

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	ペバシズマブ+FOLFOXIRI
診療科名	腫瘍内科
診療科責任者名	大山 優
適応がん種	切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌
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	En-049
登録日・更新日	2020年6月23日
削除日	
出典	N Engl J Med 2014;371:1609-18.
入力者	小倉宏之

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) 希釈液	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
	生理食塩液					
No.1	ペバシズマブ (ペバシズマブBS点滴静注「第一三共」) 生理食塩液	100mg、400mg	5 mg/kg	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	90分 ※1	Day1
No.2	イリノテカン塩酸塩水和物 (イリノテカン塩酸塩点滴静注液) 生理食塩液	40mg、100mg	165mg/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	1時間	Day1
No.3	オキサリプラチン (オキサリプラチン点滴静注液) 5%ブドウ糖液	50mg、100mg、 200mg	85mg/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	2時間	Day1
No.4	レボホリナート (レボホリナート点滴静注用) 5%ブドウ糖液	25mg、100mg	200mg/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input checked="" type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	2時間	Day1
No.5	フルオロウラシル (フルオロウラシル注) 生理食塩液	250mg、1000mg	3200mg/m ²	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他()	48時間	Day1

1コースの期間	14日
投与間隔の短縮規定	<input checked="" type="checkbox"/> 短縮可能(1 日) ・ <input 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>【初回投与基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・好中球数 $\geq 1500 / \mu\text{L}$ ・ヘモグロビン値 $> 9.0 \text{ g/dL}$ ・血小板数 $\geq 7.5 \text{ 万} / \mu\text{L}$ ・AST $\leq 100 \text{ IU/L}$ ※肝転移が認められる場合: $\leq 150 \text{ IU/L}$ ・ALT $\leq 100 \text{ IU/L}$ ※肝転移が認められる場合: $\leq 200 \text{ IU/L}$ ・総ビリルビン値 $\leq 1.5 \text{ mg/dL}$ ・血清クレアチニン値 $\leq 1.5 \text{ mg/dL}$ <p>【休薬・延期基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・好中球数 $< 1000 / \mu\text{L}$ ・血小板数 $< 7.5 \text{ 万} / \mu\text{L}$ ・Grade1以上の下痢 ・Grade1以上の粘膜炎 ・その他、Grade2以上の非血液毒性 <p>上記、症状改善するまで投与延期する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Grade3以上の手足症候群:フルオロウラシルを休薬する ・Grade3以上の末梢神経障害:オキサリプラチンを休薬する <p>【減量基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Grade4の好中球数減少 ・発熱性好中球数減少症 ・Grade3以上の血小板数減少 <p>上記いずれか出現した場合、イリノテカン、オキサリプラチンをそれぞれ25%減量する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Grade3の下痢:イリノテカン、フルオロウラシルをそれぞれ25%減量する ・Grade4の下痢:イリノテカン、フルオロウラシルをそれぞれ50%減量する ・Grade3の口内炎:フルオロウラシルを25%減量する ・Grade4の口内炎:フルオロウラシルを50%減量する <ul style="list-style-type: none"> ・心筋虚血が出現した場合:フルオロウラシルを中止する <p><ペバシズマブ(アバステン)></p> <p>【休薬基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コントロール不良な高血圧(収縮期血圧 $> 150 \text{ mmHg}$または拡張期血圧 $> 100 \text{ mmHg}$または臨床症状のある高血圧)はコントロール可能になり、臨床症状が改善されるまで ・尿蛋白タンパク定性 $\geq 2+$ ・その他非血液毒性に関しては投与開始前のレベル又はGrade 1以下になるまで休薬 <p>【中止基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Grade 3以上の出血(肺、CNSからの出血はGrade 2以上) ・ネフローゼ症候群 ・Grade4の高血圧
前投薬	アプレピタント+5-HT3受容体拮抗薬+デキサメタゾン+H1、H2ブロッカー
その他の注意事項	※1 忍容性に応じて60分→30分と短縮可能 ・ペバシズマブ(アバステン)を使用する際には月1回、尿たん白定性を測定すること。

記入者	小倉宏之
確認者	齋藤亜由美