

MSI-high固形がん レジメン

[MSI-high固形がん Pembrolizumab療法 3週毎](#)

[MSI-high固形がん Pembrolizumab療法 6週毎](#)

[MSI-high大腸がん Nivolumab療法 2週毎](#)

[MSI-high大腸がん Nivolumab療法 4週毎](#)

[MSI-High 大腸がん Nivolumab+Ipilimumab療法\(1-4サイクル\)](#)

各レジメン詳細は、以下頁参照

レジメン名	MSI-high固形がん Pembrolizumab単剤療法 3週毎							
1クールの日数	21日							
適応病名	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）							
レジメン内容								
No.	薬剤名	略名等	使用量	単位	投与時間	投与方法	投与日	備考
1	生理食塩液		50	ml	全開	点滴注射	Day.1	ルート確保
2	ペムブロリズマブ注 生理食塩液	Pembro	200	mg/Body 100 ml	30分	点滴注射	Day.1	抗がん剤
3	生理食塩液		50	ml	全開	点滴注射	Day.1	フラッシュ用
レジメン登録No.	00000100a0							
備考	減量・増量基準等							
	遮光の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	催吐性リスク	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 最小度						
	内服制吐剤の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> アプレピタントCap（Day より 日間） <input type="checkbox"/> デキサメタゾン錠（ mg/日をDay より 日間）						
	その他前投薬の必要性	<input type="checkbox"/> 必要（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	経口抗がん剤併用薬							
	その他							

レジメン名	MSI-high固形がん Pembrolizumab療法 6週毎							
1クールの日数	42日							
適応病名	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) を有する固形癌 (標準的な治療が困難な場合に限る)							
レジメン内容								
No.	薬剤名	略名等	使用量	単位	投与時間	投与方法	投与日	備考
1	生理食塩液		50	ml	全開	点滴注射	Day.1	ルート確保
2	ペムブロリズマブ注 生理食塩液	Pembro	400	mg/Body	30分	点滴注射	Day.1	抗がん剤
3	生理食塩液		50	ml	全開	点滴注射	Day.1	フラッシュ用
レジメン登録No.	00000101a0							
備考	減量・増量基準等							
	遮光の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	催吐性リスク	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 最小度						
	内服制吐剤の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day より 日間) <input type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 (mg/日をDay より 日間)						
	その他前投薬の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 () <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	経口抗がん剤併用薬							
	その他							

レジメン名	MSI-high大腸がん Nivolumab療法 2週毎							
1クールの日数	14 日							
適応病名	治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌							
レジメン内容								
No.	薬剤名	略名等	使用量	単位	投与時間	投与方法	投与日	備考
1	生理食塩液		50	mL	全開	点滴静注	Day.1	フラッシュ用
2	ニボルマブ注 生理食塩液	Nivo	240 100	mg/Body mL	30分	点滴静注	Day.1	抗がん剤
3	生理食塩液		50	mL	全開	点滴静注	Day.1	フラッシュ用
レジメン登録No.	0000020090							
備考	減量・増量基準等							
	遮光の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	催吐性リスク	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 最小度						
	内服制吐剤の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day より 日間) <input type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 (8 mg/日をDay2 より 3 日間)						
	その他前投薬の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 () <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	経口抗がん剤併用薬							
	その他							

レジメン名	MSI-high大腸がん Nivolumab療法 4週毎							
1クールの日数	28 日							
適応病名	治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌							
レジメン内容								
No.	薬剤名	略名等	使用量	単位	投与時間	投与方法	投与日	備考
1	生理食塩液		50	mL	全開	点滴静注	Day.1	フラッシュ用
2	ニボルマブ注 生理食塩液	Nivo	480 100	mg/Body mL	30分	点滴静注	Day.1	抗がん剤
3	生理食塩液		50	mL	全開	点滴静注	Day.1	フラッシュ用
レジメン登録No.	0000021090							
備考	減量・増量基準等							
	遮光の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	催吐性リスク	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 最小度						
	内服制吐剤の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day より 日間) <input type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 (8 mg/日をDay2 より 3 日間)						
	その他前投薬の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 () <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	経口抗がん剤併用薬							
	その他							

レジメン名	MSI-High 大腸がん Nivolumab+Ipilimumab療法(1-4サイクル)							
1クールの日数	21日							
適応病名	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸がん							
レジメン内容								
No.	薬剤名	略名等	使用量	単位	投与時間	投与方法	投与日	備考
1	生理食塩液		50	mL	全開	点滴静注	Day.1	ライン確保
2	ニボルマブ注 生理食塩液	Nivo	240 100	mg/Body mL	30分	点滴静注	Day.1	抗がん剤
3	生理食塩液		100	mL	30分	点滴静注	Day.1	ライン維持用
4	イピリムマブ注 生理食塩液	Ipi	1 50	mg/kg mL	30分	点滴静注	Day.1	抗がん剤
5	生理食塩液		50	mL	全開	点滴静注	Day.1	フラッシュ用
レジメン登録No.	00000211f0							
備考	減量・増量基準等							
	遮光の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	催吐性リスク	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 最小度						
	内服制吐剤の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> アプレピタントCap (Day より 日間) <input type="checkbox"/> デキサメタゾン錠 (mg/日をDay より 日間)						
	その他前投薬の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 () <input checked="" type="checkbox"/> 不要						
	経口抗がん剤併用薬							
	その他	●5サイクル目以降はNivolumab療法に移行						