



リムパーザによる前立腺がん治療

概要・目的：

遠隔転移のある去勢抵抗性前立腺がんのうち、がん細胞に BRCA 遺伝子変異のある患者さんが対象となります。

1. リムパーザ（一般名：オラパリブ）について

リムパーザは抗悪性腫瘍剤で、ポリアデノシン 5' ニリン酸リボースポリメラーゼ（PARP）阻害剤と呼ばれる薬です。この薬は PARP（パープ）の働きを阻害することで、前立腺がん細胞を死滅に導きます。

リムパーザの治療対象となるのは、BRCA（ビーアールシーエー）遺伝子に変異している前立腺がんの患者さんです。こうした性質を持つがん細胞では、PARP という物質が生存に重要な働きをしていることが判明しており、リムパーザがこの PARP の働きを邪魔することで、前立腺がん細胞の死滅を誘導して治療効果を発揮します。

方法：

リムパーザ（一般名：オラパリブ）1 回 300mg を 1 日 2 回内服します（患者さんのお身体の状態で変化します）

合併症(副作用・偶発症)について：

- ・日本では既に卵巣癌で 2 年以上の治療経験があります。前立腺がんに関しては国際共同第 III 相試験（PROfound 試験では、本剤が投与された 256 例（日本人 34 例を含む）中、244 例（95.3%）に有害事象が認められ、主な有害事象は、貧血 118 例（46.1%）、悪心 106 例（41.4%）、食欲減退 77 例（30.1%）でした。

- ・貧血（発現頻度：46.1%）

治療初期の症状として階段や坂を上る時の動悸、息切れ、頭痛、頭重、めまい、耳鳴り、全身倦怠感等があります。

- ・悪心（発現頻度：41.4%）

治療初期の症状として胃がむかむかする、もどす（吐いてしまう）等があります。

- ・食欲減退（発現頻度：30.1%）

治療初期の症状として食欲がない、食べる量が減った等があります。

- ・疲労（発現頻度：26%）・無力症（発現頻度：16%）

治療初期の症状として、疲れやすい、体力がなくなる、力が入らない等があります。

- ・下痢（発現頻度：21%）

治療初期の症状として腹痛、ゆるい便が出る等があります。

詳しくは別にお渡しする小冊子をご参照願います。

他の治療選択肢・代替医療について：

遠隔転移のある去勢抵抗性前立腺がんの本剤以外の治療についてこのお薬以外に、新規アンドロゲン合成阻害薬や化学療法、副腎皮質ステロイド投与、女性ホルモン、免疫療法（保険適応外）、緩和療法などによる治療があります。

ご本人の年齢や全身状態や合併疾患、病変の大きさや広がりを考慮して治療法を提示しています。ご希望に沿った治療法を選択して下さい。ご不明な点はご理解を深めて頂けるようにご質問下さい。

本治療を受けたくないという方がおられるかもしれません。もし治療を受けなければ、おそらく数ヶ月後には何らかの症状が出現してくるものと思われます。痛みなど多くの症状は現在の緩和治療でほとんど取り除くことができると思われますが、時に病的骨折などコントロールできにくい症状を認めることがあります。ただ、症状を緩和する治療は日々進歩しており、つらい症状を抱えたまま日々生活することはまずありません。以上のことを十分理解した上でこの治療を受けてください（中止はいつでも可能です）。

セカンドオピニオン・自由意思による治療の同意とその撤回・ご本人の自己決定権について：

この「リムパーザによる前立腺がん治療を受ける患者さんへ」の説明を聞いて、リムパーザによる前立腺がん治療を受けることに同意しない場合でも、あなた（患者さん）の今後の治療に不利益になることはありません。あなた（患者さん）は前立腺がんに対して、リムパーザを含まない他の適切な治療を受けることができます。

あなた（患者さん）がリムパーザによる前立腺がんの治療を受けることに同意し、治療を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、あなた（患者さん）の今後の治療や看護等の診療内容に不利益になることはありません。あなた（患者さん）は、前立腺がんに対してリムパーザを含まない他の適切な治療を受けることができます。

最終的な検査・治療方針の決定は患者さんご本人によってなされ、そのためにセカンドオピニオンを得る機会があります。また、予定される検査・治療に同意しない場合でも一切不利益をうけることはありません。また治療を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の治療や看護などの診療内容に不利益になることはありません。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

説明日 @SYSDATE

同愛記念病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

説明医師： @ACTIVEUSERNAME 印またはサイン 同席者： _____

私は、リムパーザによる前立腺がん治療の目的、方法および副作用・合併症について、上記の内容を読み、また医師の説明により十分に理解しましたので、上記の検査・治療を受けることに同意します。

なお、緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には、適宜施行されることについて同意します。

同愛記念病院 院長 殿

年 月 日

本人氏名 _____ 印 ※署名がある場合は押印不要

家族等氏名 _____ 印（本人との続柄 _____）

※本人の署名がある場合は家族等の署名は不要 ※本人が署名不能な場合や未成年者の場合には家族等の署名が必要