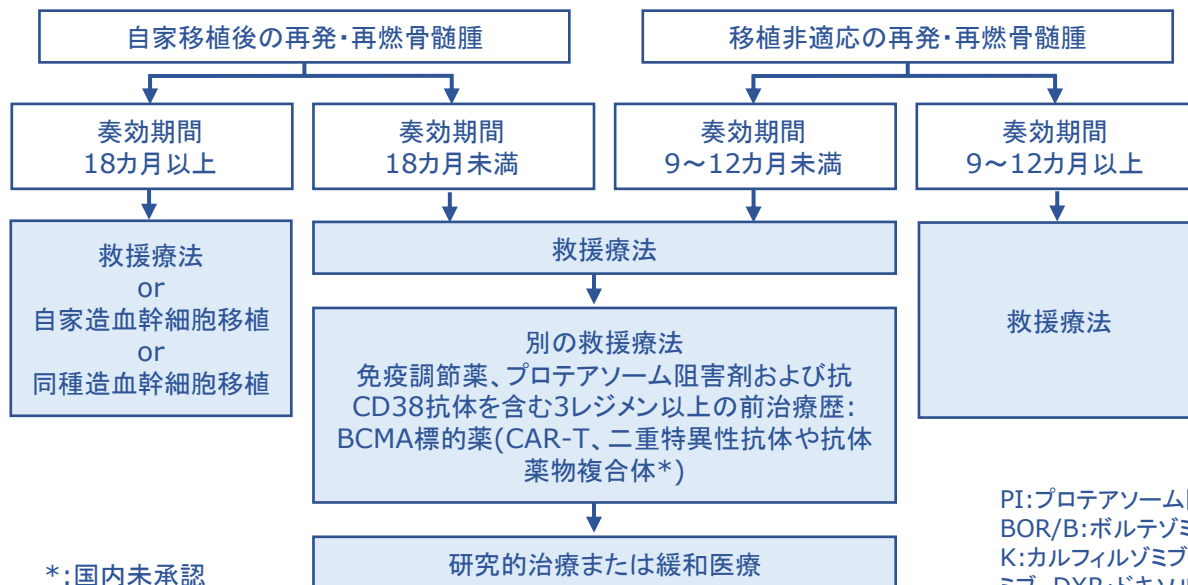


多発性骨髄腫 (Multiple Myeloma)

- ・多発性骨髄腫は形質細胞の単クローン性(腫瘍性)増殖と、その産物である単クローン性免疫グロブリン(M蛋白)の血清・尿中増加により特徴づけられる疾患である。
- ・症候性骨髄腫の前癌病態である意義不明の単クローン性高ガンマグロブリン血症(MGUS)やくすり型(無症候性)多発性骨髄腫は無治療経過観察が原則であり、多発性骨髄腫(症候性)に移行した時点で全身化学療法を開始する。
- ・再発・難治性多発性骨髄腫患者に対しては、初回治療の最終投与日から9～12カ月以上経過してからの再発・再燃であれば初回導入療法で用いたキードラッグ(プロテアソーム阻害薬や免疫調節薬)を含む2～3剤併用の救援療法を試みてもよいし、初回に使用していないキードラッグを含む治療レジメンに変更してもよい。初回治療終了後9～12カ月未満の再発・再燃や治療中の進行や増悪の場合には、初回治療で使用していないキードラッグを含む救援療法の選択が推奨される(図1、表1)。
- ・その後の再発・再燃に対しても主に前治療薬に対する感受性の有無に基づきレジメンを選択するが、免疫調節薬、プロテアソーム阻害剤および抗CD38抗体を含む3レジメン以上の前治療歴を有する例ではB細胞成熟抗原を標的としたCAR-T細胞療法、二重特異性抗体や抗体薬物複合体も候補となる(図1)。
- ・エルナタマブ(エルレフィオ)は、B細胞成熟抗原を標的とした二重特異性抗体であり、免疫調節薬、プロテアソーム阻害剤および抗CD38モノクローナル抗体製剤を含む少なくとも3つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した多発性骨髄腫患者に使用される。

図1:再発・難治性多発性骨髄腫診療アルゴリズム(造血器腫瘍診療ガイドライン2023年版より作成)



*:国内未承認

表1:再発・難治性多発性骨髄腫に対する主な救援療法(造血器腫瘍診療ガイドライン2023年版より作成)

PI-based	BOR、Bd、BCd、PAN-Bd、Kd
PI/IMiD-based	BLd、BTd、BPd、KLd、KPd(国内保険適用外)、ILd
IMiD-based	Ld、LCd、DXR-Ld、THAL、Td、TCd、Pd
mAb-alone/ combination	DLd、DPd、DBd、DKd、ELd、EPd、ISA、ISA-d、ISA-Pd、ISA-Kd

PI:プロテアソーム阻害剤、IMiD:免疫調節薬、mAb:モノクローナル抗体製剤
BOR/B:ボルテゾミブ、d:デキサメタゾン、C:シクロホスファミド、PAN:パノピノスタット、K:カルフィルゾミブ、L:レナリドミド、THAL/T:サリドマイド、P:ポマリドミド、I:イキサゾミブ、DXR:ドキシソルピシン、D:ダラツムマブ、E:エロツズマブ、ISA:イサツキシマブ