

静岡がんメソッド

静岡がんセンターから学ぶ
最新化学療法 & 有害事象マネジメント

泌尿器癌編

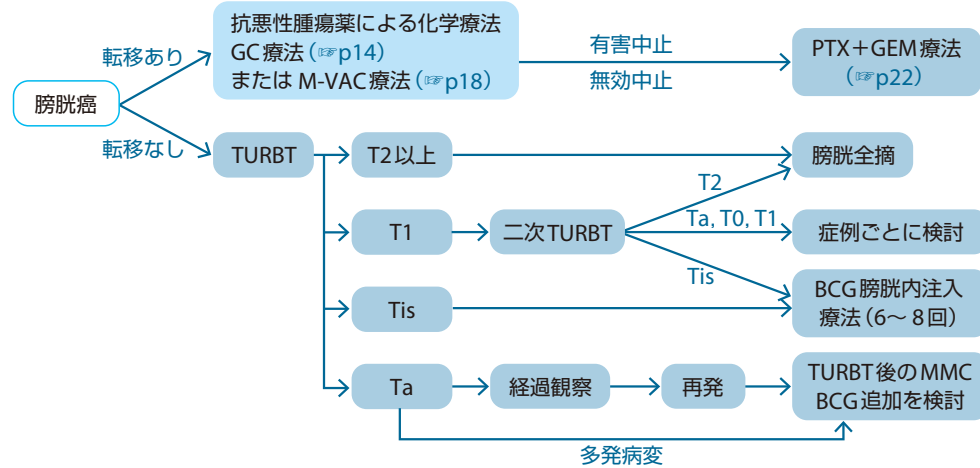
シリーズ監修 | 安井博史 静岡県立静岡がんセンター副院長/消化器内科部長
編著 | 庭川 要 静岡県立静岡がんセンター泌尿器科部長



静岡がんセンターロゴマーク

膀胱癌

● 膀胱癌の治療方針

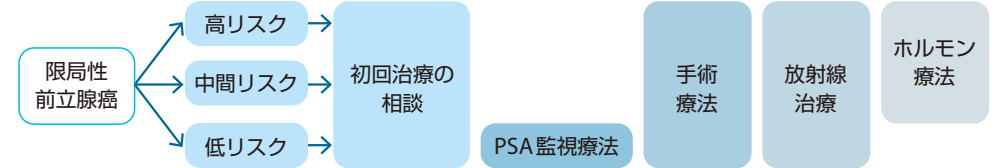


前立腺癌

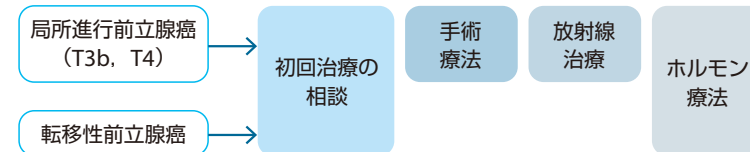
● 前立腺癌リスク分類

	低リスク	中間リスク	高リスク
PSA	<10 かつ	10~20 または	>20 または
グリソンスコア	≤6 かつ	7 または	8~10 または
T分類	T1~T2a かつ	T2b~T2c または	T3a または

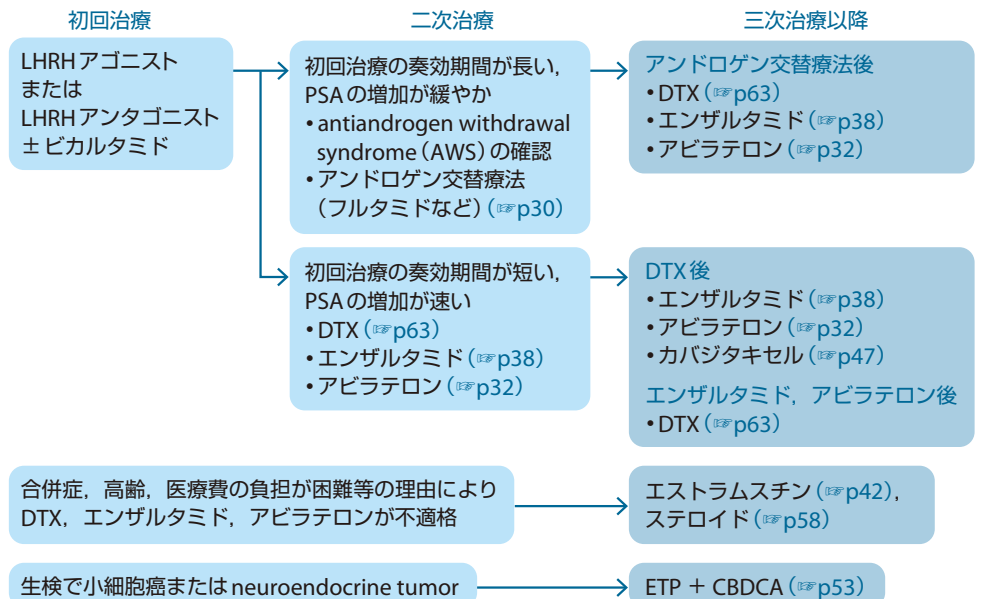
● 限局性前立腺癌の治療方針



● 局所進行前立腺癌と転移性前立腺癌の治療方針

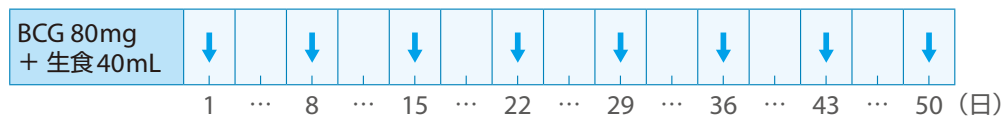


● 転移性前立腺癌の治療方針



BCG膀胱内注入療法

投与スケジュール



経尿道的膀胱腫瘍切除術 (TURBT) 後、3週間以上あける。

肉眼的血尿のないことを確認。

BCGを週1回、6~8週間連続して膀胱内注入する。

膀胱内注入後、2時間保持し、所定の場所で排尿の上、破棄する。

投与例

投与日	投与順	投与量	投与方法
1, 8, 15, 22, 29, 36, 43, 50	1	乾燥BCG・日本株 [BCG] (イムノブラダー®) 80mg + 生食 40mL	膀胱内注入 (2時間保持)

適応・治療開始基準

- 膀胱上皮内癌 (Tis) 患者。
- 高グレードTa膀胱癌、再発を繰り返す低グレードTa膀胱癌患者。
- T1膀胱癌〔経尿道的切除術 (TUR) で筋層採取が十分なされた上での診断であること〕。

効果

- 上皮内癌 (CIS) に対してBCGを投与すると72~93%の完全奏効 (CR) が得られる¹⁾。

BCG膀胱内注入療法

有害事象マニュアル

有害事象の発現率と発現時期²⁾

有害事象	発現率 (%)	発現時期
	all Grade	
✓ 膀胱炎症状	60	1~4日
✓ 発熱	30	1~2日
✓ 肉眼的血尿	30	1~2日
■ 肝機能酵素異常	10未満	
✓ ライター症候群	1	
✓ 萎縮膀胱	1	

☑: 「有害事象マネジメントのポイント」参照。

有害事象マネジメントのポイント

✓ 膀胱炎症状 (排尿時痛, 頻尿, 残尿感)

治療開始前のマネジメント

- 投与後膀胱炎症状がみられること、通常2~3日で軽快することを説明する。
- BCG投与日から数日は飲酒を控えるように指示する。

有害事象発生時のマネジメント

- 非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) を使用する。
- 高度の排尿時痛、頻尿を生じ、NSAIDsでも鎮痛効果不十分の際は、BCGを延期し、抗菌薬投与〔レボフロキサシン水和物 (クラビット®) : 500mgを4日間〕を考慮する。1~2週間程度延期することにより、軽快することもある。
- BCG延期によっても遷延する高度の排尿時痛、頻尿増悪の際は、BCGを中止し、尿培養 (一般細菌、結核菌) を提出、感染症科へのコンサルトを考える¹⁾。

✓ 38.5℃以上の発熱

治療開始前のマネジメント

- BCG投与当日に生じる発熱は、通常24時間以内に解熱することを説明する。
- BCG投与後、38.5℃以上の発熱が48時間以上遷延する場合は、播種性BCG感染の疑いがあり、病院へ早急に連絡するよう指示する。

combined androgen blockade (CAB) 療法

投与スケジュール

●初回

ビカルタミド 1錠80mg, 1回1錠(80mg)を1日1回, 経口

いずれか選択	リュープロレリン酢酸塩 注射用 3.75mg, 皮下注
	または ゴセレリン酢酸塩デポ 3.6mg, 皮下注
	または デガレリクス酢酸塩 240mg, 皮下注

●2回目以降

ビカルタミド 1錠80mg, 1回1錠(80mg)を1日1回, 経口

いずれか選択	リュープロレリン酢酸塩 注射用 11.25mg, 皮下注, 12週ごと
	または ゴセレリン酢酸塩デポ 10.8mg, 皮下注, 12~13週ごと
	または デガレリクス酢酸塩 80mg, 皮下注, 4週ごと

投与例

●初回

	投与量	投与方法
	ビカルタミド(カンデックス®OD錠) 1錠80mg, 1回1錠(80mg)を1日1回	経口
いずれか選択	リュープロレリン酢酸塩(リュープリン®注射用) 3.75mg	皮下注4週ごと
	または ゴセレリン酢酸塩デポ(ゾラデックス®) 3.6mg	
	または 注射用デガレリクス酢酸塩(ゴナックス®) 120mg×2A + 注射用蒸留水 6mL	

●2回目以降

	投与量	投与方法
	ビカルタミド(カンデックス®OD錠) 1錠80mg, 1回1錠(80mg)を1日1回	経口
いずれか選択	リュープロレリン酢酸塩(リュープリン®SR注射用キット) 11.25mg	皮下注12週ごと
	または ゴセレリン酢酸塩デポ(ゾラデックス®LA) 10.8mg	皮下注12~13週ごと
	または 注射用デガレリクス酢酸塩(ゴナックス®) 80mg×1A + 注射用蒸留水 4mL	皮下注4週ごと

適応・治療開始基準

- 前立腺癌と患者。
- ホルモン療法の適応は以下の通り。

- 中間リスク以上の前立腺癌に対する放射線治療の補助療法
- 高リスク前立腺癌で手術療法前の補助療法
- 根治療法後の再発時
- 小線源治療を希望する患者で前立腺体積の縮小が必要な場合
- 局所進行癌または転移癌

慎重投与・禁忌

- 間質性肺疾患またはその既往がある患者には慎重に投与する。
- 進行・転移癌で尿路閉塞をきたしつつある患者や骨転移により脊髄圧迫症状のある患者では、LHRHアゴニスト単剤での治療はフレアアップのおそれがあるため、避ける。その場合はLHRHアンタゴニストで治療を開始するか、ビカルタミドを1週間以上内服の後にLHRHアゴニストを使用する。

効果

- 初回治療としてのホルモン療法の奏効率は非常に高く、90%以上の患者でPSA低下および癌による症状の改善を認める。

VIP療法

投与スケジュール

CDDP 120mg/m ² , 1時間	↓				
ETP 100mg/m ² , 2時間	↓	↓	↓	↓	↓
IFM 1,200mg/m ² , 30分	↓	↓	↓	↓	↓
	1	2	3	4	5 (日)

投与例

投与日	投与順	投与量	投与方法
-1	1	炭酸水素ナトリウム(メイロン® 静注7%) 40mL + 3号液(ソルデム® 3A輸液) 1,000mL + 乳酸リンゲル液(ラクテック® 注) 2,000mL	点滴中心静脈本管 (24時間)
1	2	炭酸水素ナトリウム(メイロン® 静注7%) 100mL + 生食 1,500mL + 3号液(ソルデム® 3A輸液) 1,000mL + 塩化ナトリウム(塩化ナトリウム注10%) 60mL + 塩化カリウム(KCL注20mEq/20mL) 40mL	点滴中心静脈本管 (24時間)
	3	メスナ(ウロミテキサン® 注400mg) 4mL + 生食 100mL	点滴中心静脈側管 [30分(イホスファミド投与前30分)]
	4	イホスファミド[IFM](イホマイド®) 1,200mg/m ² + 生食 125mL	点滴中心静脈側管 (30分)
	5	エトポシド[ETP] 100mg/m ² + 生食 500mL	点滴中心静脈側管 (2時間)
	6	メスナ(ウロミテキサン® 注400mg) 4mL + 生食 100mL	点滴中心静脈側管 (30分)
	7	デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム(デキサート®) 3mL (9.9mg) + グラニセトロン塩酸塩(カイトリル®) 100mL (3mg)	点滴中心静脈側管 (1時間)
	8	ドパミン塩酸塩(ブレドパ® 注200) 200mL	点滴中心静脈側管・持続(シスプラチン投与2時間前から0.5mL/時)
	9	D-マンニトール(20%マンニトール注射液) 100mL	点滴中心静脈側管 [30分(シスプラチン投与前30分)]
	10	シスプラチン[CDDP] 120mg/m ² (原液)	点滴中心静脈側管 (1時間)

1	11	D-マンニトール(20%マンニトール注射液) 200mL	点滴中心静脈側管 (1時間)
	12	メスナ(ウロミテキサン® 注400mg) 4mL + 生食 100mL	点滴中心静脈側管 (30分)
	13	生食 2,000mL + 3号液(フィジオ® 35輸液) 1,000mL + 塩化カリウム(KCL注20mEq/20mL) 40mL	点滴中心静脈側管 (15時間)

2日目以降は、投与1日目の内容からシスプラチン(10)とD-マンニトール(9, 11)を除き、13を減量して投与を継続する。ドパミン塩酸塩(8)は3日目くらいまで持続し、尿量をみて中止する。

適応・治療開始基準

- 進行胚細胞腫瘍における導入化学療法(EP療法, BEP療法)の効果不十分例(腫瘍マーカーの低下が鈍い症例)。
- hCGは3日, AFPは5日を半減期とし、腫瘍マーカーの推移を片対数グラフに表して判断する。

薬剤, レジメンごとのポイント

- VIP療法の原法は、シスプラチン20mg/m²の5分割, エトポシド75mg/m²の投与であるが、当センターでのEP療法治療の効果不十分例が対象となるため、シスプラチン120mg/m²の一括投与を継続し、エトポシドは100mg/m²としている。導入化学療法における骨髄抑制の程度によっては75mg/m²に減量する。