転移病変を有する頭頸部扁平上皮癌に対する一次治療は、プラチナ製剤の最終投与から 6 か月経過しているか否かで推奨内容が異なる（頭頸部癌診療ガイドライン 2022 年版）。本症例は、CDDP 投与後 6 か月以降の再発であったことから、プラチナ製剤感受性として Pembro+化学療法を行った症例である。プラチナ製剤感受性の再発転移頭頸部扁平上皮癌を対象とした第Ⅲ相試験である KEYNOTE-048 試験において、Pembro+シスプラチン+フルオロウラシル（FP）vs. セツキシマブ（Cmab）+FP、Pembro 単剤 vs. Cmab+FP がそれぞれ比較された（Lancet. 2019;394(10212):1915-28、エビデンスレベル 1b）。Pembro の効果予測因子として PD-L1 CPS スコアが層別因子に設定された。ITT 集団、CPS \geq 20 の集団および CPS \geq 1 の集団において、Pembro+FP は Cmab+FP と比較し全生存期間（OS）の優越性を示した（CPS \geq 1 の集団におけるハザード比 [HR]:0.65、95%信頼区間 [CI]:0.53-0.80）。Pembro+FP と Pembro 単剤を直接比較していないものの、CPS \geq 1 の集団における奏効割合は、Pembro 単剤と比較して Pembro+FP で良好な傾向（客観的奏効割合 36% vs. 19%）がみられた。後に報告された同試験の post hoc 解析によると、CPS 1-19 の集団において、Cmab+FP と比較して Pembro 単剤は OS の延長を示さず（HR:0.86、95%CI:0.66-1.12）、Pembro+FP は OS の延長を示した（HR:0.71、95%CI:0.54-0.94）（J Clin Oncol. 2022;40(21):2321-32、エビデンスレベル 1b）。

本症例では、初診時に NRS 4-6 程度の右胸部の腫瘍疼痛、労作時の息切れを自覚していたことから、早期の奏効を期待する状況と考えた。CPS が 1 以上 20 未満であったことから、Pembro+FP のレジメンを選択した。肺炎による減量を要したが、経過中に irAE の発現はなかった。

記載者：現病院名 JSMO がんセンター

氏名 臨床 一郎

指導医：病院名 JSMO がんセンター

氏名 臨床 花子 印