

mFOLFOX6+Pmab療法 (オキサリプラチン+5FU+ベクティビックス)

	Day1	2	3	4	14
レスタミンコーワ®50mg 点滴開始前に内服	○				
グラニセトロン1mg+デキサート®6.6mg 15分で投与	↓				
生理食塩液100mL + Pmab 6mg/kg 60分点滴静注 ※前後NSSでフラッシュあり、フィルター付き点滴セット使用	↓				
5%ブドウ糖250mL + レボホリナート 200mg/m ² 2時間点滴静注	↓				
5%ブドウ糖250mL + L-OHP 85mg/m ² 2時間点滴静注 レボホリナートと同時に側管より投与	↓				
5%ブドウ糖50mL + 5FU 400mg/m ² 15分急速静注	↓				
5FU 2400mg/m ² + 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			↓		

1サイクル14日

・Pmab投与前にRAS遺伝子変異の有無を確認、**変異ありは適応外**

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、皮膚障害、低Mg血症等（Pmab併用により、口内炎・下痢は重篤となるケースが多い）
- ・吐き気はmoderate risk薬剤にて2剤併用(当院の制吐対策参照)。
- ・6～8回あたりでL-OHPによる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。
- ・infusion reaction対策としてレスタミンコーワ®内服、またデキサート®入り制吐剤をPmab投与前に点滴。→ヒト型モノクローナル抗体であり、実際の発症頻度は低い
- ・Pmabにより血清Mg濃度が1.2mg/dL以下の時にはMg補充療法を行う。
(1.2 mg/dL以上でも予防で投与することあり)

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/m²)

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

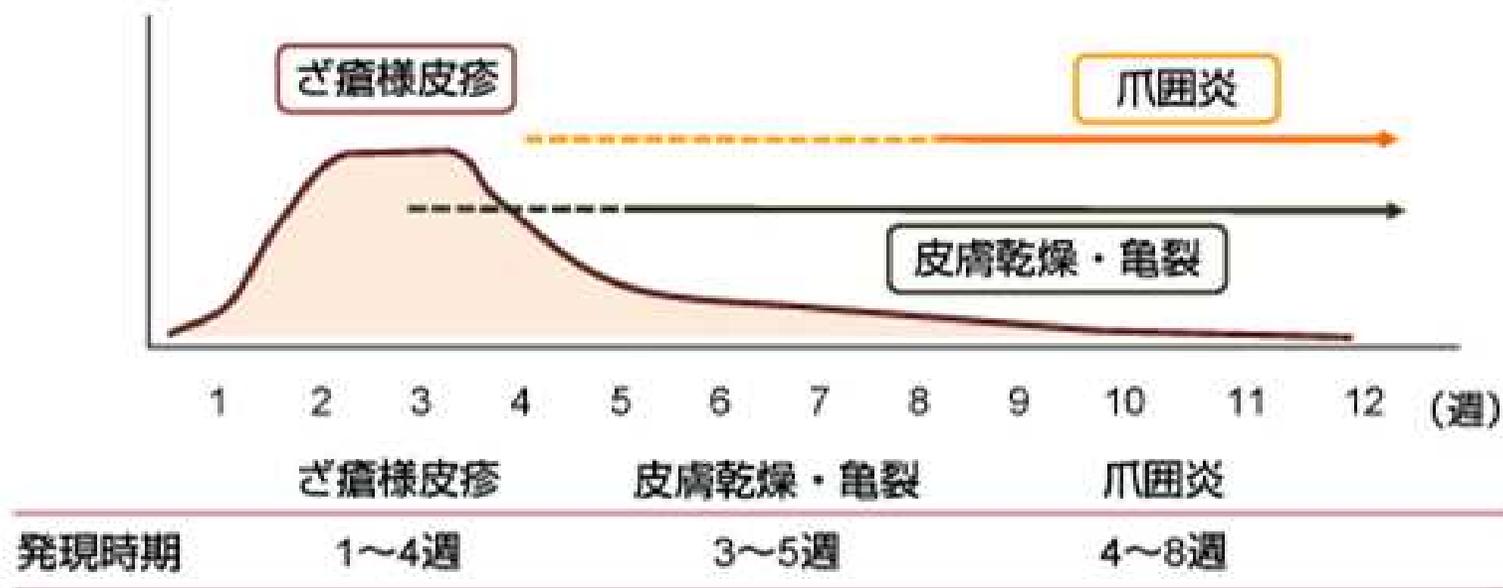
現在あまり推奨されていない薬剤

- 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

ベクティビックスの皮膚障害

- ・ 症状 ざ瘡様皮疹、爪囲炎、皮膚乾燥・亀裂
- ・ 発現時期 各症状により発現時期が異なる

図：抗EGFR抗体薬による皮膚障害の臨床経過



※皮膚障害の発現が強くあらわれる群で予後が良好であったという成績もあり、皮膚障害をうまくコントロールしながら治療を行うことが重要

ベクティビックスの皮膚障害



①ざ瘡様皮疹対策

- ・投与開始前より保湿を開始(遅くても投与日より開始)
- ・ミノサイクリンを投与開始時より6週ほど内服

※初期は胸部、首、顔は入念に塗布指導、乾燥対策として全身に塗布

- ・赤み・発疹がでたらステロイド塗布開始

※顔にはmedium、頭皮・体幹にはstrongからstrongestを重症度gradeを考慮し使用

②爪囲炎対策

- ・腫脹や肉芽形成がある場合、strongからstrongestクラスのステロイド塗布、また場合により腫脹部分にアダパレン塗布やミノサイクリン内服も使用

※NSによるテーピング法の指導もある