

序

～多発性骨髄腫の現況とこれから～

この10年で、多発性骨髄腫の治療は大きく変化した。1999年サリドマイドの有効性の報告に始まり、サリドマイドの誘導体であるレナリドミド、そしてプロテアソーム阻害薬であるボルテゾミブの登場により治療の選択肢は広まり、生存期間の延長につながった。さらに、新たなプロテアソーム阻害薬(カルフィルゾミブ・イキサゾミブ)や免疫調節薬(IMiDs)、抗体医薬(エロツズマブ・ダラツムマブ、ニボルマブ)などの新規薬剤の試験が進行しており、目覚ましく進化している領域である。2015年の5月にIMiDsのポマリドミド、9月にヒストン脱アセチル化酵素(HDAC)を阻害する新規作用機序を持つパノビノスタットがわが国においても発売され、保険適用になったことから骨髄腫治療薬の進化の過程が伺える。

治療薬の進歩と共に完全奏効(CR)に至る患者が増えたため、治療効果判定法にも変化が生じている。stringent CR (sCR)は通過点であり、sCRよりさらに深いレベルまで骨髄腫細胞を減らした微小残存病変(MRD)陰性の状態を目指した治療を検討する時代に至った。MRD測定法としては、MFC(multiparameter flow cytometry)・ASO-PCR(allele-specific oligonucleotide-polymerase chain reaction)・NGS(next-generation sequencing)などがある。70歳までの骨髄腫患者に対しては自家末梢血幹細胞移植を含めた初期治療で、サブクローンをも考慮した徹底治療を行うべきである。多発性骨髄腫の治療戦略はアメリカンフットボール的な多面的な戦い方を要するのである。開発中の薬剤を上手に組み合わせた併用療法を行うことでMRD陰性を目指し、多発性骨髄腫の治療を“延命”から“治癒”へと変えていくことが目標となる。高齢者骨髄腫ではQoLを重視し、平均余命の半分ぐらいを目標に延命を図る。

このような状況の中、現時点の国内における多発性骨髄腫治療のベストプラクティスと、現在行われている治験薬を含めた今後の骨髄腫治療戦略についてスペシャリストに論述していただく。

平成28年7月

鈴木 憲史