

**Is there any association between where patients spend the end of life and survival after anticancer treatment for gynecologic malignancy?**

Kajiyama, H. Utsumi, F. Higashi, M. Sakata, J. Sekiya, R. Mizuno, M. Umezu, T. Suzuki, S. Yamamoto, E. Mitsui, H. Niimi, K. Shibata, K. Kikkawa, F.

J Palliat Med. 2014 Mar;17(3):326-30

婦人科癌患者において、終末期を過ごす場所は生存期間に影響するか。

**【背景】**

癌治療において、早期の緩和ケアの介入は、症状の緩和のみならず、予後も改善するという報告がでてきているが、終末期における療養場所が予後に与える影響については、あまり研究されていない。

**【目的】**

婦人科癌患者において、終末期の療養場所によって、予後が影響されるのかを調べた。

**【方法】**

後方視的検討。2002年から2008年の単施設（名古屋大）において、婦人科癌の進行または再発にて死亡した181名を対象とした。

PCS（postcancer treatment survival:最後のがん治療の日付から死亡まで期間）を支持療法の種類と終末期の療養場所（4グループ：大学病院、一般病院、ホスピス、自宅）で分けて、解析した。

そのほかにICS（intercancer treatment survival:最初のがん治療から最後のがん治療までの期間）

※がん治療：手術、抗がん剤、放射線。ただし、緩和的照射は入らない。

## 【結果】

患者集団について。年齢、癌種、骨盤臓器への浸潤、オピオイドの最大使用量、終末期療養場所について分けた。年齢、オピオイド使用量はおよそ中央値で階層化した。

ICS と PCS。病院群とホスピス/自宅群に分け、 Kaplan-Meier 法で曲線を描き、ロジランクテストで比べた。ICS はほぼ重なり、有意差なし。PCS ではホスピス/自宅群で生存期間が長い有意に長い結果となった。

緩和的介入の違い 前述の療養場所において、行われる緩和的介入の違いを検討した。疼痛コントロール、胸水/腹水穿刺、NG/イレウスチューブ、尿管ステント/腎瘻、輸血、酸素投与、鎮静、人工肛門/バイパス術の有無を2グループで比較したが、有意差があったのは人工肛門/バイパス術のみであった。

多変量解析 年齢、癌種、骨盤臓器への浸潤、オピオイドの最大使用量、終末期療養場所について単変量解析、多変量解析を行い、年齢、癌種、療養場所が残った。

	Total	%
<b>Total</b>	181	
<b>Age</b>		
< 60	98	54.1
≥ 60	83	45.9
<b>Carcinoma</b>		
Cervical	52	28.7
Endometrial	50	27.6
Ovarian	79	43.6
<b>Pelvis invasion</b>		
Positive	68	37.6
Negative	113	62.4
<b>Maximum opioid use<sup>a</sup></b>		
None	29	16.0
≤ 25 mg	63	34.8
> 25 mg	89	49.2
<b>End-of-life site</b>		
University/general hospital	118	65.2
Hospice/home care	63	34.8

<sup>a</sup>All intakes were converted to oral morphine.

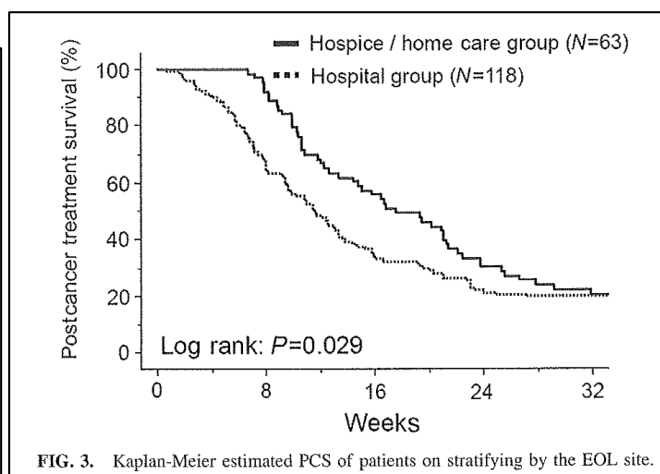


FIG. 3. Kaplan-Meier estimated PCS of patients on stratifying by the EOL site.

Palliative treatment	Site of palliative treatment				P-value	
	No.	Hospice/home care (N=63)	%	University/general hospital (N=118)		%
Intravenous hyperalimentation	38	17	27.0	21	17.8	0.148
Thoracentesis/paracentesis	36	13	20.6	23	19.5	0.854
Nasogastric/ileus tube	28	11	17.5	17	14.4	0.588
Ureteral stent/nephrostomy	21	10	15.9	11	9.3	0.019
Blood transfusion	19	5	7.9	14	11.9	0.412
Oxygen inhalation	14	2	3.2	12	10.2	0.093
Sedation	6	0	0.0	6	5.1	0.069
Colostomy/intestinal bypass	8	6	9.5	2	1.7	0.015

	Univariable		Multivariable	
	Hazard ratio (95% CI)	P	Hazard ratio (95% CI)	P
<b>Age</b>				
< 60	1		1	
60	0.634 (0.468–0.858)	0.0032	0.679 (0.496–0.928)	0.0151
<b>Carcinoma</b>				
Uterine	1		1	
Ovarian	1.451 (1.078–1.9549)	0.0141	1.644 (1.1960–2.259)	0.0022
<b>Pelvis invasion</b>				
Positive	1		1	
Negative	0.951 (0.703–1.287)	0.7446	0.914 (0.662–1.260)	0.5823
<b>Maximum opioid use<sup>b</sup></b>				
25 mg or none	1		1	
> 25 mg	1.167 (0.870–1.567)	0.3031	1.214 (0.895–1.647)	0.2133
<b>Site of palliative care</b>				
University/general hospital	1		1	
Hospice/home care	0.712 (0.523–0.969)	0.0307	0.704 (0.511–0.970)	0.0319

<sup>a</sup>Cox Hazard Model, <sup>b</sup>All intakes were converted to per os morphine. <sup>c</sup>Converted dose to oral morphine intake

## 【考察】

### 療養場所によって、PCSが変わるのか。

バイアスの可能性としては

- 1 最後のがん治療から BSC に切り替える時期の違い 遅いとホスピス/自宅へ行けず、病院で最後を迎える？ → ICS は両群で変わりなし
- 2 病院群のほうが、具合がわるい？ → そうすると緩和的介入が病院群の方が増えるはずだが、ほとんど変わりなし
- 3 その他の生存期間に影響しそうな因子の交絡 → 多変量解析でも療養施設は有意差が残った  
過去にもそういったホスピス群の方が、予後が良いとの報告がある。

### では、なぜそうなるのか？

精神的な QOL の上昇が寄与しているのでは？ → そういう報告もある。今後の研究課題にしたい。

### その他の事

終末期の化学療法の継続は、全身状態の悪化を招き、ホスピスに移る機会は失い、予後も短くなる可能性があるため、慎重に判断しなければならない。

年齢が多変量解析でも予後不良因子となっている（?? 表3を見ると、HR は低い気が・・・ミスプリ？）他の報告でもそう。基礎疾患の有無とか全身状態の悪化とかがその理由だと考えられる。

### 今後の事

後方視的検討の限界がある。主治医も違うし、化学療法中断の基準も違うし、ホスピスへの導入のされ方も異なる。また QOL のデータもない。治療前の QOL がいいと予後がいいとの報告もあるから、それをそろえて、RCT やりたいけど、倫理的に問題とか限界があるので、可及的な形になるだろう。これからも研究を続けていく。