

# FOLFIRINOX療法 (オキサリプラチン+イリノテカン+5FU)

	Day1	2	3	4	14
アプレピタント®125mg <u>L-OHP点滴開始1時間前に内服</u>	○				
生理食塩液50mL+アロキシ®1mg+デキサート®9.9mg 15分で投与	↓				
5%ブドウ糖250mL + L-OHP 85mg/m <sup>2</sup> 2時間点滴静注	↓				
5%ブドウ糖250mL + レボホリナート 200mg/m <sup>2</sup> 2時間点滴静注	↓				
生理食塩液250mL + CPT-11 180mg/m <sup>2</sup> 90分点滴静注 ※レボホリナート開始し30分後に側管より投与	↓				
5%ブドウ糖50mL + 5FU 400mg/m <sup>2</sup> 15分急速静注	↓				
5FU 2400mg/m <sup>2</sup> + 生理食塩液適量 ※インフューザーポンプ使用し、46時間投与		→			
生理食塩液20mL フラッシュ			↓		
アプレピタント®80mg 朝食後内服		○	○		
デカドロン®8mg 朝・昼食後内服		○	○	○	

1サイクル14日

FOLFIRIのCPT-11は150mg/m<sup>2</sup>

- ・CPT-11を投与予定の患者では事前にUGT1A1検査を行い、遺伝子多型の有無を確認する。

# 副作用

- ・骨髄抑制、悪心・嘔吐、下痢、口内炎、末梢神経障害、アレルギー、手足症候群、倦怠感等

※血球減少の程度によりジーラスタ®を使用することあり(5FU終了後24時間～72時間)

- ・吐き気はHigh risk薬剤にて3剤併用(当院の制吐対策参照)。

- ・6～8回あたりでアレルギーの発現頻度が高い特徴あり。症状が発赤、掻痒感のみの軽度の場合は、前投薬に抗ヒスタミン薬追加、ステロイド増量することで投与継続することもある。

- ・UGT1A1遺伝子多型;ホモ(UGT1A1\*6/\*6、UGT1A1\*28/\*28)又はダブルヘテロ

(UGT1A1\*6/\*28)接合体の患者では用量調節を行う。→副作用高頻度で発現するため。

# オキサリプラチンの末梢神経障害



- 急性の末梢神経障害

症状：手足のしびれ、喉の絞扼感。→冷感刺激により発現、初回投与時は数日で消失。

対応：とにかく冷たいものは極力避ける。(約1週間程度ほど)

- 慢性の末梢神経障害

症状：四肢の感覚障害 ※総投与量に依存(850mg/m<sup>2</sup>)

対応：確立された予防法や治療はない。基本は減量、休薬。

約10回

# オキサリプラチンの末梢神経障害



もし薬剤で対応するとしたら・・・

- デュロキセチン(サインバルタ®)

一番エビデンスレベルは高い。20mgより開始し徐々に増量。適応に注意。

- プレガバリン(リリカ®)

腎機能により用量調節。内服開始時の傾眠、めまい等の症状に注意

現在あまり推奨されていない薬剤

- 牛車腎気丸→プラチナ系薬剤の末梢神経障害に対するnegative dataあり
- 三環系抗うつ薬、ビタミン剤

# イリノテカンの下痢



- 早発性下痢(投与中より発現～翌日)

機序:消化管の副交感神経が刺激され、蠕動運動が亢進。

(その他発汗、鼻水、眼の充血等の症状も発現することあり)

対応:抗コリン薬(ブチルスコポラミン)投与。

- 遅発性下痢(投与数日後～)

機序:活性代謝物(SN-38)が腸管粘膜を障害。

対応:ロペラミド、半夏瀉心湯。

重症の場合  
ロペラミド2mgを2時間毎投与