

正誤表

『造血器腫瘍診療ガイドライン』2018年版（第2版）補訂版 第1刷（2020年5月25日発行）に誤りがございました。下記のとおり訂正し、お詫び申し上げます。

2021年2月16日

金原出版株式会社

記

頁	訂正箇所	誤	正	備考
10	表3 染色体核型 不良となる因子	5番・7番染色体の欠失または長 腕欠失	5番・7番染色体の欠失または長 腕欠失	修正
172	Lugano 分類 (2014)	(表下部にクレジットを追加)	Reprinted with permission. ©2014 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved. Cheson BD, et al: J Clin Oncol 32 (27), 2014: 3059-3068.	変更
175	FLIPI2	(表下部にクレジットを追加)	Data from Federico M, et al: J Clin Oncol 27 (27), 2009: 4555-4562. Readers are encouraged to read the entire article for the correct context at jco.ascopubs.org.	変更
175	上から10行目	…である。PET-CT 用いた効果判 定では5ポイントスケールによ る評価が推奨されている ¹⁶⁾ 。	…である。次頁の表「改訂版 NHL の効果判定規準」は、文献14の 内容を JCOG-LSG で議論し、国 内の臨床試験で使いやすいよう に規準を作成したもの示してい る ¹⁶⁾ 。PET-CT 用いた効果判定で は5ポイントスケールによる評 価が推奨されている ¹⁷⁾ 。治療後 のスコア1または2は、complete metabolic response と考えられる。	変更
176	改訂版 NHL の効果 判定規準 (2007) 表タイトル	改訂版 NHL の効果判定規準 <u>(2007)</u>	改訂版 NHL の効果判定規準 ^{14,16)}	変更

頁	訂正箇所	誤	正	備考
177	5 ポイントスケール	(表下部にクレジットを追加)	Data from Barrington SF, et al: J Clin Oncol 32 (27), 2014: 3048-3058. Readers are encouraged to read the entire article for the correct context at jco.ascopubs.org .	変更
177	上から 2 行目	悪性リンパ腫の再発は、8 割以上が臨床症状の出現により発見されるとされている ^{17, 18)} 。定期的に CT を行うことで臨床症状が出現する前に再発が発見される場合もあるが、早期発見が予後改善につながるかは明確ではない ¹⁹⁾ 。よって定期的な CT によるフォローアップは、コストを含めた患者利益を十分に検討した上で行うことが望ましい。定期的な PET によるフォローアップは有用性を示す根拠はなく、推奨されない ²⁰⁻²³⁾ 。	悪性リンパ腫の再発は、8 割以上が臨床症状の出現により発見されるとされている ^{18, 19)} 。定期的に CT を行うことで臨床症状が出現する前に再発が発見される場合もあるが、早期発見が予後改善につながるかは明確ではない ²⁰⁾ 。よって定期的な CT によるフォローアップは、コストを含めた患者利益を十分に検討した上で行うことが望ましい。定期的な PET によるフォローアップは有用性を示す根拠はなく、推奨されない ²¹⁻²⁴⁾ 。	変更
177	文献	(文献追加)	16) 造血器腫瘍取扱い規約 第 1 版。日本血液学会／日本リンパ網内系学会編，金原出版，2010。	変更
178	文献	文献 16～23	文献 17～24	変更
182	上から 1 行目	抗 CD20 抗体維持療法により，	リツキシマブ維持療法により，	修正
226	上から 1 行目	COP 療法	CVP 療法	修正
275	表 2 タイトル	JCOG 版 ATL に対する治療効果判定規準 ²⁵⁾	JCOG 版 ATL に対する治療効果判定規準 (JCOG での ATL 臨床試験プロトコールから引用)	変更
276	上から 2 行目	対する JCOG 治療効果判定規準 ²⁵⁾ が用いられている。	対する JCOG 治療効果判定規準が用いられている。	変更
277	文献	文献 25	削除	変更
322	表 3 下部のクレジット	(Greipp PR, et al. J Clin Oncol 23 (15): 3412-3420, 2005 より引用)	Reprinted with permission. ©2005 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved. Greipp PR, et al: J Clin Oncol 23(15), 2005: 3412-3420.	変更
331	アルゴリズム 注釈	*1 MPB 療法は 9 コース継続する。ダラツズマブの投与期間に関するエビデンスはない。	*1 MPB 療法は 9 コース継続する。ダラツムマブの投与期間に関するエビデンスはない。	修正
355	上から 7～8 行目	ENDEAVAR 試験	ENDEAVOR 試験	修正

変更前	<p>ISS stage I, II, IIIに加えて 間期核 FISH (iFISH) による染色体異常 (CA) high risk : del(17p) かつ/または t(4;14) かつ/または t(14;16) あり standard risk : high risk CA を認めない</p> <p>LDH Normal : 血清 LDH ≤ 正常上限 High : 血清 LDH > 正常上限</p> <p>R-ISS:</p> <table border="1" data-bbox="328 528 1230 752"> <thead> <tr> <th>Stage</th> <th>基準</th> <th>5年生存割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>ISS stage I かつ iFISH にて standard-risk CA かつ 血清 LDH 正常範囲</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>R-ISS stage の I でもなく II でもない</td> <td>62%</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>ISS III かつ high-risk CA または血清 LDH 高値</td> <td>40%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Palumbo A, et al. J Clin Oncol 33 : 2863-9, 2015 より引用)</p>	Stage	基準	5年生存割合	I	ISS stage I かつ iFISH にて standard-risk CA かつ 血清 LDH 正常範囲	82%	II	R-ISS stage の I でもなく II でもない	62%	III	ISS III かつ high-risk CA または血清 LDH 高値	40%						
Stage	基準	5年生存割合																	
I	ISS stage I かつ iFISH にて standard-risk CA かつ 血清 LDH 正常範囲	82%																	
II	R-ISS stage の I でもなく II でもない	62%																	
III	ISS III かつ high-risk CA または血清 LDH 高値	40%																	
変更後	<table border="1" data-bbox="292 875 1394 927"> <thead> <tr> <th>予後因子</th> <th>基準</th> </tr> </thead> </table> <p>ISS stage</p> <table border="1" data-bbox="292 981 1394 1128"> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>血清 βミクログロブリン < 3.5 mg/L, 血清アルブミン \geq 3.5 g/dL</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>ISS stage I でも III でもないもの</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>血清 βミクログロブリン \geq 5.5 mg/L</td> </tr> </tbody> </table> <p>CA by iFISH</p> <p>high risk del(17p)かつ/または t(4;14) かつ/または t(14;16)あり</p> <p>standard risk high risk 染色体異常を認めない</p> <p>LDH</p> <table border="1" data-bbox="292 1335 1394 1435"> <tbody> <tr> <td>Normal</td> <td>血清 LDH \leq 正常上限</td> </tr> <tr> <td>High risk</td> <td>血清 LDH > 正常上限</td> </tr> </tbody> </table> <p>A new model for risk stratification for MM</p> <p>R-ISS stage</p> <table border="1" data-bbox="292 1563 1394 1704"> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>ISS stage I かつ iFISH にて standard-risk CA かつ血清 LDH 正常範囲</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>R-ISS stage の I でも III でもない</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>ISS stage III かつ iFISH で high-risk CA または血清 LDH 高値</td> </tr> </tbody> </table> <p>CA, chromosomal abnormalities (染色体異常); iFISH, interphase fluorescence in situ hybridization (間期核 FISH); ISS, International Staging System (国際病期分類); LDH, lactate dehydrogenase; MM, multiple myeloma; R-ISS, revised International Staging System</p> <p>Reprinted with permission. ©2015 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved. Palumbo A, et al: J Clin Oncol 33 (26), 2015: 2863-2869.</p>	予後因子	基準	I	血清 β ミクログロブリン < 3.5 mg/L, 血清アルブミン \geq 3.5 g/dL	II	ISS stage I でも III でもないもの	III	血清 β ミクログロブリン \geq 5.5 mg/L	Normal	血清 LDH \leq 正常上限	High risk	血清 LDH > 正常上限	I	ISS stage I かつ iFISH にて standard-risk CA かつ血清 LDH 正常範囲	II	R-ISS stage の I でも III でもない	III	ISS stage III かつ iFISH で high-risk CA または血清 LDH 高値
予後因子	基準																		
I	血清 β ミクログロブリン < 3.5 mg/L, 血清アルブミン \geq 3.5 g/dL																		
II	ISS stage I でも III でもないもの																		
III	血清 β ミクログロブリン \geq 5.5 mg/L																		
Normal	血清 LDH \leq 正常上限																		
High risk	血清 LDH > 正常上限																		
I	ISS stage I かつ iFISH にて standard-risk CA かつ血清 LDH 正常範囲																		
II	R-ISS stage の I でも III でもない																		
III	ISS stage III かつ iFISH で high-risk CA または血清 LDH 高値																		