

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	Atezolizumab+CBDCA+nab-PTX 4週
診療科名	呼吸器内科
診療科責任者名	大槻 歩
適応がん種	化学療法未治療の扁平上皮癌を除く切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌
保険適応外の使用	☐ 有 ☒ 無
入院外来区分	☒ 入院 ☐ 外来

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	NSCLC-138
登録日・更新日	2025年10月28日
削除日	
出典	West H et al.: Lancet Oncol.2019;24:2019 (IMpower130試験) テセントリク適正使用ガイド
入力者	島田 紀香

投与順に記入(抗がん剤のみ)					
induction		規格	投与量算出式	投与経路	投与時間
薬剤名・一般名 (薬剤名・商品名)	希釈液				
No.1	アテゾリズマブ(遺伝子組換え) (テセントリク点滴静注)	1200mg	1200 mg/body	☐ IV ☒ DIV ☐ CVポート ☐ 側管 ☐ その他()	60 分 ※1
	生理食塩液	250mL			
No.2	カルボプラチン (カルボプラチン点滴静注液)	50mg, 150mg, 450mg	AUC 5～6 ※3	☐ IV ☒ DIV ☐ CVポート ☐ 側管 ☐ その他()	60分
	生理食塩液	250mL			
No.3	パクリタキセル(アルブミン懸濁 型) (アブラキサン点滴静注用) ※2	100mg	100 mg/m ²	☐ IV ☒ DIV ☐ CVポート ☐ 側管 ☐ その他()	30 分
	生理食塩液	50mL			

maintenance		規格	投与量算出式	投与経路	投与時間
薬剤名・一般名 (薬剤名・商品名)	希釈液				
No.1	アテゾリズマブ(遺伝子組換え) (テセントリク点滴静注)	840mg	1680 mg/body	☐ IV ☒ DIV ☐ CVポート ☐ 側管 ☐ その他()	60 分 ※1
	生理食塩液	250mL			

1コースの期間 (induction)	21日
1コースの期間 (maintenance)	28日
投与間隔の短縮規定	☐ 短縮可能(日) ・ ☒ 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	【開始基準:Day1】 ANC$\geq$1,500/mm³ Hb$\geq$9.0g/dL Plt$\geq$10万/mm³(輸血せずに) PT-INR or aPTT$\leq$1.5*ULN(抗凝固療法を受けてる場合はこの限りではない) AST$\leq$100IU/L, ALT$\leq$100IU/L, ALP$\leq$2.5*ULN (肝転移症例:AST$\leq$5*ULN IU/L and/or ALT$\leq$5*ULN IU/L) (肝転移又は骨転移症例:ALT$\leq$5*ULN IU/L) T-Bil$\leq$2.0mg/dL(1.25*ULN) (ギルバート病の場合は、T-Bil$\leq$3*ULNでも可能) SCr$\leq$1.5mg/dL 上記以外でGrade3(CTCAEv3.0)以上の有害事象発現時 【延期基準:Day8,15】 ・ANC$<$1,500/mm³, Plt$<$10万/mm³の場合、各薬剤を延期。 ・nab-PTXをday1に投与した場合、day8、15ではANC$>$500/mm³, Plt$>$5万/mm³に該当しない場合は延期。 ・nab-PTXの休業期間が7日を超える場合(15日まで回復しない場合)、投与再開時は減量する。 ■血液毒性 ①FN(ANC$<$500/mm³かつ38度以上の発熱) ②投与予定日にANC$<$1,500/mm³である為に7日以上の延期が生じた場合 ③ANC$<$500/mm³が7日以上継続 上記① or ② or ③の場合、発現回数の違いによって減量 nab-PTX(mg/m²) CBDCA(AUC) 初回: 75 4.5 2回目: 50 3 3回目: 延期 延期 ④血小板数$<$5万/mm³ 上記④において下記の発現回数の場合減量を考慮する nab-PTX(mg/m²) CBDCA(AUC) 初回: 75 4.5 2回目: 延期 延期 ■消化器毒性 ①CTCAE G3 下痢 ②CTCAE G3 粘膜炎/口内炎 ③CTCAE G3 悪心嘔吐 上記① or ② or ③の場合、発現回数の違いによって下剤割合での減量 nab-PTX(%dose) CBDCA(%dose) 初回: 75 75 2回目: 50 50 ④CTCAE G4 粘膜炎/口内炎 ⑤CTCAE G4 下痢 上記④ or ⑤の場合、nab-PTX、CBDCAの両薬剤ともに延期 ■神経毒性 ①CTCAE G3 or G4 感覚神経障害 上記①場合、発現回数の違いによって減量 nab-PTX(mg/m²) CBDCA(AUC) 初回: 75 4.5 2回目: 50 3 3回目: 延期 延期 ■肝障害 (nab-PTXのみ) AST or ALT$\geq$5 * ULN 又はT-Bil$\geq$23*ULN 重度の肝酵素上昇を起こす肝転移のない患者では、nab-PTXをベースラインに回復するまで延期。 回復後、nab-PTX再開させる際はCBDCAを延期して再開させる。 3週間以内にベースラインに回復しなければnab-PTXは中止。 ・肝障害においてCBDCAの減量はしない。 ・中等度から重度の肝酵素の上昇(T-Bil$>$1.5-5*ULN又はAST orALT$\geq$5～10*ULN)の場合、nab-PTXの投与量は永久的に80%に減量。 ・T-Bil$>$5*ULN又はAST$\geq$5～10*ULN の場合、nab-PTX中止
催吐性リスク	高度
前投薬	なし
支持療法(その他)	なし
その他の注意事項	※1 初回投与以降は忍容性に応じて60 分 → 30 分と短縮可能 ※2 アブラキサン点滴静注用はインラインフィルター使用禁止 ※3 CBDCAの投与量は AUC 6 であるが、忍容性を考慮し、AUC 5～6 とした (NSCLC-49から引用) 海外第Ⅲ相臨床試験 (IMpower130試験) ・EGFR遺伝子変異陽性又はALK融合遺伝子陽性の患者では、それぞれEGFR阻害作用又はALK阻害作用を有する抗悪性腫瘍剤による治療歴がある患者も組み入れられている。 ・TKIs内服例ではランダム化の7日以上前に休業していた。 ・アテゾリズマブ(テセントリク)投与時には0.2又は0.22μmのインラインフィルターを使用すること。 ・カルボプラチンのハイドレーションは当院の標準化に従う ・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 ・テセントリク1200mgの3週間隔投与でmaintenance治療を開始している患者において、テセントリク1680mgの4週間隔投与への切り替えは可能である。