

骨軟部腫瘍陽子線治療適応基準表

適応基準

下記ア、イ、ウのすべてに該当する方が、当センターの陽子線治療の適応となる可能性があります

- | | | |
|---|---|--------|
| ア | 病理学的に肉腫もしくは骨軟部腫瘍と診断されている。代表的な診断名として軟骨肉腫、横紋筋肉腫、平滑筋肉腫、滑膜肉腫、ユーイング腫瘍、脂肪肉腫、脊索腫などがある。 | はい・いいえ |
| イ | 一つの病巣に限局している。 | はい・いいえ |
| ウ | 下記の二つのいずれかの理由で、局所的治療が必要である。 | はい・いいえ |
| | ● 外科的切除が不可能もしくは困難な腫瘍が存在する。 | |
| | ● 術後照射の適応である。 | |

治療法選択にあたり下記の項目を参考にさせていただきます

- | | | |
|---|---------------|--------|
| 1 | 外科的切除の非適応である。 | はい・いいえ |
| | 理由 () | |
| 2 | 外科的切除を拒否している。 | はい・いいえ |
| 3 | 抗がん剤治療実施後である | はい・いいえ |

他の治療の適否などについて、当院受診後改めて評価することがあります。