

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ルの提出が必須です
プロトコ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	パルボシクリブ+FUL+LH-RHa
診療科名	乳腺科
診療科責任者名	福岡 英祐
適応がん種	手術不能又は再発乳癌
保険適応外の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	BR-042
登録日・更新日	2018/2/27登録、2020/10/27更新 2021/1/25更新、2021/3/2更新
削除日	
出典	Lancet. 2016 17:425-439 イブランス適正使用ガイド
入力者	宮川 慧子

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.1	パルボシクリブ (イブランス錠)	25mg, 125mg	125mg/回 1日1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(内服)	食後	Day1-21
No.2	フルベストラント (フェソロデックス筋注)	250mg	500mg/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(筋注)	-	Cycle 1 Day1,15 Cycle 2以降 Day1
No.3	ゴセレリン (ゾラデックスデポ)	3.6mg	3.6mg/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(皮下注)	-	day1

1コースの期間	28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%

減量・中止基準	<p>【イブランス開始基準】 ANC\geq1500/μL、Plt\geq10万/μL、Hb\geq9.0g/dL、AST$<$100U/L、ALT$<$150U/L、T-Bil$<$1.5mg/dL</p> <p>【イブランス錠減量基準】 通常投与量:125mg/日 一次減量:100mg/日 二次減量:75mg/日</p> <p>●好中球減少症及び血小板減少症 ・Grade3 休薬し、1週間以内に血液検査を行う。Grade2以下に回復後、同一投与量で投与を再開 回復に1週間以上を要する場合や次サイクルでGrade3の好中球減少が再発する場合は、減量を考慮 ・Grade3かつ好中球減少に付随して38.5℃以上の発熱又は感染症がある場合 Grade2以下に回復するまで休薬する。回復後、1レベル減量し投与を再開 ・Grade4 Grade2に回復するまで休薬する。回復後、1レベル減量し投与を再開</p> <p>・非血液系 Grade3以上 治療しても症状が継続する場合 Grade1以下又はGrade2で安全性に問題がない状態に回復するまで休薬 回復後、1レベル減量し投与を再開</p> <p>・肝機能障害 T-Bil$>$3.0mg/dL 75mg1日1回 ・腎機能障害 Cr\geq15mL/minにおける本剤の用量調節は不要</p>
前投薬	なし
その他の注意事項	<p>・ホルモン受容体陽性、HER2陰性 転移性乳癌に使用する</p> <p>・閉経前および閉経周辺期の場合、ゾラデックスデポ(ゴセレリン)の投与を第一選択とする。</p> <p>・フルベストラントは減量しない</p> <p>・採血タイミング 1,2サイクル目: day1, 15 2サイクル目以降: day1のみでよい</p>

記入者	川田 暁
確認者	坂本 尚美