

**輸注反応：**ベバシズマブの輸注反応は稀(＜3%)であり、重症例は少ない(0.2%)。投与に伴って起こる反応としては発赤、じん麻疹、発熱、硬直、高血圧、低血圧、喘鳴または低酸素があげられる。現在のところ、重症輸注反応が起こった被験者に対する、ベバシズマブによる再投与の安全性に関する情報は、十分に得られていない。

**高血圧：**高血圧はベバシズマブ投与中の被験者では高頻度にみられ、複数の試験を通して、20-30%の発現率であった。降圧薬の開始または増量が必要になる可能性があるが、ほとんどの場合、薬剤の定期的経口投与でコントロール可能である。しかしながら、高血圧による脳疾患や心臓血管系の後遺症といった重症例の発症が稀に報告されている。ベバシズマブ投与中は頻回に血圧測定をすべきであり、血圧コントロールの目安は一般的な治療に準ずることとする。ベバシズマブの使用はコントロール不能の高血圧患者には避けるべきである。

**蛋白尿：**蛋白尿はこれまでのところ、すべてのベバシズマブの試験においてみられており、重症度に関しては、無症候性の尿蛋白上昇(発現率は約20%)から、まれにネフローゼ症候群(0.5%)まで様々である。2症例の腎生検による病理組織所見は増殖性の腎糸球体腎炎であった。NCI-CTCAEのgrade3の蛋白尿(>3.5mg/24時間尿)はまれであるが、進行腎細胞癌患者ではその危険性はより高くなる。腎細胞癌に対する第II相のランダム化II相試験において、登録した一部の被験者に対し、24時間尿を回収したところ、10mg/kg群(37症例中)の4症例、3mg/kg群(35症例中)の2症例にgrade3蛋白尿が見つかり、placebo群(38症例)にはみられなかった。中等度または重度の蛋白尿を示す患者へのベバシズマブの継続の安全性については十分には検証されていない。

**出血：**ベバシズマブ治療によって出血の発現率は増加する。鼻出血が一般的であり、20-40%の患者にみられるが、多くは軽症で治療を要することは希である。生命を脅かすような致命的な出血も観察されており、肺出血や中枢神経系出血、消化管出血も含まれる。肺小細胞癌の第II相試験では、ベバシズマブと併用化学療法によって、生命に関わる咯血・吐血が66症例中6例で報告され、そのうち4例は死亡している<sup>88)</sup>。進行大腸がんの、第III相試験では、消化管出血(全てのGradeを含む)の割合はIFL群で6%であったのに比べて、IFL/ベバシズマブ群は24%であった。中でもgrade3-4の消化管出血は、IFL/ベバシズマブ群は3.1%、IFL群は2.5%であった。重症の消化管出血も、膵臓癌患者や静脈瘤患者へのベバシズマブ投与試験で観察されている。

**動脈血栓塞栓症：**動脈血栓塞栓症の発症の危険性がベバシズマブ治療によって増加し、それには脳梗塞、一過性脳虚血発作(TIA)、心筋梗塞や他の末梢または腸管の動脈塞栓も含まれる。大腸癌(AVF2107)で行われた試験では、IFL/ベバシズマブ群では3%であったのに対し、IFL/プラセボ群での動脈血栓塞栓症の発現率は1%であった。5つのラン

ダム化試験を集積し解析を行ったところ、その発現頻度は2倍であった(4.4% vs. 1.9%)。年齢や動脈虚血疾患の既往などの、患者の背景情報となる、ある特徴的な事項が、より危険をもたらすものと思われる<sup>89)</sup>。ペバシズマブと併用化学療法の治療を行った65歳以上の患者の、動脈血栓塞栓症発現の割合はおよそ8.5%であった。

消化管穿孔/瘻孔：消化管穿孔は稀であるが、ペバシズマブを含む治療によりその割合は増加した。それらの多くは外科的治療を必要とし、時に致死的となる。大腸癌での第Ⅲ相試験(AVF2107)では、腸管穿孔はIFLのみの群では0.3%であったのに対して、IFL/ペバシズマブ群では2%であり、5-FU/ペバシズマブ群では4%であった。消化管穿孔は胃・食道癌、膵臓癌、卵巣癌または憩室炎や胃潰瘍といった消化管疾患を合併している患者での発現が報告されている。瘻孔(例：気管—食道、直腸—膣)も報告されている。特に上皮性卵巣がんや原発性腹膜がんの治療を対象とした単独使用および殺細胞性抗がん剤との併用によるペバシズマブの第Ⅱ相試験やオープンラベルでのペバシズマブの歴史的コホート研究で公表されたデータを検討した結果、308症例において5.2%の全発生率が明らかになったが、この値は他の固形腫瘍群の約2倍であった<sup>90)</sup>。これらの消化管の穿孔および瘻孔のすべてが開腹手術を必要としたわけではなくまたほとんどの患者が回復したが、メカニズムおよびリスク因子を同定するためには前向きな非臨床および臨床業務が必要である。(10/14/08) ペバシズマブ投与を行っている患者において腹痛や原因不明の発熱、直腸・腹腔内膿瘍がみられる時は、消化管穿孔を鑑別診断として考慮するべきである。

創傷治癒合併症：ウサギの実験ではペバシズマブは創傷治癒を遅延させており、患者においても創傷治癒を阻害または遅延させる可能性がある。腸管吻合部の離開や皮膚縫合部の離開がこれまでのペバシズマブの臨床試験において報告されている。創傷治癒障害の危険性を回避するために必要な、手術とペバシズマブ開始までの適切な間隔は未だ定まっていない。しかしながら、ペバシズマブに関するすべての臨床試験において、先行の主たる手術から最低28日間が必要であるとしている。進行性大腸癌の臨床試験の経験では、手術から29-50日後に投与開始することが創傷の発生率の著明な低下と関連があると考えられる。ペバシズマブの中止と次の予定手術との適切な間隔もまた定まっていない。大腸癌の試験では、IFL/ペバシズマブ群のうち40人、IFL/プラセボ群で25人の患者が試験期間中に手術を行った。そのうち、IFL/ペバシズマブ群には術後出血または創部合併症が40人中4人と有意にみられた。IFL/プラセボ群では25人中一人も起こらなかった。待機手術の時期の決定の際はペバシズマブの半減期を考慮するべきである(平均21日、rangeは11-50日)。

うっ血性心不全：左心室機能障害の危険性はアントラサイクリン系薬剤の治療の既往がある患者や、併用投与を行う患者において増加することがある。転移性乳癌の第Ⅲ相臨床試験(AVF2119g)ではすべての患者にアントラサイクリン系薬剤の治療歴があり、う

うっ血性心不全 (CHF) や心筋症の発症は capecitabine 単剤群が 2 症例 (1%) であったのに対してベバシズマブ/capecitabine 群で 7 症例 (3%) にみられたと報告されている。大腸癌でのベバシズマブの IFL または 5-FU との併用試験ではうっ血性心不全 (CHF) の発症の増加はみられなかった。

**静脈血栓症:** 静脈血栓塞栓症の発症がベバシズマブの試験において報告されており、これには下肢静脈血栓症 (DVT) や肺塞栓、まれに腸間膜や門脈血栓症が含まれる。IFL とベバシズマブ (5mg/kg, q2w) の第Ⅲ相試験では Grade3-4 のすべての静脈血栓塞栓症は 2 つの群で差はなかった (15.1 vs. 13.6%)。

**受精と妊娠:** 受精と妊娠に関するベバシズマブの急性または長期的な影響についての臨床データは無い。しかしながら、ベバシズマブは催奇形性と胎児発育に対する有害性が動物実験において知られている。さらに、ベバシズマブは体部の黄体期発育と内膜増殖を変化させる可能性があり、それによって受精に対して障害作用を示すと考えられる。IgG1 のように母乳中にも分泌される可能性がある。従って、生殖年齢の男性と女性はベバシズマブ治療治験中に適切な避妊法を行わなければならないし、女性は授乳を避けるべきである。ベバシズマブ終了後のそれらの予防措置の期間は半減期 (平均 21 日, range は 11-50 日) を考慮する必要がある。

**免疫原性:** 治療用たんぱく質と同様にベバシズマブに対する免疫抗原性を示す可能性がある。最近の、限定的な感受性内での分析では、およそ 500 人のベバシズマブ治療患者のなかには高濃度のヒト抗ベバシズマブ抗体は検出されなかった。

**好中球減少と感染症:** 抗がん剤単剤投与に比して、ベバシズマブと抗がん剤投与を受ける患者に好中球減少発現の増加が報告されている。AVF2107g においては、IFL 単剤投与 (14%) の患者よりも、IFL+ベバシズマブ (21%) 投与を受けた mCRC の患者において NCI CTC Grade3 あるいは 4 の好中球減少の発現が増加した。E4599 では NSCLC 患者において、PC のみの (17.2%) 投与を受けた患者と比較して、パクリタキセル+カルボプラチン (PC) + ベバシズマブ (26.2%) の投与を受けた患者の方が、好中球減少 NCI-CTC Grade4 の発現が増加した。発熱性好中球減少にも増加がみられた (PC+ベバシズマブで 5.4% vs. PC のみ 1.8%)

PC+ベバシズマブ群では 19 症例 (4.5%) に NCI-CTC Grade3 または 4 の好中球減少を伴う感染症がみられ、そのうち 3 症例が死亡したが、PC 投与のみでは 9 症例 (2%) に好中球減少による感染症がみられたものの、死亡例はなかった。初回から 6 サイクルの治療中、肺炎、発熱性好中球減少、カテーテル感染や創傷による感染を含む重篤な感染症の発現については、PC 群 [29 症例 (6.6%)] よりも、PC+ベバシズマブ群 [58 症例 (13.6%)] において増加した。(08/06/07)

#### 4.4 ドセタキセル (Taxotere® RP-56976, NSC #628503)

- 4.41 構成：ドセタキセルは無菌、発熱性物質を含まない、疎水性の粘稠性のある溶液として、20mg/0.5ml または 80mg/2ml のビンで供給されている。1ml 中に 40mg のドセタキセル (anhydrous) と 1,040mg のポリソルベート 80 を含む。
- 4.42 ドセタキセルは使用前に溶解する必要がある。無菌、発熱性物質を含まない、単量の希釈液はこのために使用する。ドセタキセルの希釈液は 13% (w/w) のエタノール水溶液であり、これをバイアル内に注入する。
- 4.43 保管：未開封のドセタキセルバイアルは 2～25℃の間での保管で、箱に表示された日までは安定している。遮光が必要である。
- 4.44 調合：ドセタキセルは添付されている希釈液と混合し (最終濃度は 10mg/ml)、使用前にさらに希釈しなければならない。ドセタキセルは輸液の際、0.9%NaCl (USP)、あるいは 5%グルコース (USP) の注入にて溶解し、最終濃度を 0.3 から 0.74ml/mL とすること。輸液に溶解したドセタキセルは 4 時間以内に使用すること (輸液時間を含める)。

注意：PVC バッグあるいは輸液セットによると思われる可塑剤 DEHP の患者への曝露を最小限にするために、この最終ドセタキセル希釈はボトル (ガラス、ポリプロピレン) またはプラスチックのバッグ (ポリプロピレン、ポリオレフィン) を使用し、ポリエチレンで内張りされた輸液セットを用いて投与すること。

体液貯留の発生と重症度、また過敏反応の重症度を減少するため、すべての患者に対してドセタキセル投与 1 日目から開始し、3 日間の経口ステロイド剤を前投与すること。

- 4.45 副作用：最新の完全な情報に関しては、添付文書を参照のこと。
- 4.46 提供者：商品はアベンティスより入手可能である。追加情報は、American Hospital Formulary Service Drug Information guide、Facts and Comparisons または添付文書を参照のこと。

#### 4.5 QOL の評価方法

FACT-O TOI は、多角性があり包括的で、疾患に特異的な QOL 質問票として卵巣癌患者に対して選択されている。この質問票は、26 項目からなる自己申告による判定方法であり、特に癌患者用に開発され、臨床試験を含む様々な場面において使用できるように作成されている。FACT-O TOI は次の順に QOL の指標を表し、管理と採点の簡易性のために有用であると認められる：(1)FACT-G、(2)追加の関連事項：卵巣関連、(3)追加項目：胃痛 (GOG-0172 プロトコルより)

#### 5.0 治療計画および登録と無作為化割付手順

被験者登録する前に署名入りの CTSU IRB Certification Form と CTSU IRB/Regulatory Approval

Transmittal Sheet (www.ctsu.orgからダウンロード可能)をCTSU Regulatory Officeに送付しなければならない。これらの書類のFAXまたは郵送で、送付先は以下のとおりである。

CTSU Regulatory Office  
Coalition of National Cancer Cooperative Groups  
1818 Market Street, Suite 1100  
Philadelphia, PA 19103  
1-888-823-5923  
FAX 215-569-0206

5.1 2段階の登録 / 無作為割付 (1-16-06)

5.11 フェーズ A - 初期登録 / 無作為割付

プロトコル治療への参加の適格な候補症例があった場合、以下の手順に従って登録する。

- 5.111 インフォームドコンセントおよび施設が個人の健康に関する情報の提供を許可する文書（日本においては適応外）は患者本人もしくは親権者（又は実質的保護者）によって署名されなければならない。現在、インフォームドコンセントに関する FDA、NCI および施設の規則は以下のとおりである。
- 5.112 Section 3.0 に記載されているすべての適格要件を満たしていることを確認すること。
- 5.113 Fast Fact Sheet (FFS) ファストファクトシートデータを集積する。
- 5.114 施設は Web 登録、あるいは必要であれば電話登録(電話：1-800-523-2917)によりプロトコルフェーズ A に被験者を登録し、GOG patient study ID を取得する。Web 登録と無作為化を行うには、GOG Web メニューページに入って、“Start/finish a patient registration” を選択し、次にページ左側の “Directions” を選択すればよい。問い合わせは GOG Statistical and Data Center (SDC) に電話 (1-800-523-2917) する。
- 5.115 被験者イニシャル (例：FML)、GOG patient study ID、割り当てられた治療レジメンを（ここではフェーズ A と記入する）日誌に記入し、フェーズ A に登録されていることを確認する。  
この臨床試験はランダム化二重盲検臨床試験である。フェーズ A に Web 登録することにより GOG SDC が自動的に Drug Order / Reorder Application (DORA) を運用可能となり、その被験者に投与する試験薬剤（ペバシズマブの場合とプラセボの場合がある）がオンラインで NCI の Pharmaceutical Management Branch (PMB)、CTEP に請求される。フェーズ A の場合には通常 7 日から 10 日以内に各施設に薬剤が届く (Section 4.3 参照)。

## 5.12 フェーズ B - 化学療法の完了 / 再登録

6サイクル目の薬剤の投与が終了したらGOG Web メニューページ上のSDC Electronic Data Entry System (SEDES) に入る。そしてpatient forms schedule 内の“DORA02”を選択する。そしてDrug Order / Re-order Application (DORA)を記入する。

この臨床試験はランダム化二重盲検である。フェーズ Bへの再登録をWeb上で行うことによりGOG SDCは自動的にDrug Order / ReorderApplication (DORA) を運用可能となり、フェーズ Bへの再登録と同時に投与する試験薬剤（ペバシズマブの場合とプラセボの場合がある）がPharmaceutical Management Branch (PMB)にオンラインで請求される。フェーズ Bの場合は通常7日から10日以内に各施設に薬剤が届く。フェーズ Bの終了までに各施設は3回にわたって試験薬剤を再請求する必要がある(Section 4.372参照)。

## 5.2 国際協力施設での手順

本試験に国際協力として参加している施設では被験者登録あるいは無作為割付の方法について適切な別資料を作成する。

## 5.3 治療計画

### 5.31 治療プログラム

被験者は3つの治療群のいずれか1つに同じ比率で無作為に割り付けられる。

Arm	フェーズ A レジメン*	スケジュール		フェーズ B レジメン*	スケジュール
I	化学療法**	21日間隔6サイクル	引き続き	プラセボ***	21日間隔 7-22サイクル目 で投与
	プラセボ***	21日間隔5サイクル 化学療法2-6サイクル目 で併用			
II	化学療法**	21日間隔6サイクル	引き続き	プラセボ***	21日間隔 7-22サイクル目 で投与
	ペバシズマブ***	21日間隔5サイクル 化学療法2-6サイクル目 で併用			
III	化学療法**	21日間隔6サイクル	引き続き	ペバシズマブ***	21日間隔 7-22サイクル目 で投与
	ペバシズマブ***	21日間隔5サイクル 化学療法2-6サイクル目 で併用			

注: 1サイクル目の投与はランダムマイゼーションから14日以内に行う。(10/14/08)

注: 1サイクル=21日ごとの投与間隔、これには6サイクル目も含む。(08/06/07)

注: フェーズ Aは7サイクル目(フェーズ Bの1サイクル目)が始まる時点で終了する。(08/06/07)

GOG0218\_Protocol\_Japanese\_ver.2.0\_20081027

注: Section 8.0に規定する病変進行のない、あるいはSection 6.0に規定する治療の変更を要する毒性が認められない場合にはプロトコル治療のフェーズ Aからフェーズ Bへの移行はスケジュールどおり行わなければならない。これにはSection 8.0に規定する病変の進行はないが腫瘍が縮小していない被験者も含まれる。(08/06/07)

注: フェーズ Aからフェーズ Bへの移行には再登録が必要 (Section 5.1参照)。

\* すべての薬剤の投与は1日目に行う。

\*\* パクリタキセル175 mg/m<sup>2</sup> IV 3時間投与に続いてカルボプラチンAUC=6 IVを30分で投与する (注: 特別な場合に限りドセタキセル75mg/m<sup>2</sup> IV 1時間投与をパクリタキセルの代わりに用いる [Section 2.65, 5.322および6.51参照]。)。パクリタキセルおよびカルボプラチンの投与量は5mg刻み、ドセタキセルの投与量は1mg刻みで最も近い値としてもよい。治療開始後、10%以上の体重の増減があった場合に限りパクリタキセルおよびドセタキセルの投与量を再計算するべきである。(08/06/07) (10/14/08)

\*\*\* ベバシズマブ/プラセボ 15mg/kg IV。ベバシズマブ/プラセボの投与量は5mg刻みとし、最も近い値としてもよい。治療開始後、10%以上の体重の変化があった場合にはベバシズマブ/プラセボの投与量を再計算するべきである。(08/06/07)

この臨床試験はrandomized, double-blind trialである。その被験者に投与する試験薬剤 (bevacizumabの場合とplaceboの場合がある) はGOG Statistical and Data Center (SDC)からNCIのPharmaceutical Management Branch (PMB)に初期登録 / 無作為化割付の際(フェーズ A) および再登録の際(フェーズ B)に請求され、通常7から10日以内に各施設に届けられる(Section 4.3参照)。

## 5.32 化学療法薬剤および試験薬剤 (ベバシズマブ/プラセボ/プラセボ) の投与方法

### 5.321 投与量計算の際の生物学的配慮

5.3211 GOG 化学療法マニュアルにしたがい、パクリタキセルとドセタキセルの投与量計算に用いる最大の体表面積を最大で2.0 m<sup>2</sup>とする。

5.3212 BevacizumabあるいはPlaceboは15 mg/kgで投与量を算出し、最大投与量は設定しない。

### 5.322 投与順序および投与時期(10/14/08)

・パクリタキセルは3時間で投与する。即時型で過敏症のアレルギ反応のリスクがあるためパクリタキセルは他の化学療法剤に先立って投与するべきである。(注: パクリタキセルの代わりにドセタキセルを投与する際には75mg/m<sup>2</sup>を1時間でIV投与する。Section 6.51およびSection 6.62参照)カルボプラチンはパクリタキセル(あるいはドセタキセル)に引き続いて30分でIV投与する。

・ベバシズマブ/プラセボはカルボプラチンの投与に引き続いてIV投与する。市販薬のベ

バシズマブあるいはアバチンを使用しないこと。治験担当医師による薬剤投与指示には、患者氏名、患者のGOG ID番号、フェーズ番号（AもしくはB）およびサイクル番号が含まれていなければならない。各投与の前に、治験薬が治験実施計画書番号GOG-218、患者ID番号およびフェーズ（AもしくはB）が専用のものであるかを確認すること。ペバシズマブ/プラセボの投与中はアナフィラキシー反応に対する警戒が必要である（Appendix V）。BOLUSで投与してはならない。初回の投与は90分かけて行う。問題なければ2回目は60分で投与可能である。2回目の投与でも問題なければその後は30分での投与が可能である。

### 5.323 前投薬

#### 5.3231 パクリタキセル

パクリタキセル投与時のすべてのサイクルにおいて過敏反応の危険性を減らすために1時間前に前投薬治療を行うことが推奨される。前投薬治療は、デキサメタゾン（経静脈または経口）の投与、ヒスタミンH1ブロッカー（ジフェンヒドラミン25-50mg静注または経口、または同等薬剤）投与、ヒスタミンH2ブロッカー標準量投与（シメチジン、ラニチジン、ファモチジンなど）の投与である。

ペバシズマブ/プラセボによる過敏反応が観察された場合には次の5.3232に示すような前投薬を考慮すべきである。

#### 5.3232 ペバシズマブ/プラセボによる過敏反応が観察された場合の前投薬

ペバシズマブ/プラセボによる過敏反応が観察された場合には次サイクルは90分以上かけて投与し、(08/06/07)再投与時には以下に示す前投薬が勧められる。

- ・H1ブロッカー(ジフェンヒドラミン 25-50 mgを1時間前に経静脈あるいは経口投与、あるいはロラタジン10 mgかフェキソフェナジン 60 mg)
- ・H2ブロッカー(ファモチジン20 mgを1時間前に経静脈あるいは経口投与、あるいは同量のH2ブロッカーの投与)
- ・デキサメタゾン(10 mgをBevacizumab投与の12および6時間前に投与)

#### 5.3233 ドセタキセル

パクリタキセルの代わりにドセタキセルを投与する際には(06/26/06)・すべての投与サイクルにおいてデキサメタゾン8 mg経口投与を前日夕、当日朝、当日夕の3回（計24mg）、ヒスタミンH1ブロッカー（ジフェンヒドラミン25-50mg経静脈あるいは経口投与、あるいは他の同量のH1ブロッカー）をドセタキセル投与の1時間前に投与することが推奨される。ドセタキセルは初回投与量75mg/m<sup>2</sup>を1時間で静注する（セクション 5.322, 6.51, 6.62参照）



ベバシズマブ/プラセボによる過敏反応が観察された場合には前の5.3232に示すような前投薬を考慮すべきである。

#### 5.324 制吐剤

それぞれのレジメンにおいて嘔気・嘔吐が出現することが予想される。次のような制吐剤の使用が考慮される。

- ・オンダンセトロン8-32 mg経静脈投与およびデキサメサゾン10-20 mg経静脈投与を化学療法の30分前に行う。
- ・または、グラニセトロン10 mcg/kg 経静脈投与(あるいは2 mg経口投与) ± ロラゼパム 0.5-2.0 mg経静脈投与を化学療法の30分前に行う。

#### 5.325 カルボプラチンの投与量

Jelliffe式からの予測GFR値を用いてカルバートの計算式にしたがって目標とするArea under the curve (AUC)値のカルボプラチン投与量を計算する。

カルボプラチンの初回投与量は予測GFRを用いて計算されなければならない。新規の尿路閉塞やその他のCTCAE Grade2(血清クレアチニン値>1.5×ULN)以上の副作用がなければ、次サイクル以後のカルボプラチン投与量は再計算しないが、後に述べるような投与量の変更には従うものとする。

蛋白摂取不良、筋肉量の少ない事などに起因する異常に低値な血清クレアチニン値(0.6 mg/dl以下)を示す被験者では、0.6 mg/dlに補正してクレアチンクリアランスを評価する。投与前4週間以内にもっと適切な(高い)値が得られていた場合にはその値をGFRの推定に用いる。(08/06/07)

カルバートの計算式      Carboplatin dose (mg) = target AUC × (GFR + 25).

このプロトコルでは、GFRはクレアチンクリアランスと同等であると考えられる。クレアチンクリアランスは以下に示す式を用いたJelliffe法にて計算する。

$$Ccr = 0.9 \times \frac{(98 - [0.8 (age - 20)])}{Scr}$$

Ccr: クレアチンクリアランス (ml/min)

Age: 年齢 (from 20-80)

Scr: 血清クレアチニン (mg/dl)

#### 5.326 ベバシズマブ/プラセボの投与量

ベバシズマブは15 mg/kgをIV投与する。投与量の計算にはスクリーニング時の際の体重を用い、試験治療中は投与量を変更しない。ただし、10%以上の体重の増減があった場合に

は再計算が必要である。

#### 5.327 ペバシズマブ/プラセボに関する補助治療のガイドライン

輸注反応が起こった際には次サイクルは前投薬を行うべきである (Section 5.3232に示す前投薬を行っていない場合)。ペバシズマブ (あるいはプラセボ)の投与時間は次サイクルでは短縮しないほうがよい。前投薬を行うことによって次サイクルで特に問題なかった場合にはその後は前投薬を行いながら投与時間を $30 \pm 10$ 分に短縮しても良い。60分間投与で輸注反応が起こった際にはその後の投与は $90 \pm 15$ 分以上かけて行うべきである。同様に $30 \pm 10$ 分投与で輸注反応が起こった際にはその後の投与は60分以上かけて行うべきである。

#### 5.33 併用禁止治療

病状の進行が認められる前に以下に示す治療を行うことは禁止する。

##### 5.331 病変の再評価あるいは病変の切除を目的とした手術

5.332 たとえ適応があってもプロトコルに規定されていない抗腫瘍薬を用いることはできない。それらの薬剤には殺細胞性の薬剤、生物学的薬剤、ホルモン剤、放射線治療などが含まれる。

#### 5.4 Quality of Life 評価の間隔

研究者は規定されたタイミングで毒性、腫瘍の自然経過を評価しなければならない。これらには研究で計画された7回の評価ポイントが含まれる。

5.41 ベースラインはサイクル1の前と規定する ( $t = 0$  weeks)。これは治療開始前の評価である。

5.42 4サイクルの前 ( $t = 9$  weeks, 3サイクルの化学療法と2サイクルのペバシズマブ/プラセボプラセボが投与された時点)は治療の短期の影響を調べるための2番目の評価点である。この評価は4サイクルの直前に行いたい投与の1週間前までであればよい。この評価は腹部症状をはじめとする抗血管新生薬のQOLに対する短期の影響を調べることを目的としている。また、この評価は治療効果の最初の評価であるため、QOLと抗腫瘍効果の関連を調べることも目的としている。

5.43 7サイクルの前 ( $t = 18$  weeks, 6サイクルの化学療法と5サイクルのペバシズマブ/プラセボプラセボが投与された時点)は治療の短期の影響を調べるための最後の評価点である。この評価は7サイクル目の直前に行いたい投与の1週間前までであればよい。この評価は腹部症状をはじめとする抗血管新生薬のQOLに対する短期の影響を調べることを目的としている。

5.44 13サイクルの前 ( $t = 36$  weeks, 殺細胞性の化学療法が終了して6ヶ月の時点)はカルボプラチ

ンとパクリタキセルの投与が終了して6ヶ月の評価点である。試験治療を早期に中止あるいは他の治療を受けている場合にもQOL評価を継続することが重要である。

5.45 22サイクルの前 (t = 60 weeks)は化学療法終了後平均15ヶ月のベバシズマブ/プラセボプラセボの投与が終了する時点である。試験治療を早期に中止あるいは他の治療を受けている場合にもQOL評価を継続することが重要である。(06/26/06) (10/14/08)

5.46 ベバシズマブ/プラセボプラセボの投与終了後6ヶ月 (t = 84 weeks)の時点。この最後のQOLの評価は治療の晩期の影響を調べることを目的としている。試験治療を早期に中止あるいは他の治療を受けている場合にもQOL評価を継続することが重要である。

## 6.0 投与量の変更規定

Dose-intensityと総投与量を維持するため投与量の減量や投与の遅延を最小限にする努力が必要である。投与の延期が必要になった場合には血液毒性と非血液毒性が軽快するまで1週間ごとの評価が必要である。この試験では投与量の再増量の規定はない。

## 6.1 治療の変更の実際

すべての変更は各レジメンの初期投与量に関連している。投与量変更の適用は特定のレジメンの項目を参照の事。適切な薬剤の投与レベルと指針は表A-Dにまとめている。

- ・血液毒性の一般的なガイドライン (Section 6.2)
- ・血液毒性の一般的なガイドライン (Section 6.2)
- ・血液検査値の最低値 Table A (Section 6.3)
- ・ドセタキセルの投与レベル Table B (Section 6.3)
- ・血液検査値の回復の遅延 Table C (Section 6.4)
- ・非血液毒性 Table D (Section 6.5)

## 6.2 血液毒性の一般的なガイドライン

6.21 最初の治療の変更は投与の遅延と、または指示された投与量の変更による。

6.22 薬剤投与の決定は白血球数ではなく好中球に基づいておこなう。

6.23 次サイクル投与にあたっての好中球および血小板数の最低値 (08/06/07)

### 6.23.1 フェーズ A (殺細胞性の薬剤を併用している期間)

何らかの殺細胞性の薬剤(カルボプラチン、パクリタキセル、ドセタキセル)を含むフェーズ Aの期間には次サイクルの投与は好中球数が1500 cells/mm<sup>3</sup>(CTCAE Grade 1)、血小板数が100,000/mm<sup>3</sup>以上になるまで行わないこと。フェーズ Aにおける治療(ベバシズマブ

/ プラセボを含む)は上記の値を満たすまで最大で3週間延期する。3週間以内に好中球数あるいは血小板数が適切な値に回復しなかった場合には以後プロトコルに従った殺細胞性薬剤の投与は行わないが、ペバシズマブ / プラセボの投与のみの再開、あるいは Section 6.7に示すようなプロトコルに規定されていない殺細胞性薬剤の併用をサイクル 6 (フェーズ A) が終了するまで継続する。再登録後に (Section 5.12) フェーズ Bは規定どおり継続する。(10/14/08)

●例外

- ・ 前サイクルでG-CSFの投与を行った場合には、臨床的に適当と判断されれば好中球数 1000 cells/mm<sup>3</sup>以上になった時点でプロトコル治療を開始しても構わないが、一過性の好中球減少が起こりえることを認識しておくこと。
- ・ 前サイクルで7日を越える遅延があった場合には、臨床的に適当と判断されればG-CSFを使用することを前提に、好中球数1000 cells/mm<sup>3</sup>以上になった時点でプロトコル治療を開始しても構わない(Section 6.241参照)。

6.23.2 フェーズAで殺細胞性薬剤の投与を中止した場合およびフェーズ B

フェーズAで殺細胞性薬剤の投与を中止し、ペバシズマブ / プラセボのみを投与している場合あるいはフェーズ Bでは次サイクルの投与は好中球数が $1000 \text{ cells/mm}^3$ (CTCAE Grade 1)、血小板数が $75,000/\text{mm}^3$ 以上になるまで行わないこと。ペバシズマブ / プラセボの投与はこれらの値に達するまで最大で3週間延期する。3週間以内に好中球数あるいは血小板数が適切な値に回復しなかった場合には以後プロトコルに従ったいずれの治療も行わない。(08/06/07)

6.23.3 プロトコルに規定された殺細胞性薬剤(プラチナ/タキサン)の投与がフェーズ Aの期間に腫瘍の進行以外の理由で中止された場合にはSection 6.7のガイドラインを参照のこと。(08/06/07)

6.24 Hematopoietic CytokinesとProtective Agents

Hematopoietic CytokinesとProtective Agentsの使用は以下のように厳密に規定する。

- 6.241 治療の遅延や投与量の変更を行ったにもかかわらず好中球減少を繰り返した場合以外では基本的にフィルグラスチム(G-CSF)やPEG-フィルグラスチム(ノイラスタ)、サルグラモスチム(GM-CSF)の予防的投与は認めない。特に血液増殖因子はプロトコルに規定された初回の治療の変更を避けるために使うべきではない。しかし、発熱性好中球減少の管理のために治療ガイドラインに従って血液増殖因子を投与することは構わない。もし予防投与が必要なら増殖因子は化学療法の日から開始し、最低10日間あるいは好中球が $1000/\text{mm}^3$ を超えるまで投与する。増殖因子は好中球が $10,000/\text{mm}^3$ を超えたら中止すべきであり、ま

た、次回の化学療法の72時間以内には用いるべきではない。

6. 242 治療の変更（延期及び減量）後にGrade4の血小板減少を繰り返した場合を除き、予防的に thrombopoietic agentsを投与すべきではない。

6. 243 貧血の管理に臨床的に必要ならエリスロポイエチン(EPO)や鉄剤、場合によっては輸血を行って構わない。治療を担当する医師は赤血球生成刺激剤（アラネस्प、エポゲン、プロクリットを含む）の最新の薬剤情報について熟知しておく必要がある。これらの薬剤は腫瘍の無増悪期間あるいは無病生存期間を短縮する潜在的なリスクが指摘されている。その投与は単に赤血球製剤の輸血を避ける目的でしかなく、倦怠感を軽減したり、活力を増進したりすることはない。また、これらの薬剤はコントロールできていない高血圧の患者に投与すべきではない。化学療法中の癌患者に対し血栓塞栓症のリスクを高める可能性がある。最新の添付文書を参照のこと。

<http://www.fda.gov/Medwatch/safety/2007/safety07.htm>(08/06/07)

6. 244 研究デザインで示されていないアミフォスチンや他の保護薬剤は用いない。

6. 25 ベバシズマブの投与量の変更

ベバシズマブの投与量の変更規定はない。以下に示すような毒性が発生した場合には投与を休止あるいは中止すべきである。

6. 26 パクリタキセルおよびドセタキセルの投与量の変更

血液毒性に基づいたパクリタキセルの投与量の変更は行わない。血液毒性に基づくドセタキセルの投与量の変更は（プロトコルの規定に基づいてパクリタキセルの代替薬として用いられている場合）以下の表A、表B、表Cの基準に従う。(08/06/07)

### 6. 3 血液毒性に関する変更基準

6. 31 投与量の変更を要するような好中球減少(DLC-ANC) (6. 32に規定)や血小板減少

(DLC-PLT) (6. 33規定)が初めて認められた場合にはTable Aに従って取り扱い、Table Bによって投与量を変更する (06/26/06)。

6. 32 投与量の変更を要する好中球減少(DLT-ANC)とは発熱性好中球減少の発生あるいは7日間以上持続するGrade4の好中球減少と規定する。合併症を伴わない7日未満持続したGrade4の好中球減少では投与量を変更しない。発熱性好中球減少とはCTCAEにあるように38.5度以上の発熱を伴った1,000/mm<sup>3</sup>未満の好中球減少を呈した場合で臨床的あるいは細菌学的に明らかな感染を認めるか否かは問わないと定義される。

- 6.33 投与量の変更を要する血小板減少(DLT-PLT)はGrade4の血小板減少( $<25,000/\text{mm}^3$ )または出血を伴うGrade3の血小板減少( $25,000-50,000/\text{mm}^3$ )と定義する。合併症を伴わないGrade3の血小板減少では投与量の変更を行わない。

表A: 血液毒性による投与量変更基準  
(パクリタキセルの代わりにドセタキセルを投与している場合にはあわせて表Bも参照)

DLT-ANC	DLT-PLT	事象の発生1回目	事象の発生2回目	事象の発生3回目
Yes	No	カルボプラチンをAUC=1減らす (ドセタキセルを1レベル下げる*)	G-CSFの投与を加える 薬剤の投与量は変えない	プロトコルに従った殺細胞性薬剤の投与を中止 **
Yes	Yes	カルボプラチンをAUC=1減らす (ドセタキセルを1レベル下げる*)	G-CSFの投与を加える さらにカルボプラチンをAUC=1減らす (さらにドセタキセルを1レベル下げる*)	プロトコルに従った殺細胞性薬剤の投与を中止 **
No	Yes	カルボプラチンをAUC=1減らす (ドセタキセルを1レベル下げる*)	カルボプラチンをAUC=1減らす (さらにドセタキセルを1レベル下げる*)	プロトコルに従った殺細胞性薬剤の投与を中止 **

\*Section 6.51に従ってパクリタキセルの代わりにドセタキセルを投与している場合にはあわせて表Bも参照。

\*\*中止の規定はプラチナ製剤/タキサンにのみ適用し、ベパシズマブ/プラセボには適用しない。このような状況下でのベパシズマブ/プラセボの投与継続についてのガイドラインはSection 6.231を参照のこと。また、プロトコル外の殺細胞性薬剤の投与の一般的ガイドラインについてはSection 6.7を参照。(08/06/07)

表B: ドセタキセルのDose Level

開始Dose Level	Dose Level -1	Dose Level -2
75mg/m <sup>2</sup>	65mg/m <sup>2</sup>	55mg/m <sup>2</sup>

#### 6.4 血液所見の回復の遅れに関する次サイクル開始延期と投与量の変更

- 6.41 好中球減少による次サイクルの投与の延期(Delay-ANC)の基準は次サイクル投与予定24時間以内に測定した好中球数 $1,500 \text{ cells}/\text{mm}^3$ 未満 (CTCAE Grade 2以上) あるいは前サイクルでG-CSFの投与を行った場合には $1,000 \text{ cells}/\text{mm}^3$ 未満とする。

- 6.42 血小板減少による次サイクル投与の延期(Delay-PLT)の基準は次サイクル投与24時間以内に測定した血小板数100,000/mm<sup>3</sup>未満とする。
- 6.43 表に示す治療の変更は前述のDLT-ANCやDLT-PLTのような投与量の変更を必要とする事象を認めず、遅延のみを認めた場合に必要となる。言い換えるとDLT-ANCとDelay-ANCを同時に認めた場合にはDLT-ANCの治療の変更基準に従い、Delay-ANCによる治療の変更は行わない。

カテゴリー	遅延日数	変更内容
Delay-ANC	1-7	変更なし
	8-21	次サイクルでG-CSFを使用する
	> 21	試験治療中止**
Delay-PLT	1-7	変更なし
	8-21	カルボプラチンをAUC=1減らす(さらにドセタキセルを1レベル下げる*)
	> 21	試験治療中止**

\*パクリタキセルの代わりにドセタキセルを投与している場合はSection 6.51のガイドラインに従って変更する。

\*\*プラチナ製剤/タキサン療法にのみ適用、ペバシズマブ/プラセボ投与には適用しない。このような状況下でのペバシズマブ/プラセボ投与の継続については6.231のガイドラインを参照のこと。また、プロトコル外の殺細胞性薬剤の投与については6.7の全般的なガイドラインを参照のこと。(08/06/07)

#### 6.5 非血液毒性による調整

薬剤	レジメン Dose Level -2	レジメン Dose Level -1	レジメン 初期投与量
パクリタキセル	110 mg/m <sup>2</sup>	135 mg/m <sup>2</sup>	175 mg/m <sup>2</sup>
カルボプラチン(AUC)	4.0	5.0	6.0
ペバシズマブ/プラセボ	該当せず	該当せず	該当せず
ドセタキセル	55 mg/m <sup>2</sup>	65 mg/m <sup>2</sup>	75 mg/m <sup>2</sup>

表Dの非血液毒性による投与量の変更は以下のセクションに特別に示すような状況でのみ適用する。  
(08/06/07)

- 6.51 Grade2 (あるいはそれ以上)の末梢神経毒性の出現時はパクリタキセルの投与レベルを1つ下げる。また、毒性のレベルがGrade1に軽減するまで最大で3週間次の予定されたすべてのプロ

トコル治療を延期する。3週間の治療の延期でも末梢神経毒性がGrade1に軽減しなかった場合には次のサイクルからパクリタキセルの投与を中止し、医学的な禁忌のない限りSection 5.322に従ってパクリタキセルをドセタキセル(初回投与量75mg/m<sup>2</sup>)に変更する。(08/06/07)(10/14/08)

ドセタキセルに変更後の初回のサイクルでCTCAE Grade3ないし4の末梢神経毒性が認められた場合にはCTCAE Grade2以下に軽快するまで最大で3週間次の予定されたすべてのプロトコル治療を延期する。3週間延期しても末梢神経毒性がGrade2以下に軽快しない場合には次サイクル以降のドセタキセルの投与は中止する。

- 6.52 高血圧: ベバシズマブ/プラセボの投与を受ける被験者は各投与前に血圧を測定しなければならない(Section 7.0 Study Parameters参照)。ベバシズマブ/プラセボの投与を受ける患者でGrade3の高血圧を認める場合の治療に用いられる薬剤はアンジオテンシン阻害薬、ベータブロッカー、利尿薬、カルシウムチャンネルブロッカーなどがある。抗不安薬の降圧薬との併用は妨げない。(08/06/07)血圧コントロールの目標は一般的な臨床ガイドラインに従う(i.e. 通常は・140/90 mmHg、・糖尿病患者は130/80 mmHgが目標)。

収縮期血圧150 mm Hg以下かつ拡張期血圧90mm Hg以下に血圧のコントロールが良好な患者はベバシズマブ/プラセボ投与の継続が可能である。

- 6.521 コントロール不良の高血圧(収縮期血圧150 mm Hg以下かつ拡張期血圧90mm Hg以上)あるいはCTCAE Grade4未満の臨床症状のある高血圧の患者においては、ベバシズマブ/プラセボの投与(およびフェーズ Aでは殺細胞性薬剤の投与を必要があれば1週間まで延期する、下記参照)(08/06/07)を保留し、6.52に示す降圧薬を開始あるいは継続しなければならない。
- ・ベバシズマブ/プラセボ投与と化学療法を併用している期間において、治療保留後1週間以内に高血圧がコントロールされ、臨床症状が解消された場合は、すべての治療を継続する。
  - ・ベバシズマブ/プラセボ投与と化学療法を併用している期間において治療の保留後1週間たってもコントロール不良あるいは臨床症状を伴うCTCAE Grade4未満の高血圧が持続する場合、プロトコルの規定に従って適応可能であれば、次サイクルではベバシズマブ/プラセボを中止して、パクリタキセルおよびカルボプラチンのみを投与する。
  - ・化学療法が終了した後の期間に、治療保留後3週間経ってもコントロール不良あるいは臨床症状を伴うCTCAE Grade4未満の高血圧が持続する場合には次サイクル以降のベバシズマブ/プラセボ治療を中止する。
  - ・CTCAE Grade4の高血圧を発症した患者においては残りの治療においてベバシズマブ/プラセボの投与を中止する。



- 6.53 蛋白尿：ベバシズマブ/プラセボの投与を受ける患者は1回おきに投与前に尿蛋白/クレアチニン(UPC)比を測定しなければならない。

UPC比<3.5	ベバシズマブ/プラセボ投与を継続。
UPC比≥3.5	UPC比<3.5になるまでベバシズマブ/プラセボの投与を保留する。 蛋白尿のために治療が2ヶ月を超えて保留になった場合にはベバシズマブ/プラセボの投与を中止する
Grade4の蛋白尿が出現した場合 又は ネフローゼ症候群を発症した場合	ベバシズマブ/プラセボの投与を中止する。

- 6.54 出血：最大投与量の抗凝固薬の投与を受けている患者にCTCAE Grade3の出血を認めた場合にはベバシズマブ/プラセボの投与を中止する。その他の患者にCTCAE Grade3の出血を認めた場合には次の条件をすべて満たすまでベバシズマブ/プラセボの投与を保留する。

- 6.541 止血した。
- 6.542 ヘモグロビンレベルが安定している。
- 6.543 治療のリスクを高めるような出血性素因がない。
- 6.544 再出血のリスクを高めるような解剖学的、病理学的な因子がない。

上記の条件を満たさないために3週間を超えて治療が延期した患者、Grade3の出血が再発した患者、Grade4の出血を認める患者においてはベバシズマブ/プラセボの治療は中止する。

#### 6.55 血栓症

##### 6.551 動脈血栓症

CTCAE Grade3以上の動脈血栓症（脳梗塞、一過性虚血性発作、心筋虚血/梗塞、末梢動脈やその他の臓器の梗塞を含む）、ベバシズマブ/プラセボの投与開始後に発症あるいは悪化したCTCAE Grade2の動脈血栓症を認めた場合にはベバシズマブ/プラセボの投与を中止する。

##### 6.552 静脈血栓症

CTCAE Grade3あるいは無症候性のCTCAE Grade4の静脈血栓症を認める場合（肺血栓塞栓症を含む）にベバシズマブ/プラセボ投与を保留する。抗凝固療法中の患者においてベバシズマブ/プラセボ投与中は頻回にPT-INRあるいはPTTをモニターすべきである。予定されたfull-doseの抗凝固療法が3週間未満の場合には治療が終了するまでベバシズマブ/プラセボの投与を保留する。予定されたfull-doseの抗凝固療法が3週間を超える場合には次の条

件をすべて満たすまで治療を休止する（さもなければ投与を中止する）。

- 6. 5521 治療再開の前にワーファリン（あるいは他の抗凝固薬）投与量あるいはヘパリンの投与量が安定しかつINRが適切な範囲（通常2から3）に入っていること。
- 6. 5522 出血のリスクの高い病理学的な状況にないこと（腫瘍が主要な血管を巻き込んでいないことなど）。
- 6. 5523 試験治療中に出血が起きていないこと。
- 6. 5524 患者が治療を受けることによるメリットを有すること（腫瘍の進行を認めないこと）。

本試験に登録後、2サイクル目の投与前に臨床症状を伴うCTCAE Grade4の血栓塞栓を発症した患者はSection 6. 552に従って対応する。一方、ベバシズマブ/プラセボの投与開始以降に臨床症状を伴うCTCAE Grade4の血栓塞栓を発症した場合あるいは、ベバシズマブ/プラセボの投与を休止した後に繰り返したり、悪化したりする静脈血栓症を認める場合にはベバシズマブ/プラセボの投与を中止する。(08/06/07)

- 6. 56 血液凝固異常：凝固の指標が治療を必要とする範囲にあつたり、次に示す血液凝固異常を認める場合にはベバシズマブ/プラセボの投与を保留すべきである。CTCAE Grade3あるいは4の血液凝固異常を認める場合にはPT/PTTの異常がGrade1になるまで治療を延期する。ワーファリン治療施行中の患者においてPT/INRが治療域にない場合には治療域に入るまでベバシズマブ/プラセボの投与を保留する。上記の条件に抵触するために3週間を超えて治療が遅延した場合にはベバシズマブ/プラセボ療法を中止する。
- 6. 57 創部離開、腸管穿孔・瘻孔形成、あるいは消化管リーク (06/26/06) (10/14/08)  
次に示すような内科的あるいは外科的治療を必要とする創部離開、腸管穿孔あるいは瘻孔形成（気管食道瘻を含む）を認める場合にはベバシズマブ/プラセボの治療を変更する。
- 6. 571 ベバシズマブ/プラセボ治療に先立ってGrade3あるいは4の事象を認める場合にはSection 6. 641（試験治療の特別な変更）に従う。(08/07/06)Section 7. 0. に規定されているように二次癒合で治癒する筋膜の離開あるいは感染を伴わない表在性の離開のみの場合にはベバシズマブ/プラセボの投与を開始し、完全な閉鎖が確認されるまで1週間ごとに創部の評価を行う。
- 6. 572 ベバシズマブ/プラセボ投与開始後にGradeに関わらず何らかの新しい事象が発生した場合にはベバシズマブ/プラセボの投与を中止する(1-16-06)
- 6. 58 今回の試験で計画した各レジメンに含まれる用量およびスケジュールを用いた未治療の患者

集団では、腎毒性（GFRの低下に関連する）が化学療法による直接の合併症として出現することは考えにくい。そのため腎毒性による投与量の変更は規定しない。しかし、血清クレアチニンが各施設の正常値の上限(ULN)の1.5倍を超える（CTCAE Grade2以上）腎機能不全が出現した場合には、カルボプラチンの投与量をサイクルごとに目標とするAUCにあわせて再計算する。

- 6.59 腸閉塞：CTCAE Grade3の毒性が発現した場合にはGrade1に軽快するまでペバシズマブ/プラセボの投与を保留する。Grade4の毒性が発現した場合には治療を中止する。腸閉塞の原因が腫瘍の増大によるものである可能性があるため、Section 8.0に従い臨床的状态に応じて臨床情報、検査データ、画像検査などによる評価を行い、Section 8.0の通り腫瘍の増大が示唆された場合にはプロトコル治療をすべて中止する。(08/06/07)
- 6.60 肝毒性は今回の試験で計画した各レジメンに含まれる用量およびスケジュールを用いた未治療の患者集団では、化学療法による直接の合併症として出現することは考えにくい。しかし、SGOT(AST)、SGPT(ALT)、アルカリフォスファターゼあるいはビリルビンのGrade3（あるいはそれ以上）の上昇を認めた場合にはパクリタキセルに投与量を1レベル下げることが必要である。また、Grade 1に軽快するまで次の治療を最大で3週間延期する。(08/06/07)
- 6.61 脱毛、嘔気、便秘あるいは下痢による投与量の変更は行わない。嘔気、便秘、下痢の管理のためにこれらの出現について日常的な観察がすすめられる。
- 6.62 可逆性後白質脳症(RPLS)の治療ガイドライン：RPLSを示唆する兆候が認められた場合には、精密検査や血圧コントロールを含む管理の間ペバシズマブを休止しなければならない。RPLSの診断がついた場合にはペバシズマブの投与を中止すべきである。  
注：RPLSが軽症で2-4週間以内に臨床的、画像上完全に軽快した場合にはペバシズマブ投与によるメリットのある患者についてはその再開を考慮できる。このような患者のペバシズマブ投与の再開については主任研究者と相談し、スポンサーによる承認を得なければならない。  
(Date 2006)
- 6.63 一般的にパクリタキセル、カルボプラチン、ペバシズマブ/プラセボあるいはドセタキセルに対する過敏反応はdose-limiting toxicityとみなされない。このような患者については投与速度の調整をし、予防的薬剤を投与した上で前回と同量で再投与する（Section 5.3232に示すペバシズマブ/プラセボの再投与のガイドラインを参照）。(08/06/07)しかし、このような安全措置にもかかわらず、投与を試みても過敏反応をきたした場合には以後の治療では原因薬剤の投与を中止すべきである。ペバシズマブ/プラセボに対するCTCAE Grade3ないし4のアレルギーあるいは投与反応の事象が発現した際には以後ペバシズマブ/プラセボの投与は中止する。パクリタキセルに対して繰り返して過敏反応を認めた場合にはSection 5.322および6.51のガイドラインに沿ってドセタキセルに代える。また、ペバシズマブ/プラセボに対する

過敏反応が疑われる場合の管理に関するAppendix Vも参照されたい。

- 6.64 Section 6.641に示す以外のGrade2（あるいはそれ以上）の臓器機能への影響を及ぼす非血液毒性が発現した際の治療の変更についてはstudy co-chairのうちの誰かと相談が必要である。  
(08/06/07)

6.641 試験治療の特別な変更

- 6.6411 何らかのCTCAE Grade3の非血液毒性（管理可能な嘔気・嘔吐を除く）が少なくとも試験治療により発現したと考えられる場合には症状がCTCAE Grade1以下に軽快するまで試験治療を保留するべきである。CTCAE Grade3の毒性が3週間を超えて継続する場合や治療の再開後に再発する場合には主任研究者に相談の上試験治療を中止することを考慮する。(08/06/07)

- 6.6412 何らかのCTCAE Grade4の非血液毒性（管理可能な嘔気・嘔吐を除く）が発現した場合には主任研究者に相談の上試験治療を中止することを考慮する。(08/06/07)

- 6.65 想定外の重大な外科的治療：想定外の（緊急事態での）重大な外科的治療が病状の進行や少なくともベパシズマブ/プラセボ投与に関連する可能性のある有害事象以外の理由で行われた場合には術後、28日を超えて保留し、他のSection 6.5 and 6.6の条件に当てはまらなければ再開する。(06/26/06)治療の延期は次のような小手術の場合には必要としない。a) 膀胱鏡検査、b) 中心静脈カテーテル、腎盂カテーテル、尿管ステントの挿入や抜去、c) Section 8.3にあるような病状進行がない場合の胸水、腹水貯留による症状の軽減を目的とした穿刺。注：Section 8.3にあるような病状の進行を認める前に非緊急で行われた腹部手術（人工肛門の選納、intervalあるいはsecondary debulking surgeryやセカンドルック手術など）は重大なプロトコル違反とみなされる。(08/06/07) (10/14/08)

- 6.7 フェーズ Aにおける殺細胞性薬剤のガイドライン、プロトコルに規定された殺細胞性薬剤の投与を中止後、腫瘍の進行を認めない場合(08/06/07)

この第Ⅲ相試験ではprogression-free survival、overall survivalといった全エンドポイントの解析は割り付けられた治療群に従って行う（intent-to-treatの原則）。安全性の見地からすべての群で毒性は継続的に評価し、過度の毒性が発生した場合には治療内容の修正、中止を考慮する。毒性、プロトコル違反、疾患、その他の原因で治療を中止した症例を除くことによるバイアスの発生を避けるためにintent-to-treatの原則に従った解析が必要である。この方針に従うと、すべての登録、割付の行われた患者が解析の対象になる。プロトコルに従った治療を受けられるかどうかに関わらず、すべての患者の取り扱いが解析に影響する。

よって、Section 8.0に示すような腫瘍の増大を認めず、6サイクルのカルボプラチン/タキサン投与が終了していない状況では有害事象のためにプロトコル治療を中止（Section 6.0の基準に従