

## がん化学療法レジメン登録書

登録番号：

がん種/レジメン名				実施区分	適応疾患分類	抗癌剤適応分類	
治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌 CAPIRI+アバスチン療法				点滴静注 内服処方	日常診療（治療）	進行・再発・転移癌 1 <sup>st</sup> 、2 <sup>nd</sup> 、3 <sup>rd</sup> 、4 <sup>th</sup>	
1クールの特与期間 21日/クール				備考（最大特与回数等）			
Day	特与順	薬品名（成分名）	特与量	単位	溶解液・液量	特与時間	特与ルート
1	1	アバスチン	7.5	mg/kg	生理食塩液 100mL	(初回) 90min  (2回目) 60min  (3回目以降) 30min	Div.
	2	デキサート	9.9	mg	生理食塩液 50mL	15min	Div.
		アロキシ	0.75	mg			
	3	イリノテカン	200	mg/m <sup>2</sup>	生理食塩液 250mL	90min	Div.
	4				生理食塩液 50mL	5min	Div.
1夕～15朝		カペシタビン	下表参照	mg/m <sup>2</sup> /日		分2(朝夕食後)	p.o.
体表面積		1.31 m <sup>2</sup> 未満	1.31～1.69 m <sup>2</sup> 未満	1.69 m <sup>2</sup> ～2.07 m <sup>2</sup> 未満	2.07 m <sup>2</sup> 以上		
カペシタビン特与量		1800mg/日(900mg/回)	2400mg/日(1200mg/回)	3000mg/日(1500mg/回)	3600mg/日(1800mg/回)		

## がん化学療法レジメン登録書

## 【投与開始基準】

※AXEPT試験、カンプト適正使用ガイド、アバスチン適正使用ガイド、各種添付文書より

## 【投与量の減量基準】

※AXEPT試験、カンプト適正使用ガイド、各種添付文書より

項目	基準値及び症状
PS	0~2
好中球	≧1500/ $\mu$ L
血小板	≧100000/ $\mu$ L
ヘモグロビン	≧9.0g/dL
T-Bil	≦1.5mg/dL
AST /ALT	≦100IU/L *肝転移例では≦200IU/L
Scr	≦1.5mg/dL
尿蛋白	≦1+
以下項目に該当しないこと	
大手術後 28 日未満	消化管穿孔・瘻孔
喀血(2.5mL 以上の鮮血の喀出)の合併、既往	血栓塞栓症の合併
コントロール不良な高血圧	重篤な合併症 (特に、腸管麻痺、腸閉塞、下痢、発熱)
黄疸	間質性肺炎、肺線維症
多量の腹水、胸水	
以下項目に該当する場合、リスクとベネフィットを考慮し投与の可否を判断すること	
消化管など腹腔内の炎症、胃・十二指腸潰瘍等	先天性出血素因・凝固系異常
下血	血栓塞栓症の既往
未治癒の外傷性骨折	抗凝固剤・アスピリン製剤・非ステロイド性抗炎症剤の投与

イリノテカン、カペシタビン:

項目	減量を考慮する基準	イリノテカン	カペシタビン
好中球減少	≧Grade 3	1 段階減量	1 段階減量
血小板減少			
2 週間以上続く好中球減少又は血小板減少	Grade2		
2 週間以上続く下痢又は口内炎	Grade2		
手足症候群	≧Grade 2		
その他の非血液毒性 (手足症候群、高血圧、脱毛症、体重減少を除く)	≧Grade 3	1 段階減量	
UGT1A1 遺伝子多型	*6 ホモ接合体 *28 ホモ接合体 *6*28 複合ヘテロ接合体	初回投与量 150 mg/ $m^2$ から開始	

アバスチン: 減量しない

## 【用量段階】

イリノテカン:

UGT1A1 遺伝子多型	初回投与量	1 段階減量	2 段階減量
*6 ホモ接合体 *28 ホモ接合体 *6*28 複合ヘテロ接合体	150 mg/ $m^2$	125 mg/ $m^2$	100 mg/ $m^2$
上記に該当しない場合	200 mg/ $m^2$	150 mg/ $m^2$	125 mg/ $m^2$

カペシタビン:

BSA	初回投与量	1 段階減量	2 段階減量
BSA < 1.26	1800 mg/日	1200 mg/日	1200 mg/日
1.26 ≦ BSA < 1.31		1800 mg/日	
1.31 ≦ BSA < 1.69	2400 mg/日		
1.69 ≦ BSA < 1.76	3000 mg/日	2400 mg/日	1800 mg/日
1.76 ≦ BSA < 1.88			
1.88 ≦ BSA < 2.07			
2.07 ≦ BSA < 2.26	3600 mg/日	3000 mg/日	
2.26 ≦ BSA			

## 【特に注意すべき副作用と対策】

HFS…保湿剤、V.B<sub>6</sub> 予防投与。症状出現時ステロイド外用剤使用(当院での取り決め)、増悪時はカペシタビン休業及び減量

消化器障害…悪心嘔吐にはアプレピタントの処方追加検討

白血球減少、好中球減少…症状に応じ、内服もしくは点滴静注にて抗生剤の投与、G-CSF 製剤の使用を考慮(FN 診療ガイドライン、G-CSF 製剤使用についてのガイドラインに準じ対応)

ヘモグロビン減少…症状に応じ、輸血を考慮(血液製剤の使用指針 に準じ対応)

血小板減少…症状に応じ、輸血を考慮(血小板輸血に関するガイドラインに準じ対応)

高血圧…150/100mmHg未満にコントロールできない場合はアバスチンの休業および中止

蛋白尿…高度の蛋白尿が認められた場合には、アバスチンの休業及び中止

消化管穿孔…投与中に腹痛があった場合には、鑑別診断に消化管穿孔を含める

早発性下痢(投与後 24 時間以内)への対処…次回イリノテカン投与前にブチルスコプラミン 10mg 内服 あるいは 20mg 静注

遅発性下痢

①下痢予防:以下の処方を検討

・イリノテカン投与 3 日前から半夏瀉心湯 7.5g/3x 食前の服用

・Day1~4 に酸化マグネシウム 2~4g/3x、ウルソデオキシコール酸(100) 3T/3x、炭酸水素ナトリウム 2g/3x の服用

②下痢時:症状に応じ、高用量ロペラミド療法、内服もしくは点滴静注にて抗生剤の投与を考慮

※当院作成の【外来化学療法施行患者における緊急時対応マニュアル】を参照すること