

# 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	Obinutuzumab+CHOP
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	CD20陽性の濾胞性リンパ腫
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	NHL-035
登録日・更新日	2018年10月23日 登録 2020年12月21日 更新
削除日	
出典	N Engl J Med. 2017;377:1331-1344
入力者	湯山 聡

投与順に記入(抗がん剤のみ)

1サイクル目						
No.	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名) 希釈液	規格	投与量算式	投与経路	投与時間	施行日
No.1	オビヌツズマブ(遺伝子組換え) (ガザイハ点滴静注) 生理食塩液	1000mg 250mL	1000mg/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( )	*	day1, 8, 15
No.2	シクロホスファミド水和物 (注射用エンドキサン) 生理食塩液	100mg, 500mg 500 mL	750mg/m2	<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	day2
No.3	ドキシルピシン塩酸塩 (ドキシルピシン塩酸塩注射液) 生理食塩液	10mg, 50mg 100 mL	50mg/m2	<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( )	bolus	day2
No.4	ピンクリスチン硫酸塩 (オンコピン注射用) 生理食塩液	1mg 100 mL	1.4mg/m2 最大 2mg/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( )	bolus	day2
No.5	プレドニゾン	5mg	100mg/body	<input checked="" 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)	内服	day2-6

2-8サイクル目						
No.	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名) 希釈液	規格	投与量算式	投与経路	投与時間	施行日
No.1	オビヌツズマブ(遺伝子組換え) (ガザイハ点滴静注) 生理食塩液	1000mg 250mL	1000mg/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( )	*	day1
No.2	シクロホスファミド水和物 (注射用エンドキサン) 生理食塩液	100mg, 500mg 500 mL	750mg/m2	<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	day2
No.3	ドキシルピシン塩酸塩 (ドキシルピシン塩酸塩注射液) 生理食塩液	10mg, 50mg 100 mL	50mg/m2	<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( )	bolus	day2
No.4	ピンクリスチン硫酸塩 (オンコピン注射用) 生理食塩液	1mg 100 mL	1.4mg/m2 最大 2mg/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( )	bolus	day2
No.5	プレドニゾン	5mg	100mg/body	<input checked="" 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)	内服	day2-6

9サイクル目以降						
No.	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名) 希釈液	規格	投与量算式	投与経路	投与時間	施行日
No.1	オビヌツズマブ(遺伝子組換え) (ガザイハ点滴静注) 生理食塩液	1000mg 250mL	1000mg/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( )	*	day1

1コースの期間(1-8サイクル)	21日
1コースの期間(9サイクル以降)	2ヶ月
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>【開始基準】 ANC ≥ 1500/μL, Plt ≥ 10万/μL, Hb ≥ 9.0g/dL, AST,ALT ≤ 100IU/L, T-Bil ≤ 1.5mg/dL, Scr ≤ 1.5mg/dLまたはCcr ≥ 40mL/min, aPTT &lt; 57秒</p> <p>【減量・中止基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●血液毒性 Grade 3 最大3週間投与延期(投与再開はGrade 2以下まで回復した場合) Grade 4 最大3週間投与延期(投与再開はGrade 2以下まで回復した場合)</li> <li>●infusion reaction Grade 3投与中断(投与再開は、症状が回復した場合) Grade 4 投与中止</li> <li>●肝炎ウイルスの再活性化 <ul style="list-style-type: none"> <li>・血清中のHBV-DNAレベルが29 IU/mL以上 投与中断(投与再開は、以下の場合)</li> <li>・抗ウイルス薬投与後、HBV-DNAレベルが検出限界未満(&lt;10IU/mL)まで低下 ・再検査でB型肝炎の再活性化が確認されない</li> <li>・抗ウイルス剤を投与されているにも関わらずHBVDNAレベルが100IU/mLを超える、又は上昇 投与中止</li> </ul> </li> </ul>
前投薬	<p>【オビヌツズマブ前投薬】 アセトアミノフェン500mg+クロルフェニラミン注10mg+ファモチジン注20mg+メチルプレドニゾンコハク酸エステルナトリウム注80mg</p> <p>【制吐剤】 5-HT3受容体拮抗薬</p>
その他の注意事項	<p>* オビヌツズマブの投与方法は院内標準化に準拠する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・バイアルから40mLを抜き取り、日局生理食塩液で希釈して計250mLとする。</li> <li>・導入療法中に併用する抗悪性腫瘍剤を中止した場合、単独投与を継続することができる。</li> <li>・ピンクリスチンの投与前日から投与翌日までの3日間はイトラナゾールを中止する。</li> </ul> <p>B型肝炎ウイルスキャリアの患者又は既往感染者(HBs抗原陰性、かつHBe抗体又はHBs抗体陽性)において、本剤の投与によりB型肝炎ウイルスの再活性化による肝炎があらわれることがあるので、本剤投与前に先立って肝炎ウイルス感染の有無を確認し、本剤投与前に適切な処置を行うこと。本剤の治療開始後及び治療終了後は、継続して肝機能検査や肝炎ウイルスマーカーのモニタリングを行うなど、B型肝炎ウイルスの再活性化の徴候や症状の発現に注意すること。</p>

記入者	湯山 聡
確認者	竹内 正美