

古典的ホジキンリンパ腫における ABVd 療法について

スケジュール

ブレオマイシン(ブレオ®)	10mg/m ²	i.v.	day1,15
ビンブラスチン(エクザール®)	6mg/m ²	i.v.	day1,15
ドキシソルビシン	25mg/m ²	15min d.i.v.	day1,15
ダカルバジン	250mg/m ²	1hr d.i.v.(遮光して投与)	day1,15

(もともとはダカルバジンは 375mg/m² で悪心が強かったが、日本人では減量して 250mg/m² で同等の有効性がみられ変更となった)

28 日毎

支持療法として

Day1,15:注射グラニセトロン デキサメタゾン 内服アセトアミノフェン アセタゾラミド アプレピタント

Day2-3,16-17:内服アプレピタント

ガイドライン上の扱い

初発 限局期 進行期 古典的ホジキンリンパ腫に対する標準治療

治療効果

初発 進行期 ホジキンリンパ腫患者に対して

MOPP 療法、ABVD 療法、MOPP-ABVD 交互に行う療法を比較した

第Ⅲ相試験

N=361

MOPP vs ABVD vs MOPP-ABVD 交互

CR(完全奏効)率 67% vs 82% vs 83%

5年 failure free survival (治療成功生存率) 50% vs 61% vs 65%

5年 OS(全生存率) 66% vs 73% vs 75%

副作用%

今回の試験は重篤な副作用の発現率

MOPP vs ABVD vs MOPP-ABVD 交互

好中球減少 42% vs 18% vs 53% 血小板減少 36% vs 2% vs 28% 貧血 31% vs 5% vs 25%

感染 11% vs 2% vs 12% 末梢神経障害 8% vs 1% vs 2% 脱毛 5% vs 24% vs 14%

悪心/嘔吐 28% vs 33% vs 39% 肺障害 3% vs 4% vs 3%

MOPP は骨髄抑制が ABVD よりシビアで、多くの減量が必要となった。

備考

- ・悪性リンパ腫の効果判定：CT,FDG-PET が用いられる
- ・ABVD 療法は制吐薬使用ガイドラインにおいて高度リスクに分類されるため、5-HT3 拮抗薬、デキサメタゾン、アプレピタントによる嘔吐対策が推奨されている。ABVD 療法においても同様の嘔気予防を行う。
 - ・ブレオマイシン
間質性肺炎・肺線維症などの肺障害が問題で、特に高齢者に出現しやすいので注意が必要。
 - ・ビンブラスチン
手や足がピリピリするなどの異常感覚、便秘やイレウスなどの末梢神経障害がおこることがある。
 - ・ドキソルビシン：蓄積性のうっ血性心不全に注意
薬剤そのものが赤色をしており、尿や汗に色(赤色・桃色・橙色等)がつくことがある。点滴後1~2日続くことがあり、その後自然に元に戻る。

	上限量	力価換算
ドキソルビシン	500mg/m ²	1
ファルモルビシン	900mg/m ²	0.5
テラルビシン	950mg/m ²	0.5
ダウノマシ	25mg/kg	0.75
ノバントロン	160mg/m ²	3
イダマイシン	120mg/m ²	-

	Grade1	Grade2	Grade3	Grade4
心不全	症状はないが 検査値や画像検査にて 心臓の異常がある	中等度の活動や 労作で症状がある	安静時または わずかな活動や労作でも 症状がある 入院を要する 症状の新規発症	生命を脅かす 緊急処置を要する

- ・ダカルバジン
光に不安定であり、光分解物により生成される物質が血管痛を起こすとされているため、薬剤は遮光した状態で投与される。血管痛は点滴刺入部やその周辺の血管に沿って痛みを感じる場合が多い。
頻度は不明であるが、肝静脈血栓症と肝細胞壊死が報告されている。