

# 国際共同第Ⅲ相試験 (ONO-4538-52試験)



薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤/ヒト型抗ヒトPD-1モノクローナル抗体

## オプジーボ<sup>®</sup> 点滴静注

20mg, 100mg, 120mg, 240mg

ニボルマブ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品<sup>注)</sup>注) 注意-医師等の処方箋により使用すること**OPDIVO<sup>®</sup>**  
(nivolumab)

### 1. 警告

- 1.1 本剤は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤の使用が適切と判断される症例についてのみ投与すること。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与すること。
- 1.2 間質性肺疾患があらわれ、死亡に至った症例も報告されているので、初期症状(息切れ、呼吸困難、咳嗽、疲労等)の確認及び胸部X線検査の実施等、観察を十分に行うこと。また、異常が認められた場合には本剤の投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。[8.2、9.1.2、11.1.1参照]

### 2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

製造販売

小野薬品工業株式会社

プロモーション提携

ブリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社

添付文書改訂時の評価資料のためご紹介いたします。

## 国際共同第Ⅲ相試験 (ONO-4538-52試験)<sup>20)</sup>

### 目的

化学療法未治療のEGFR遺伝子変異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びROS1融合遺伝子陰性の切除不能な進行・再発の非扁平上皮非小細胞肺癌を対象として、オブジーボ、カルボプラチン、パクリタキセル及びペバシズマブの併用療法(オブジーボ併用群)のプラセボ、カルボプラチン、パクリタキセル及びペバシズマブの併用療法(プラセボ併用群)に対する優越性を検証するとともに、安全性も検討する。

### 試験デザイン

国際共同プラセボ対照二重盲検無作為化比較第Ⅲ相試験[優越性試験]

### 対象

化学療法未治療のEGFR遺伝子変異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びROS1融合遺伝子陰性の切除不能な進行・再発の非扁平上皮非小細胞肺癌患者 550例(日本人371例)  
オブジーボ併用群:275例(日本人188例)、プラセボ併用群:275例(日本人183例)

### 投与方法

オブジーボ併用群:オブジーボ(360mg, day 1)、カルボプラチン(AUC 6, day 1)<sup>\*1</sup>、パクリタキセル(200mg/m<sup>2</sup>, day 1)<sup>\*2</sup>、ペバシズマブ(15mg/kg, day 1)を3週間間隔で投与した(4サイクル、最大6サイクル)。その後、オブジーボ(360mg, day 1)、ペバシズマブ(15mg/kg, day 1)を3週間間隔で継続した。

プラセボ併用群:プラセボ(day 1)、カルボプラチン(AUC 6, day 1)<sup>\*1</sup>、パクリタキセル(200mg/m<sup>2</sup>, day 1)<sup>\*2</sup>、ペバシズマブ(15mg/kg, day 1)を3週間間隔で投与した(4サイクル、最大6サイクル)。その後、プラセボ(day 1)、ペバシズマブ(15mg/kg, day 1)を3週間間隔で継続した。

※1:本邦におけるカルボプラチンの用法及び用量(一部抜粋)は、「頭頸部癌、肺小細胞癌、睾丸腫瘍、卵巣癌、子宮頸癌、悪性リンパ腫、非小細胞肺癌の場合:通常、成人にはカルボプラチンとして、1日1回300~400mg/m<sup>2</sup>(体表面積)を投与し、少なくとも4週間休薬する。これを1クールとし、投与を繰り返す。なお、投与量は、年齢、疾患、症状により適宜増減する。」である。

※2:本邦におけるパクリタキセルの用法及び用量(一部抜粋)は、「非小細胞肺癌及び子宮体癌にはA法を使用する。A法:通常、成人にはパクリタキセルとして、1日1回210mg/m<sup>2</sup>(体表面積)を3時間かけて点滴静注し、少なくとも3週間休薬する。これを1クールとして、投与を繰り返す。」である。

### 評価項目

**有効性** 主要評価項目:無増悪生存期間(PFS) [RECISTガイドライン1.1版に基づくIRRC<sup>\*3</sup>判定]  
副次的評価項目:全生存期間(OS)、PFS [RECISTガイドライン1.1版に基づく実施医療機関の医師判定]、奏効率(ORR) [RECISTガイドライン1.1版に基づくIRRC判定及び実施医療機関の医師判定]、病勢制御率(DCR) [RECISTガイドライン1.1版に基づくIRRC判定及び実施医療機関の医師判定]、奏効期間(DOR) [RECISTガイドライン1.1版に基づくIRRC判定]、奏効に至るまでの期間 [RECISTガイドライン1.1版に基づくIRRC判定]、最良総合効果(BOR) [RECISTガイドライン1.1版に基づくIRRC判定及び実施医療機関の医師判定]、標的病変の腫瘍径和の最大変化率 [RECISTガイドライン1.1版に基づくIRRC判定]  
その他の評価項目:患者報告アウトカム(生活の質: EuroQol 5 Dimension、疾患関連症状:Lung Cancer Symptom Scale)、医療資源利用、バイオマーカー(ヒト白血球抗原検査、血清中可溶性因子、腫瘍マーカー、遺伝子検査、腫瘍組織など)、薬物動態(血清中ニボルマブ濃度)、免疫原性

**安全性** 有害事象、臨床検査、バイタルサイン、胸部X線、12誘導心電図、ECOG Performance Status(PS)

※3:独立画像判定委員会

### 解析計画

**有効性** 主要評価項目:PFS(IRRC判定)の解析は、Intention-to-Treat(ITT)を解析対象集団として280件のイベント(最終解析時の目標イベント数の約82.4%)が観察された時点で1回の中間解析を行い、340件のイベントが観察された時点で最終解析を行う計画とした。中間解析及び最終解析の有意水準は、実際のイベント数に基づきLan-DeMets法の $\alpha$ 消費関数(O'Brien-Fleming型)を用いて算出することとした。PFS(IRRC判定)の中間解析を306件のイベントが観察された時点で実施し、両側有意水準は0.0363と算出された。この解析でオブジーボ併用群のプラセボ併用群に対する優越性が検証されたことから、独立データモニタリング委員会により試験の有効中止が勧告され、中間解析を本試験の最終解析と位置付けた。ITTを対象に、PD-L1発現レベル、ECOG PS及び性別を層別因子とした層別log-rank検定により投与群間の比較を行った。オブジーボ併用群のプラセボ併用群に対するハザード比(HR)及びその両側96.37%信頼区間を、投与群を共変量とし、PD-L1発現レベル、ECOG PS及び性別を層別因子としたCox比例ハザードモデルを用いて推定した。PFSのKaplan-Meier曲線を投与群別に示し、PFS中央値を投与群別にKaplan-Meier法を用いて推定、その両側96.37%信頼区間をBrookmeyer-Crowley法を用いて算出した。6、12、18及び24ヵ月時点のPFS率を投与群別にKaplan-Meier法を用いて推定し、その両側95%信頼区間をGreenwoodの公式を用いて算出した。

副次的評価項目:PFS(実施医療機関の医師判定)の解析方法は、有意水準を両側0.05としたことを除き、主要評価項目のPFS(IRRC判定)に準じた。

記述的解析としてオブジーボ併用群とプラセボ併用群のOS、ORR、BOR、DCR(CR+PR+SD)の比較を行った。

OSは、ITTを対象に、PD-L1発現レベル、ECOG PS及び性別を層別因子とした層別log-rank検定を用いて、オブジーボ併用群とプラセボ併用群を比較した。オブジーボ併用群のプラセボ併用群に対するHR及びその両側95%信頼区間を、投与群を共変量とする層別Cox比例ハザードモデルを用いて推定した。OSのKaplan-Meier曲線を投与群別に示し、また、OS中央値を投与群別にKaplan-Meier法を用いて推定、その両側95%信頼区間をBrookmeyer-Crowley法を用いて算出した。6、12、18及び24ヵ月時点のOS率を投与群別にKaplan-Meier法を用いて推定し、その両側95%信頼区間をGreenwoodの公式を用いて算出した。

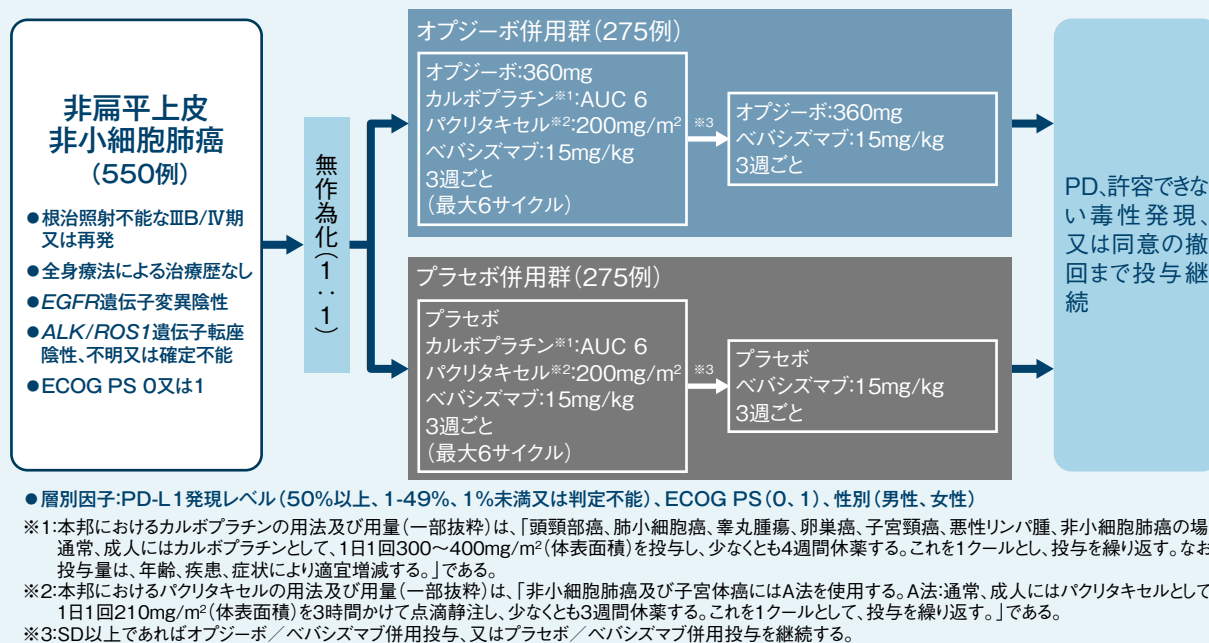
ORRは、ITTを対象に投与群別に算出し、その両側95%信頼区間をClopper-Pearson法を用いて算出した。PD-L1発現レベル、ECOG PS及び性別を層別因子としたCochran-Mantel-Haenszel検定を用いて、ORRを投与群間で比較し、オブジーボ併用群のプラセボ併用群に対するオッズ比及びその両側95%信頼区間、相対リスク及びその両側95%信頼区間並びにORRの群間差及びその両側95%信頼区間を算出した。DCR (CR+PR+SD)の解析方法はORRに準じた。

BORは、完全奏効 (CR)、部分奏効 (PR)、安定 (SD)、進行 (PD) 及び評価不能 (NE) の割合を投与群別に算出し、CR、PR及びSDの各割合に対する両側95%信頼区間をClopper-Pearson法を用いて算出した。

DOR及び奏効に至るまでの期間は、試験を通じて確定されたCR又はPRを示した被験者を評価対象とし、Kaplan-Meier曲線を投与群別に示した。また、DOR及び奏効に至るまでの期間中央値を投与群別にKaplan-Meier法を用いて推定し、その両側95%信頼区間をBrookmeyer-Crowley法を用いて算出した。

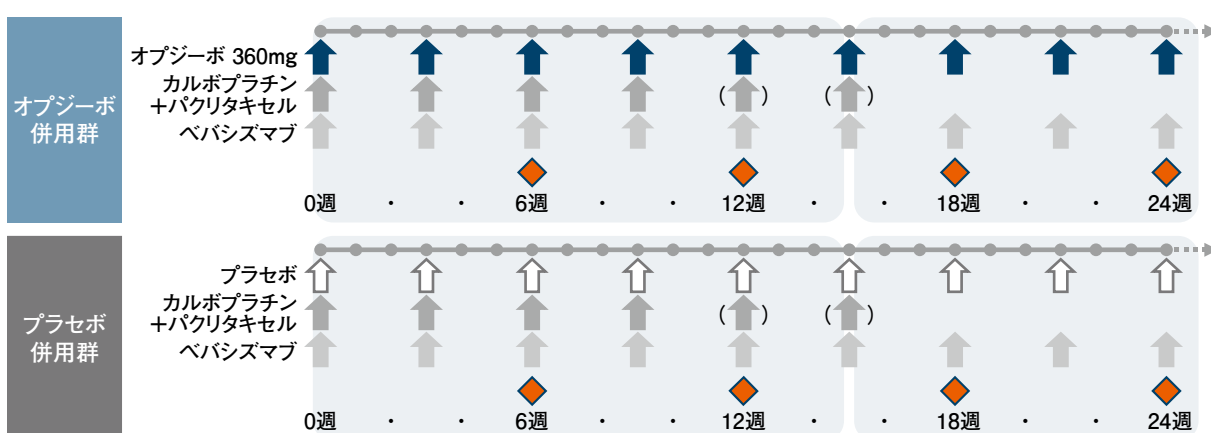
サブグループ解析:事前に規定された日本人部分集団、PD-L1発現率別 (<1%又は判定不能、1-49%、≥50%)のサブグループ解析を行った。また、事前に規定された部分解析集団 (年齢、性別、実施国、ECOG PS、喫煙歴、組織型、PD-L1発現率、肝転移、骨転移、脳転移など)に対するOS、PFS、ORRのサブグループ解析を行った。

## 試験デザイン



4. 効能又は効果 (一部抜粋) 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌
5. 効能又は効果に関連する注意 (一部抜粋) 〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉 5.2 臨床試験に組み入れられた患者のEGFR遺伝子変異又はALK融合遺伝子の有無等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.9-17.1.11参照]
6. 用法及び用量 (一部抜粋) 〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉 通常、成人にはニボルマブ (遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ (遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回360mgを3週間間隔で点滴静注する。
7. 用法及び用量に関連する注意 (一部抜粋) 〈効能共通〉 7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。 〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉 7.4 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、併用する他の抗悪性腫瘍剤は、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験において検討された患者のPD-L1発現率を考慮した上で選択すること。[17.1.10参照]
8. 重要な基本的注意 (一部抜粋) 〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉 8.10 本剤とカルボプラチン、パクリタキセル及びベバシズマブ (遺伝子組換え)を併用投与する際には、発熱性好中球減少症があらわれることがあるので、必要に応じて血液検査を行う等、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.5参照]

投与方法



▲ Opdivo(点滴静注)    ⬆️ プラセボ    ⬆️ カルボプラチン+パクリタキセル    ⬆️ ペバシズマブ

◆ 腫瘍評価は、初回投与の6週間(+7日)後から48週目までは6週間(±7日)間隔で、その後は12週間(±7日)間隔で進行(PD)又は投与中止のいずれか遅い時点まで、RECISTガイドライン1.1版に基づき、IRRC及び実施医療機関の医師が判定した。

治験薬の投与は、病勢進行又は許容できない毒性の発現まで継続

**患者背景**

		オプジーボ併用群 (275例)	プラセボ併用群 (275例)
実施国	日本	188(68.4%)	183(66.5%)
	台湾	25(9.1%)	29(10.5%)
	韓国	62(22.5%)	63(22.9%)
年齢	65歳未満	131(47.6%)	111(40.4%)
	65歳以上	144(52.4%)	164(59.6%)
	中央値	66.0歳	66.0歳
性別	男性	205(74.5%)	206(74.9%)
	女性	70(25.5%)	69(25.1%)
人種	アジア人	275(100.0%)	275(100.0%)
組織型	腺癌	255(92.7%)	254(92.4%)
	大細胞癌	2(0.7%)	4(1.5%)
	その他	18(6.5%)	17(6.2%)
ECOG PS	0	129(46.9%)	128(46.5%)
	1	146(53.1%)	147(53.5%)
	2以上	0	0
喫煙歴	なし	61(22.2%)	54(19.6%)
	あり(現在)	18(6.5%)	21(7.6%)
	あり(過去)	196(71.3%)	200(72.7%)
	不明	0	0
PD-L1発現率	<1%又は判定不能	120(43.6%)	120(43.6%)
	1-49%	82(29.8%)	81(29.5%)
	≥50%	73(26.5%)	74(26.9%)
診断から無作為化までの期間	中央値、月	1.15	1.15
	最小-最大	0.0-190.7	0.0-118.6

**6. 用法及び用量(一部抜粋)**

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回360mgを3週間間隔で点滴静注する。

**7. 用法及び用量に関連する注意(一部抜粋)**

〈効能共通〉

7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

7.4 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する他の抗悪性腫瘍剤は、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験において検討された患者のPD-L1発現率を考慮した上で選択すること。[17.1.10参照]

**8. 重要な基本的注意(一部抜粋)**

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

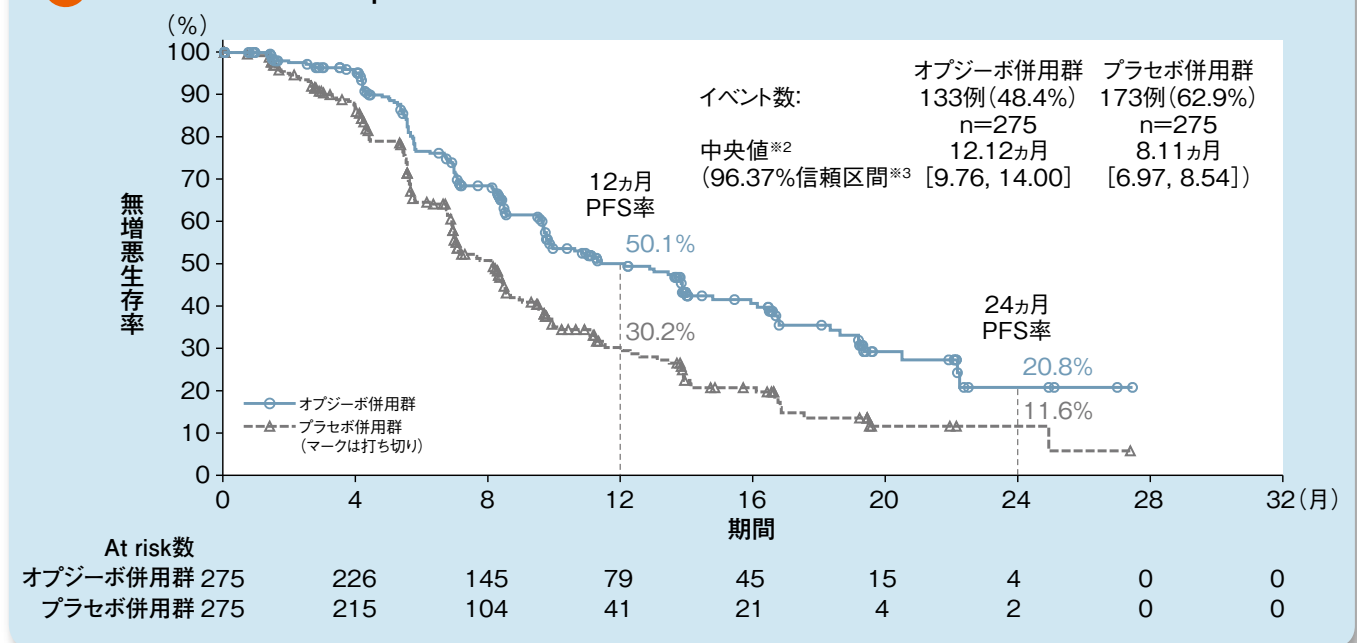
8.10 本剤とカルボプラチン、パクリタキセル及びペバシズマブ(遺伝子組換え)を併用投与する際には、発熱性好中球減少症があらわれることがあるので、必要に応じて血液検査を行う等、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.5参照]

有効性

●無増悪生存期間(PFS) [IRRC判定] [主要評価項目]

無増悪生存期間(PFS)について、オブジーボ併用群のプラセボ併用群に対する優越性が統計的に検証されました ( $p < 0.0001$  両側:有意水準0.0363、層別log-rank検定<sup>\*1</sup>)。PFS中央値はオブジーボ併用群で12.12ヵ月<sup>\*2</sup> (96.37%信頼区間 [9.76, 14.00]<sup>\*3</sup>)、プラセボ併用群で8.11ヵ月<sup>\*2</sup> (96.37%信頼区間 [6.97, 8.54]<sup>\*3</sup>) であり、オブジーボ併用群のプラセボ併用群に対するハザード比は0.56 (96.37%信頼区間 [0.43, 0.71]<sup>\*4</sup>) でした。なお、抗腫瘍効果はIRRCによってRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

● PFS (IRRC判定) のKaplan-Meier曲線



(データカットオフ:2020年2月10日)

※1:PD-L1発現率(≥50%、1-49%、<1%又は判定不能)、ECOG PS (0と1)、性別(男性と女性)を層別因子とした

※2:Kaplan-Meier法

※3:Brookmeyer-Crowley法

※4:投与群を共変量、PD-L1発現率、ECOG PS、性別を層別因子としたCox比例ハザードモデル

6. 用法及び用量(一部抜粋)

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回360mgを3週間間隔で点滴静注する。

7. 用法及び用量に関連する注意(一部抜粋)

〈効能共通〉

7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

7.4 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する他の抗悪性腫瘍剤は、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験において検討された患者のPD-L1発現率を考慮した上で選択すること。[17.1.10参照]

8. 重要な基本的注意(一部抜粋)

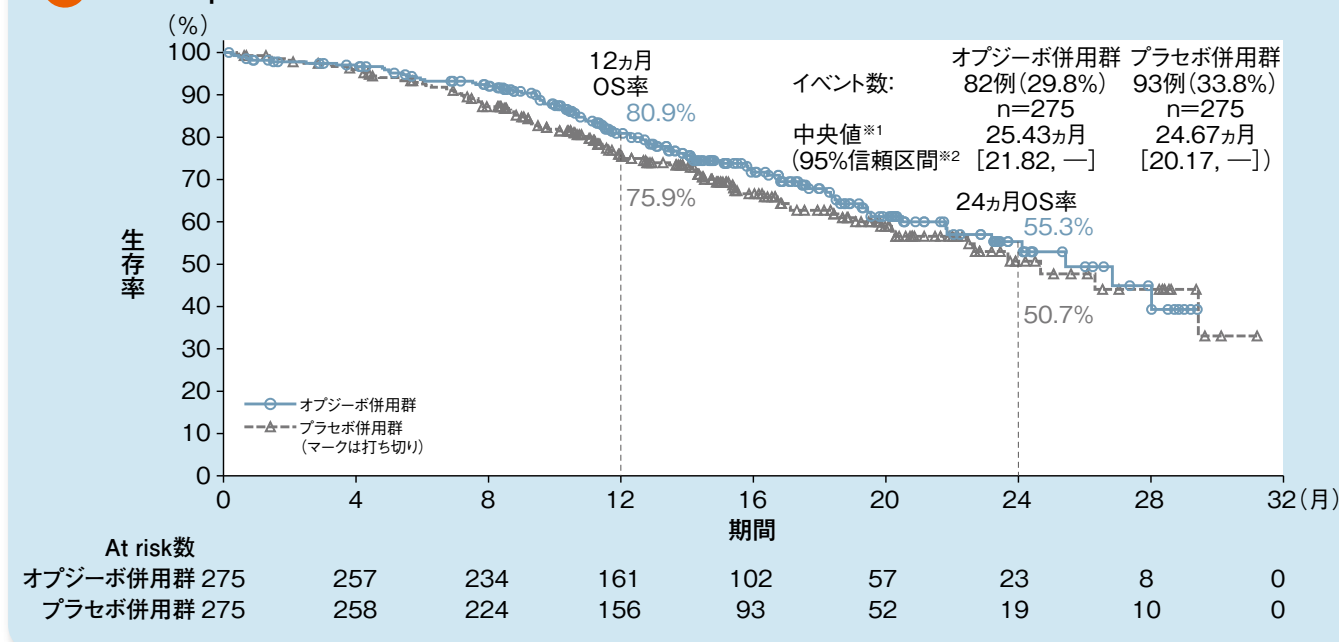
〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

8.10 本剤とカルボプラチン、パクリタキセル及びペバシズマブ(遺伝子組換え)を併用投与する際には、発熱性好中球減少症があらわれることがあるので、必要に応じて血液検査を行う等、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.5参照]

●全生存期間(OS)〔副次的評価項目〕

全生存期間(OS)について、OS中央値は、オプジーボ併用群で25.43ヵ月<sup>※1</sup>(95%信頼区間[21.82, -]<sup>※2</sup>)、プラセボ併用群で24.67ヵ月<sup>※1</sup>(95%信頼区間[20.17, -]<sup>※2</sup>)であり、オプジーボ併用群のプラセボ併用群に対するハザード比は0.85(95%信頼区間[0.63, 1.14]<sup>※3</sup>)でした(記述的解析)。

● OSのKaplan-Meier曲線



(データカットオフ:2020年2月10日)

※1:Kaplan-Meier法

※2:Brookmeyer-Crowley法

※3:投与群を共変量、PD-L1発現率、ECOG PS、性別を層別因子としたCox比例ハザードモデル

●奏効率(ORR) [IRRC判定]〔副次的評価項目〕

奏効率(ORR)はオプジーボ併用群で61.5%(95%信頼区間[55.4, 67.2]<sup>※4</sup>)、プラセボ併用群で50.5%(95%信頼区間[44.5, 56.6]<sup>※4</sup>)であり(記述的解析)、オッズ比は1.55(95%信頼区間[1.11, 2.17]<sup>※5</sup>)でした。なお、抗腫瘍効果はIRRCによってRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

	オプジーボ併用群 (275例)	プラセボ併用群 (275例)
奏効率(ORR) (IRRC判定)、例数(%)	169(61.5)	139(50.5)
[95%信頼区間] <sup>※4</sup>	[55.4, 67.2]	[44.5, 56.6]

※4:Clopper-Pearson法

(データカットオフ:2020年2月10日)

※5:PD-L1発現率、ECOG PS、性別を層別因子としたCochran-Mantel-Haenszel検定

・最良総合効果(BOR) [IRRC判定]〔副次的評価項目〕

最良総合効果(BOR)は下表の通りでした。なお、抗腫瘍効果はIRRCによってRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

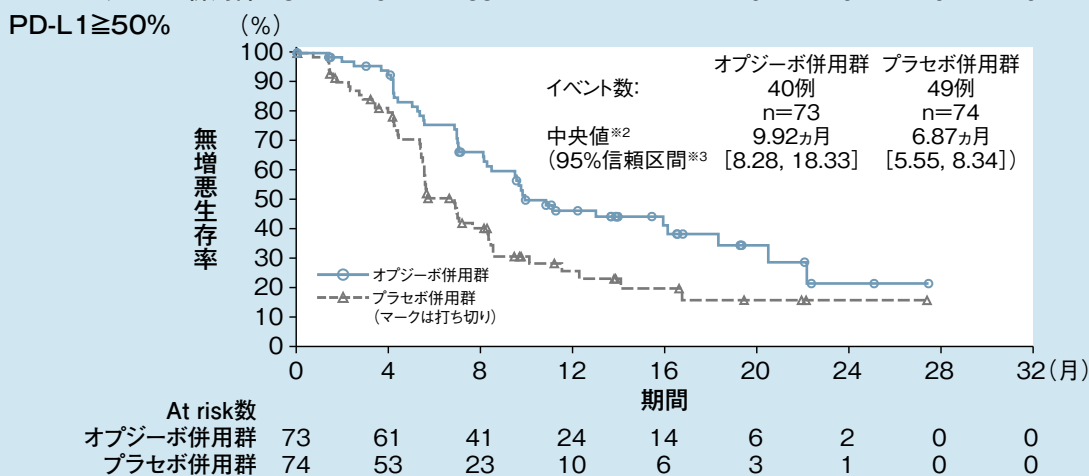
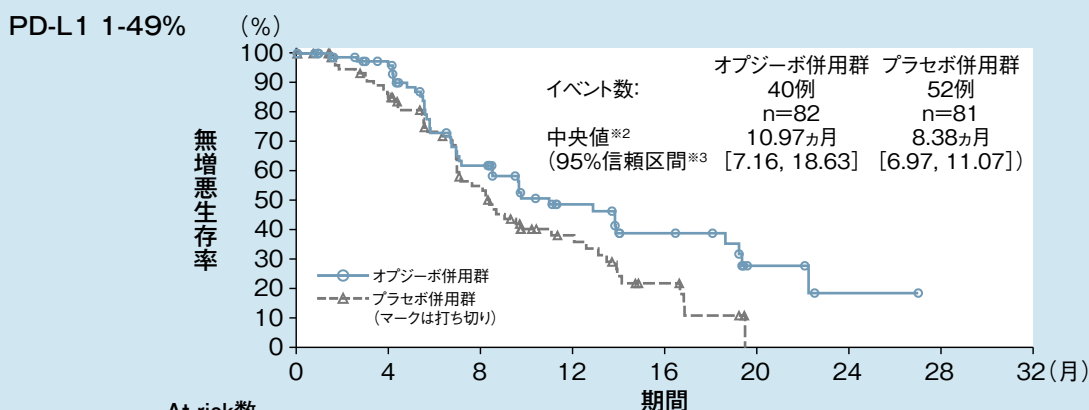
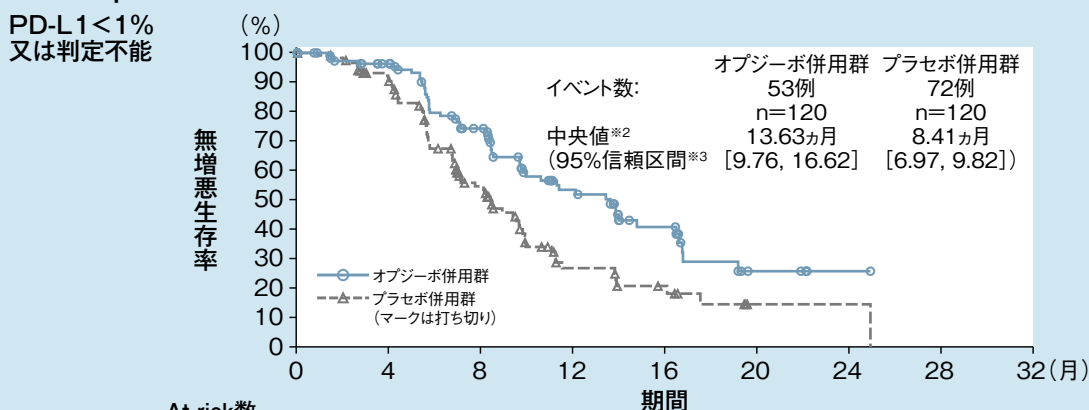
	オプジーボ併用群 (275例)	プラセボ併用群 (275例)
最良総合効果(BOR) (IRRC判定)、例数(%)		
CR(完全奏効)	14(5.1)	8(2.9)
PR(部分奏効)	155(56.4)	131(47.6)
SD(安定)	71(25.8)	108(39.3)
PD(進行)	5(1.8)	11(4.0)
評価不能	30(10.9)	17(6.2)

(データカットオフ:2020年2月10日)

●PD-L1発現率別の無増悪生存期間(PFS) [IRRC判定] [主要評価項目・サブグループ解析]

無増悪生存期間(PFS)について、オブジーボ併用群のプラセボ併用群に対するハザード比は、PD-L1<1%又は判定不能で0.55(95%信頼区間[0.38, 0.78]<sup>\*1</sup>)、PD-L1 1-49%で0.63(95%信頼区間[0.42, 0.96]<sup>\*1</sup>)、PD-L1≥50%で0.55(95%信頼区間[0.36, 0.83]<sup>\*1</sup>)でした。PFS中央値は、オブジーボ併用群でPD-L1<1%又は判定不能が13.63ヵ月<sup>\*2</sup>(95%信頼区間[9.76, 16.62]<sup>\*3</sup>)、PD-L1 1-49%が10.97ヵ月<sup>\*2</sup>(95%信頼区間[7.16, 18.63]<sup>\*3</sup>)、PD-L1≥50%が9.92ヵ月<sup>\*2</sup>(95%信頼区間[8.28, 18.33]<sup>\*3</sup>)、プラセボ併用群でPD-L1<1%又は判定不能が8.41ヵ月<sup>\*2</sup>(95%信頼区間[6.97, 9.82]<sup>\*3</sup>)、PD-L1 1-49%が8.38ヵ月<sup>\*2</sup>(95%信頼区間[6.97, 11.07]<sup>\*3</sup>)、PD-L1≥50%が6.87ヵ月<sup>\*2</sup>(95%信頼区間[5.55, 8.34]<sup>\*3</sup>)でした。

● PFSのKaplan-Meier曲線 (PD-L1発現率別)



(データカットオフ:2020年2月10日)

※1:投与群を単一の共変量とするCox比例ハザードモデル ※2:Kaplan-Meier法 ※3:Brookmeyer-Crowley法

6. 用法及び用量(一部抜粋)

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

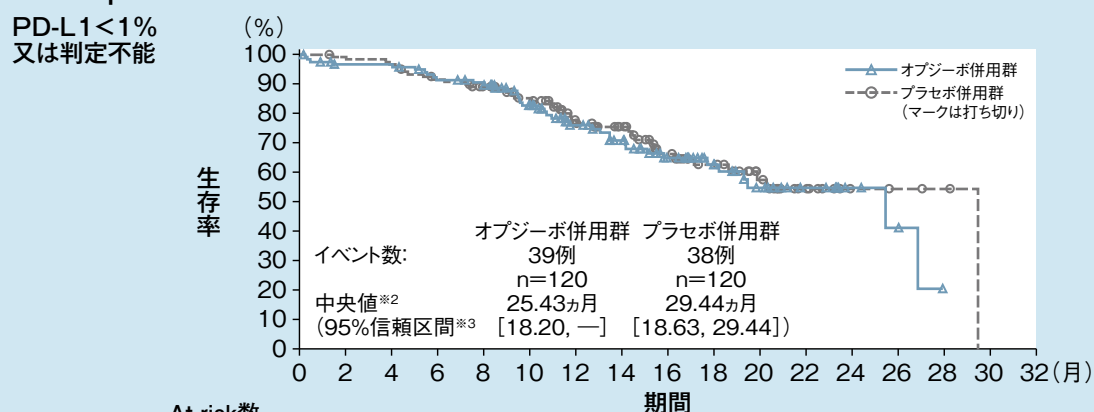
他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回360mgを3週間間隔で点滴静注する。



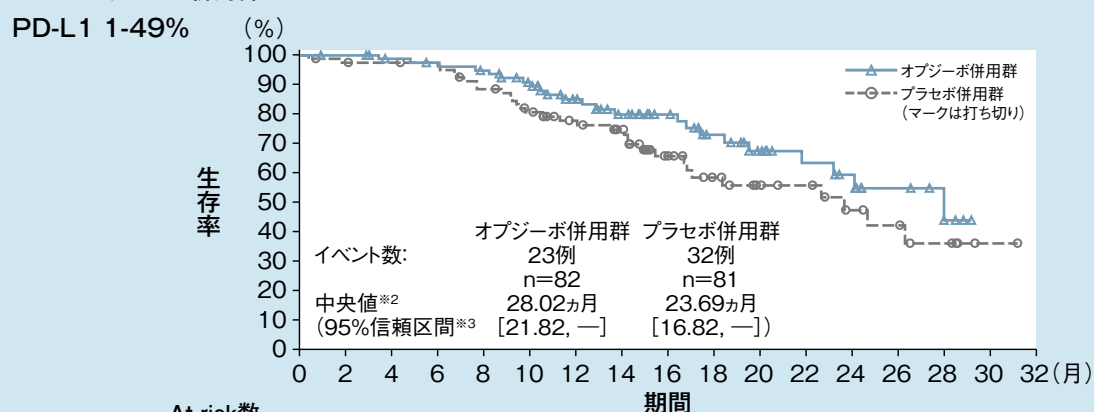
●PD-L1発現率別の全生存期間(OS)〔副次的評価項目・サブグループ解析〕

全生存期間(OS)について、オプジーボ併用群のプラセボ併用群に対するハザード比は、PD-L1<1%又は判定不能で1.11(95%信頼区間[0.71, 1.74]<sup>※1</sup>)、PD-L1 1-49%で0.67(95%信頼区間[0.39, 1.14]<sup>※1</sup>)、PD-L1≥50%で0.80(95%信頼区間[0.44, 1.45]<sup>※1</sup>)でした。OS中央値は、オプジーボ併用群でPD-L1<1%又は判定不能が25.43ヵ月<sup>※2</sup>(95%信頼区間[18.20, —]<sup>※3</sup>)、PD-L1 1-49%が28.02ヵ月<sup>※2</sup>(95%信頼区間[21.82, —]<sup>※3</sup>)、PD-L1≥50%が未達<sup>※2</sup>(95%信頼区間[18.56, —]<sup>※3</sup>)、プラセボ併用群でPD-L1<1%又は判定不能が29.44ヵ月<sup>※2</sup>(95%信頼区間[18.63, 29.44]<sup>※3</sup>)、PD-L1 1-49%が23.69ヵ月<sup>※2</sup>(95%信頼区間[16.82, —]<sup>※3</sup>)、PD-L1≥50%が未達<sup>※2</sup>(95%信頼区間[20.17, —]<sup>※3</sup>)でした。

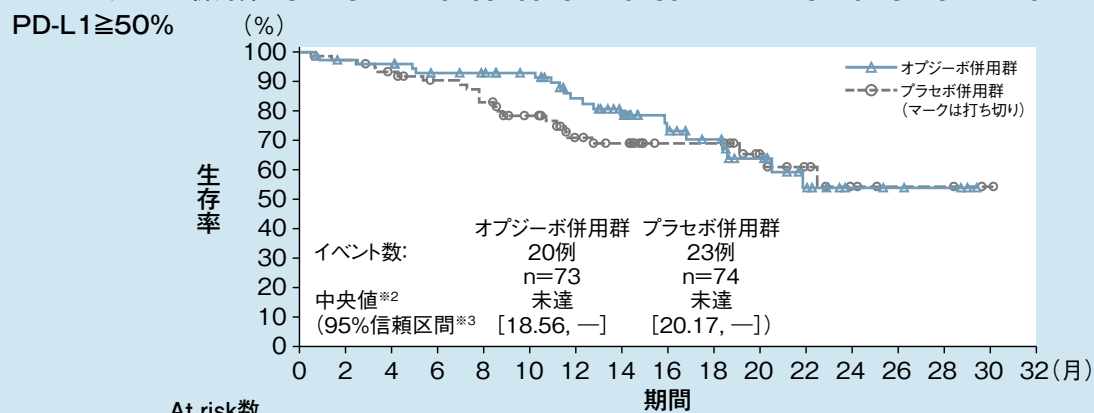
●OSのKaplan-Meier曲線(PD-L1発現率別)



At risk数																	
オプジーボ併用群	120	112	112	104	101	82	62	52	38	27	19	12	5	3	0	0	0
プラセボ併用群	120	118	115	107	100	87	68	55	40	30	20	11	4	3	2	0	0



At risk数																	
オプジーボ併用群	82	81	77	75	72	65	53	44	36	28	21	16	13	7	5	0	0
プラセボ併用群	81	78	77	76	68	60	52	46	30	22	17	15	10	8	5	1	0



At risk数																	
オプジーボ併用群	73	69	68	63	61	57	46	38	28	23	17	10	5	4	3	0	0
プラセボ併用群	74	71	66	61	56	48	36	32	23	23	15	10	5	3	3	1	0

(データカットオフ:2020年2月10日)

※1:投与群を単一の共変量とするCox比例ハザードモデル ※2:Kaplan-Meier法 ※3:Brookmeyer-Crowley法

<p>7. 用法及び用量に関連する注意(一部抜粋)</p> <p>〈効能共通〉</p> <p>7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。</p> <p>〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉</p> <p>7.4 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する他の抗悪性腫瘍剤は、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験において検討された患者のPD-L1発現率を考慮した上で選択すること。[17.1.10参照]</p>	<p>8. 重要な基本的注意(一部抜粋)</p> <p>〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉</p> <p>8.10 本剤とカルボプラチン、パクリタキセル及びベバシズマブ(遺伝子組換え)を併用投与する際には、発熱性好中球減少症があらわれることがあるので、必要に応じて血液検査を行う等、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.5参照]</p>
--	---

安全性

臨床検査値異常変動を含む副作用はオプジーボ併用群で98.5%(269/273例)、プラセボ併用群で99.6%(274/275例)に認められました。

主な副作用(10%以上)はオプジーボ併用群では脱毛症52.4%(143例)、末梢性感覚ニューロパチー44.0%(120例)、好中球数減少42.5%(116例)、白血球数減少34.1%(93例)、便秘31.1%(85例)、食欲減退及び発疹各29.7%(81例)、貧血28.6%(78例)、関節痛25.3%(69例)、悪心及び倦怠感各24.9%(68例)、筋肉痛24.2%(66例)、高血圧及び蛋白尿各23.8%(65例)、血小板数減少及び末梢性ニューロパチー各21.6%(59例)、好中球減少症19.4%(53例)、下痢及び口内炎各18.3%(50例)、そう痒症17.6%(48例)、鼻出血及び発熱性好中球減少症各15.8%(43例)、発熱14.7%(40例)、しゃっくり12.5%(34例)、味覚不全11.7%(32例)、斑状丘疹状皮疹11.0%(30例)、プラセボ併用群では脱毛症54.5%(150例)、好中球数減少50.5%(139例)、末梢性感覚ニューロパチー42.9%(118例)、白血球数減少35.6%(98例)、食欲減退34.9%(96例)、貧血33.5%(92例)、悪心30.2%(83例)、便秘29.5%(81例)、高血圧28.7%(79例)、筋肉痛28.4%(78例)、関節痛27.3%(75例)、倦怠感25.8%(71例)、蛋白尿25.1%(69例)、末梢性ニューロパチー22.5%(62例)、血小板数減少22.2%(61例)、口内炎18.5%(51例)、発疹14.5%(40例)、そう痒症14.2%(39例)、鼻出血13.8%(38例)、好中球減少症13.5%(37例)、下痢12.0%(33例)、しゃっくり10.5%(29例)、疲労10.2%(28例)でした。

重篤な副作用はオプジーボ併用群で41.8%(114例)、プラセボ併用群で26.9%(74例)に認められ、主なもの(3%以上)は、オプジーボ併用群では発熱性好中球減少症9.5%(26例)、発熱4.0%(11例)、肺臓炎3.3%(9例)、プラセボ併用群では発熱性好中球減少症4.4%(12例)でした。

投与中止に至った副作用として、投与群の中止に至った副作用(投与群の最後の薬剤の投与中止に至った副作用)、治験薬(オプジーボ又はプラセボ)の投与中止に至った副作用(治験薬に対する処置が「Drug Withdrawn(投与中止)」である副作用)、並びにすべての薬剤の投与中止に至った副作用(治験薬及びすべての化学療法に対する処置が「Drug Withdrawn(投与中止)」である副作用)を集計しました。

投与群の中止に至った副作用は、オプジーボ併用群16.5%(45例)、プラセボ併用群4.4%(12例)に認められ、最も発現率の高かったものはオプジーボ併用群では肺臓炎2.2%(6例)、プラセボ併用群では大腸炎、腸炎、腸管穿孔、大腸穿孔、アナフィラキシー反応、肺炎、クレブシエラ菌性肺炎、食欲減退、筋力低下、末梢性ニューロパチー、急性腎障害、急性間質性肺臓炎、咯血及び間質性肺疾患各0.4%(1例)でした。

治験薬の投与中止に至った副作用は、オプジーボ併用群14.7%(40例)、プラセボ併用群3.6%(10例)に認められ、最も発現率が高かったものは、オプジーボ併用群では肺臓炎2.2%(6例)、プラセボ併用群では間質性肺疾患0.7%(2例)でした。

すべての薬剤の投与中止に至った副作用は、オプジーボ併用群6.6%(18例)、プラセボ併用群1.5%(4例)に認められ、最も発現率が高かったものは、オプジーボ併用群では発疹1.1%(3例)、プラセボ併用群では肺炎、クレブシエラ菌性肺炎、食欲減退及び筋力低下各0.4%(1例)でした。

最終投与後30日までに治験薬又は化学療法の毒性により死亡した被験者の割合はオプジーボ併用群1.1%(3例)、プラセボ併用群1.1%(3例)でした。内訳は、オプジーボ併用群では発熱性好中球減少症、敗血症及び咯血が各1例、プラセボ併用群では上部消化管出血、クレブシエラ菌性肺炎及び敗血症が各1例でした。

6. 用法及び用量(一部抜粋)

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回360mgを3週間間隔で点滴静注する。

7. 用法及び用量に関連する注意(一部抜粋)

〈効能共通〉

7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

7.4 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する他の抗悪性腫瘍剤は、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験において検討された患者のPD-L1発現率を考慮した上で選択すること。[17.1.10参照]

8. 重要な基本的注意(一部抜粋)

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

8.10 本剤とカルボプラチン、パクリタキセル及びペバシズマブ(遺伝子組換え)を併用投与する際には、発熱性好中球減少症があらわれることがあるので、必要に応じて血液検査を行う等、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.5参照]

副作用のまとめ

	発現例数(%)	
	オプジーボ併用群 (273例)	プラセボ併用群 (275例)
副作用発現例数	269 (98.5)	274 (99.6)
Grade 3以上の副作用	204 (74.7)	201 (73.1)
重篤な副作用	114 (41.8)	74 (26.9)
投与群の中止に至った副作用 <sup>a)</sup>	45 (16.5)	12 (4.4)
治験薬の投与中止に至った副作用 <sup>b)</sup>	40 (14.7)	10 (3.6)
すべての薬剤の投与中止に至った副作用 <sup>c)</sup>	18 (6.6)	4 (1.5)
死亡に至った副作用	3 (1.1)	3 (1.1)

a) 投与群の中止に至った副作用は、投与群の最後の薬剤の投与中止に至った副作用と定義しました。

b) 治験薬(オプジーボ又はプラセボ)の投与中止に至った副作用は、治験薬に対する処置が「Drug Withdrawn(投与中止)」である副作用と定義しました。

c) すべての薬剤の投与中止に至った副作用は、治験薬及びすべての化学療法に対する処置が「Drug Withdrawn(投与中止)」である副作用と定義しました。

いずれかの群で5%以上に発現した副作用一覧

	発現例数(%)			
	オプジーボ併用群 (273例)		プラセボ併用群 (275例)	
	全Grade	Grade 3以上	全Grade	Grade 3以上
皮膚および皮下組織障害	215 (78.8)	36 (13.2)	193 (70.2)	5 (1.8)
脱毛症	143 (52.4)		150 (54.5)	
発疹	81 (29.7)	13 (4.8)	40 (14.5)	1 (0.4)
そう痒症	48 (17.6)		39 (14.2)	
斑状丘疹状皮疹	30 (11.0)	12 (4.4)	11 (4.0)	3 (1.1)
ざ瘡様皮膚炎	19 (7.0)	1 (0.4)	13 (4.7)	
神経系障害	211 (77.3)	6 (2.2)	222 (80.7)	11 (4.0)
末梢性感覚ニューロパチー	120 (44.0)	3 (1.1)	118 (42.9)	7 (2.5)
末梢性ニューロパチー	59 (21.6)	1 (0.4)	62 (22.5)	2 (0.7)
味覚不全	32 (11.7)		19 (6.9)	
錯感覚	15 (5.5)		18 (6.5)	
臨床検査	177 (64.8)	107 (39.2)	187 (68.0)	117 (42.5)
好中球数減少	116 (42.5)	87 (31.9)	139 (50.5)	98 (35.6)
白血球数減少	93 (34.1)	40 (14.7)	98 (35.6)	41 (14.9)
血小板数減少	59 (21.6)	16 (5.9)	61 (22.2)	6 (2.2)
アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ増加	24 (8.8)	2 (0.7)	15 (5.5)	1 (0.4)
アラニンアミノトランスフェラーゼ増加	20 (7.3)	3 (1.1)	24 (8.7)	2 (0.7)
血中クレアチニン増加	16 (5.9)	1 (0.4)	11 (4.0)	
体重減少	15 (5.5)		8 (2.9)	
胃腸障害	171 (62.6)	23 (8.4)	183 (66.5)	18 (6.5)
便秘	85 (31.1)	3 (1.1)	81 (29.5)	1 (0.4)
悪心	68 (24.9)	3 (1.1)	83 (30.2)	5 (1.8)
下痢	50 (18.3)	5 (1.8)	33 (12.0)	3 (1.1)
口内炎	50 (18.3)	2 (0.7)	51 (18.5)	1 (0.4)
嘔吐	21 (7.7)		18 (6.5)	1 (0.4)
血液およびリンパ系障害	130 (47.6)	85 (31.1)	124 (45.1)	62 (22.5)
貧血	78 (28.6)	15 (5.5)	92 (33.5)	17 (6.2)
好中球減少症	53 (19.4)	43 (15.8)	37 (13.5)	31 (11.3)
発熱性好中球減少症	43 (15.8)	42 (15.4)	25 (9.1)	24 (8.7)
白血球減少症	26 (9.5)	13 (4.8)	20 (7.3)	10 (3.6)
血小板減少症	18 (6.6)	4 (1.5)	20 (7.3)	3 (1.1)
筋骨格系および結合組織障害	127 (46.5)	1 (0.4)	133 (48.4)	4 (1.5)
関節痛	69 (25.3)		75 (27.3)	2 (0.7)
筋肉痛	66 (24.2)		78 (28.4)	

(続き)

	発現例数 (%)			
	オプジーボ併用群 (273例)		プラセボ併用群 (275例)	
	全Grade	Grade 3 以上	全Grade	Grade 3 以上
一般・全身障害および投与部位の状態	118(43.2)	7(2.6)	122(44.4)	7(2.5)
倦怠感	68(24.9)	1(0.4)	71(25.8)	
発熱	40(14.7)	2(0.7)	21(7.6)	1(0.4)
疲労	19(7.0)	2(0.7)	28(10.2)	2(0.7)
呼吸器、胸郭および縦隔障害	99(36.3)	6(2.2)	76(27.6)	5(1.8)
鼻出血	43(15.8)		38(13.8)	
しゃっくり	34(12.5)		29(10.5)	
代謝および栄養障害	95(34.8)	23(8.4)	113(41.1)	25(9.1)
食欲減退	81(29.7)	8(2.9)	96(34.9)	13(4.7)
血管障害	78(28.6)	39(14.3)	93(33.8)	45(16.4)
高血圧	65(23.8)	37(13.6)	79(28.7)	42(15.3)
腎および尿路障害	75(27.5)	15(5.5)	72(26.2)	11(4.0)
蛋白尿	65(23.8)	13(4.8)	69(25.1)	10(3.6)
内分泌障害	51(18.7)	7(2.6)	16(5.8)	1(0.4)
甲状腺機能低下症	26(9.5)	1(0.4)	7(2.5)	
甲状腺機能亢進症	15(5.5)		4(1.5)	
副腎機能不全	14(5.1)	4(1.5)	5(1.8)	1(0.4)

(データカットオフ:2020年2月10日)

医師から報告された有害事象名は、MedDRA ver22.1Jを用いて読み替え、GradeはCTCAE v4.0を用いて評価しました。因果関係の判定基準:因果関係は、「関連あり」、「関連なし」の2段階で判定され、「関連あり」と判定された場合に、副作用として集計しました。なお、「不明」とされた場合も副作用として集計しました。また、発現頻度は、最終投与後30日までに発現・増悪した副作用を対象として集計しました。

6. 用法及び用量(一部抜粋)

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回360mgを3週間間隔で点滴静注する。

7. 用法及び用量に関連する注意(一部抜粋)

〈効能共通〉

7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

7.4 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する他の抗悪性腫瘍剤は、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験において検討された患者のPD-L1発現率を考慮した上で選択すること。[17.1.10参照]

8. 重要な基本的注意(一部抜粋)

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

8.10 本剤とカルボプラチン、パクリタキセル及びペバシズマブ(遺伝子組換え)を併用投与する際には、発熱性好中球減少症があらわれることがあるので、必要に応じて血液検査を行う等、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.5参照]

留意すべき副作用(全症例)

	発現例数 (%)	
	オプジーボ併用群(273例)	
	全Grade	Grade 3以上
皮膚毒性	167(61.2)	36(13.2)
内分泌障害	55(20.1)	10(3.7)
胃腸毒性	60(22.0)	11(4.0)
肝毒性	35(12.8)	10(3.7)
肺毒性	18(6.6)	1(0.4)
腎毒性	20(7.3)	2(0.7)
過敏症/Infusion reaction	13(4.8)	3(1.1)

3%以上に発現した留意すべき副作用一覧

	発現例数 (%)	
	オプジーボ併用群(273例)	
	全Grade	Grade 3以上
内分泌障害		
副腎機能不全	14(5.1)	4(1.5)
甲状腺機能亢進症	15(5.5)	
甲状腺機能低下症	26(9.5)	1(0.4)
胃腸障害		
大腸炎	11(4.0)	5(1.8)
下痢	50(18.3)	5(1.8)
肝毒性		
アラニンアミノトランスフェラーゼ増加	20(7.3)	3(1.1)
アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ増加	24(8.8)	2(0.7)
γ-グルタミルトランスフェラーゼ増加	10(3.7)	6(2.2)
肺毒性		
肺臓炎	10(3.7)	1(0.4)
腎毒性		
血中クレアチニン増加	16(5.9)	1(0.4)
皮膚毒性		
ざ瘡様皮膚炎	19(7.0)	1(0.4)
多形紅斑	9(3.3)	5(1.8)
そう痒症	48(17.6)	
発疹	81(29.7)	13(4.8)
斑状丘疹状皮疹	30(11.0)	12(4.4)
蕁麻疹	12(4.4)	3(1.1)
過敏症/Infusion reaction		
注入に伴う反応	9(3.3)	

(データカットオフ:2020年2月10日)

留意すべき副作用は、免疫介在性の可能性があり、頻回なモニタリングと介入を必要とする副作用です。

医師から報告された有害事象名は、MedDRA ver22.1Jを用いて読み替え、GradeはCTCAE v4.0を用いて評価しました。因果関係の判定基準:因果関係は、「関連あり」、「関連なし」の2段階で判定され、「関連あり」と判定された場合に、副作用として集計しました。なお、「不明」とされた場合も副作用として集計しました。また、発現頻度は、最終投与後30日までに発現・増悪した副作用を対象として集計しました。

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品<sup>注1)</sup>

薬価基準収載

# オプジーボ<sup>®</sup> 点滴静注 20mg・100mg・120mg・240mg

OPDIVO<sup>®</sup> I.V. Infusion

貯法：2～8℃で保存

有効期間：36 箇月

最適用推進ガイドライン対象品目

注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

	承認番号	販売開始	薬価収載
20mg	22600AMX00768000	2014年9月	2014年9月
100mg	22600AMX00769000		
120mg	30200AMX00925000	2020年11月	2020年11月
240mg	23000AMX00812000	2018年11月	2018年11月

## 1. 警告

1. 1 本剤は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤の使用が適切と判断される症例についてのみ投与すること。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与すること。
1. 2 間質性肺疾患があらわれ、死亡に至った症例も報告されているので、初期症状(息切れ、呼吸困難、咳嗽、疲労等)の確認及び胸部X線検査の実施等、観察を十分に行うこと。また、異常が認められた場合には本剤の投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。[8.2、9.1.2、11.1.1参照]

## 2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

## 3. 組成・性状

### 3.1 組成

販売名	オプジーボ 点滴静注 20mg	オプジーボ 点滴静注 100mg	オプジーボ 点滴静注 120mg	オプジーボ 点滴静注 240mg
有効成分	ニボルマブ(遺伝子組換え) <sup>注1)</sup>			
含量/容量 <sup>注2)</sup> (1バイアル中)	20mg/2mL	100mg/10mL	120mg/12mL	240mg/24mL
添加剤	D-マンニトール クエン酸ナトリウム水和物 塩化ナトリウム ジェチレントリアミン五酢酸 ポリソルベート80 pH調節剤 2成分	60mg 11.76mg 5.84mg 0.01576mg 0.4mg 適量	300mg 58.8mg 29.2mg 0.0788mg 2mg 適量	360mg 70.6mg 35.0mg 0.0946mg 2.4mg 適量

注1) 本剤は遺伝子組換え技術により、チャイニーズハムスター卵巣細胞を用いて製造される。  
 注2) 本品は注射液吸引時の損失を考慮して、過量充填されているので、実充填量は各々22mg/2.2mL、105mg/10.5mL、126mg/12.6mL、246mg/24.6mLである。

### 3.2 製剤の性状

販売名	オプジーボ 点滴静注20mg	オプジーボ 点滴静注100mg	オプジーボ 点滴静注120mg	オプジーボ 点滴静注240mg
剤形	注射剤(バイアル)			
pH	5.5～6.5			
浸透圧比	約1.2(生理食塩液対比)			
性状	無色～微黄色の澄明又は乳白光を呈する液。微粒子をわずかに認めることがある。			

## 4. 効能又は効果

- 悪性黒色腫
- 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌
- 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌
- 再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫
- 再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌
- 治癒切除不能な進行・再発の胃癌
- 切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫
- がん化学療法後に増悪した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
- 根治切除不能な進行・再発の食道癌
- 食道癌における術後補助療法
- 原発不明癌
- 尿路上皮癌における術後補助療法

## 5. 効能又は効果に関連する注意

- (悪性黒色腫)
- 1 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.1-17.1.7参照]  
(切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌)
  - 2 臨床試験に組み入れられた患者のEGFR遺伝子変異又はALK融合遺伝子の有無等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.9-17.1.11参照]
  - 3 本剤の術後補助療法における有効性及び安全性は確立していない。  
(根治切除不能又は転移性の腎細胞癌)
  - 4 化学療法未治療患者に対してイビリムマブ(遺伝子組換え)と併用する場合、IMDC<sup>注1)</sup>リスク分類がintermediate又はpoorリスクの患者を対象とすること。
  - 5 本剤の術後補助療法における有効性及び安全性は確立していない。
  - 6 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.12-17.1.14参照]  
(再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫)
  - 7 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.15-17.1.17参照]  
(再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌)
  - 8 プラチナ製剤を含む化学療法による治療歴のない患者に対する本剤の有効性及び安全性は確立していない。
  - 9 本剤の術後補助療法における有効性及び安全性は確立していない。
  - 10 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.18参照]  
(治癒切除不能な進行・再発の胃癌)
  - 11 本剤の術後補助療法における有効性及び安全性は確立していない。  
(切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫)
  - 12 本剤の手術の補助療法における有効性及び安全性は確立していない。  
(がん化学療法後に増悪した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)
  - 13 フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水

- 和物による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。
- 14 十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MSI-Highが確認された患者に投与すること。検査にあたっては、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いること。なお、承認された体外診断用医薬品又は医療機器に関する情報については、以下のウェブサイトから入手可能である：  
https://www.pmda.go.jp/review-services/drug-reviews/review-information/cd/0001.html
  - 15 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、本剤以外の治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行うこと。[17.1.24参照]
  - 16 本剤の術後補助療法における有効性及び安全性は確立していない。  
(根治切除不能な進行・再発の食道癌)
  - 17 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.25、17.1.26参照]  
(食道癌における術後補助療法)
  - 18 術前補助療法により病理学的完全奏効(pCR)が認められなかった患者に投与すること。
  - 19 本剤の術前補助療法における有効性及び安全性は確立していない。
  - 20 臨床試験に組み入れられた患者の前治療歴、pCRの定義等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.27参照]  
(原発不明癌)
  - 21 [「原発不明がん診療ガイドライン」(日本臨床腫瘍学会)等の最新の情報を参考に、適切な全身検査及び病理学的検査を実施した上で、原発臓器が不明な上皮性悪性腫瘍と診断され、かつ、腫瘍の局在・組織型等に基づいて推奨される治療法のない患者であることを確認すること。
  - 22 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.28参照]  
(尿路上皮癌における術後補助療法)
  - 23 シスプラチン等のプラチナ製剤による治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。
  - 24 本剤の有効性は、原発部位により異なる傾向が示唆されている。原発部位ごとの結果について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、腎盂・尿管癌においては、術前補助療法も踏まえ、本剤以外の治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行うこと。[17.1.29参照]
  - 25 臨床試験に組み入れられた患者の病期等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.29参照]
  - 26 本剤の術前補助療法における有効性及び安全性は確立していない。  
注) International Metastatic RCC Database Consortium

## 6. 用法及び用量

- (悪性黒色腫) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。ただし、悪性黒色腫における術後補助療法の場合は、投与期間は12ヵ月間までとする。  
根治切除不能な悪性黒色腫に対してイビリムマブ(遺伝子組換え)と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回80mgを3週間間隔で4回点滴静注する。その後、ニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。  
(切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌、治癒切除不能な進行・再発の胃癌) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。  
他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回360mgを3週間間隔で点滴静注する。  
(根治切除不能又は転移性の腎細胞癌) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。  
カボザンチニブと併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。  
化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に対してイビリムマブ(遺伝子組換え)と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを3週間間隔で4回点滴静注する。その後、ニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。  
(再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。  
通常、小児にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回3mg/kg(体重)を2週間間隔で点滴静注する。なお、体重40kg以上の小児には、ニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注することもできる。  
(再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、原発不明癌) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。  
(切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。  
イビリムマブ(遺伝子組換え)と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回360mgを3週間間隔で点滴静注する。  
(がん化学療法後に増悪した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) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。  
(根治切除不能な進行・再発の食道癌) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。  
他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔、1回360mgを3週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

〈食道癌における術後補助療法、尿路上皮癌における術後補助療法〉 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。ただし、投与期間は12ヵ月間までとする。

## 7. 用法及び用量に関連する注意

### 〈効能共通〉

- 1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。
- 〈悪性黒色腫〉
- 2 根治切除不能な悪性黒色腫に対して、イピリムマブ(遺伝子組換え)と併用する場合は、臨床試験に組み入れられた患者の前治療歴等について、「[17.臨床成績]」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、併用の必要性について慎重に判断すること。また、イピリムマブ(遺伝子組換え)の上乗せによる延命効果が示唆されている。イピリムマブ(遺伝子組換え)との併用投与に際してPD-L1発現率の測定結果が得られ、PD-L1発現率が高いことが確認された患者においては、本剤単独投与の実施についても十分検討した上で、慎重に判断すること。[17.1.6参照]
  - 3 化学療法未治療患者に対する本剤単独投与の有効性及び安全性は確立していない。
  - 4 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する他の抗悪性腫瘍剤は、「[17.臨床成績]」の項の内容を熟知し、臨床試験において検討された患者のPD-L1発現率を考慮した上で選択すること。[17.1.10参照]
- 〈根治切除不能又は転移性の腎細胞癌〉
- 5 化学療法未治療患者及びサイトカイン製剤のみの治療歴を有する患者に対する本剤単独投与の有効性及び安全性は確立していない。
- 〈再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫〉
- 6 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
- 〈再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌〉
- 7 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
- 〈治癒切除不能な進行・再発の胃癌〉
- 8 本剤単独投与の一次治療及び二次治療における有効性及び安全性は確立していない。
  - 9 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合には、HER2陰性の患者に投与すること。
  - 10 他の抗悪性腫瘍剤との併用投与の有効性は、PD-L1発現率(CPS)により異なる傾向が示唆されている。CPSについて、「[17.臨床成績]」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、本剤を併用する必要性について慎重に判断すること。[17.1.20参照]
  - 11 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する他の抗悪性腫瘍剤は「[17.臨床成績]」の項の内容を熟知し選択すること。[17.1.20、17.1.21参照]
- 〈切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫〉
- 12 化学療法未治療患者に対する本剤単独投与の有効性及び安全性は確立していない。
- 〈根治切除不能な進行・再発の食道癌〉
- 13 化学療法未治療患者に対する本剤単独投与の有効性及び安全性は確立していない。
  - 14 他の抗悪性腫瘍剤との併用投与の有効性は、PD-L1発現率(TPS)により異なる傾向が示唆されている。TPSについて、「[17.臨床成績]」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、本剤を含む併用療法の必要性について慎重に判断すること。[17.1.26参照]
  - 15 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する他の抗悪性腫瘍剤は「[17.臨床成績]」の項の内容を熟知した上で、選択すること。[17.1.26参照]
- 〈食道癌における術後補助療法〉
- 16 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
- 〈原発不明癌〉
- 17 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
- 〈尿路上皮癌における術後補助療法〉
- 18 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。

## 8. 重要な基本的注意

### 〈効能共通〉

- 1 本剤のT細胞活性化作用により、過度の免疫反応に起因すると考えられる様々な疾患や病態があらわれることがある。観察を十分に行い、異常が認められた場合には、過度の免疫反応による副作用の発現を考慮し、適切な鑑別診断を行うこと。過度の免疫反応による副作用が疑われる場合には、副腎皮質ホルモン剤の投与等を考慮すること。また、本剤投与終了後に重篤な副作用があらわれることがあるので、本剤投与終了後も観察を十分に行うこと。
  - 2 間質性肺炎疾患があらわれることがあるので、本剤の投与にあたっては、臨床症状(呼吸困難、咳嗽、発熱、肺音の異常(捻髪音)等)の確認及び胸部X線検査の実施等、観察を十分に行うこと。また、必要に応じて胸部CT、血清マーカー等の検査を実施すること。[1.2、9.1.2、11.1.1参照]
  - 3 重症筋無力症、心筋炎、筋炎、横紋筋融解症があらわれることがあるので、筋力低下、眼瞼下垂、呼吸困難、嚥下障害、CK上昇、心電図異常、血中及び尿中ミオグロビン上昇等の観察を十分に行うこと。[11.1.2参照]
  - 4 1型糖尿病があらわれることがあるので、口渴、悪心、嘔吐等の症状の発現や血糖値の上昇に十分注意すること。[11.1.4参照]
  - 5 劇症肝炎、肝不全、肝機能障害、肝炎、硬化性胆管炎があらわれることがあるので、定期的に肝機能検査を行い、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.6参照]
  - 6 甲状腺機能障害、下垂体機能障害及び副腎障害があらわれることがあるので、本剤の投与開始前及び投与期間中は定期的に内分泌機能検査(TSH、遊離T3、遊離T4、ACTH、血中コルチゾール等の測定)を実施すること。また、必要に応じて画像検査等の実施も考慮すること。[11.1.7、11.1.8、11.1.11参照]
  - 7 腎障害があらわれることがあるので、定期的に腎機能検査を行い、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.10参照]
  - 8 Infusion reactionがあらわれることがあるので、本剤の投与は重度のInfusion reactionに備えて緊急時に十分な対応のできる準備を行った上で開始すること。また、2回目以降の本剤投与時にInfusion reactionがあらわれることもあるので、本剤投与中及び本剤投与終了後はバイタルサインを測定するなど、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.15参照]
- \* 9 ぶどう膜炎があらわれることがあるので、眼の異常の有無を定期的に確認すること。また、眼の異常が認められた場合には、速やかに医療機関を受診するよう患者を指導すること。[11.1.20参照]
- 〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉
- 10 本剤とカルボプラチン、パクリタキセル及びペバシズマブ(遺伝子組換え)を併用投与する際には、発熱性好中球減少症があらわれることがあるので、必要に応じて血液検査を行う等、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.5参照]

## 9. 特定の背景を有する患者に関する注意

### 9. 1 合併症・既往歴等のある患者

1. 1 自己免疫疾患の合併又は慢性的若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者 自己免疫疾患が増悪するおそれがある。
1. 2 間質性肺炎疾患のある患者又はその既往歴のある患者 間質性肺炎疾患が増悪するおそれがある。[1.2、8.2、11.1.1参照]
1. 3 臓器移植歴(造血幹細胞移植を含む)のある患者 本剤の投与により移植臓器に対する拒絶反応又は移植片対宿主病が発現するおそれがある。
1. 4 結核の感染又は既往を有する患者 結核を発症するおそれがある。[11.1.17参照]
1. 5 生殖能を有する者 妊娠する可能性のある女性には、本剤投与中及び投与終了後一定期間は適切な避妊法を用いるよう指導すること。[9.5参照]
1. 6 妊婦 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。妊娠サルを用いた出生前及び出生後の発生に関する試験において、10mg/kgの週2回投与(AUC比較で臨床曝露量の約6倍に相当する)が妊婦末期における胎・胎児死亡率あるいは出生児死亡率の増加が認められたが、奇奇形性は認められなかった。また、出生児の成長及び発達に影響は認められなかった。なお、本剤は出生児の血清中で認められている。[9.4参照]
1. 7 授乳婦 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。本剤のヒト乳汁中への移行は検討されていないが、ヒトIgGは乳汁中に移行するので、本剤も移行する可能性がある。
1. 8 小児等  
〈悪性黒色腫、切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌、根治切除不能又は転移性の腎細胞癌、再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、治癒切除不能な進行・再発の胃癌、切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫、がん化学療法後に増悪した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、根治切除不能な進行・再発の食道癌、食道癌における術後補助療法、原発不明癌、尿路上皮癌における術後補助療法〉  
小児等を対象とした臨床試験は実施していない。  
〈再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫〉  
低出生体重児、新生児又は乳児を対象とした臨床試験は実施していない。
1. 9 高齢者 患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。一般に生理機能が低下している。

## 10. 相互作用

### 10. 2 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
生ワクチン	接種したワクチンに対する過度な免疫応答に基づく症状が発現した場合には適切な処置を行うこと。	本剤のT細胞活性化作用による過度の免疫反応が起こるおそれがある。
弱毒生ワクチン		
不活化ワクチン		

11. 副作用 次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

### 11. 1 重大な副作用

1. 1 間質性肺炎疾患 肺臓炎、肺浸潤、肺障害等の間質性肺炎疾患(3.6%、6.2%)があらわれることがあるので、異常が認められた場合には、速やかに胸部X線、胸部CT、血清マーカー等の検査を実施すること。[1.2、8.2、9.1.2参照]
1. 2 重症筋無力症(0.1%未満、0.1%未満)、心筋炎(0.2%、0.2%)、筋炎(0.1%未満、0.3%)、横紋筋融解症(頻度不明、0.1%未満) これらを合併したと考えられる症例も報告されている。また、重症筋無力症によるクレーゼのため急速に呼吸不全が進行することがあるので、呼吸状態の悪化に十分注意すること。[8.3参照]
1. 3 大腸炎(1.2%、3.2%)、小腸炎(0.1%未満、0.2%)、重度の下痢(0.8%、3.6%) 腸炎から穿孔、イレウスに至る例が報告されている。持続する下痢、腹痛、血便等の症状があらわれた場合には、投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。
1. 4 1型糖尿病 1型糖尿病(劇症1型糖尿病を含む)(0.2%、0.5%)があらわれ、糖尿病性ケトアシドーシスに至ることがある。1型糖尿病が疑われた場合には投与を中止し、インスリン製剤の投与等の適切な処置を行うこと。[8.4参照]
1. 5 重篤な血液障害 免疫性血小板減少性紫斑病(頻度不明、0.1%未満)、溶血性貧血(頻度不明、0.1%未満)、無顆粒球症(頻度不明、頻度不明)、発熱性好中球減少症(0.1%未満、1.8%)等の重篤な血液障害があらわれることがある。また、本剤とカルボプラチン、パクリタキセル及びペバシズマブ(遺伝子組換え)との併用において、発熱性好中球減少症(15.8%<sup>注1</sup>)があらわれることがある。[8.10参照]  
注1) 発現頻度はONO-4538-52試験から集計した。
1. 6 劇症肝炎、肝不全、肝機能障害、肝炎、硬化性胆管炎 劇症肝炎(頻度不明、頻度不明)、肝不全(0.1%未満、0.1%未満)、AST増加、ALT増加、γ-GTP増加、ALP増加、ビリルビン増加等を伴う肝機能障害(0.9%、4.3%)、肝炎(0.3%、1.6%)、硬化性胆管炎(頻度不明、頻度不明)があらわれることがある。[8.5参照]
1. 7 甲状腺機能障害 甲状腺機能低下症(7.6%、12.8%)、甲状腺機能亢進症(3.8%、6.4%)、甲状腺炎(0.9%、1.4%)等の甲状腺機能障害があらわれることがある。[8.6参照]
1. 8 下垂体機能障害 下垂体炎(0.3%、2.0%)、下垂体機能低下症(0.2%、1.0%)、副腎皮質刺激ホルモン欠損症(0.1%未満、0.1%)等の下垂体機能障害があらわれることがある。[8.6参照]
1. 9 神経障害 末梢性ニューロパチー(1.3%、18.8%)、多発ニューロパチー(0.1%未満、0.3%)、自己免疫性ニューロパチー(0.1%未満、頻度不明)、ギラン・バレー症候群(0.1%未満、0.1%未満)、脱髄(0.1%未満、頻度不明)等の神経障害があらわれることがある。
1. 10 腎障害 腎不全(0.6%、2.0%)、尿細管間質性腎炎(0.1%、0.1%)、糸球体腎炎(頻度不明、0.1%未満)等の腎障害があらわれることがある。[8.7参照]
1. 11 副腎障害 副腎機能不全(0.6%、3.1%)等の副腎障害があらわれることがある。[8.6参照]
1. 12 肺炎(0.1%未満、0.2%)
1. 13 重度の皮膚障害 中毒性表皮壊死融解症(Toxic Epidermal Necrolysis: TEN)(頻度不明、0.1%未満)、皮膚粘膜炎候群(Stevens-Johnson症候群)(0.1%未満、0.1%未満)、類天疱瘡(0.1%未満、0.1%未満)、多形紅斑(0.2%、0.4%)等の重度の皮膚障害があらわれることがある。
1. 14 静脈血栓塞栓症 深部静脈血栓症(0.1%未満、0.4%)、肺塞栓症(0.1%未満、0.4%)等の静脈血栓塞栓症があらわれることがある。
1. 15 Infusion reaction アナフィラキシー、発熱、悪寒、そう痒症、発疹、高血圧、低血圧、呼吸困難、過敏症等を含むInfusion reaction(3.2%、7.0%)があらわれることがある。重度のInfusion reactionがあらわれた場合には直ちに投与を中止して適切な処置を行うとともに、全ての徴候及び症状が完全に回復するまで患者の状態を十分に観察すること。[8.8参照]
1. 16 血球貪食症候群(頻度不明、頻度不明)
1. 17 結核(頻度不明、頻度不明) [9.1.4参照]

11. 1. 18 肺炎 (0.3%、0.7%)

11. 1. 19 重度の胃炎 免疫反応に起因すると考えられる重度の胃炎(頻度不明、頻度不明)があらわれることがある。異常が認められた場合には、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

\* 11. 1. 20 ぶどう膜炎 (0.3%、0.3%) [8.9参照]

注「重大な副作用」の発現頻度は、単独投与時、併用投与時の順に記載した。

11. 2 その他の副作用

11. 2. 1 単独投与

	5%以上	1~5%未満	1%未満	頻度不明
血液及びリンパ系障害		貧血、リンパ球減少症、白血球減少症、血小板減少症、好中球減少症	リンパ節症、赤血球数減少、ヘマトクリット減少、白血球増加症、好中球増加、単球数増加、好酸球増加症、ヘモグロビン減少	単球数減少、好酸球数減少
* 心臓障害			徐脈、心房細動、心室性期外収縮、頻脈、動悸、伝導障害、不整脈、心電図QT延長	心肥大、急性心不全、慢性心不全、心膜炎
耳及び迷路障害			回転性めまい、耳不快感、難聴	
内分泌障害		高リパーゼ血症	尿中ブドウ糖陽性、抗甲状腺抗体陽性	
* 眼障害			眼乾燥、硝子体浮遊物、流涙増加、霧視、視力障害、複視、角膜障害	フォークト・小柳・原田病
胃腸障害	下痢、悪心	腹痛、口内乾燥、口内炎、嘔吐、便秘	消化不良、腹部不快感、腹部膨満、腹水、胃潰瘍、胃炎、十二指腸潰瘍、口内炎、胃食道逆流性疾患、放屁、口腔障害、歯肉出血、嚥下障害、流涎過多、胃腸障害、口腔知覚不全、消化管出血	
全身障害	疲労 (19.7%)、無力症	倦怠感、悪寒、浮腫、粘膜炎、発熱、インフルエンザ様疾患	口渇、顔面浮腫、注射部位反応、腫脹、胸部不快感、全身健康状態低下、疼痛、胸痛	
免疫系障害			リウマチ因子増加、抗核抗体増加、補体因子増加、抗リン脂質抗体陽性、サルコイドーシス	リウマチ因子陽性、インターロイキン濃度増加
感染症			癰、気管支炎、気道感染、蜂巣炎、爪感染、外耳炎、中耳炎、歯周炎、歯肉炎、鼻咽頭炎、膿疱性皮膚疹、帯状疱疹、尿路感染、肺感染	
代謝及び栄養障害	食欲減退	高血糖、低ナトリウム血症、高アラジーゼ血症	糖尿病、脱水、高尿酸血症、高カルシウム血症、低カルシウム血症、高ナトリウム血症、低マグネシウム血症、低リン酸血症、低アルブミン血症、高コレステロール血症、高トリグリセリド血症、脂質異常症、血中リン増加、低クロール血症、高マグネシウム血症	代謝性アシドーシス、総蛋白減少
筋骨格系及び結合組織障害	関節痛	筋肉痛	四肢痛、背部痛、筋縮、筋力低下、側腹部痛、筋骨格硬直、リウマチ性多発筋痛、関節炎、筋骨格痛、関節腫脹、開口障害、筋縮、シェーグレン症候群、頸部痛、腱炎、関節硬直	
精神・神経系障害	味覚異常、浮動性めまい、頭痛	不眠症、傾眠、記憶障害、感覚鈍麻、不安、感情障害、リビドー減退、うつ病、錯覚	不眠症、傾眠、記憶障害、感覚鈍麻、不安、感情障害、リビドー減退、うつ病、錯覚	
腎及び尿路障害	高クレアチニン血症	頻尿、蛋白尿、血尿、血中尿素増加、尿沈渣異常、膀胱炎		
呼吸器、胸部及び縦隔障害	呼吸困難、咳嗽	呼吸困難、咳嗽	口腔咽頭痛、肺出血、胸水、しゃっくり、喉頭痛、鼻出血、アレルギー性鼻炎、喘鳴、鼻漏、鼻閉、咯血、サーファクタントタンパク質増加、低酸素症、気道の炎症、喉頭浮腫、発声障害	
皮膚及び皮下組織障害	そう痒症、発疹	皮膚乾燥、紅斑、さび瘡様皮膚炎、丘疹性皮膚疹、湿疹、尋常性白斑、脱毛症、皮膚炎	蕁麻疹、中毒性皮膚疹、乾癬、紫斑、多汗症、寝汗、苔癬様角化症、爪の障害、手足皸症候群、皮膚色素過剰、毛髪変色、皮膚色素減少、皮膚腫瘍、皮膚病変、白班、酒さ	酒さ
血管障害			潮紅、ほてり、高血圧、低血圧、血管炎	
その他	体重減少		硬膜下血腫、真珠腫、気管出血、乳頭腫、細胞マーカー増加、血中CK減少、血中LDH増加、CRP増加、体重増加、血中CK増加、組織球性壊死性リンパ節炎	血中CK減少、硬膜下血腫、真珠腫、気管出血、組織球性壊死性リンパ節炎

11. 2. 2 併用投与

	5%以上	1~5%未満	1%未満	頻度不明
血液及びリンパ系障害	好中球減少症 (19.5%)、貧血 (15.2%)、血小板減少症、白血球減少症	リンパ球減少症	リンパ節症、白血球増加症、好酸球増加症、ヘマトクリット減少、単球数増加、好酸球減少症、好中球増加症、ヘモグロビン減少、赤血球減少症	単球数減少
心臓障害			頻脈、不整脈、心不全、心房細動、徐脈、動悸、心電図QT延長	心肥大、急性心不全、心室性期外収縮、伝導障害
耳及び迷路障害			回転性めまい、難聴、耳鳴、耳不快感	
内分泌障害			性腺機能低下、副甲状腺機能低下症、尿中ブドウ糖陽性	抗甲状腺抗体陽性
* 眼障害		眼乾燥	霧視、視力障害、硝子体浮遊物、複視、角膜障害、上強膜炎、流涙増加、フォークト・小柳・原田病	
胃腸障害	悪心 (27.4%)、下痢 (26.9%)、嘔吐、便秘、口内炎、腹痛	消化不良、口内乾燥	腹部膨満、腹部不快感、胃炎、放屁、胃腸障害、口腔知覚不全、口腔障害、腹水、腸管穿孔、口唇炎、嚥下障害、十二指腸炎、十二指腸潰瘍、消化管出血、歯肉出血、口腔内痛、舌痛、痔核、胃食道逆流性疾患、流涎過多、口内知覚鈍麻	胃潰瘍

全身障害	疲労 (21.8%)、発熱、無力症、倦怠感	浮腫、粘膜炎、炎症、悪寒、インフルエンザ様疾患	顔面浮腫、口渇、疼痛、注射部位反応、腫脹、胸部不快感、全身健康状態低下、胸痛	
免疫系障害			リウマチ因子増加、抗核抗体増加、補体因子増加、抗リン脂質抗体陽性、インターロイキン濃度増加	
感染症		肺感染	気管支炎、気道感染、蜂巣炎、歯肉炎、帯状疱疹、尿路感染、膿疱性皮膚疹、鼻咽頭炎、歯周炎、爪感染、結膜炎、中耳炎	癰、外耳炎
代謝及び栄養障害	食欲減退 (20.9%)、高リパーゼ血症、高アラジーゼ血症	高血糖、低ナトリウム血症、脱水、低カルシウム血症、低アルブミン血症、低マグネシウム血症、低リン酸血症、低カルシウム血症	糖尿病、高カルシウム血症、高コレステロール血症、高ナトリウム血症、高トリグリセリド血症、高尿酸血症、脂質異常症、低クロール血症、代謝性アシドーシス、高カルシウム血症、総蛋白減少	高マグネシウム血症、血中リン増加
筋骨格系及び結合組織障害	関節痛	関節炎、背部痛、四肢痛、筋縮、筋肉痛	筋骨格痛、筋骨格硬直、関節腫脹、頸部痛、脊椎関節障害、側腹部痛、筋縮、関節硬直、リウマチ性多発筋痛、腱炎、頸骨壊死、開口障害、筋力低下	シェーグレン症候群
精神・神経系障害	味覚異常	浮動性めまい、錯覚、不眠症、頭痛、感覚鈍麻	失神、不安、うつ病、傾眠、嗜眠、記憶障害、感情障害、リビドー減退、神経炎、錯乱状態、腓骨神経麻痺	
腎及び尿路障害		血中クレアチニン増加、蛋白尿	頻尿、血尿、血中尿素増加、膀胱炎	尿沈渣異常
呼吸器、胸部及び縦隔障害		咳嗽、呼吸困難、しゃっくり、鼻出血、発声障害	肺出血、気道の炎症、胸水、喉頭痛、アレルギー性鼻炎、喘鳴、鼻漏、鼻閉、咯血、サーファクタントタンパク質増加、口腔咽頭痛	喉頭浮腫
皮膚及び皮下組織障害	発疹 (18.1%)、そう痒症 (17.1%)、丘疹性皮膚疹、脱毛症、手足皸症候群	皮膚炎、皮膚病変、紅斑、さび瘡様皮膚炎、蕁麻疹、皮膚乾燥、皮膚色素過剰	白班、中毒性皮膚疹、乾癬、皮膚色素減少、毛髪変色、苔癬様角化症、爪の障害、皮膚腫瘍、紫斑、湿疹、寝汗、多汗症、尋常性白斑	酒さ
血管障害		高血圧	潮紅、ほてり、血管炎、血栓症、低血圧	
その他		体重減少	血中LDH増加、CRP増加、血中CK増加、体重増加、細胞マーカー増加、瘰癧、乳頭腫	血中CK減少、硬膜下血腫、真珠腫、気管出血、組織球性壊死性リンパ節炎

14. 適用上の注意

14. 1 薬剤調製時の注意

1. 1 バイアルは振盪せず、激しく攪拌しないこと。
1. 2 本剤は日生理食塩液又は5%ブドウ糖注射液に希釈する。なお、1回240mg、360mg又は480mg投与時の総液量は体重30kg以上の患者には150mL以下、体重30kg未満の患者には100mL以下とする。3mg/kg投与時は最終濃度が0.35mg/mL以上となるように希釈する。
1. 3 添加後は静かに混和し、急激な振盪は避けること。
1. 4 希釈後の液は速やかに使用すること。また、使用後も残液は、細菌汚染のおそれがあるので使用しないこと。
1. 5 希釈後の最終濃度0.35mg/mL未満では、本剤の点滴溶液中の安定性が確認されていない。
1. 6 他剤との混注はしないこと。
- 2 薬剤投与時の注意 本剤の投与にあたっては、インラインフィルター (0.2又は0.22µm) を使用すること。

15. その他の注意

15. 1 臨床使用に基づく情報

1. 1 国内外において本剤に対する抗体の産生が報告されている。
1. 2 海外臨床試験において、本剤による治療後に同種造血幹細胞移植が実施された症例で、重篤な移植片対宿主病等の移植関連併発症が認められた。
- 2 非臨床試験に基づく情報 サルに本剤50mg/kgを週1回、4週間反復投与した結果、脈絡叢へのリンパ球及び形質細胞浸潤が認められたとの報告がある。

20. 取扱い上の注意 外箱開封後は遮光して保存すること。

21. 承認条件

- (悪性黒色腫、切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌、根治切除不能又は転移性の腎細胞癌、再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫、再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、治癒切除不能な進行・再発の胃癌、切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫、がん化学療法後に増悪した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、がん化学療法後に増悪した根治切除不能な進行・再発の食道癌、食道癌における術後補助療法、原発不明癌)
- 1 医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。  
(再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫)
  - 2 国内での治験症例が極めて限られていることから、製造販売後、一定数の症例に係るデータが集積されるまでの間は、全症例を対象に使用成績調査を実施することにより、本剤使用患者の背景情報を把握するとともに、本剤の安全性及び有効性に関するデータを早期に収集し、本剤の適正使用に必要な措置を講じること。

22. 包装

(オブジーボ点滴静注20mg)	2mL [バイアル]
(オブジーボ点滴静注100mg)	10mL [バイアル]
(オブジーボ点滴静注120mg)	12mL [バイアル]
(オブジーボ点滴静注240mg)	24mL [バイアル]

●その他、詳細は電子添文をご参照ください。

●電子添文の改訂に十分ご留意ください。

製造販売

**小野薬品工業株式会社**

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1-8-2

文献請求及び当社製品情報に関するお問い合わせ先

販売情報提供活動に関するお問い合わせ先

プロモーション提携

**ブリistol・マイヤーズ スクイブ 株式会社**

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-2-1

文献請求及び当社製品情報に関するお問い合わせ先

販売情報提供活動に関するお問い合わせ先

\* 2022年10月改訂

電話 0120-093-507

電話 0120-487-200