

## 27 がん治療はどうしたらよいのでしょうか？

がん患者では、SARS-Cov-2 感染による呼吸器合併症のリスクが高いことがわかっています。がん治療では、抗がん剤や放射線治療を行うことがありますが、これによって白血球（好中球やリンパ球）の減少をきたすことが問題です。

中国の報告<sup>1)</sup>をみても、がん患者の感染リスクは一般よりも高いとされています。また、ICU への入院を含む重症患者の割合も高くなっています。とくに高いのは、発症前の 1 ヶ月間で化学療法や外科手術を受けた場合で、重症化するまでの期間も短くなっています。

ここでは、SARS-Cov-2 感染蔓延下における固形がんの治療上の問題点とその解決策について述べたいと思います。

まず、最も重要なのは、院内においてがん患者、腫瘍内科医（外科医）、放射線腫瘍科医およびスタッフは COVID-19 患者との接触を避けることです。

がん患者が院内にとどまる時間を最小限にすることも重要です。そのためには、自宅での管理を可能にするあらゆる方策を試みるべきでしょう。たとえば、外来通院回数を減らす、オンライン診療の導入、静注や皮下注薬をなるべく在宅で行うために在宅医との連携を強め、訪問薬局による薬剤デリバリーの検討をするなどです。

入院前の COVID-19 の評価も必要です。これは、不顕性感染者がいるためで、都内の大学病院での検討<sup>2)</sup>では（4 月中旬のデータ）、待機手術患者の 7.46%に PCR で陽性を認めたという重大な発表がありました。一方で、都内では血液サンプルを用いた 500 人規模の抗体検査もおこなわれ、0.6%で陽性との結果<sup>3)</sup>でしたが、この研究で使われたキットでは感染が広がる前のサンプルでも陽性例が出たことから、偽陽性を捉えている可能性があります。

このような対策を取っても COVID-19 患者の増加により、がん治療への影響が無視できないレベルになってしまう場合も想定されます。これに対し、フランス公衆衛生評議会(HCSP)では、患者の年齢、余命、病歴、症状などから治療の

順位付けもやむを得ない場合を想定しています<sup>4)</sup>。

たとえば、治癒目的（あるいは緩和目的）でがん治療を受ける際に、年齢は 60 歳以下、余命 5 年以上といった条件を設けるといった内容です。さらに、緩和ケアのための支持療法（疼痛のコントロール、感染の治療など）の入院はなるべく避け、在宅で行う場合も想定しています。

もちろん、がん患者が不幸にして COVID-19 に感染してしまった場合は、重症化の危険があるので、あらゆるがん治療は中止し、専用病棟での治療が必要なのはいうまでもありません。

外科手術に関しては、日本外科学会より、医学的な必要性や、医療機関における手術のための医療資源やその安定供給を十分考慮すべきとの見解が示されています<sup>5)</sup>。とくに手術にともなう様々な処置（気管内挿管や抜管、気管支鏡、ドレーン留置、電気メス処置、腹腔鏡など）はエアロゾルを生じるので感染には十分な注意と防御が必要とされています。

いずれにせよ、現在がん治療をうけている病院の状況は地域によっても異なるので、主治医と良く相談した上で治療をすることが肝要です。

#### 文献

- 1) Liang W et al. Lancet Oncol 21:335-37,2020
- 2) <http://www.hosp.keio.ac.jp/oshirase/important/detail/40185/>
- 3) <https://www.rcast.u-tokyo.ac.jp/ja/news/release/20200515.html>
- 4) Benoit Y et al. Lancet Oncol 21:619-21,2020
- 5) <http://www.jssoc.or.jp/aboutus/coronavirus/info20200402.html>

COVID-19 Q&A 27 2020/05/18

川崎高津診療所