

ステロイド抵抗性慢性GVHDに対する治療

慢性GVHDに対して新たな全身治療の追加または変更を行った場合に、治療 治療 、治療 治療 へ治療ラインが変更となります。薬剤量の変更や薬剤の中止は新たな全身治療には含みません。

例1) 治療 の開始時に、イブルチニブ 280mg/day, タクロリムス 0.2 mg/day, PSL 10 mg/dayであり、治療経過中にPSLを15mg/dayに増量した場合。治療 継続中となります。治療 の6ヶ月、12ヶ月評価を入力してください。

例2) 治療 の開始時に、イブルチニブ 280mg/day, タクロリムス 0.2 mg/day, PSL 10 mg/dayであり、治療経過中にイブルチニブからルキシソリチニブに変更した場合。イブルチニブ、タクロリムス、PSLによる治療が治療 、ルキシソリチニブ、タクロリムス、PSLによる治療が治療 となります。ルキシソリチニブ開始時点が治療 の開始となります。イブルチニブからルキシソリチニブへの変更が、治療 の開始後3ヶ月以上経過してからの場合は治療 の継続時点までの評価(6ヶ月、12ヶ月評価)および治療 の開始時評価を入力してください。イブルチニブからルキシソリチニブの変更が、治療 の開始後3ヶ月未満の場合は、治療 の6ヶ月評価は記載せず、治療 の開始時評価を入力してください。

腸溶性ステロイド(ベクロメタゾン等)、FAM療法、ステロイド外用、タクロリムス含嗽などの局所療法は全身治療に含みません。

慢性GVHDがCRとなった後に免疫抑制剤を終了し、再度慢性GVHDの治療を行った場合は、免疫抑制剤終了後の治療に関しては入力の対象外です。

ステロイド抵抗性慢性GVHDに対する治療 の開始 有
無

治療開始日 (yyyy/mm/dd)

治療開始日 (day)