

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    | Durvalumab＋FLOT4                                                   |
| 診療科名     | 腫瘍内科                                                               |
| 診療科責任者名  | 大山 優                                                               |
| 適応がん種    | 胃がん                                                                |
| 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             | Ga-58                                     |
| 登録日・更新日          | 2026年8月25日                                |
| 削除日              |                                           |
| 出典               | N Engl J Med. 2025 Jul 17;393(3):217–230. |
| 入力者              | 若宮 奈央                                     |

| 投与順に記入(抗がん剤のみ) |                                |                       |                        |                                                                                                                                                                                   |      |         |
|----------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|
| 1-4サイクル        |                                |                       |                        |                                                                                                                                                                                   |      |         |
|                | 薬剤名：一般名<br>(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           | デュルバルマブ<br>(イミフィンジ点滴静注)        | 120mg, 500mg          | 1500mg/body            | <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )            | 1時間  | Day1    |
|                | 生理食塩液                          | 100mL                 |                        |                                                                                                                                                                                   |      |         |
| No.2           | ドセタキセル<br>(ドセタキセル点滴静注)         | 20mg, 80mg            | 50 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )            | 1時間  | Day1,15 |
|                | 生理食塩液                          | 250mL                 |                        |                                                                                                                                                                                   |      |         |
| No.3           | オキサリプラチン<br>(オキサリプラチン点滴静注)     | 50mg, 100mg,<br>200mg | 85 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )            | 2時間  | Day1,15 |
|                | 大塚糖液5%                         | 250mL                 |                        |                                                                                                                                                                                   |      |         |
| No.4           | レボホリナートカルシウム<br>(レボホリナート点滴静注用) | 25mg, 100mg           | 200 mg/m <sup>2</sup>  | <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CV <input checked="" type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( ) | 2時間  | Day1,15 |
|                | 大塚糖液5%                         | 250mL                 |                        |                                                                                                                                                                                   |      |         |
| No.5           | フルオロウラシル<br>(フルオロウラシル注)        | 250mg, 1000mg         | 2600 mg/m <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )            | 24時間 | Day1,15 |
|                | 生理食塩液                          |                       |                        |                                                                                                                                                                                   |      |         |

| 5サイクル以降 |                         |              |             |                                                                                                                                                                        |      |      |
|---------|-------------------------|--------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
|         | 薬剤名：一般名<br>(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    | デュルバルマブ<br>(イミフィンジ点滴静注) | 120mg, 500mg | 1500mg/body | <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( ) | 1時間  | Day1 |
|         | 生理食塩液                   | 100mL        |             |                                                                                                                                                                        |      |      |

|            |                                                                               |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 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%                                                                           |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                               |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
|           | <p>【開始基準】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・Hb<math>\geq</math>9.0g/dL、総Bil<math>\leq</math>1.5mg/dL(ジルベール症候群と診断された患者はこの限りではない)</li><li>・AST<math>\leq</math>80U/LかつALT<math>\leq</math>100U/L</li><li>・ANC<math>\geq</math>1500/<math>\mu</math>L、Plt<math>\geq</math>10万/<math>\mu</math>L</li><li>・Ccr<math>&gt;</math>50mL/min</li></ul> <p>・デュルバルマブの投与が中止または延期された場合でも、FLOT4は予定通り投与する。</p>                                           |                                 |                               |
| 減量・中止基準   | 【減量・中止基準】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 |                               |
|           | 1段階減量                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2段階減量                           |                               |
|           | 発熱性好中球減少症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ドセタキセル：75%                      | ドセタキセル：50%                    |
|           | 出血を伴う血小板減少                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | オキサリプラチン：75%                    | オキサリプラチン：50%                  |
|           | その他の用量規制となる血液毒性                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                               |
|           | 末梢神経障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | オキサリプラチン：75%                    | オキサリプラチン：50%                  |
|           | クレアチニンクリアランス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 30～40mL/minの場合；<br>オキサリプラチン：75% | 30mL/min未満の場合；<br>オキサリプラチン：中止 |
|           | Grade3以上の非血液毒性                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 被疑薬：75%                         | 被疑薬：50%                       |
| 催吐性リスク    | 中等度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                               |
| 前投薬       | クロルフェニラミンマレイン酸塩5mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                               |
| 支持療法(その他) | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                               |
| その他の注意事項  | <ul style="list-style-type: none"><li>・術前補助療法2サイクル＋術後補助療法2サイクルを行った後、デュルバルマブ単剤投与を最大10サイクルとする。</li><li>・体重が30kg以下の場合、デュルバルマブの投与量は20mg/kg/回とする。</li><li>・術前FLOT療法は最大2週間延期が可能であるが、術前治療期間は3か月を超えないこととする。</li><li>・治療関連毒性により術前FLOTが中止された場合、術前デュルバルマブ投与は省略とする。</li><li>・術後補助療法の総期間は術後補助療法の初回投与から12か月を超えないこと。</li><li>・無菌の蛋白結合性の低い0.2又は0.22<math>\mu</math>mインラインフィルター(ポリエーテルスルホン製等)を使用。</li><li>・生理食塩液又は5%ブドウ糖注射液の点滴バッグに注入し、最終濃度を1～15mg/mLとする。</li></ul> |                                 |                               |
|           | 【免疫チェックポイント阻害薬を使用する際の注意事項】を参照                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                               |