

## エクアシールド非対応

～大腸癌～ 抗 VEGF ヒト化モノクローナル抗体薬併用レジメン

### [mFOLFOX6/2W+Bv (Ava)]

(ベバシズマブ・オキサリプラチン・レボホリナート・フルオロウラシル「ポーラス」「持続静注」)

#### 【投与量】

ベバシズマブ : BV (Ava) (アバスチン注) 5mg/kg (初回 90 分)  
(またはベバシズマブ BS「第一三共」)

レボホリナート : l-LV (アイソボリン注) 200mg/m<sup>2</sup>  
オキサリプラチン : L-OHP (エルプラット注) 85mg/m<sup>2</sup> 同時に  
2 時間で  
(またはオキサリプラチン注「ホスピーラ」)

フルオロウラシル : 5-FU「ポーラス」(フルオロウラシル注「ト-7」) 400mg/m<sup>2</sup>  
5-FU「持続静注」(フルオロウラシル注「ト-7」) 2,400mg/m<sup>2</sup> (46 時間)

#### 【投与スケジュール】 2 週ごと PD まで

	1 日目	2 日目	3～14 日目
アバスチン	○		
エルプラット	○		
フルオロウラシル:ポーラス	○		
フルオロウラシル:持続	○ (46 時間)		

☆ 2 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)

【点滴内容】

Day1

Day2

生食 50mL フルオウラシル注 400mg/m <sup>2</sup> : ポーラス [約 5 分]			
カイトリルバック 100mL デキサート注 (3.3mg) x 3A ホーラミン注 (5mg) x 1A ファモチジン注 (20mg) x 1A [20 分]	生食 100mL アバスチン注 5mg/kg [*]	5%ブドウ糖 250mL アイソホリン注 200mg/m <sup>2</sup> [2 時間]	生食適量 (フルオウラシル注と合わせ全量で 92mL になるように調製) フルオウラシル注 2,400mg/m <sup>2</sup> : 持続静注 [46 時間]
		5%ブドウ糖 250mL エルブラット注 85mg/m <sup>2</sup> [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
- ✓ 持続静注は、インフューザーポンプを使用

【心電図モニター】

✓ 不要

【制吐薬適正使用ガイドライン】レジメンでのリスク：中等度リスク

- BV (Ava)：最小度リスク (Minimal emetic risk：催吐頻度<10%)
- L-OHP ( $\geq 75\text{mg}/\text{m}^2$ )：中等度リスク (Moderate emetic risk：催吐頻度 30~90%)
- 5-FU：軽度リスク (Low emetic risk：催吐頻度 10~30%)
- 悪心・嘔吐の状況によっては次コースよりイメンドの使用を検討。

【血管外漏出】

- アバスチン注 (BV (Ava)：分子標的薬)：非炎症性抗がん剤
- アイソボリン注 (I-LV)：活性型葉酸製剤
- エルプラット注 (L-OHP：プラチナ系薬剤)：炎症性抗がん剤
- 5-FU注 (5-FU：代謝拮抗薬)：炎症性抗がん剤 (文献によっては非炎症性)
- ☞ 漏出時、処置後アバスチン注、アイソボリン注、5-FU注は**局所冷却**。
- ☞ 漏出時、処置後エルプラット注は**局所温庵 (温める)**。  
(∵エルプラット注に関しては、冷庵法は急性の神経障害の発症原因となるため禁忌。)
- ☞ 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。

【調製時注意点】

- ✓ L-OHP の希釈液は 5%ブドウ糖液で行う。

【留意点】

- ℞ アバスチン、ペバシズマブ BS：BV (Ava)
- 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)。

- ℞ エルプラット注またはオキサリプラチン注「ホスピーラ」: L-OHP
- L-OHP による末梢神経障害は急性と慢性の2つのタイプに分類される。
  - ☞ 急性の末梢神経障害は投与直後から数日以内に生じる一過性の知覚異常。主に手、足、口周囲、喉に出現。まれに咽頭喉頭の絞扼感（咽頭喉頭感覚異常）が出現することがある。寒冷刺激により誘発または増悪。
  - ⇒ 冷たい飲食物、冷気、冷たいものなど誘発因子を避け、体を温める。
  - ☞ 慢性の末梢神経障害は数コース後から用量依存的に出現する累積性の機能障害。ボタンがかけにくい、文字が書きにくいなど。累積投与量が 600～700mg/m<sup>2</sup>以上で多く出現する。
  - ⇒ 有効な治療薬は未確立とされている。リリカ、サインバルタ、牛車腎気丸などが使用される場合がある。Grade3 の末梢神経が発現したら L-OHP の休薬を考慮。
  - ⇒ 治療初期にメンソレータムの使用例の文献報告もあり。
  - L-OHP のアレルギーは投与回数を重ねて発現することが知られており、アナフィラキシー発現までの投与量中央値は 613mg/m<sup>2</sup>。しかし初回投与時にも現れることがあるため注意。
  - ☞ FOLFOX 療法：L-OHP 85mg/m<sup>2</sup>で中央値 7～8 コースともされている。
  - ☞ 息苦しさ、かゆみ、皮疹などの症状があるか念入りに確認。
  - 悪心・嘔吐が強ければ制吐剤の使用期間の延長、イメンドの追加などの検討を行う。それでも改善しなければゼローダ、エルプラットの減量を検討。

℞ フルオロウラシル注：5-FU

- 口内炎、HFS
- ☞ 5-FU による口内炎、手足症候群（HFS）などに留意。
- ✓ うがいやブラッシングなどで口腔内を清潔に。
- ✓ 口内炎がひどければアズレン含嗽液、リドカイン含嗽液などの検討。
- ✓ HFS については投与数日から数週間後に発症する。保湿剤の使用などケアの支援。

【投与基準】

- FOLFOX : 好中球数が 1,500/mm<sup>3</sup>以上、血小板数が 75,000/mm<sup>3</sup>以上
- 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。

### 【減量の目安】

	有害事象の程度	次回投与量
好中球数	500/μL 未満	L-OHP を 65mg/m <sup>2</sup> に減量
血小板数	50,000/μL 未満	5-FU を 20%減量
消化器系の有害事象	Grade3 以上	[ボラス、持続静注ともに]

- 5-FU : T-Bil>5.0mg/dL の場合投与中止。

### 【レジメン登録日】

- 2014年6月22日
- 2020年1月6日 : ベバシズマブ BS レジメン

### 【レジメン登録医師】

- 五十嵐 淳 Dr (外科)
- 大山 繁和 Dr (外科) : ベバシズマブ BS レジメン

### 【参考文献・参考資料】

- 📖 各薬剤インタビューフォーム
- 📖 J Clin Oncol.27 (5) : 663-71 (2009)
- 📖 がん化学療法レジメン管理マニュアル 第2版