

がん化学療法レジメン登録票

新規レジメン登録の際にはプロトコールの提出が必須です
プロトコールがない場合は参考文献を提出してください

レジメン名	アテゾリズマブ4週（術後補助療法&PD-L1陽性NSCLC）
診療科名	呼吸器内科
診療科責任者名	大槻 歩
適応がん種	PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法
保険適応外の使用	☐ 有 ☒ 無
入院外来区分	☒ 入院 ☐ 外来

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	NSCLC-136
登録日・更新日	2025年10月28日
削除日	
出典	Lancet 2021; 398: 1344-57 テセントリク点滴静注添付文書 アテゾリズマブ最適使用推進ガイドライン
入力者	島田 紀香

投与順に記入（抗がん剤のみ）

	薬剤名：一般名 （薬剤名：商品名） 希釈液	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
No.1	アテゾリズマブ（遺伝子組換え） （テセントリク点滴静注）	840mg	1680mg/body	☐ IV ☒ DIV ☐ CVポート ☐ 側管 ☐ その他（ ）	60分※	Day1
	生理食塩液	250mL				

1コースの期間	28日
投与間隔の短縮規定	☐ 短縮可能（ 日）・ ☒ 短縮不可能
計算後の投与量上限値	110%
計算後の投与量下限値	50%
減量・中止基準	【投与開始基準】 好中球数 $\geq 1500 / \mu\text{L}$ リンパ球数 $\geq 500 / \mu\text{L}$ 血小板数 $\geq 10万 / \mu\text{L}$ ヘモグロビン値 $\geq 9.0 \text{ g/dL}$ INR 又は APTT ≤ 2 (INR) 又は ≤ 57 秒 (APTT) （INRまたはAPTT基準は抗凝固療法を受けていない患者に対してのみ） AST $\leq 80\text{U/L}$ ALT $\leq 100\text{U/L}$ アルカリホスファターゼ $\leq 280\text{U/L}$ 総ビリルビン $\leq 1.5\text{mg/dL}$ クレアチニンクリアランス $\geq 30\text{mL/min}$
催吐性リスク	最小度
前投薬	なし
支持療法（その他）	なし
その他の注意事項	・本剤の単独投与は、プラチナ製剤を含む術後補助療法後の術後病理病期Ⅱ期/ⅢA期のPD-L1陽性（TC $\geq 1\%$ ）非小細胞肺癌患者において有効性が示されている。 ・投与期間は12カ月間までとする。 ・PD-L1発現状況は、承認された体外診断薬を用いて測定すること。 ・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。 ・0.2又は0.22 μm のインラインフィルターを使用すること。 ※初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与時間は30分間まで短縮可能。 【免疫チェックポイント阻害薬を使用する際の注意事項】を参照 ・テセントリク1200mgの3週間隔投与で治療を開始している患者において、テセントリク1680mgの4週間隔投与への切り替えは可能である。