

エクアシールド対応

～大腸癌～ 抗 VEGF ヒト化モノクローナル抗体併用レジメン

[Irinotecan/S-1 + BV 療法 (3W)]

(ベバシズマブ・イリノテカン・テガフル・ギメラシル・オテラシル)

【投与量】

ベバシズマブ : BV (アバスチン注) 7.5mg/kg day1 静注
イリノテカン : CPT-11 (トポテシン注) 150mg/m² day1 静注
テガフル・ギメラシル・オテラシル: エスワンタイホウ配合 OD 錠(S-1)
80mg/m² 分 2 14 日間【7 日休薬】
day1 (夕) ~15 (朝)

【投与スケジュール】 3 週ごと PD まで

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	...	18	19	20	21	日目		
アバスチン	●																						
トポテシン	●																						
エスワンタイホウ	▶	▶													▶								

day1 (夕) から day15 (朝) (14 日間)

- ☆ 3 週間毎に繰り返し行います。
- ☆ 検査の結果によってスケジュール・投与量が変わることがあります。

(内服)

Rp デカドロン錠 4mg 2T2x 2 日分 (day2,3)
エスワンタイホウ配合 OD 錠 80mg/m² 分 2 14 日分

【点滴内容】

～末梢メイン～

生食キット 100mL
100mL/時間
ルート確保用です。
ルート確保後は止めて頂
き、トポテシン投与終了
後フラッシュ用に使用
してください。

～側管より投与～

カイトリルバッグ 3mg/100mL
デキサート注(3.3 mg) 3 管
ファモチジン注(20mg) 1 管

20 分

生食 100mL
アバスチン注 7.5 mg/kg

※

生理食塩液 500mL
トポテシン注 150 mg/m²

2 時間

※アバスチンの投与時間は、初回は 90 分、2 回目は 60 分、3 回目以降は 30 分まで短縮可。

【フィルター】

✓ 不要

【ルートライン】

✓ 特に規制なし

【心電図モニター】

✓ 不要

【制吐薬適正使用ガイドライン 2015（一部改定版 ver2.2）】

📖 レジメンでのリスク：中等度リスク

- BV : 最小度リスク (Minimal emetic risk : 催吐頻度 <10%)
- CPT-11 : 中等度リスク (Moderate emetic risk : 催吐頻度 30~90%)

【血管外漏出】

- アバスチン注（BV：抗 VEGF ヒト化モノクローナル抗体）：非炎症性抗がん剤
- トポテシン注（CPT-11）：炎症性薬剤
- ☞ 漏出時、処置後アバスチン注、トポテシン注は局所冷却。
- ☞ 詳細の対応については外来化学療法運用マニュアル p14 を参照。

【留意点】

☞ アバスチン注：BV

- BV による高血圧、出血、タンパク尿、血栓塞栓症に注意。
- ☞ 拡張期血圧が徐々に上昇する。自宅での血圧測定をお薦めする。
- ☞ 鼻血や歯肉などから軽度の出血がみられることがある。10～15 分たっても止まらない場合は連絡していただく様説明。
- ☞ めまい、足の浮腫みや痛み、突然の息切れ、ろれつが回らない、などの症状あれば血栓症を疑い、病院に連絡して頂く様説明。
- ☞ 手術前後 4 週間は BV の投与を避ける。ポートの挿入などの小手術は可能(創傷治癒遅延の恐れのため)。

☞ トポテシン注：CPT-11

- CPT-11 投与による下痢は投与中または投与直後に発現する早発型と、投与後 24 時間以降に発現する遅発型がある。
- ☞ 早発型はコリン作動性と考えられ、重度な場合もあるが多くは一過性。
→具体的には抗コリン剤の投与。(アトロピン注 0.5mg、ブチルスコポラミン注 20mg、または錠などの検討)。症状が強い場合は前投薬としての投与も検討。
- ☞ 遅発型はイリノテカンの活性代謝物(SN-38)による腸管粘膜障害に基づくものと考えられ、持続する場合がある。
→ロペラミドの検討。症状が強い場合、保険適応外でオクトレオチド 100～150 μg 皮下注(サンドスタチン注後発)を 1 日 3 回投与。
- 主に CPT-11 による副作用で脱毛が起こることがある。投与後約 2～3 週間で発現。薬剤の投与中止で徐々に回復することを説明。(ただし毛質変化が起こることがある。)
- 感染症の予防についても支援を行う。

℞ エスワンタイホウ配合 OD 錠

- S-1 療法のレジメンでは 80 mg/m²での投与量だが、ティーエスワン適正使用ガイドでは体表面積と Ccr に基づいた設計が推奨されており、部内の i-Pad に投与量計算機のアプリがダウンロードされている。

体表面積	投与基準量
1. 25 m ² 未満	80 mg/日
1. 25 m ² 以上、1. 5 m ² 未満	100 mg/日
1. 5 m ² 以上	120 mg/日

- S-1 の併用薬にフッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤（ゼローダ、ユーエフティなど）、フッ化ピリミジン系抗真菌薬（アンコチル）が含まれていると、作用が増強し副作用が強く生じる可能性があるため確認。
- ☞ 前治療などで使用されていた場合、適切な間隔（最低 7 日間）を空けて服用を開始。
- S-1 は空腹時の服用で抗腫瘍効果の減弱の可能性があるので、食後の服用を説明。
- 口内炎に留意。
- ☞ 口腔内を清潔に保つように説明。
- ☞ 必要時アズレン含嗽などの使用。
- 下痢に注意。
- ☞ 下痢症状が起こったら脱水を防ぐため水分補給を。
- ☞ 止瀉薬（ロペラミドなど）での対応も可能。
- ☞ 1 日 4～5 回以上の激しい下痢、口内炎と同時に下痢が起こった場合は医療機関へ連絡するよう説明。
- 悪心・嘔吐にはメトクロプラミドの頓用などでも対応可。
- 骨髄抑制に注意。
- ☞ 感染予防対策のためのうがい、手洗いなど。
- 色素沈着に注意。
- ☞ 手足あるいは全身の皮膚、爪などに見られる。直射日光で更に強まる可能性があるため直射日光を避ける。
- 流涙に留意。流涙が持続する場合や流涙の程度が強い場合、主治医に報告、眼科受診を患者に説明。
- ☞ 人工涙液（マイティア点眼液）でウォッシュアウト、眼科にて涙管チューブ挿入術などの施行。

【投与基準】

- アバスチン：タンパク尿が 1+以下。
高血圧を認めない、又は降圧薬でコントロールされている。
- トポテシン注：白血球数 3,000/mm³ 未満または血小板数 10 万/mm³ 未満
☞（トポテシン注）上記の場合、中止または延期を検討。

【減量基準】

- エスワンタイハウ配合 OD 錠

<腎機能低下時の減量基準>

- ☞ 特に初回投与量については、

Ccr (mL/min)	80 以上	：減量なし
	60 以上 80 未満	：必要に応じて 1 段階減量
	40 以上 60 未満	：原則として 1 段階以上の減量
	30 以上 40 未満	：2 段階減量が望ましい
	30 未満	：投与不可（中止）

- 腎機能・肝機能異常時は S-1 適正使用ガイドの減量方法を参照。

検査値	基準	減量基準
Ccr (mL/分)	60 以上～80 未満	必要に応じて 1 段階減量
	40 以上～60 未満	原則として 1 段階以上の減量
	30 以上～40 未満	2 段階減量が望ましい
	30 未満	投与不可
T-Bil (mg/dL)	1.5～3 mg/dL	必要に応じて減量
	3 mg/dL 以上	投与不可
AST/ALT (IU/L)	ULN x 2.5 を超えて 150IU/L 未満	必要に応じて減量
	150IU/L 以上	投与不可

【メモ】

- ✂ 進行・再発の大腸癌のファーストラインの選択肢の1レジメンである。
- ✂ 本レジメンに関しては3週間ごと、4週間ごとのレジメンがあるが、当院ではTRICOLORE試験を参考とし3週間ごとのレジメンとしている。
- ✂ 好中球減少症、消化器症状（下痢など）、脱毛などの副作用がある。
- ✂ 末梢神経障害の副作用は（ほぼ）ない。
- ✂ 脱毛は許容できるが、手のしびれは嫌な方の選択肢の一つ。

【レジメン登録日】

- 平成31年1月11日

【参考資料・参考文献】

- 📖 各薬剤インタビューフォーム
- 📖 Ann Oncol.29(3) : 624-631,2018

【レジメン登録医師】

- 五十嵐 淳 Dr（外科）