

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	AALL1231 Delayed Intensification ArmB
診療科名	血液腫瘍内科
診療科責任者名	末永 孝正
適応がん種	T-ALL
保険適応外の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
入院外来区分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	ALL-71
登録日・更新日	2026年4月28日
削除日	
出典	J Clin Oncol. 2022 Jul 1;40(19):2106-2118.
入力者	若宮 奈央

投与順に記入(抗がん剤のみ)

No.	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名)	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
	希釈液					
No.1	ボルテゾミブ (ボルテゾミブ注射用)	3mg	1.3mg/m ²	<input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	-	day1,4,15,18
	生理食塩液	20mL				
No.2	ビンクリスチン硫酸塩 (オンコピン注射用)	1mg	1.5mg/m ² ※1	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	10分	day1,8,15,43,50
	生理食塩液	100mL				
No.3	ドキシソルピシン塩酸塩 (ドキシソルピシン塩酸塩注射用)	10mg,50mg	25mg/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	10分	day1,8,15
	生理食塩液	100mL				
No.4	ペグアスパルガーゼ (オンキヤスパー点滴静注用)	3750IU	2500IU/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	1時間	day4,18,43
	生理食塩液	100mL				
No.5	シクロホスファミド水和物 (注射用エンドキサン)	100,500mg	1000mg/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	60分	day29
	生理食塩液	500mL				
No.5	シタラビン (キロサイド注)	400mg,1g	75mg/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	15分	day29-32,36-39
	生理食塩液	50mL				
No.6	メトレキサート (注射用メトレキサート)	5mg,50mg	15mg/body	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(髄注)	-	day8,29,36
	生理食塩液	20mL	※2			
No.7	デキサメタゾン ※3 (デカドロン錠)	0.5mg,4mg	5mg/m ² /回	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(経口)	1日2回	day1-7,15-21
No.8	メルカプトプリン水和物 ※4 (ロイケリン散)	10%	75mg/m ² /回	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input checked="" type="checkbox"/> その他(経口)	1日1回 ※5	day1-7,15-21

1コースの期間	63日
投与間隔の短縮規定	<input type="checkbox"/> 短縮可能(日) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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%

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

	<p>【開始基準】 好中球数$\geq 750/\mu\text{L}$、血小板数$\geq 75,000/\mu\text{L}$</p> <p>【延期基準】 好中球数$\leq 750/\mu\text{L}$、血小板数$\leq 75,000/\mu\text{L}$が生じた場合、29日目のみ休業することができる。</p> <p><ピンクリスティン> ・神経障害性疼痛: Grade3以上の場合、投与を中止する。症状が改善したら、50%量から再開する(最大用量1mg)。その後忍容性に応じて、全量まで漸増する。 ・高ビリルビン血症(直接ビリルビン値): <3.1mg/dLの場合、投与量調節は不要(最大用量2mg)。 3.1-5.0mg/dLの場合、50%減量して投与する(最大用量1mg)。 5.1-6.0mg/dLの場合、75%減量して投与する(最大用量0.5mg)。 6.0mg/dLの場合、投与を中止する。改善したら、次回投与から再開する。中止期間中に予定されていた投与は実施しない。 ・便秘または腸閉塞: Grade3以上の場合、投与を中止する。症状が軽減したら50%量(最大用量1mg)で再開し、忍容性に応じて漸増し全用量まで増量する。</p> <p><ベグアスバルガーゼ> ・アレルギー反応: グレード2以上のアレルギー反応(CTCAE v4.0定義)で、医学的介入を必要とする場合には、中止が推奨される。 グレード2以上の全身性または再発性局所アレルギー反応が生じた場合、クリサンタスパーゼに代替する。 クリサンタスパーゼへ切り替えた場合2500IU/m²を週3回、計6回の投与を行う。 ・アナフィラキシー: グレード3のアナフィラキシー(CTCAE v4.0定義)を発症した場合、投与を中止すること。この場合、クリサンタスパーゼに切り替える。 ・凝固障害: 症状がある場合、症状が改善するまで中断し、次に予定されている投与量から再開する。臨床症状を伴わない検査値異常の場合は投与を中止しない。 ・高ビリルビン血症(直接ビリルビン値が上昇している場合、投与を中止する。 ・アトアトーン: ス・インスリンで血糖値を調節できるまで、投与を中止する。 ・肺炎: Grade3-4の場合は投与を中止する。また、アスバラギナーゼの追加投与は禁忌である。 無症状のGrade2肺炎(酵素上昇または画像所見のみ)の場合、症状と徴候が消失し、アミラーゼ/リパーゼ値が正常化してから、投与を再開すべきである。 ・血栓症: 症状が改善するまで投与を中止し、適宜抗血栓療法を実施すること。症状改善後は、低分子ヘパリンまたは抗血栓療法を継続しつつ、投与再開を検討する。 臨床的関連性のない検査値異常のみを理由に投与を中止しないこと。 出血、血栓症、梗塞などの中枢神経イベントが生じた場合、投与を中止する。必要に応じ、FFP、凝固因子製剤、抗凝固療法で治療する。 全症状が消失した(血栓症の場合はCT/MRIによる確認後)場合、全用量での再開を検討する。</p> <p><ボルテゾミブ> ・末梢神経障害: Grade1-2(痛みを伴わない)の場合、用量調節は不要。 Grade1(痛みを伴う)の場合、1mg/m²に減量する。 Grade2(痛みを伴う)またはGrade3の場合、症状が\leqGrade1になるまで休業する。症状が改善したら、1mg/m²で再開する。 投与できなかった分はスキップすること。 Grade2またはGrade3で2週間以上持続するものまたは減量後の再発の場合、投与を中止する Grade4の場合、投与を中止する。 ・肺毒性: Grade3の肺毒性が生じた場合は、1mg/m²に減量する。 Grade4の肺毒性が生じた場合は、投与を中止する。 ボルテゾミブ減量後にGrade3の肺毒性を再発した場合は、投与を中止する。 ・高ビリルビン血症: 中等度の肝機能障害(>1.5-3.0mg/dL)の場合、AST/ALT上昇または高ビリルビン血症が改善し、かつボルテゾミブの関連がないとされる場合には、以降のサイクルで1mg/m²まで増量できる。 ・非血液学的および非電解質関連の毒性: ボルテゾミブに関連するGrade3-4の毒性に対しては、1mg/m²に減量する。</p> <p><シタラビン> ・発疹または結膜炎: Grade3-4の場合、毒性が解消するまで投与を中止する。 ・骨髄抑制: Consolidation開始後は、合併症を伴わない場合は投与を中止しないこと。重篤な感染症の場合は投与を中止すること。中止した分は必ず投与すること。 ・腎機能: Cr<60mL/min未満の場合、回復するまで投与を保留する。回復までに3週間以上を要する場合は、投与を中止する。</p> <p><シクロホスファミド> ・血尿: 肉眼的血尿がみられた場合には投与を中止する。 過去に著名な血尿の既往がある場合、投与前に水分補給を行い、比重が1.010未満となるまで継続する。投与後24時間は125mL/m²/hで水分補給を行う。 ・腎機能障害: Cr<10mL/min/1.73m²未満の場合、50%減量して投与する。</p> <p><ドキシルビジン> ・心毒性: 臨床所見または心エコー検査所見による心筋症(EF<50%)またはGrade3-4の左室収縮機能障害(CTCAE ver4.0)の場合、投与を中止する。 ・骨髄抑制: 重篤な感染症またはGrade3-4の粘膜炎かつANC<500μLの場合、投与を延期する。 ・高ビリルビン血症: <1.2mg/dLの場合、投与量調節は不要。 1.2-3.0mg/dLの場合、50%減量して投与する。 3.1-5.0mg/dLの場合、75%減量して投与する。 >5.0mg/dLの場合、投与を中止する。毒性が解消した場合、次に予定されている投与量を投与する。投与スキップ分は投与しない。</p> <p><メルカプトリン> NUDT15変異 ホモ: 10-20mg/m²/日 週3回 ヘテロ: 必要に応じて減量を検討する(参考: TMPT変異の場合は30-50%減量)</p> <p>【註】 <メソトレキサート> 年齢 投与量 1-1.99 8mg 2-2.99 10mg 3-8.99 12mg ≥ 9 15mg ・全身性毒性(骨髄抑制、粘膜炎など): ロイコボリンを髄注施行後48時間経過後より、5 mg/m²/回を12時間間隔で2回投与する。 ・髄注の代替としてオンマイヤカテテルによる脳室内化学療法を使用できるが、年齢に基づく投与量の50%へ減量する。 ・粘膜炎: 回復するまで中止</p>
<p>減量・中止基準</p>	
<p>催吐性リスク</p>	<p>高度</p>
<p>前投薬</p>	<p>-</p>
<p>支持療法(その他)</p>	<p>・シクロホスファミドの総投与量の60%を3回(シクロホスファミド投与時、4時間後、8時間後)に分けてメスナを投与する。□</p>
<p>その他の注意事項</p>	<p>※1: 最大投与量は2mg ※2: IT投与量は5mLとする。 ※3: 点滴投与も可能。その場合、経口投与量と同量で代用する。 ※4: Thioguanineは本邦未承認であるため、メルカプトリンで代替を行うこと(Blood (2010) 115 (14): 2740-2748)。 ※5: 夕食後少なくとも1時間後に投与する。牛乳や柑橘類は避けて服用する。</p> <p>◆併用注意薬 ・ヘパリンNa (6時間以内の併用) ・低分子ヘパリン(12時間以内の併用) ・抗血小板薬 クロドドグレル、チクロピジン、プラスグレル など ・抗凝固薬 アピキサiban、ダビガトラン、リバーロキサバン、エドキサバン、ワルファリン など ・併用注意薬の休業期間は、院内の「手術時に注意すべき薬剤の手術前休業期間について」に準拠する。 ※アスピリンは併用可能 ※ヘパリンカルシウム(ヘパリン皮下注)は10000IU/dayまでは併用可能 ※フルトン型チロシンキナーゼ阻害薬(イブルチニブ、テラブルチニブ、アカラブルチニブ、ビルトルチニブ、ザヌブルチニブ)は原則、併用可能</p>