

がん化学療法レジメン登録票

新規レジメン登録の際にはプロトコールの提出が必須です
プロトコールがない場合は参考文献を提出してください

レジメン名	ECOG-ACRIN E1910 Maintenance Therapy
診療科名	血液・腫瘍内科
診療科責任者名	末永 孝生
適応がん種	MRD 隱性覚解期のB細胞前駆細胞急性リンパ性白血病 (BCP-ALL)
保険適応外の使用	□有 ■無
入院外来区分	□入院 ■外来

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	ALL-064
登録日・更新日	2025年4月22日
削除日	
出典	N Engl J Med 2024;391:320-333
入力者	湯山 聰

投与順に記入(抗がん剤のみ)

	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名) 希釈液	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
No.2	ビンクリスチン硫酸塩 (オシロビン注射用)	1mg	1.4 mg/m2 ※1	□IV ■DIV ■CV □側管 □その他()	10分	day1
	生理食塩液	100mL				
No.3	ブレドニゾロン (ブレドニゾロン錠)	5mg	60 mg/m2/回	□IV □DIV □CV □側管 ■その他(経口)	1日1回	day1-5
No.4	メトレキサート (メトレキサート錠)	2.5mg	20 mg/m2/回	□IV □DIV □CV □側管 ■その他(経口 ※2)	1日1回	週1回
No.6	メルカブトプリン水和物 (ロイケリン散)	10%	75 mg/m2/回	□IV □DIV □CV □側管 ■その他(経口)	1日1回 ※3	連日
No.7	メソトレキサート注射剤 (メソトレキサート注射剤)	5mg	12.5 mg/body	□IV □DIV □CV □側管 ■その他(鮫注)	-	day1 ※5
	生理食塩液	20mL	※4			

1コースの期間	3ヶ月
投与間隔の短縮規定	□短縮可能(日) · ■短縮不可能
計算後の投与量上限値	110%
計算後の投与量下限値	50%

<p>【開始基準】 ・ANC \geq 750/μL ・PLT $>$ 7.5万/μL</p> <p>【増量・減量・休薬・中止基準】 <ビンクリスチン硫酸塩> ・直接ビリルビン $>$ 3mg/dL: 50%用量へ減量 ・DIP(第1)関節近くの感覺異常: 50%用量へ減量 ・著しい筋力低下、脳神経麻痺、または重度の腸閉塞: 中止</p> <p><メルカブトプリン水和物> ・NUDT15遺伝子多型検査の実施を検討し、ARG/CYSあるいはOYS/CYSの場合は減量を検討すること。 ・ANC $<$ 500/μL(初回): ANC \geq 750/μLに回復するまで休薬。回復したら全量で再開。 ・ANC $<$ 500/μL(2回目): ANC \geq 750/μLに回復するまで休薬。回復したら50%用量で再開。2~4週間の間隔で、ANC \geq 750/μLが保持できていれば、75%用量、100%用量の順に增量する。 ・PLT $<$ 7.5万/μL(初回): PLT \geq 7.5万/μLに回復するまで休薬。回復したら全量で再開。 ・PLT $<$ 7.5万/μL(2回目): PLT \geq 7.5万/μLに回復するまで休薬。回復したら50%用量で再開。2~4週間の間隔で、PLT \geq 7.5万/μLが保持できていれば、75%用量、100%用量の順に增量する。 ・ANC \geq 1500/μL(6週間で3回または2ヶ月連続): 25%増量可能(メルカブトプリン水和物と同時に増量は不可)。 ・Grade2以上のクレアチニン増加: 休薬。Grade1以下に回復したら、元の用量で再開できる。</p> <p><メソトレキサート(内服)> ・ANC $<$ 500/μL(初回): ANC \geq 750/μLに回復するまで休薬。回復したら全量で再開。 ・ANC $<$ 500/μL(2回目): ANC \geq 750/μLに回復するまで休薬。回復したら50%用量で再開。2~4週間の間隔で、ANC \geq 750/μLが保持できていれば、75%用量、100%用量の順に增量する。 ・PLT $<$ 7.5万/μL(初回): PLT \geq 7.5万/μLに回復するまで休薬。回復したら全量で再開。 ・PLT $<$ 7.5万/μL(2回目): PLT \geq 7.5万/μLに回復するまで休薬。回復したら50%用量で再開。2~4週間の間隔で、PLT \geq 7.5万/μLが保持できていれば、75%用量、100%用量の順に增量する。 ・ANC \geq 1500/μL(6週間で3回または2ヶ月連続): 25%増量可能(メルカブトプリン水和物と同時に増量は不可)。 ・直接ビリルビン $<$ 2.0mg/dL: 休薬。直接ビリルビン \leq 2.0mg/dLまで回復したら元の用量で再開できる。 ・少なくとも1週間離れた2回の検査でAST $>$ 800U/LまたはALT $>$ 800U/L: 休薬。AST $<$ 150U/LまたはALT $<$ 200U/Lまで回復したら元の用量で再開できる。 ・Grade3の口腔粘膜炎: 50%用量へ減量 ・Grade4の口腔粘膜炎: 休薬。回復したら、50%用量で再開。忍容性に応じて增量可能。 ・重度の下痢、嘔吐: 休薬。Grade2未満まで回復したら、50%用量で再開できる。忍容性に応じて增量可能。 ・Grade2以上のクレアチニン増加: 休薬。Grade1以下に回復したら、元の用量で再開できる。</p>	前投薬	なし
	支持療法(その他)	なし
	その他の注意事項	<p>※1 最大投与量 2 mg/body</p> <p>※2 静脈内投与も可能</p> <p>※3 食事の1時間前、または食後2時間の空腹の就寝時に服用する。</p> <p>※4 原則、総量が5mlになるように調製する。</p> <p>※5 土3日の範囲で投与する</p> <p>・維持療法は Intensification therapyから2年半継続すること ・ビンクリスチン投与中はイトラコナゾール、ポリコナゾール、ボサコナゾールの併用を避ける。</p> <p>＜鰓注＞ 併用注意薬 ・ヘパリジンNa (6時間以内の併用) ・低分子ヘパリジン (12時間以内の併用) ・抗血小板薬 クロビダグレル、チクロビジン、など ・抗凝固薬 アピキサバン、ダビガトラン、ワルファリンなど ・内服の併用注意薬の休薬期間は、院内の「凝固系薬物前休薬一覧」に準拠する。 ※アスピリンは併用してもよい ※ヘパリジンカルシウム(ヘパリジン皮下注)は10000U/dayまでは併用してもよい</p>