切除不能進行再発大腸癌治療における三次治療以降の治療マネジメント

−発売から7年を迎えるスチバーガ治療の変化−

開催日：2020年1月9日　場所：バイエル薬品株式会社 東京支社

座談会 記録集

スチバーガ(一般名:レゴラフェニブ)が
「治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌」を
効能又は効果として承認されてから約7年が経過した。
発売当初は副作用マネジメントに難渋し、スチバーガの
使用に消極的な施設もあったが、7年間の経験に基づき副作用マネジメントは
向上しており、治療効果を実感する機会が増えたとの声もあがっている。
さらに最近では、よりよい副作用マネジメントを検討するためにスチバーガの
投与量を工夫する臨床試験が実施されるなど新たな動きもみられている。
今回の座談会では、スチバーガの発売当初からこれまでにおける
副作用マネジメントの変化や投与に関する工夫、
スチバーガと新たな治療法との共存
などについて、大腸癌治療に
携わる先生方にご意見を
お聞きした。

座 長

東京女子医科大学病院 消化器・一般外科 教授
板橋 道朗 先生

演 者

九州大学大学院 消化器・総合外科 診療准教授
沖 英次 先生

静岡県立静岡がんセンター 消化器内科 医長
山﨑 健太郎 先生

新潟県立がんセンター新潟病院 消化器外科 部長
瀧井 康公 先生

記載されている薬剤の使用にあたっては各薬剤の添付文書を参照ください。

バイエル薬品株式会社

スチバーガ発売時の状況

「警告・禁忌を含む使用上の注意」等はDI頁をご参照ください

スチバーガ発売当初は副作用に苦労する薬剤という印象であった

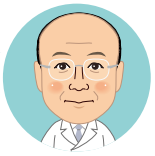
板橋 道朗先生

スチバーガは日本人患者さんも含まれる国際共同第Ⅲ相臨床試験CORRECT試験[1]の結果に基づいて承認を取得し、アジア人患者さんを対象とした第Ⅲ相臨床試験CONCUR試験[2]では全生存期間(OS)においてスチバーガ群のプラセボ群に対する優越性が検証されました。また、CORRECT試験[1]の日本人サブグループ解析[3]では非日本人患者さんに比べスチバーガ群の有害事象発現率が高く、さらに切除不能進行再発大腸癌患者さんを対象としたスチバーガの使用成績調査(PMS)[4]では治療早期に有害事象による中止率が高かったことが明らかになりました。まず、スチバーガ発売前の期待はいかがでしたか?

全身状態が良好で三次治療を待っている患者さんが大勢いらっしゃったので、スチバーガには医師も患者さんも期待していました。

山﨑 健太郎先生

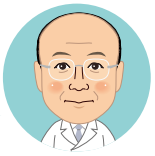
発売前は三次治療の選択肢が少なく、多くの患者さんが二次治療を継続するしかないという状況だったので、スチバーガには大いに期待しました。


瀧井 康公先生

板橋 道朗先生

実際にスチバーガを使い始めて困ったことは何でしたか?

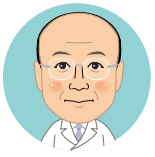
入院を要するほどの手足症候群(HFS)や肝機能障害が発現したことにまず驚きました。当時は適切なマネジメントがまだ確立されていなかったので、結果的に厳しい副作用を経験し、CORRECT試験[1]におけるスチバーガのOS中央値延長期間1.4ヵ月(vs. プラセボ)というベネフィットまでネガティブに捉えてしまいました。

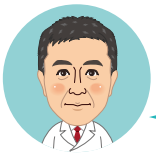

瀧井 康公先生

私もHFSや肝機能障害を重症化させてしまった経験があります。また、CORRECT試験[1]の結果については、OSの延長だけでなく、その背景にあるOSのハザード比0.77が意味している死亡リスク減少率が23%というベネフィットにこそ大きな意義があることを患者さんに理解してもらうのに苦労しました。

沖 英次先生

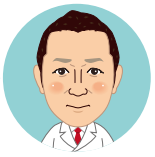
スチバーガのOS中央値延長期間1.4ヵ月の捉え方は医師と患者さんとでは違うのではないかと感じました。

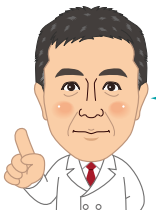

瀧井 康公先生


板橋 道朗先生

それでもスチバーガを使用しようと思ったのはなぜでしょうか?

スチバーガを最初に使用した際に、リスク・ベネフィットでいうところのベネフィットを感じたか、リスクを感じたかが、その後もスチバーガを使用するかどうかの分岐点になったと思います。私自身は最初の使用経験で、スチバーガのベネフィットを感じました。


山﨑 健太郎先生


板橋 道朗先生

まとめ

スチバーガの発売当初は有効な三次治療が新たに登場したということで期待が大きかったものの、使用してみると意外に副作用に苦労したということですね。

スチバーガの結腸・直腸癌に対する国際共同第Ⅲ相臨床試験（CORRECT試験）[1)]

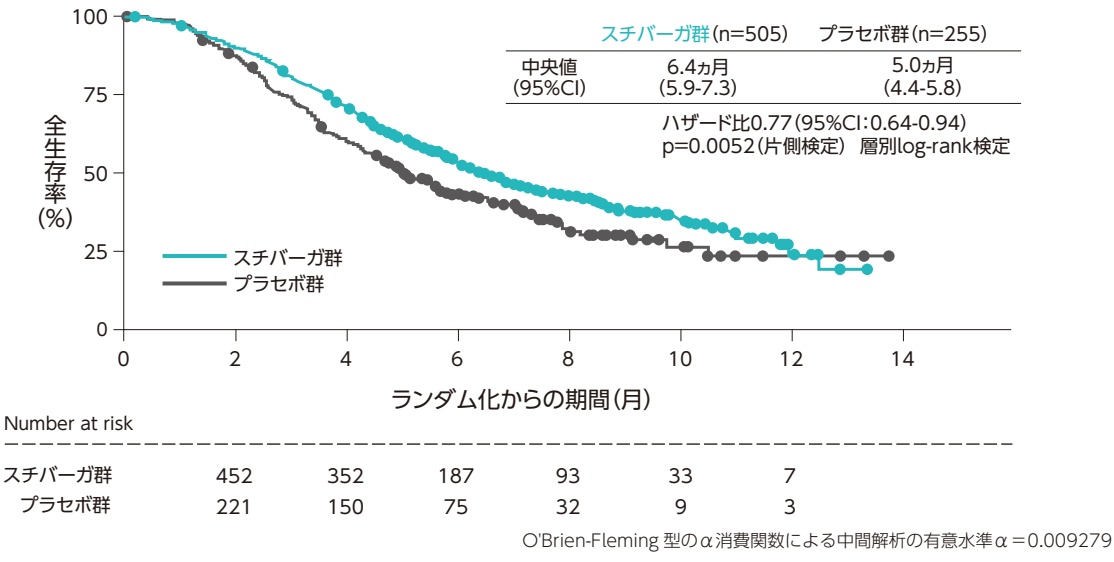
日本を含む国際共同第Ⅲ相臨床試験（CORRECT試験）が、標準化学療法後に病勢進行が認められた切除不能な結腸・直腸癌患者を対象として実施され、OSにおいてスチバーガ群のプラセボ群に対する優越性が検証された［ハザード比:0.77、p=0.0052（層別log-rank検定）］（図）。

安全性解析対象例における副作用は、スチバーガ群で500例中465例（93.0%）、プラセボ群で253例中154例（60.9%）であった。Grade 3以上の副作用は、スチバーガ群で275例（55.0%）、プラセボ群で35例（13.8%）であった。スチバーガ群、プラセボ群の主な副作用（全Grade）は、手掌・足底発赤知覚不全症候群がそれぞれ44.6%、7.1%、下痢が33.8%、8.3%、食欲減退が30.4%、15.4%などであった。投与中止に至った副作用は、スチバーガ群で41例（8.2%）に認められた［手掌・足底発赤知覚不全症候群（7例）、発疹（4例）、多形紅斑（3例）など〈重複あり〉］。副作用による死亡例は、スチバーガ群で5例（1.0%）に認められた［脳血管発作、肺出血、直腸出血、突然死、膣出血、肝不全*（各1例）〈重複あり〉］。

本試験成績に基づき、2013年3月に「治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌」を効能又は効果として承認された。

＊スチバーガと関連ありと記録されたが，データベース固定後にスチバーガと関連なしと修正された症例

図　OS（CORRECT試験、主要評価項目）



O'Brien-Fleming 型のα消費関数による中間解析の有意水準α＝0.009279

1) バイエル薬品社内資料［転移性結腸・直腸癌患者を対象とした国際共同第Ⅲ相臨床試験］（承認時評価資料）［Grothey A, et al. Lancet. 2013; 381: 303-12.］
本研究はバイエルの資金により行われた。本論文の著者のうち4名はバイエルの社員である。本論文の著者にバイエルより研究資金、謝礼金等を受領している者が含まれる。

試験概要

目的：標準化学療法施行後に病勢進行が認められた切除不能な結腸・直腸癌患者を対象に、スチバーガの有効性及び安全性を検討する

試験デザイン：ランダム化、二重盲検、プラセボ対照比較試験

対象：標準化学療法施行後*の切除不能な結腸・直腸癌患者760例

＊：標準化学療法施行中又は施行後3ヵ月以内に病勢進行を認めた患者、又はこれらの治療に対する忍容性不良の患者を対象とした。なお、標準化学療法の治療歴は、フッ化ピリミジン系薬剤、オキサリプラチン、イリノテカン、ベバシズマブを必須とし、*KRAS*野生型の場合は抗EGFR抗体（セツキシマブ又はパニツムマブ）の治療歴も必須とした。ただし、術後補助化学療法としてオキサリプラチンを投与中又は投与終了後6ヵ月以内に病勢進行した患者は、遠隔転移後にオキサリプラチンが投与されていなくても対象とした

投与方法：スチバーガ群又はプラセボ群に2:1の割合でランダム化し、盲検にて投与
スチバーガ群:スチバーガ160mgを1日1回3週間経口投与/1週間休薬+支持療法（BSC）
プラセボ群:プラセボを1日1回3週間経口投与/1週間休薬+BSC
4週間を1サイクルとして、病勢進行（PD）、重篤な有害事象、患者からの中止意向等を認めるまで投与を継続

評価項目：主要評価項目：OS
副次評価項目：無増悪生存期間（PFS）、奏効率、病勢コントロール率（DCR）、安全性

解析計画：OSに関して正式な中間解析を2回、予定される死亡イベント数の約30%及び70%が生じた時点で実施することとした。最初の中間解析は無益性のみの評価、2回目の中間解析では有効性及び無益性の評価とした。試験全体の有意水準（α）が0.025（片側）以下となるようにし、O'Brien-Fleming型のα消費関数を用いて有効性の早期中止基準を設定した。中間解析において早期中止基準に合致しなかった場合は、約582件の死亡イベントが観察された時点で、最終解析を実施することとした。OS及びPFSに関して層別log-rank検定により、奏効率及びDCRに関してCochran-Mantel-Haenszel検定によりプラセボと比較することとされた。*KRAS*変異の有無別を含む患者背景別のサブグループ解析を行うことが事前規定されていた

判定基準：治験責任医師（治験分担医師）によるRECIST Ver.1.1に基づいた8週間ごとの評価

CONCUR試験[2)]：標準治療に不応・不耐または2レジメン以上の前治療歴を有する切除不能進行大腸癌患者を対象としたアジア（中国、香港、韓国、台湾、ベトナム）の25施設におけるスチバーガの有用性を検討したプラセボ対照ランダム化二重盲検第Ⅲ相臨床試験

1) バイエル薬品社内資料［転移性結腸・直腸癌患者を対象とした国際共同第Ⅲ相臨床試験］（承認時評価資料）［Grothey A, et al. Lancet. 2013; 381: 303-12.］
2) Li J, et al. Lancet Oncol. 2015; 16: 619-29.
本研究はバイエルの資金により行われた。本論文の著者のうち2名はバイエルの社員である。本論文の著者にバイエルよりコンサルティング料、謝礼金等を受領している者が含まれる。
3) Yoshino T, et al. Invest New Drugs. 2015; 33: 740-50.
本研究はバイエルの資金により行われた。本論文の著者のうち3名はバイエルの社員である。本論文の著者にバイエルより研究資金、謝礼金等を受領している者が含まれる。
4) Yamaguchi K, et al. Oncologist. 2019; 24: e450-7.
本研究はバイエルの支援により行われた。本論文の著者のうち4名はバイエルの社員である。本論文の著者にバイエルより謝礼金、研究資金等を受領している者が含まれる。

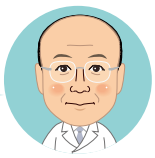
スチバーガの副作用マネジメントの工夫

HFSマネジメントの基本が「痛みが出たら休薬」に変化した

板橋 道朗先生

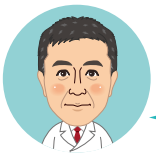
スチバーガ発売から約7年が経過して、副作用マネジメントも進化し、“マネジメントの難しい薬剤”から“三次治療以降の鍵となる薬剤”へと変化しました。発売後7年間で副作用マネジメントはどう改善されたのでしょうか。まず、休薬のタイミングについてお聞かせください。

HFSマネジメントの基本はごくシンプルに「痛みが出たら休薬」になりました。これは皮膚の赤みより痛みの方が患者さんにはわかりやすいからです。当初は痛みを我慢してしまう患者さんもいましたが、早めに休薬することが大事であると理解されてからは、重症化することはほとんどなくなりました。


瀧井 康公先生

患者さんにとって減量の方法を理解するのは難しく、「迷ったら服薬しない」を浸透させることがHFSの悪化を予防する最も良い一手でした。医療者側の意識も、「無理をして治療を続けるのではなく、早めの休薬を心がけ、HFSの回復後に治療を再開する方がよい」に変化しました。

山﨑 健太郎先生

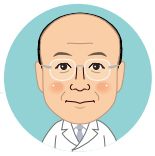

板橋 道朗先生

スチバーガはマネジメントが難しい薬剤だとお考えですか?

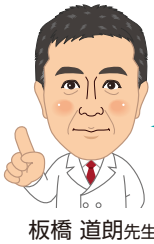
「痛みが出たら休薬」を徹底すれば難しい薬剤ではなく、発売当時にみられた重症のHFSは今ではまれになりました。

沖 英次先生

PMS[1]ではHFSは治療開始1～2サイクル目の発現率が高かったので、特にその期間は服用後に手足の違和感を感じる可能性があることを、治療開始前にしっかりと伝えておくことも大事ですね。


瀧井 康公先生

1) Yamaguchi K, et al. Oncologist. 2019; 24: e450-7.
本研究はバイエルの支援により行われた。本論文の著者のうち4名はバイエルの社員である。本論文の著者にバイエルより謝礼金、研究資金等を受領している者が含まれる。


板橋 道朗先生

まとめ

HFSは「痛みが出たら休薬」という簡単なポイントを守ればマネジメントが容易になり、スチバーガは当初のイメージほどマネジメントの難しい薬剤ではないということです。

初回投与量の工夫により副作用マネジメントの負担が軽減した

板橋 道朗先生

スチバーガの初回投与量に関する工夫はされていますか。

山﨑 健太郎先生

患者さんによっては初回投与量の工夫を考慮します。第Ⅱ相臨床試験ReDOS試験[1]はスチバーガの初回投与量を80mg/日から1週毎に120mg/日、160mg/日へと増量する試験です（表）。初回投与量は160mg/日が基本ですが、患者さんによっては調節が必要であることを考えるきっかけとなった試験でした。現在、私はPS 0かつ50～60歳代の患者さんの初回投与量を160mg/日としていますが、それ以外では患者の状態を考慮して増量を前提とした減量開始も考慮しています。

表　初回投与量80mg/日投与群の投与スケジュール（ReDOS試験）[1]

1サイクル目		投与量
1週目	初回投与量	80mg/日
2週目	↓	120mg/日
3週目	最終投与量	160mg/日
4週目		休薬
2サイクル目以降		**投与量**
1週目		1サイクル目の投与量を継続

出典1）より作表

試験概要

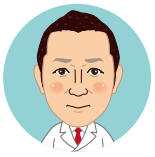
標準化学療法でPDを認めた切除不能大腸癌患者123例を対象として、スチバーガの投与量[80mg/日から漸増*（A群）、または160mg/日（B群）]とHFSに対するステロイド（0.05%クロベタゾールクリーム）予防投与の有無により設定した4群にランダム化した。

*意味のある薬剤関連有害事象の発現がない場合は160mg/日まで増量

1) Bekaii-Saab TS, et al. Lancet Oncol. 2019; 20: 1070-82.
本研究はバイエルの資金により行われた。本論文の著者にバイエルより謝礼金、研究資金等を受領している者が含まれる。

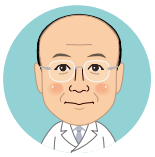
沖 英次先生

初回投与量を含め、患者さんの状態に合わせた用量調節は大切だと思います。



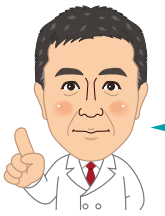
山﨑 健太郎先生

投与量を工夫するようになってから、生活に支障をきたすようなHFSの発現は少なくなりました。投与量の工夫は、熟練した医師のみが行うことのできるスキルではないと考えます。



瀧井 康公先生

使い始めの頃と比べて、投与開始から数日で治療中止になることなく、月単位で治療を継続できれば、患者さんも医師も前向きに治療に取り組めます。



板橋 道朗先生

まとめ

スチバーガ治療開始早期の中止を減らすために、患者さんによっては初回投与量の工夫が治療継続につながったケースもあるということです。

スチバーガの用法及び用量［添付文書 2019年9月改訂（第1版）］
通常、成人にはレゴラフェニブとして1日1回160mgを食後に3週間連日経口投与し、その後1週間休薬する。これを1サイクルとして投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。

三次治療以降の薬剤を使い切る意義

副作用マネジメントの改善に伴い、スチバーガの治療効果を実感する機会が増加した

板橋 道朗先生

スチバーガの使用に慣れ、副作用を上手くマネジメントできるようになったら、リスク・ベネフィットのベネフィットを感じる機会が増えたのではないでしょうか?

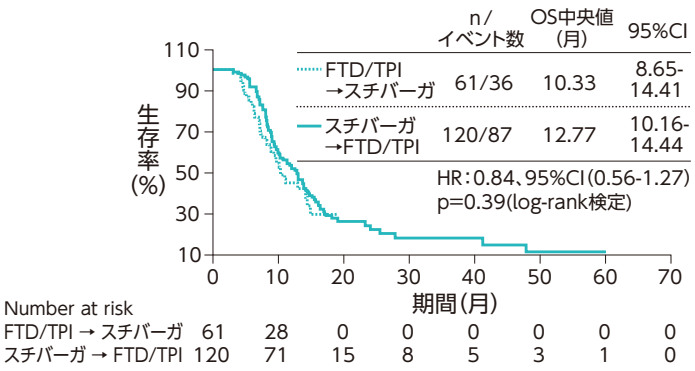
スチバーガの臨床効果を実感できる機会は増えていると感じます。発売当初に比べて副作用マネジメントが向上したことで、相対的にベネフィットを感じるようになったと思います。

山﨑 健太郎先生

イタリアでのトリフルリジン・チピラシル塩酸塩(FTD/TPI)のコンパッショネートユース制度(倫理供給)におけるレトロスペクティブ研究[1]ではOS中央値は6.2ヵ月でしたが、スチバーガとFTD/TPIのクロスオーバーに関する検討では、投与順序にかかわらず、いずれもOS中央値は10ヵ月を超えており(図)、データ上でも臨床効果を実感しました。やはりスチバーガの使用に慣れ、適切にマネジメントできるようになったのだと感じると同時に、スチバーガとFTD/TPIを使いきることの意義も感じました。

沖 英次先生

図 スチバーガとFTD/TPIの逐次投与によるOS(イタリア8施設、サブグループ解析)[1]



安全性

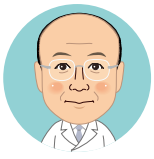
FTD/TPI治療における有害事象は282例(83%)で認められ、主な有害事象は好中球減少症が181例(53%)、貧血が151例(44%)、疲労が116例(34%)などであった。Grade 3/4の有害事象は159例(47%)で認められ、主なGrade 3/4の有害事象は好中球減少症124例(36%)、貧血33例(10%)、疲労29例(9%)などであった。FTD/TPI治療の有害事象による治療中止は3%であった。スチバーガの安全性に関する記載はなかった(DIの安全性情報を参照)。

試験概要

イタリアの8施設でコンパッショネートユース制度(倫理供給)を通してFTD/TPI治療を受けた進行再発大腸癌患者341例[前治療が1レジメンの患者(6%)を含む]を対象にFTD/TPIの安全性と有効性をレトロスペクティブに検討した。サブグループ解析として、FTD/TPIとスチバーガの両剤の治療が行われた182例において両剤の投与順別(スチバーガ→FTD/TPI、FTD/TPI→スチバーガ)のOS解析を行った。

1) Cremolini C, et al. Oncologist. 2018; 23: 1178-87. ©John Wiley and Sons.
本論文の著者にバイエルより謝礼金、研究資金等を受領している者が含まれる。

スチバーガは奏効を狙うというよりも、3〜6ヵ月ほど病勢をコントロールでき、治療を継続できれば意義があると考えています。その点は患者さんとも共有しており、「腫瘍マーカーの低下や腫瘍の縮小がなくても現状維持であれば効いています」と話し、納得して治療を続けてもらっています。そうやって半年を超えて治療を継続できている患者さんが増えることで臨床効果を実感しています。



瀧井 康公先生

板橋 道朗先生

まとめ

副作用マネジメントが向上し、臨床効果を実感できる機会が増えるにしたがって、スチバーガが三次治療以降で不可欠な薬剤として位置づけられるようになってきたということですね。

三次治療以降でスチバーガとFTD/TPIを使い切ることが重要である

板橋 道朗先生

**三次治療のキードラッグにはスチバーガの他にFTD/TPIがあり、これら2剤を使い切ることの重要性が認識されるようになってきました。
そこで、三次治療以降でスチバーガとFTD/TPIを使い切るための工夫をお聞かせください。**

沖 英次先生

本邦のREGOTAS試験[1]におけるスチバーガからFTD/TPIへのクロスオーバー率が60%(表)であったのは、2剤を意識的に使おうと思った結果だと考えられます。治療計画や患者説明の段階でスチバーガの次はFTD/TPIを使う、などと後治療の方針を事前に決めておけば2剤を使い切る可能性は高まるでしょう。当施設においても最初から2剤使うつもりで治療しているのでクロスオーバー率は同様に高いと思います。

表 クロスオーバー率(REGOTAS試験)[1]

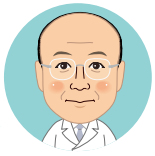
	クロスオーバー率
スチバーガ→FTD/TPI	60%
FTD/TPI→スチバーガ	40%

出典1) より改変

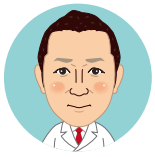
試験概要

標準治療に不応となった切除不能進行再発大腸癌患者589例を対象として、2014年6月～2015年11月までにスチバーガまたはFTD/TPI治療を受けた患者550例の臨床データをレトロスペクティブに収集し、傾向スコア調整解析および傾向スコアマッチング解析を行った。主要評価項目はOS、副次評価項目は最良奏効率、DCR、PFS、安全性などであった。

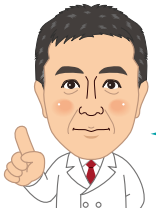
1) Moriwaki T, et al. Oncologist. 2018; 23: 7-15.
本論文の著者にバイエルより謝礼金、研究資金を受領している者が含まれる。


瀧井 康公先生

当施設でこれら2剤を使用している患者さんは3分の2以上です。2剤を使い切るには、前治療でPDになったら、PSが低下する前にスチバーガへ切り替えることが重要だと考えます。


山﨑 健太郎先生

スチバーガとFTD/TPIは三次治療以降の薬剤としてひとまとめにされがちですが、薬剤の種類も作用機序も全く異なります。どちらかを使えればよいのではなく、2剤を使い切ることで得られる臨床効果を意識してほしいと思います。


板橋 道朗先生

まとめ

切除不能進行再発大腸癌患者さんのさらなるOS延長に向けて、三次治療以降の標準治療であるスチバーガとFTD/TPIを使い切ることを意識することが大切です。

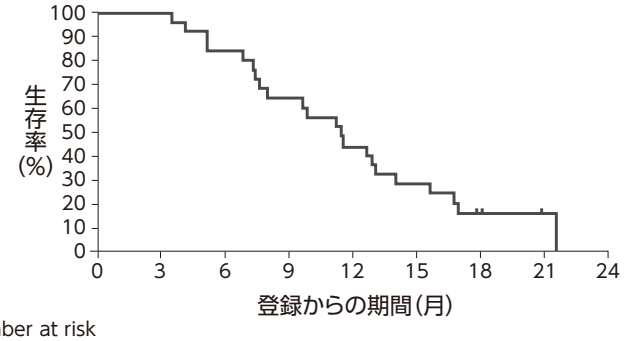
スチバーガ、FTD/TPI+BEV（ベバシズマブ）療法の両方を実施する前提で進めることが重要

板橋 道朗先生

第Ⅰ/Ⅱ相臨床試験C-TASK FORCE試験[1]において、FTD/TPI+BEV療法の安全性と有効性が認められました（図）。この結果を受けて、実臨床における三次治療は変化しましたか?

図 OSとスチバーガ治療施行率(C-TASK FORCE試験)[1]

●OS（副次評価項目）



Number at risk
（打ち切り例） 25（0） 25（0） 21（0） 16（0） 11（0） 7（0） 2（2） 1（3） 0（3）

中央評価による治療開始16週時点のPFS率（主要評価項目）解析は21例で行われ、42.9%（80%CI:27.8-59.0）であった。OS中央値（95%CI）は11.4ヵ月（7.6-13.9）であった。

●FTD/TPI+BEV治療後のスチバーガ治療施行率

	治療施行率
FTD/TPI+BEV→スチバーガ	60%

出典1）より改変

安全性（副次評価項目）

主な治療関連有害事象は、全Gradeで好中球減少症24例（96%）、白血球減少症23例（92%）、食欲不振15例（60%）、悪心13例（52%）などであり、重篤な有害事象は7例［治療関連事象3例（発熱性好中球減少症、ネフローゼ症候群、急性心筋梗塞）を含む］であった。本試験において薬剤関連毒性による治療中止および治療関連死は認められなかった。

試験概要

標準化学療法に不応・不耐でスチバーガ治療歴のない切除不能進行再発大腸癌患者25例を対象に、FTD/TPI+BEV療法を検討した多施設共同単群第Ⅰ/Ⅱ相臨床試験。主要評価項目は、中央評価による治療開始16週時点のPFS率、副次評価項目は治験責任医師評価による治療開始16週時点のPFS率、OS、安全性など。

1) Kuboki Y, et al. Lancet Oncol. 2017; 18: 1172-81.
本論文の著者にバイエルより研究資金、謝礼金等を受領している者が含まれる。

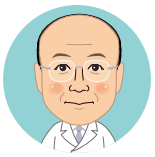
Reprinted from The Lancet Oncology, 18(9), Kuboki Y et al, TAS-102 plus bevacizumab for patients with metastatic colorectal cancer refractory to standard therapies (C-TASK FORCE): an investigator-initiated, open-label, single-arm, multicentre, phase 1/2 study., 1172-1181., Copyright 2017, with permission from Elsevier.

沖 英次先生

現状では、スチバーガとFTD/TPI+BEV療法のどちらを先行するべきかについては明確になっていません。有効な薬剤を使い切ってこそOSは延長すると思うので、仮にFTD/TPI+BEV療法を三次治療で施行する場合は、後治療としてのスチバーガを念頭に置いて治療を行うべきです。

山﨑 健太郎先生

そうですね。三次治療でFTD/TPI+BEV療法を施行して治療終了と考えるのではなく、スチバーガとFTD/TPIは作用機序が異なるからこそ両剤を使い切る意義があると考えます。スチバーガまで使い切ることの重要性を認識していることが重要です。


瀧井 康公先生

同感です。四次治療まで施行するには、三次治療をPD後も引っ張らず、PSが悪化する前に四次治療へ移行することが重要です。

板橋 道朗先生

まとめ

三次治療以降の選択肢にFTD/TPI+BEV療法が加わっても、スチバーガとFTD/TPIを使い切ることの重要性は変わらないということですね。

スチバーガの今後の展望

スチバーガの多様な作用機序に基づく治療法の開発が期待されている

板橋 道朗先生

非臨床試験において、スチバーガは
- **血管新生阻害作用[1-3]**
- **腫瘍免疫抑制の解除[1,4,5]**
- **腫瘍増殖抑制作用[1,2,6]**
- **転移抑制作用[2,7,8]**

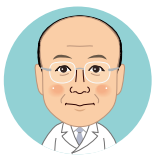
を介して抗腫瘍効果を発揮することが報告されています。
これら多彩な作用機序に着目したスチバーガ治療への期待はいかがでしょうか。

1) Zopf D, et al. Cancer Med. 2016; 5: 3176-85.
本論文の著者のうち7名はバイエルの社員である。
2) Wilhelm SM, et al. Int J Cancer. 2011; 129: 245-55.
本論文の著者全員がバイエルの社員である。
3) Zhao Y, et al. Oncologist. 2015; 20: 660-73.
4) Matsushime H, et al. Cell. 1991; 65: 701-13.
5) Abou-Elkacem L, et al. Mol Cancer Ther. 2013; 12: 1322-31.
本研究はバイエルの資金により行われた。本論文の著者のうち1名はバイエルの社員である。
6) George S, et al. J Clin Oncol. 2012; 30: 2401-7.
本研究はバイエルの資金により行われた。本論文の著者にバイエルより研究資金を受領している者が含まれる。
7) Schmieder R, et al. Int J Cancer. 2014; 135: 1487-96.
本論文の著者のうち9名はバイエルの社員である。
8) Takigawa H, et al. Cancer Sci. 2016; 107: 601-8.

スチバーガと他の薬剤の併用療法に注目しており、実臨床でも効果を発揮してくれるよう期待しています。

沖 英次先生

山﨑 健太郎先生


瀧井 康公先生

スチバーガ治療の効果を実感しているからこそ、今後も使用し続ける

板橋 道朗先生

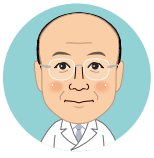
最後に、スチバーガを使い続けている理由を
あらためてお聞かせください。

山﨑 健太郎先生

治療効果を得られている患者さんがいると実感できていることが、スチバーガを使い続ける最大の理由です。

沖 英次先生

同感です。これまでにスチバーガを有効に使える患者さんがいたということは、これからも工夫次第で治療効果を引き出せるということです。スチバーガは大腸癌で唯一、単剤で使用できるチロシンキナーゼ阻害薬（TKI）であり、新たな使用方法があるかもしれないという点でポテンシャルが高いと感じています。


瀧井 康公先生

やはり治療効果を得られる患者さんがいるということが大きいですね。リスク・ベネフィットの関係でいえば、スチバーガ治療マネジメントの習熟度が高まるにつれてリスクのコントロールが可能になり、それと同時にベネフィットを実感する機会が増えてきたのですから、今後も引き続き使用したいと思います。

総括

板橋 道朗先生

切除不能進行再発大腸癌に対するスチバーガ治療においては、「痛みが出たら休薬」といった簡単なポイントを押さえた副作用マネジメント、患者状態に応じた初回投与量の工夫などを行ない、三次治療以降の治療として使い切ることが重要です。また、スチバーガは大腸癌治療で唯一使えるTKIで、FTD/TPIとは異なる多様な作用機序を有しており、三次治療以降の治療において必要な薬剤と考えます。
治療効果を実感できるというのが、スチバーガを使い続けたいという先生方の一番の原動力であり、7年間の使用経験で得られた自信がそれを支えていると感じました。