

プロトコール名

VCd(5週/コース)(BOR皮下+CPA+DEX)

- 進行・再発
- 初発
- 大量化学療法

- 術後補助化学療法
- 再発・再燃・難治
- 局所療法

- 術前補助化学療法
- 寛解導入
- その他()
- 維持療法
- 地固め

投与順	抗癌剤名(商品名・略号)	1日投与量	投与法	投与時間	投与日(d1, d8等)
1	ボルテゾミブ (ベルケイド・BOR)	1.3mg/m ²	SC	-	d1,8,15,22
2	シクロホスファミド (エンドキサン・CPA)	500 mg/m ²	div	2時間	d1,8
3	デキサメタゾン (デキサート注・DEX)	16.5 mg	div	30分	d1,8
3	デキサメタゾン (レナデックス・DEX)	20 mg	内服	朝	d2,9,15,16,22,23

1コース期間(次コースまでの標準期間)	35日(BOR:4投1休、CPA:2投3休)
総コース数	9コース(有効性・忍容性によっては継続)
コース間での休薬の規定	<ul style="list-style-type: none"> * BOR コース開始時 ・Grade 2以上の非血液毒性(末梢性ニューロパチー・神経障害性疼痛を除く) ・Grade 3の血液毒性 ・末梢神経障害:疼痛を伴うGrade 2かGrade 3 使用中 ・Grade 3以上の非血液毒性(末梢性ニューロパチー・神経障害性疼痛を除く) ・Grade 4の血液毒性、FN ・血小板数\leq25,000、好中球数\leq750\rightarrow2日延期も考慮 * CPA(マントル細胞リンパ腫参考) 好中球数$<$1500、PLT数$<$10万

減量規定・中止基準	<ul style="list-style-type: none"> * 減量規定 BOR ・Grade 3/4: 1.0mg/m²(77%)\rightarrow0.7mg/m²(54%)\rightarrow中止 ・末梢神経障害 疼痛を伴うGrade1かGrade2: 1.0mg/m²(77%)\rightarrow0.7mg/m²(54%)\rightarrow中止 疼痛を伴うGrade2かGrade3:回復まで休薬、その後\rightarrow0.7mg/m²(54%)で週1回投与 CPA(マントル細胞リンパ腫参考) ・G-CSF使用して、好中球数$<$500またはPLT数$<$5万:25%減量(再燃時更に25%減量) * 中止基準 BOR 末梢神経障害: Grade 4 その他の重篤な有害事象発現時(間質性肺炎・心障害等) CPA 好中球数$<$500またはPLT数$<$5万が3度目の再発時
投与量の増量規定	なし
投与期間の短縮規定	なし
コースによる変化	なし
1日の中での抗癌剤投与順	なし
プレ Medikation・ポスト Medikation	プレメデ: day1,8(CPAがある時):アロキシ0.75mg、デキサート注33mg ホスト: G-CSFを考慮

患者条件

- ・重篤な合併症(活動性の感染症、肺機能障害、心機能障害など)又はその疑いがない患者
- ・VCd:3週/コースの忍容性が難しい患者(心機能、PS等)
- ・胸部画像検査後に施行(添付文書、警告)
- ・臨床試験より(JPN-101,102参考)
- PS \leq 2、血液毒性 \leq Grade2、ASL,ALT \leq 2.5倍 \times ULN,T-bil \leq 1.5倍 \times ULN、神経障害 \leq Grade2

除外規定

- ・ボルテゾミブ、マンニトール又はホウ素、シクロホスファミドに対して過敏症の既往歴のある患者
- ・ペントスタチンを投与中の患者

実施上の注意点

- * BOR
- ・左右の大腿部、腹部等に交互に投与
- ・72時間は空けて投与
- ・不可逆的な末梢神経障害のため十分注意
- * CPA:
- ・出血性膀胱炎対策:2L以上の補液は検討
- 1. 投与終了後24時間は150mL/時間以上の尿量を保つように、1日3L以上の輸液を投与(添付文書)
- 2. 250mL以上/hr+利尿剤 \rightarrow 150mL以上/hr利尿(重篤副作用疾患別対応マニュアル改変)
- ・尿のアルカリ化は推奨しない(2021/6/11時点)
- ・高用量投与になった場合はメスナも検討

その他(特記事項)

- * 添付文書より
- ・治療初期は入院
- ・胸部X線検査、胸部CT検査等を実施し、異常の有無を確認した上で、治療開始の可否を慎重に判断
- ・溶解後は8時間以内に使用
- * その他
- ・末梢神経障害:26mg/m²(5コース)でプラトー、皮下投与の方が発現頻度は少ない
- ・骨髄抑制:ST合剤や、抗ウイルス薬(推奨)を検討
- ・B型肝炎の再燃に注意
- ・ステロイドの副作用に注意
- ・腫瘍崩壊症候群予防に補液やキサンチンオキシダーゼ阻害薬等も検討(多発性骨髄腫:低リスク)
- ・マントル細胞リンパ腫(VcR-CAP療法)のCPAIは750mg/m²
- ・アロカリス併用時には特にデキサメタゾンの投与量に注意(BOR、CPAも)