

## 5-34 婦人科癌に対するドセタキセルとシスプラチン併用化学療法の副作用についての検討

金沢医大

村田 均, 広崎奈津子, 井上弘一, 松澤さつき, 吉田勝彦, 藤井亮太, 牧野田知

【目的】婦人科癌に対するドセタキセルとシスプラチン併用化学療法の副作用の実態を明らかにする【方法】2001年6月～2003年9月に子宮頸部腺癌2例, 子宮体癌13例, 卵巣癌8例(境界悪性3例を含む)の計23症例にドセタキセル70mg/m<sup>2</sup>, シスプラチン60mg/m<sup>2</sup>を1コースとして投与間隔3週間, 3あるいは6コースを目標に投与を行い計80コースの副作用を調査した。副作用の判定基準は日本癌治療学会薬物有害反応判定基準を用いた。【成績】年齢34～84歳, 臨床進行期分類I期11例, II期5例, III期7例, IV期0例であった。血液毒性(grade3以上, grade4, 以下同じ)は血色素低下(7.5%, 0%), 白血球減少(33.8%, 3.8%), 好中球減少(66.3%, 26.3%)であり, 血小板減少は認めなかった。非血液毒性は, 下痢(1.3%, 0%), 悪心嘔吐(2.5%, 0%), 口内炎(1.3%, 0%)だけであった。治療の継続を即時に中止した症例はgrade2アレルギーの2例であった。また, 治療を拒否された理由としてgrade2の脱毛, 口内炎, アレルギーが計5例認められた。【結論】重篤な副作用としては, 白血球減少, 好中球減少が認められたが, G-CSF製剤でコントロール可能であった。本人の治療意欲を減退させるものとしては, 脱毛, 口内炎, 嘔吐などがあつた。アレルギーの既往のない患者2例にgrade2のアレルギーが認められ, 即時点滴中止し, 比較的速やかに症状は改善した。この例では点滴開始3分ほどで急激に症状が起こっており, 事前のデカロン投与や点滴速度など, 投与開始時には十分な注意が必要と思われた。

## 5-35 再発癌に対するイリノテカン, ネダプラチン併用化学療法の副作用について

東海大<sup>1</sup>, 東海大八王子病院<sup>2</sup>渡辺未央<sup>1</sup>, 村上 優<sup>1</sup>, 杉山太郎<sup>1</sup>, 飯田哲士<sup>1</sup>, 石黒葉子<sup>1</sup>, 池田仁恵<sup>1</sup>, 信田政子<sup>1</sup>, 井面昭文<sup>1</sup>, 安井 功<sup>1</sup>, 村松俊成<sup>1</sup>, 牧野恒久<sup>1</sup>, 宮本 壮<sup>2</sup>

【目的】進行子宮頸癌にはCDDP 併用放射線療法, 卵巣癌にはTJ 化学療法が初期標準治療法としておこなわれているが再発婦人科癌の化学療法においては, その内容や投与方法においても確立したものはない。再発癌の化学療法では, 特に放射線療法などの前治療による骨髄機能の低下が著明になることが多く, 患者のQOLを十分に考慮した治療法が望まれる。我々はイリノテカン/ネダプラチン(CPT/N)併用療法を再発婦人科癌に行いその副作用について検討した。【方法】対象は文書による同意のもとに実施した再発婦人科癌あるいは進行癌患者32名である(卵巣癌16, 子宮頸癌14, 子宮体癌2例)。投与方法はCPT: 第1, 8日目の2回投与, N: 第1日目投与としてそれぞれ4週間毎に3～6コースを目標におこなった。最初の3例はCPT 50mg/m<sup>2</sup>/day + N 50mg/m<sup>2</sup>/dayで, 次にCPTを60mg/m<sup>2</sup>/dayで固定しN60, 70, 80mg/m<sup>2</sup>/dayとdose escalationをおこなった。下痢予防に半夏瀉心湯を化学療法前より全員に服用させた。【成績】投与回数は1～7コース(中央値3)であった。grade 3/4の有害事象は骨髄機能だけで下痢などの消化器症状は軽度であった。骨髄機能抑制の中で特に血小板減少症がCPT/N=60/80mg/m<sup>2</sup>/dayの時に多く重症であった。血小板輸血を7日間以上必要とした例が3例あったが化学療法に直接関与する死亡は無かった。【結論】イリノテカン/ネダプラチン併用療法ではCPT/N=60/70mg/m<sup>2</sup>/dayが至適化学療法量であり, 前治療のある再発癌患者においては特に血小板低下に注意が必要である。

## 5-36 カルボプラチンによる過敏反応を呈した5例

鹿児島市立病院

川畑宜代, 大西義孝, 中村俊昭, 前田隆嗣, 蔵屋一枝, 波多江正紀

カルボプラチン(CBDCA)は腎毒性, 神経毒性が少なく使用が容易とされているが, 複数回投与後に過敏反応が出現することが報告されている。本邦においてははまだ報告例が少ないが, 当院において5例の過敏反応を経験した。症例1: 63歳, 卵巣癌。weekly taxol + CBDCA (TJ) 後再発。taxol 単剤13コース後にCBDCAを投与。2コース目に過敏反応出現。以後254Sに変更。症例2: 62歳, 卵巣癌。TJ6コース後再発。Gemcitabin + CBDCA 投与。2コース目のCBDCA投与直後に過敏反応出現し, 以後Gemcitabin + 254Sに変更。症例3: 70歳, 卵巣癌。VP-16 + CDDP6コース投与後, 再発。TJ6コース投与, taxol 2コース投与後にCBDCA投与。2コース目に過敏反応。以後254Sに変更。症例4: 子宮体癌再発。TJ6コース投与, taxol 21コース投与後にCBDCA変更。3コース目投与時に症状出現し, 以後254Sに変更。症例5: 66歳, 卵巣癌。術後TJ6コース。再発しdocetaxel + CBDCA 2コース目に過敏反応出現。以後254Sに変更。5例ともにCBDCA投与直後に症状が発現した。症状としては心窩部痛, 皮膚の発赤や搔痒感, 呼吸苦, 嘔吐などであった。直ちにCBDCAの投与を中止し, ステロイド投与, 酸素投与, グリチルリチン製剤投与などを行った。血圧低下, 酸素飽和度低下を認める例もあり, 約1時間程で症状は軽減した。直後の心電図は異常なし。CBDCAは複数回投与する例が多く初回投与で症状がなくとも複数コース過敏反応を呈する危険性があり, 投与に際しては細心の注意と, 過敏反応に対する処置の準備が必要である。また, 過敏反応を呈した以後, 当院の5症例では全例254Sに変更し, 以後症状は出現していない。