

# 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ールの提出が必須です  
プロトコー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	アテゾリズマブ+PTX+CBDCA(胸腺癌)
診療科名	呼吸器内科
診療科責任者名	大槻 歩
適応がん種	切除不能な胸腺癌
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	Th-7
登録日・更新日	2026年2月24日
削除日	
出典	テセントリク適正使用ガイド Lancet Oncol. 2025; 26(3): 331-42
入力者	島田 紀香

## 投与順に記入(抗がん剤のみ)

induction						
	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	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	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	60分 ※1	day1
	生理食塩液	250mL				
No.2	パクリタキセル (パクリタキセル注)	30mg, 100mg	200 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	3時間	day1
	生理食塩液	500mL				
No.3	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 ※2	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	30分以上	day1
	生理食塩液	250mL				

maintenance						
	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	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	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	60分 ※1	day1
	生理食塩液	250mL				

1コースの期間	21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%

- 【開始基準】
- ・好中球数:  $\geq 1,500 / \text{mm}^3$
  - ・ヘモグロビン:  $\geq 9.0 \text{ g/dL}$
  - ・血小板数:  $\geq 10 \text{ 万} / \text{mm}^3$
  - ・AST, ALT:  $\leq 100 \text{ IU/L}$  (肝転移のある場合は  $\leq 200 \text{ IU/L}$ )
  - ・総ビリルビン:  $\leq 1.5 \text{ mg/dL}$  (間接性高ビリルビン血症の場合は  $\leq 3.0 \text{ mg/dL}$ )
  - ・クレアチニンクリアランス:  $\geq 45 \text{ mL/min}$
  - ・SpO<sub>2</sub>:  $\geq 90\%$
  - ・PT-INR:  $\leq 1.5$  (ワルファリンによる抗凝固療法中の場合は  $\leq 3.0$ )

## 【減量・中止基準】

副作用	条件		対処法
	カルボプラチン	パクリタキセル	
好中球数減少	G-CSFを使用してもGrade 4 (<500/mm <sup>3</sup> )が4日以上持続		両剤とも下表の用量調整表で1段階減量
発熱性好中球減少症 <sup>注1)</sup>	Grade 3以上		両剤とも下表の用量調整表で1段階減量
血小板数減少	Grade 4 (<2.5 × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> )		両剤とも下表の用量調整表で1段階減量
末梢性感覚ニューロパチー	該当しない	Grade 2以上	パクリタキセルのみ 下表の用量調整表で1段階減量
末梢性運動ニューロパチー	該当しない	Grade 2以上	パクリタキセルのみ 下表の用量調整表で1段階減量
過敏性反応 <sup>注2)</sup> (カルボプラチン)	Grade 3以上	該当しない	カルボプラチンのみ 中止
過敏性反応 <sup>注2)</sup> (パクリタキセル)	該当しない	Grade 3以上	パクリタキセルのみ 中止
その他の非血液学的有害事象 <sup>注3)</sup>	Grade 3以上		両剤とも下表の用量調整表で1段階減量

注1) 好中球数 < 1000/mm<sup>3</sup>かつ、1回でも38.3℃を超える又は1時間を超えて持続する38℃以上の発熱  
注2) アレルギック反応又は注入に伴う反応  
注3) 食欲不振、悪心、嘔吐、低ナトリウム血症、便秘、高血糖、その他治療責任医師・治療科医師が減量を行わなくても問題ないと判断した有害事象を除く。カルボプラチン+パクリタキセルの同時投与が「関連なし」の有害事象を除く。  
※上記に該当しない場合でも、治療責任医師・治療科医師等が安全性を考慮して減量・中止が必要と判断した場合は減量・中止できるとした。

## 【用量調整表】

	カルボプラチン	パクリタキセル
レベル0	AUC 6	200mg/m <sup>2</sup>
レベル-1	AUC 4.5	150mg/m <sup>2</sup>
レベル-2	AUC 3	100mg/m <sup>2</sup>
レベル-3	投与中止	投与中止

催吐性リスク	高度
前投薬	副腎皮質ホルモン剤、抗ヒスタミン剤
支持療法(その他)	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
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 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。 ・本剤の術前補助療法としての有効性及び安全性は確立していない。 ・アテゾリズマブ(テセントリク)投与時には0.2又は0.22 μmのインラインフィルターを使用すること。 ・【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