

卵巣癌の治療の進歩としては、何とんでも治療成績に大きな影響を与えたものは、抗癌剤の開発によるところが大きい。30年前に我が国でシスプラチンが治療の現場に現れて以来、1990年代にタキサン系の抗癌剤タキソール・タキソテルが登場し、またイリノテカンが国内で開発され、これら抗癌剤による治療の選択肢が増えてきた。

私たちが産婦人科の研修を始めた1970年代には、卵巣癌の患者は腹水が溜まって満期の妊婦さんの様なお腹をしていて、満腹感でどうしようもない患者さんが多かった。手術をして卵巣や子宮を摘出しても、術後にすぐ腹水が貯留するため、月に1回や週に1回は腹水を除去してやらねばならず、腹水を抜いても2日もすれば、すぐに溜まってきて、また除去してやらねばならないといった事が多かった。腹水除去の頻度は、月1回が2週に1回となり、週1回となって、しまいには2～3日に1回腹水を約1500～2500mlを抜かざるを得ず、その度に低タンパクとなり、全身の浮腫が出現し、癌悪液質となって、胸水貯留や呼吸不全で亡くなる患者が跡を絶たなかった。

1970年代にシスプラチン・アドリアマイシン・エンドキサンの組み合わせのCAP療法から、1990年代にタキソール・パラプラチンの組み合わせのT-J療法へと治療の選択肢が変わっていったものの、その他にも再発治療に上記の抗癌剤が組み合わせられ、無病生存率も格段に上昇してきた。

抗癌剤の組み合わせだけでなく、投与の方法もいろいろ進歩してきた。3～4週間に1回の入院抗癌剤点滴療法が主流をなしているが、外来での週1回少量点滴療法（weekly Taxol療法など）や腹腔内投与、術前投与（術前化学療法：ネオアジュバンド療法）など患者に優しい、QOLを考えた療法などが登場してきた。

一般的には、卵巣癌根治術として、子宮・卵巣・大網・虫垂・骨盤リンパ節郭清・傍大動脈リンパ節生検（クリーンアップ手術と呼ぶ、約4～6時間手術）を行ってから、術後にT-J療法を月1回6コース行うことが多い。

ここで特筆すべきものとして、手が付けられないような進行した卵巣癌（胸・多量腹水・肝転移のある例など）でも術前ネオアジュバンド療法を3～4コース行って、腫瘍を萎縮させてから、本格的な癌根治術を行う療法が効果を上げていることである。もちろん、術後に更に4コースほどの化学療法を追加するが、この約8ヶ月かけての治療で、今までは手の施しようのなかった患者さんでも1～3年の生存が得られるようになってきた。すなわち、卵巣癌IV期の患者さんでも、数年は癌と共存しながら、生きていくことができるようになったのである。

また、原因不明の大量腹水をともなった症例で、いろんな検査をしてもはっきりとした原発巣が判らず、内科患者でもなく、外科患者でもなくて、どの科にも属しない大量胸・腹水患者が稀に産婦人科に紹介されてくることがある。こうした患者さんは、試験開腹で初めて腹膜癌と診断されることがある。これらの症例にも、卵巣癌同様にこれらの治療が効を奏する。

当院でも、こうした進行卵巣癌・腹膜癌の治療を約5年前から取り入れて、治療を行っており、現在では年間10例前後の新規の卵巣癌患者のうち1～2例は進行癌があって、こうした治療で寛解する患者も出てきている。

ひと昔までは、考えられなかった末期患者にも光がさしてきているのである。