

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	アビラテロン+プレドニゾン
診療科名	泌尿器科
診療科責任者名	安倍 弘和
適応がん種	去勢抵抗性前立腺癌または 内分泌療法未治療のハイリスクの予後因子を有する前立腺癌
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	Ur-036
登録日・更新日	2018年8月28日登録、2022年2月22日更新
削除日	
出典	N Engl J Med 2011;364:1995-2005. Lancet Oncol. 2019 May;20(5):686-700. ザイティガ錠添付文書
入力者	伊勢崎 竜也

投与順に記入 (抗がん剤のみ)

	薬剤名	規格	投与量算出式	ルート	投与時間	施行日
No.1	アビラテロン (ザイティガ錠)	250mg	1000mg/回 1日1回	□IV □DIV □CV □側管 ■その他(経口)	食間	連日投与
No.2	プレドニゾン (プレドニゾン錠)	1mg、2.5mg、5mg	5mg/回 1日2回	□IV □DIV □CV □側管 ■その他(経口)	設定なし	連日投与

1コースの期間	設定なし
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】 Plt ≥ 10万/μL、Hb ≥ 9.0g/dL、ECOG Performance Status ≤ 2 Alb ≥ 3.0g/dL、AST < 80U/L、ALT < 100U/L、T-Bil < 1.5mg/dL K ≥ 3.5mEq/L 収縮期血圧 160mmHg未滿かつ拡張期血圧 95mmHg未滿(高血圧の病歴を有する場合は高血圧治療により血圧が管理されていること)</p> <p>【減量基準】 通常投与量: 1000mg/日 一次減量: 750mg/日 二次減量: 500mg/日</p> <p>●肝機能障害 ALT > 200U/L、AST > 150U/L 又は t-Bil > 3.0mg/dL 検査値が投与前値若しくは AST < 80U/L、ALT < 100U/L かつ T-Bil < 1.5mg/dL に回復するまで休薬する。回復後は750mgに減量して投与を再開する。 肝機能検査値異常が再発した場合 検査値が投与前値若しくは AST < 80U/L、ALT < 100U/L かつ T-Bil < 1.5mg/dL に回復するまで休薬する。回復後は500mgに減量して投与を再開する。検査値が再度悪化した場合は投与を中止する。 ALT > 840U/L、AST > 660U/L 又は t-Bil > 10mg/dL 投与を中止する。</p>
前投薬	なし

その他の注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・外科的又は内科的去勢術と併用しない場合の有効性及び安全性は確立していない。 ・鉱質コルチコイド過剰に伴う高血圧、低カリウム血症、体液貯留/浮腫などの症状を予防、緩和するため、本剤投与時に糖質コルチコイド(プレドニゾン)の併用が必要である。 ・鉱質コルチコイド過剰による有害事象が発現した際には、5mg/日ずつ増量可能とする。 ・本剤中止後にプレドニゾンの投与を継続する場合 本剤中止後にプレドニゾンの投与を継続する場合は、必要に応じて処方医の判断でプレドニゾン投与量の維持、漸減又は増量など適宜調整を行う。 ・本剤中止後にプレドニゾンの投与を中止する場合 本剤中止後にプレドニゾンの投与を中止する場合は、プレドニゾン漸減法(Tapering)を行う。プレドニゾン漸減法(Tapering)は、患者のプレドニゾンの投与期間などにより異なるため、患者の状態に応じ、処方医の判断で減量幅、期間などの調整を行う。 ・一般的な低カリウム血症への処置として、緊急性のない場合は、食事療法又はカリウム製剤(塩化カリウム等)の経口投与を実施し、カリウム補給で改善しない場合、カリウム保持性利尿薬※の投与を考慮する。緊急性の高い場合は、静脈内点滴投与によるカリウム補給を検討する。 ※: スピロラクトンは、in vitroにてアンドロゲン受容体の活性化が認められていることから、本剤との併用を推奨できないとの報告がある。 ・内分泌療法未治療のハイリスクの予後因子を有する前立腺癌に対しては、プレドニゾンの投与量を5mg/dayで開始しても良い。
----------	---

記入者	宮永 祐貴
確認者	安倍 弘和