

**乳がんにおける
術後補助療法としての
Dose dense EC の
第 III 相比較試験**

スケジュール

エピルビシン(エピルビシン®)	80mg/m ² over 15min d.i.v.	day1
シクロホスファミド (エンドキサン®)	600mg/m ² over 1h d.i.v.	day1
		14 日毎

支持療法として

Day1:注射デキサメタゾン、パロノセトロン 内服アプレピタント

Day2:内服アプレピタント、デキサメタゾン

Day3:注射ペグフィルグラスチム 内服アプレピタント、デキサメタゾン

ガイドライン上の扱い

再発リスクが高く、かつ、十分な骨髄機能を有する場合は、dose-dense 化学療法を強く推奨する

治療効果

メタアナリシスより

従来のレジメンと比較して

OS(全生存)リスク比 0.61

DFS(無病生存)リスク比 0.83

副作用%(Grade3 以上)

従来の化学療法と比較して、G-CSF の予防投与で、好中球減少はコントロール可能

貧血はリスク上昇 0.4%→2%

血小板減少、悪心嘔吐は変わらない

備考

悪心・嘔吐

- ・ EC 療法は注射抗がん薬の催吐性リスク分類で高度催吐性リスクに分類されている治療である。
- ・ 悪心・嘔吐には発現の状態により以下のような分類がある。
 - ①急性の悪心・嘔吐（投与後 24 時間以内に出現する）
 - ②遅発性の悪心・嘔吐（24 時間後から約 1 週間程度持続する）
 - ③突発性悪心・嘔吐（制吐薬の予防的投与にも関わらず発現する）
 - ④予期性悪心・嘔吐（抗がん薬のことを考えただけで誘発される）
- ・ 高度催吐性リスクの抗がん薬による急性の悪心・嘔吐に対してはアプレピタント 125mg 経口投与（またはホスアプレピタント 150mg 静注）、5-HT₃ 受容体拮抗薬、デキサメタゾン 9.9mg 静注を併用する。
- ・ 高度催吐性リスクの抗がん薬による遅発性の悪心・嘔吐に対してはアプレピタント 80mg 経口投与（2～3 日目）、デキサメタゾン 4～8 mg 経口投与（2～3 日目）を併用する
- ・ 突発性悪心・嘔吐に対しては作用機序の異なる制吐薬を複数、定時投与する。また、5-HT₃ 受容体拮抗薬を予

防に使用した場合、予防に用いたものと異なる 5-HT₃ 受容体拮抗薬に変更する。

使用する制吐薬としてドパミン受容体拮抗薬（メトクロプラミド、ハロペリドール）、副腎皮質ステロイド、ベンゾジアゼピン系抗不安薬（ロラゼパム、アルプラゾラム）、オランザピンがある。

- ・予期性悪心・嘔吐に対してはベンゾジアゼピン系抗不安薬が有効である。

予期性悪心・嘔吐に対する最善の対策は、癌薬物療法施行時の急性および遅発性嘔吐の完全制御であり、患者に悪心・嘔吐を経験させないことである。

心機能障害

- ・アントラサイクリン系の抗がん薬は心筋細胞のミトコンドリア機能を障害する。累積投与量を超えると重篤な心筋障害の頻度が高くなる。エピルビシンの累積投与量は 900mg/m² である。
- ・累積投与量と治療終了時の左室駆出率（LVEF）が心機能障害発症と関連している。
- ・症状発現時は、通常の心不全や不整脈に対する治療に準じた対症療法を行う。

血管痛・静脈炎

- ・アントラサイクリン系の抗がん薬（エピルビシン）は血管に炎症を起こしやすい薬剤で、血管外漏出を起こすと周辺組織に壊死を引き起こす。
- ・血管外漏出時には、漏出液の吸引、ステロイド剤などの投与、冷罨法・温罨法を行う。アントラサイクリン系の血管外漏出時の治療薬にはデクスラゾキササンがあり、血管外漏出後 6 時間以内に投与を開始する。

出血性膀胱炎

- ・シクロホスファミドは出血性膀胱炎を起こしやすい薬剤である。
- ・出血性膀胱炎は出血を伴う膀胱の炎症で、この炎症による刺激が排尿時の痛みや頻尿などの症状となって出現する。治療当日は水分をしっかり摂取するように患者には指導する。
- ・エピルビシンが赤色の薬のため、尿が着色し、血尿との区別がつきにくい。排尿時に痛みなどの自覚症状がある場合は病院への受診勧奨が必要となる。

脱毛

- ・治療を開始してから一般的に 2~3 週間後に脱毛が起こる。髪の毛だけでなく眉毛や全身の体毛も抜けることがある。
- ・長髪の方は脱毛前に髪を短く切っておくように助言する。
- ・がん患者に対するアピアランスケアも重要となってくるので、ウィッグや帽子の着用に対して相談対応できる窓口があるとよい。