

テーマ	ご質問	講演者からのご回答
<p>A - 1 臨床病理学 根尾 櫻子 先生</p>	<p>ボーダーコリーの症例で、リンパ腫と確定診断してない中での抗がん剤治療だっと思いますが、抗がん剤の投与内容と、飼い主様へのインフォームドコンセントをどのようにされたか教えていただけると幸いです。</p>	<p>ご質問いただき有難うございます。 原因は、まずは感染症の可能性を考えて、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・エンロフロキサシン (ERFX) ・ホスホマイシン (FOM) ・メトロニダゾール (MTZ) ・ファロペネム (ERPM) ・クロラムフェニコール (CP) ・セフォベシンNa (CFV) <p>といった抗生剤を全て試しても効果が認められないまま10日ほど経過し、その時点で胸水が貯留しました。全身のリンパ節の腫脹およびC T検査で胸骨リンパ節が腫脹していることを確認したことからリンパ腫の可能性が最も高いと判断しました。その旨、飼い主様にお話し、その時点で足腰が立たない状態でしたので、最後の手段として最も可能性のあるリンパ腫に対する抗がん剤を入れることを相談し、飼い主の同意のもと、第12病日にプレドニゾン、L-アスパラギナーゼを投与したところ、白血球数の低下、体温の正常化、体表リンパ節の退縮が認められました。その後はビンクリスチン、ドキソルビシンを投与し、第36病日には全身リンパ節の腫脹は認められなくなりましたが、副反応が強く出現しました。好中球増加の制御のためヒドロキシウレアを投与しましたが、第47病日に腰下リンパ節、第54病日に体表リンパ節の腫脹が再燃したため、ミトキサントロンを投与し、その後、第56病日には四肢麻痺が認められ、前肢は改善しましたが、後肢の麻痺は持続し、自力排尿不能となりました。第75病日からシタラピンを投与を開始し、部分寛解が得られ、小康状態を保っていましたが、第131病日に左側腎臓の構造が不明瞭になり、第138病日に発熱が再燃し、第167病日には両側腎臓の構造が不明瞭になり、第169病日に斃死しました。</p>

第24回日本獣医がん学会 総合教育講演・教育講演の質疑応答

テーマ	ご質問	講演者からのご回答
<p>A-1 臨床病理学 根尾 櫻子 先生</p>	<p>貴重な症例紹介ありがとうございました。形質細胞性腫瘍のノルウェージャンの、症状や治療はどのようでしたか？ 教えていただけましたら幸いです。</p>	<p>ご質問いただき有難うございます。 サイクロフォスファミド50mg/m²/week + pre 1mg/kg/day で開始し、一時期無投薬の期間を経て再燃し、現在はクロラムブシル 2mg/cat/q48hr、Pre 5mg/cat/SIDとなっています。 治療は私ではなく、内科の先生が主治医でした。</p>
<p>A-4 外科療法 小山田 和央 先生</p>	<p>センチネルリンパ節を確認するために、イオヘキソールを入れるということですが、CTのどれくらい前に入れるのが良いですか？ 入れる量は0.5~1mlということですが、総量でしょうか？</p>	<p>総量で0.5ml~1ml程度を腫瘍内（肥満細胞腫の場合は不可）、腫瘍周囲皮膚、皮下などに注入し、可能であれば軽くマッサージします。そして直後のCTを撮影、その後3分位で更に撮影、それでダメならさらに3分位で再撮影してます。中にはうまく流れない症例もあります。</p>
<p>B-2 画像診断学 華園 究 先生</p>	<p>腰下リンパ節群のエコーの抽出する時のポイントを教えてください。講演の画像はどのようにして当てればよいのか知りたいです。</p>	<p>まず、横断面で膀胱を探して下さい。そして膀胱を圧迫するように強く押すと膀胱の下に二つの輪切りの無エコー像が見られ、体の左側（画面の右側）が腹大動脈、体の右側（画面の左側）が後大静脈になります。ちなみに後大静脈は扁平に潰れますが、腹大動脈は潰れません。腹大動脈を認識したら画面の中心に合わせて、そのままプローブを尾側へゆっくり平行移動します。そうすると腹大動脈は3つに分かれます。外側の二本が外腸骨動脈、真ん中の一本が内腸骨動脈です。がこの分岐部で外腸骨動脈の外側にそれぞれ結節状の構造物が見られますが、これらが内側腸骨リンパ節になります。ここまでは正常でも視認可能です。それよりさらに尾側へプローブを移動すると下腹リンパ節、さらに尾側へ移動すると仙骨リンパ節があるはずですが正常ではこれらのリンパ節は不明瞭であることが多いです。ただし転移や反応性の変化によりリンパ節が腫大するとこれら確認することができます。</p>

テーマ	ご質問	講演者からのご回答
<p><内科> マイナーな抗がん剤に光をあてる 大参 亜紀 先生</p>	<p>ご講演大変勉強になりました。バイアルの抗がん剤についてですが、溶解後はどの薬剤も保存はできないのでしょうか？もし保存されている場合、どのような形でどれぐらいの期間で保存されていますか？</p>	<p>ご質問ありがとうございます。今回取り上げたバイアルの薬剤について、当院における保存期間は以下の通りです。</p> <p>エピルビシンはドキソルビシンと同様に7日間、ビンブラスチンは14日間、ACNUは72時間、いずれも溶解後は冷蔵保存としております。つまり単一症例の場合、ビンブラスチンは2週間毎投与でもギリギリ1バイアルで2回使えますが、それ以外は毎回新しいバイアルを開封することになります。</p> <p>ビノレルビンについては溶解の必要がない液剤であるため、理論的にはコンタミネーションさえなければ長期的に安定性が担保されていると考えられますが、実際には開封後1ヶ月程度を目安に廃棄するほうが安全だとは思いますが、保存は開封の有無に関わらず冷蔵保存が推奨されております。</p> <p>なお、あくまで当院での方針であり、実際にはより長期間の安定性を示すデータもあるため、詳細は各薬剤のインタビューフォームや成書などを参考にさせていただくこともご検討いただければと思います。</p>
<p><内科> マイナーな抗がん剤に光をあてる 大参 亜紀 先生</p>	<p>シタラビンの24時間CRI投与の際、希釈する溶液は生食で大丈夫でしょうか？エピルビシンはドキソルビシン同様、血管漏出したら壊死が起きますか？</p>	<p>ご質問ありがとうございます。シタラビンの希釈について、当院では生理食塩水を用いております。</p> <p>エピルビシンの血管外漏出に関して、医学領域においては皮膚の壊死などドキソルビシンと同様の皮膚障害が発生するとされております。漏出時の対応もドキソルビシンと同様であり、冷罨法のほかデクスラゾキサンの投与が推奨されております。</p> <p>なお、獣医学領域ではエピルビシンによる血管外漏出やデクスラゾキサンの有効性に関する情報はほとんどないのですが、エピルビシンの血管外漏出後にデクスラゾキサンを投与したところ、皮膚障害を最小限に食い止めることができた犬の症例を恥ずかしながら当院で経験しております。</p>

テーマ	ご質問	講演者からのご回答
<p><内科> マイナーな抗がん剤に光をあてる 大参 亜紀 先生</p>	<p>テモゾロミドの投与についてお伺いします。同公演の中でCCNUはカプセルの関係で投与量の調節ができないと仰っていましたが、テモゾロミドも調べてみるとカプセルでした。こちらはカプセルと開けて、分けるにあたってCCNUに比べると暴露による危険はあまり高くないという認識（もちろん最低限の注意はするとして）でいいのでしょうか？</p>	<p>ご質問ありがとうございます。テモゾロミドを処方する際、カプセルを開けて再分包することはCCNUと同様に薬剤曝露の観点から避けることを推奨します。 小型犬を想定した場合、個人的に理想とするCCNUの投与量は60-70mg/m²を3週間毎、テモゾロミドは100-150mg/m²を5日間と考えております。テモゾロミドはCCNUに比べて投与量にある程度の幅があることから、実際には用量の調節にそこまで苦慮する症例は多くはない印象です。また、テモゾロミドはCCNUと違って猫では現在のところ投与禁忌と考えられているため、テモゾロミドを投与する症例は超小型犬を除けば必然的に一定の体格以上の動物に絞られるということも、用量調節に困る場面が少ない要因となっていると思います。</p>
<p><内科> マイナーな抗がん剤に光をあてる 大参 亜紀 先生</p>	<p>CHOP抵抗性で、1回目のクールで進行病変、ACNUやロイナーゼ、DMACなども効かない症例の場合、次に選択するおすすめのプロトコルありますか？症例は4歳のシーズーで、多中心型の大細胞性B型リンパ腫になります。</p>	<p>小型犬を想定した場合、個人的に理想とするCCNUの投与量は60-70mg/m²を3週間毎、テモゾロミドは100-150mg/m²を5日間と考えております。テモゾロミドはCCNUに比べて投与量にある程度の幅があることから、実際には用量の調節にそこまで苦慮する症例は多くはない印象です。また、テモゾロミドはCCNUと違って猫では現在のところ投与禁忌と考えられているため、テモゾロミドを投与する症例は超小型犬を除けば必然的に一定の体格以上の動物に絞られるということも、用量調節に困る場面が少ない要因となっていると思います。</p>
<p><内科> マイナーな抗がん剤に光をあてる 大参 亜紀 先生</p>	<p>ニムスチンについてお聞きします。投与方法はボラスですか？投与時の注意点などありますでしょうか？</p>	<p>ご質問ありがとうございます。ニムスチンはボラスで投与可能です。消化器毒性も低いため、予防的な制吐薬なども併用しておりません。また、万一血管外に漏出してしまってもドキソルビシンやビンクリスチンのように壊死などといった強い皮膚障害は起こさないとされていますが、もちろん確実な留置を設置した上で慎重に投与しております。</p>

テーマ	ご質問	講演者からのご回答
<p><病理> 組織学的グレード分類の再考 中嶋 朋美 先生</p>	<p>多中心型リンパ腫の生検をする際、全切除であれば何か所のリンパ節をとる必要がありますでしょうか？診断する際、1か所腫れてるリンパ節を切除で大丈夫でしょうか？低悪性度のものと高悪性度のものと違いはありますか？</p>	<p>多中心型リンパ腫の組織生検は、高分化型（緩慢進行型、低悪性度）を考慮されているときには、腫大している複数のリンパ節の細胞診所見が同じであれば、リンパ節全摘出は1ヶ所で大丈夫です。細胞診で一部のリンパ節は過形成と悩ましいものがある場合には、最も高分化型リンパ腫の疑いが高いリンパ節の全摘出がよいと思います。</p> <p>細胞診で低分化型（高悪性度）とほぼ確定されれば組織生検まではされないことが多いと思いますが、このタイプのリンパ腫のWHO分類やTB分類のために組織採材される時にはリンパ節全摘出は必須ではありません。ウェッジ生検や径の太いパンチ生検で十分です。ただし、ツルーカットのような細く少量の組織では、組織構造の評価ができず、壊れる細胞も多いので、組織学的・免疫組織化学的な判定が困難なことが多いです。</p> <p>いずれにしても組織生検より前に細胞診をされると思います。細胞診は腫大しているリンパ節は可能ならすべて検査するのが理想ですが、その時々状況に合わせてください。</p>