

P1-54 再発卵巣がんに対する gemcitabine 単剤による salvage chemotherapy の有用性

千葉大

楯 真一, 平敷好一郎, 加藤一喜, 金田佳子, 高木亜由美, 木原真紀, 碓井宏和, 三橋 暁, 生水真紀夫

【目的】再発卵巣がんに対して gemcitabine (GEM) 単剤による salvage chemotherapy の有用性の検討をおこなった。【方法】組織学的に診断された進行卵巣がん・腹膜癌患者で, second 以上のレジメン(中央値 3)での抗ガン剤投与が既に行われており, 最終治療日から 6 ヶ月以内の再発または progression disease (PD) 患者を対象とした。2002 年 4 月から 2008 年 2 月までにこの投与基準を満たした症例が 23 例あり, 全例で説明と同意が得られ GEM 単剤投与を施行した。GEM は, 原則として 750 mg/m² (day 1, 8, 15/q28 day) で投与を開始し, 血液毒性に応じて投与量を増減させながら, PD が確認されるまで継続した。【成績】GEM 投与周期の中央値は 3 コース (1-14) で, 投与量の中央値は 705mg/m² であった。副作用のため投与中止となった 1 例を除いた 22 例で検討すると, CR:0%, PR:18.2%, SD:40.9%, PD:40.9% となり, non-PD を指標とした奏功率は 59% (95%CI:39-80%) であった。PFS の中央値は, PD 症例の 1.6 ヶ月から non-PD 症例の 7.9 ヶ月へと GEM 継続投与が行われた症例で約 6 ヶ月間延長していた ($p<0.01$)。Non-PD 症例について, GEM 投与後の再燃から死亡までの期間は, PFS が 6 ヶ月以上であった症例では PFS が 6 ヶ月以内であった症例より有意に長かった(生存中央値: 20.3 ヶ月 vs 4.5 ヶ月, $p<0.05$)。【結論】GEM 単剤による治療は, 奏功率 (CR+PR, 18%) は高くはないものの, non-PD 率 (59%) が高く PFS の延長が期待できる治療法と考えられた。GEM 投与により 6 ヶ月以上の PFS を得られた症例は, さらに生存が期待できる可能性が示唆された。

P1-55 再発・進行婦人科癌に対する Etoposide 内服療法の有用性

関西労災病院

山本志津香, 大門映美子, 山本 亮, 後藤摩耶子, 三好ゆかり, 堀 謙輔, 伊藤公彦

【目的】完治困難な再発・進行婦人科癌には QOL を重視した姑息的治療を選択せざるを得ない。このような症例に対する Etoposide 内服療法の有用性を検討した。【方法】2003 年以降に当科で本療法を行った症例を後方視的に検討した。【成績】(1) 卵巣癌 16 (再発 13, 進行 3) 例 18 件, 子宮頸癌 11 (再発 9, 進行 2) 例 12 件, 子宮体癌再発 5 例 5 件, 計 32 例 35 件に本療法が行われた。(2) 年齢, PS, 先行化療レジメ数の中央値と(範囲)は, それぞれ 65 (50-90) 歳, 1 (0-3), 2 (0-5) レジメであった。(3) 投与方法は 1 コースを 50mg/day 2 週投与 1 週休薬 19 件, 25mg/day 4 週連日投与 5 件, 25mg/day 3 週投与 1 週休薬 8 件, 25mg/day 2 週投与 1 週休薬 3 件で, 投与コース数と Etoposide 総投与量の中央値と(範囲)は, 5 (1-19) コース, 3,150 (525-17,500) mg であった。(4) 直接効果判定可能であった 6 例中 PR 3 例, SD 2 例, PD 1 例で奏効率 50%, SD 以上の率は 83.3% であった。(5) 有害事象は 10 件 (29%) に認められたが, grade2 は全身倦怠感の 3 件のみと軽微で, grade 3 以上は認めなかった。(6) 本療法開始後の全生存期間の中央値と(範囲)は, 229 (48-1255) 日であった。【結論】Etoposide 内服療法は, QOL を損なわずに行える姑息的化学療法として有用である。

P1-56 ネダプラチンにおける濃度曲線下面積 (AUC) 予測式の有用性に関する検討鳥取大¹, 自治医大²佐藤慎也¹, 野中道子¹, 上垣憲雅¹, 浪花 潤¹, 島田宗昭¹, 板持広明¹, 町田静生², 竹井裕二², 藤原寛行², 大和田倫孝², 紀川純三¹, 鈴木光明²

【目的】ネダプラチン (NDP) はシスプラチンの腎毒性や悪心・嘔吐の軽減を目的に本邦で開発された第二世代の白金製剤であり, カルボプラチンと同様の薬物動態学的特性を有している。しかし, NDP の投与方法は十分に検証されておらず, 投与量設定に個々の腎機能は考慮されない。本研究では Ishibashi らの AUC 予測式 [$AUC = \text{Dose} / \text{CLNDP}$, $\text{CLNDP} (\text{L/hr}) = 0.0738 \times \text{CLcr} (\text{mL/min}) + 4.47$] を検証し, AUC に基づいた NDP 投与方法の有用性を検討することを目的とした。【方法】対象は NDP+CPT-11 併用療法を行った子宮頸癌 15 例, および卵巣癌 7 例で, 年齢は 35-71 歳 (平均 53.9 歳) であった。NDP の投与量は 48-80mg/m² とした。前治療として化学療法が 9 例, 放射線療法が 10 例に行われていた。患者の承諾を得て 1 コース目の NDP 投与終了直前, 投与終了 1, 2, 4, 6 時間後に採血し, 血漿中濾過プラチナ濃度を測定して AUC の実測値と予測値を比較した。また AUC 予測値から血小板減少率を予測し実測血小板数と比較した。【成績】AUC 実測値は 4-14 ($\mu\text{g hr/mL}$) と大きくばらついた。一方, AUC 実測値はクレアチニンクリアランス (CLcr) と有意な相関がみられた。CLcr による AUC 予測値は実測値と有意に相関した。Ishibashi らの AUC 予測式は平均誤差 (ME) 0.92, 平方根 2 乗誤差 (RMSE) 2.72 と有用であることが示された。AUC に基づいた血小板減少予測が可能であった。【結論】Ishibashi の式により NDP の AUC は予測可能であり, AUC に基づいた NDP 投与方法の有用性が示唆された。