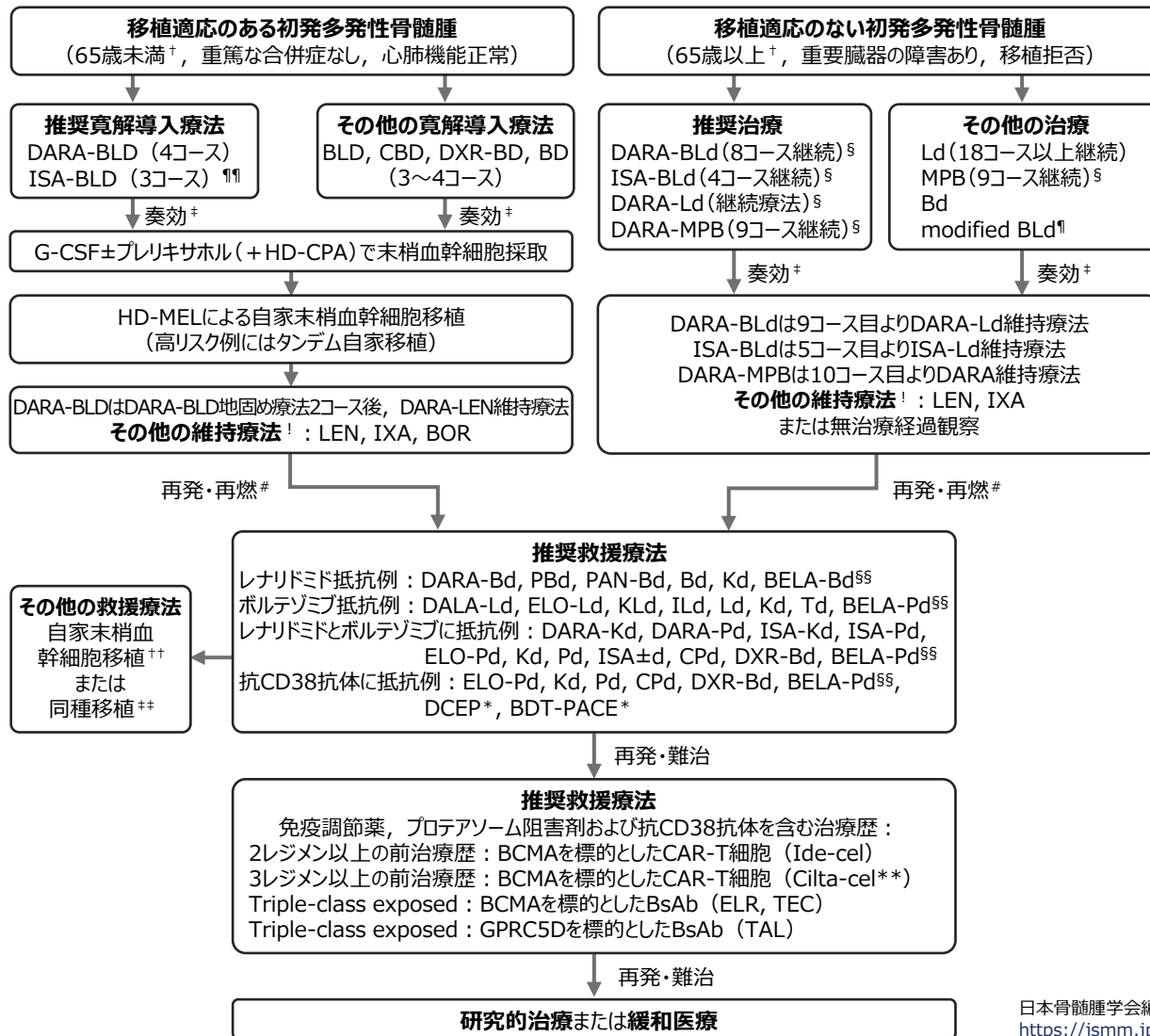


# 多発性骨髄腫の診療指針 第6版

## 多発性骨髄腫患者に対する治療アルゴリズム



B (BOR): ボルテゾミド, L (LEN): レナリドミド,  
D (d, DEX): デキサメタゾン, C (CPA): シクロホスファミド,  
DXR: ドキシソリン, G-CSF: 顆粒球コロニー刺激因子,  
M (MEL): メルファラン, I (IXA): イキサゾミブ, DARA: ダラツマブ,  
MPB: MEL+ブレドニゾン+BOR, P: ポマリドミド, K: カルフィルゾミブ,  
ELO: エロツズマブ, ISA: イサツキシマブ, PAN: パノピノスタット,  
BELA: ペランタマブ マホドチン, T (THAL): サリドマイド,  
DCEP: DEX+CPA+ETP (イトボシド)\*+CDDP (シスプラチン)\*,  
BDT-PACE: BOR+DEX+THAL+CDDP\*+DXR+CPA+ETP\*,  
BCMA: B細胞成熟抗原, CAR-T細胞: ケメラ抗原受容体T細胞,  
BsAb (bispecific antibody): 二重特異性抗体,  
ELR: エルラナタマブ, TEC: テクリスタマブ,  
GPRC5D: Gタンパク質共役型受容体ファミリーCグループ5メンバーD,  
TAL: トアルクエタマブ

\* ETP, CDDP: 国内保険適用外  
\*\* Cilta-cel: 薬価未収載

† 65歳で移植適応の可否を判断するのは目安であり, 個々の患者ごとに判断する。  
‡ 初回寛解導入療法にて非奏効の場合は, 導入療法の変更, あるいは再発・難治例に対する治療を選択する。  
\$ DARA-BLd療法, ISA-BLd療法, DARA-Ld療法, DARA-MPB療法は投与期間に関するエビデンスはない。MPB療法の初期治療における投与コース数の至適化に関するエビデンスは存在しない。アルキル化薬を使用しており, 二次がんのリスクも考慮してMPB療法の第Ⅲ相試験で実施された9コースを記載した。  
†† 移植非適応患者に対し毒性軽減を目的としてmodified BLd療法の開発がなされているが, ランダム化試験は実施されていない。  
‡‡ LENおよびBORによる初回治療後の維持療法は国内保険適用外。  
# M蛋白増加速度が速い, LDH上昇などaggressive relapseや高リスク染色体病型は直ちに救療療法の導入が推奨される。M蛋白増加速度が緩やかなbiochemical relapseは4-6週ごとに経過観察しつつ治療開始時期を判断する。  
\$§ BELAによる眼有害事象が報告されており, 眼科医との連携など対応に留意する必要がある。  
††† 移植適応例で今まで自家移植未施行例, もしくは自家移植施行例で移植後維持療法の有無に関わらず18-36ヵ月以上の長期奏効が得られ, 標準リスクで化学療法感受性が保たれている例に関しては考慮してもよい。  
‡‡‡ 同種移植は移植片対骨髄腫効果が期待できるが, 治療関連死亡のリスクも高く, 研究的治療との位置づけである。  
†††† ISA-BLd療法はドイツ国内の臨床試験 (GMMG-HD7) において, 寛解導入から移植までにおける治療法として有用性が示されたが, 移植後療法については進行中で, 未だ確立されていない。