



OPDIVO® + **YERVOY**®
(nivolumab) (ipilimumab)



国際共同第Ⅲ相試験：
ONO-4538-16/CheckMate 214試験

5年間のフォローアップデータの蓄積

根治切除不能又は 転移性の腎細胞癌に対する オプジーボ・ヤーボイ併用療法

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® 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^{注)}

注)注意—医師等の処方箋により使用すること



薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤/ヒト型抗ヒトCTLA-4モノクローナル抗体

ヤーボイ® 点滴静注液
20mg, 50mg

イピリムマブ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注)}

注)注意—医師等の処方箋により使用すること



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

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 本剤投与により、重篤な下痢、大腸炎、消化管穿孔があらわれることがあり、本剤の投与終了から数ヵ月後に発現し、死亡に至った例も報告されている。投与中だけでなく、投与終了後も観察を十分に行い、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。[8.2、11.1.1、11.1.2参照]

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し重度の過敏症の既往歴のある患者

CheckMate 214試験 フォローアップの軌跡

	Journals	Title
 <p>2018</p> <p>2022</p>	主解析(17.5ヵ月) ¹⁾ <i>New England Journal of Medicine</i> 2018	Nivolumab plus Ipilimumab versus Sunitinib in Advanced Renal-Cell Carcinoma
	30ヵ月フォローアップ ²⁾ <i>Lancet Oncology</i> 2019	Nivolumab plus ipilimumab versus sunitinib in first-line treatment for advanced renal cell carcinoma: extended follow-up of efficacy and safety results from a randomised, controlled, phase 3 trial
	42ヵ月フォローアップ ³⁾ <i>Journal of ImmunoTherapy of Cancer</i> 2020	Survival outcomes and independent response assessment with nivolumab plus ipilimumab versus sunitinib in patients with advanced renal cell carcinoma: 42-month follow-up of a randomized phase 3 clinical trial
	4年フォローアップ解析 ⁴⁾ <i>ESMO Open</i> 2020	Nivolumab plus ipilimumab versus sunitinib for first-line treatment of advanced renal cell carcinoma: extended 4-year follow-up of the phase III CheckMate 214 trial
	5年フォローアップ解析 ⁵⁾ <i>Cancer</i> 2022	Conditional survival and long-term efficacy with nivolumab plus ipilimumab versus sunitinib in patients with advanced renal cell carcinoma

CheckMate 214試験における有効性解析の概要

[主要評価項目] Intermediate/Poorリスク集団におけるOS、PFS^{*1}およびORR^{*1}

Journals	最小追跡期間	追跡期間中央値	O+Y群 OS中央値 [95% CI] HR (vs S群) [x% CI]、p値	O+Y群 PFS中央値 [95% CI] HR (vs S群) [x% CI]、p値	ORR [95% CI] O+Y群 vs S群、p値
主解析(17.5ヵ月) ¹⁾ <i>New England Journal of Medicine</i> 2018	17.5ヵ月	25.2ヵ月	未達 [28.16, -] HR=0.63 [99.8% CI: 0.44-0.89] ^{*2} p<0.001 ^{*3} (優越性水準0.04) [*]	検証的解析結果[†] 11.56ヵ月 [8.71, 15.51] HR=0.82 [99.1% CI: 0.64-1.05] ^{*2} p=0.03 ^{*3} (優越性水準0.009)	42% [37, 47] vs 27% [22, 31] p<0.001 ^{*4} (有意水準0.001)
30ヵ月フォローアップ ²⁾ <i>Lancet Oncology</i> 2019	30ヵ月	32.4ヵ月	未達 [35.6, -] HR=0.66 [95% CI: 0.54-0.80] ^{*2} p<0.0001 ^{*3}	8.2ヵ月 [6.9-10.0] HR=0.77 [95% CI: 0.65-0.90] ^{*2} p=0.0014 ^{*3}	42% [37, 47] vs 29% [25, 34] p=0.0001 ^{*4}
42ヵ月フォローアップ ³⁾ <i>Journal of ImmunoTherapy of Cancer</i> 2020	42ヵ月	43.6ヵ月 (OS in O+Y群)	47.0ヵ月 [35.6, -] HR=0.66 [95% CI: 0.55-0.80] ^{*2} p<0.0001 ^{*3}	11.6ヵ月 [8.4, 15.5] HR=0.75 [95% CI: 0.62-0.90] ^{*2} p=0.0015 ^{*3}	42.1% [37.4, 47.0] vs 26.3% [22.2, 30.8] p=0.0001 ^{*4}
4年フォローアップ解析 ^{4) †} <i>ESMO Open</i> 2020	4年	55ヵ月	48.1ヵ月 [35.6, -] HR=0.65 [95% CI: 0.54-0.78] ^{*2}	11.2ヵ月 [8.4, 16.1] HR=0.74 [95% CI: 0.62-0.88] ^{*2}	41.9% [37, 47] vs 26.8% [23, 31] p<0.0001 ^{*4}
5年フォローアップ解析 ⁵⁾ <i>Cancer</i> 2022	5年	67.7ヵ月	47.0ヵ月 [35.4, 57.4] HR=0.68 [95% CI: 0.58-0.81] ^{*2} p<0.0001 ^{*3}	11.6ヵ月 [8.4, 16.5] HR=0.73 [95% CI: 0.61-0.87] ^{*2} p=0.0004 ^{*3}	42.1% [37.4, 47.0] vs 26.8% [22.6, 31.3] p<0.0001 ^{*4}

*1: IRRC判定、30ヵ月フォローアップ解析におけるPFSとORRは実施医療機関の医師判定

*2: 層別Cox比例ハザードモデル

*3: 層別log-rank検定

*4: DerSimonian-Laird検定

層別因子: IMDCリスク分類及び地域、O+Y群: オプジーボ+ヤーボイ併用群、S群: スニチニブ群、†: 優越性は検証されなかった

‡: OS、PFSの有意差検定については4年フォローアップ解析の論文に記載なし

* O'Brien and Fleming α 消費関数によりOSの中間解析には名目上の優越性水準値0.002が設定された。

1) Motzer RJ, et al. *N Engl J Med*. 2018; 378(14): 1277-1290.

2) Motzer RJ, et al. *Lancet Oncol*. 2019; 20(10): 1370-1385.

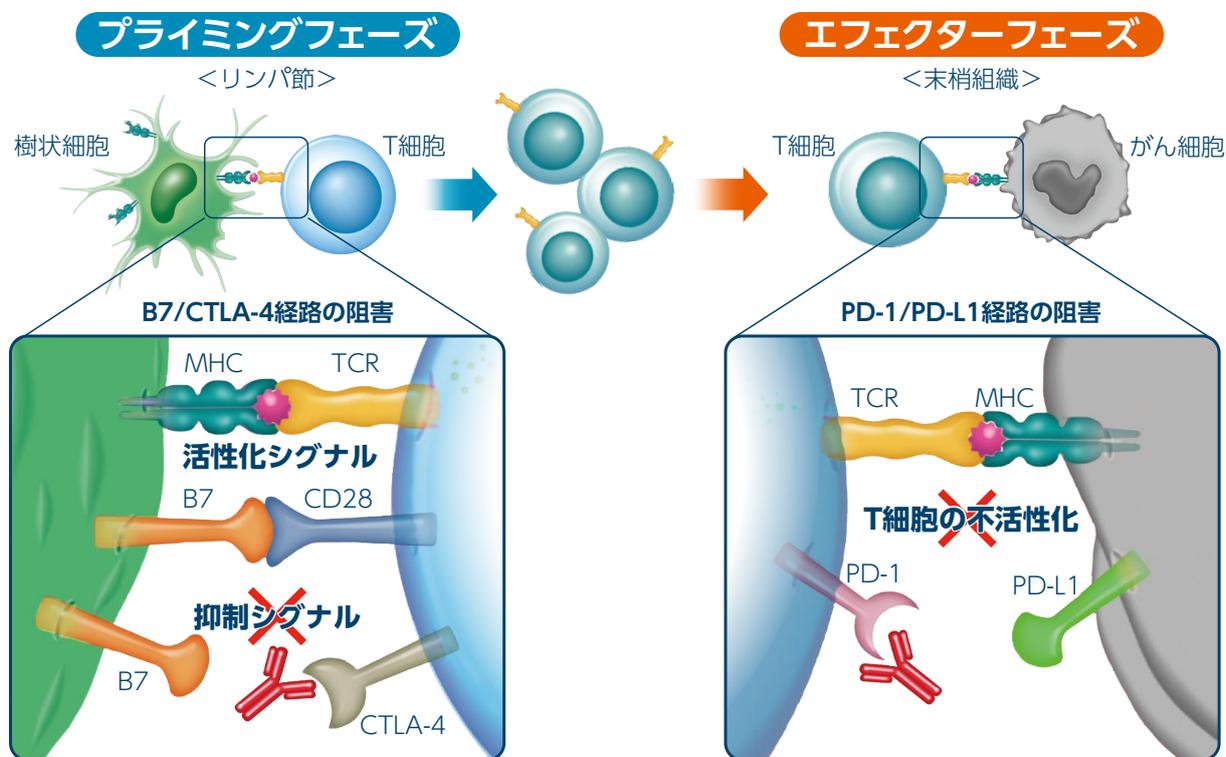
3) Motzer RJ, et al. *J Immunother Cancer*. 2020; 8(2):e000891.

4) Albiges L, et al. *ESMO Open*. 2020; 5(6):e001079.

5) Motzer RJ, et al. *Cancer*. 2022; 128(11): 2085-2097.

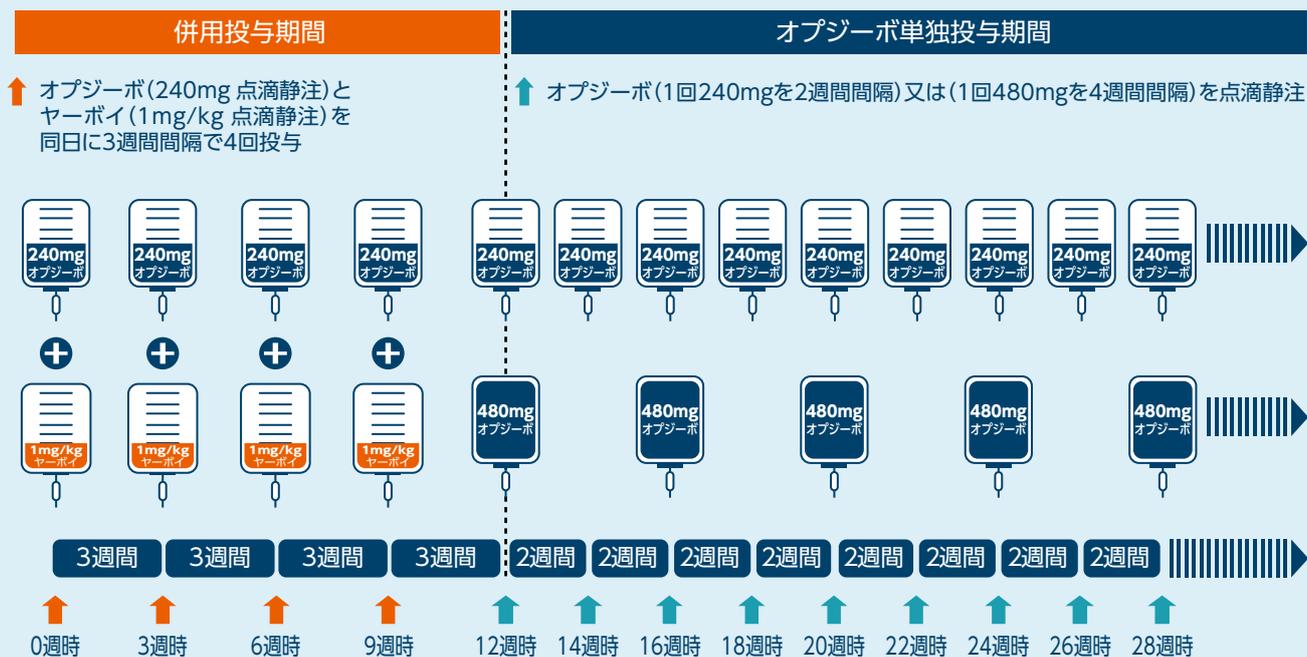
[利益相反] 本試験はBristol-Myers Squibbと小野薬品工業の支援を受けて実施された。

ヤーボイはプライミングフェーズ、 オプジーボは主にエフェクターフェーズに作用します。



Ribas A. N Engl J Med. 2012; 366(26): 2517-2519. より作成

併用療法の投与方法



併用投与期間では、先にオプジーボ(240mg 点滴静注)を30分以上かけて投与し、オプジーボ投与完了後30分以上の間隔をおいて、ヤーボイ(1mg/kg 点滴静注)を30分かけて投与

オプジーボ®電子添文2022年10月改訂(第16版)より作成
ヤーボイ®電子添文2022年10月改訂(第10版)より作成

国際共同第Ⅲ相試験：ONO-4538-16/CheckMate 214試験

一部承認外の成績を含みますが、承認時の評価資料ですのでご紹介いたします。
本試験におけるオプジーボの用法及び用量は、現在承認されている用法及び用量と異なります。

本試験は、化学療法未治療の進行性又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌患者を対象として、オプジーボとヤーボイ併用療法のスニチニブ単剤療法に対する優越性を検証するとともに、安全性も検討しました。

試験デザイン



目的:化学療法未治療の進行性又は転移性の淡明細胞型腎細胞癌を対象として、オプジーボとヤーボイ併用投与のスニチニブ単剤投与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:国際共同非盲検無作為化比較第Ⅲ相試験[優越性試験]

評価項目	主要評価項目: IMDC Intermediate/Poorリスク集団における、全生存期間 (OS)、奏効率 (ORR) [†] 、無増悪生存期間 (PFS) [†]
	副次的評価項目: 全リスク集団 [※] におけるOS、ORR [†] 、PFS [†]
	探索的評価項目: Favorableリスク集団 [※] におけるOS、ORR [†] 、PFS [†] 、PD-L1発現レベル別の評価 (Intermediate/Poorリスク集団)、安全性 (死亡、有害事象、高用量ステロイド使用割合等)、QOL (FKSI-19等)
	その他の評価項目: 奏効期間 (DOR)、奏効に至るまでの期間 (TTR) (奏効例のみを解析)、後治療

OS、PFS、ORRについて、年齢、性別、実施地域、ベースライン時のIMDCリスク分類、腎摘除術歴、ベースライン時のPD-L1発現レベルなどを層別因子としてサブグループ解析を実施した。
*1: 切除可能な腎細胞癌に対する1種類のアジュバント療法又はネオアジュバント療法 (VEGF又はVEGFRを標的とした薬剤は除く) が施行され、かつ、その最終投与から6か月以上経過後に再発した場合は許容する
*2: オプジーボ+ヤーボイ併用群では、投与開始から2年以上経過した症例について病勢進行又は許容できない毒性発現がなくとも投与を中止可能
†: RECIST 1.1版、独立画像判定委員会 (IRRC) の評価による
OPD: オプジーボ YV: ヤーボイ
※ 本邦における承認はIntermediate/Poorリスク患者

解析計画 (一部抜粋)

主要評価項目について優越性検定を行った。有意水準 (両側) は全体で0.05とし、OSに0.04、ORRに0.001、PFSに0.009を配分した。ORRの解析は記述的にを行い、少なくとも約6か月間の追跡調査後に実施することとした。PFSの最終解析は465件のイベント観測後に、OSの最終解析は約639件のイベント (死亡) 観測後に行うこととした。OSの中間解析はPFSの最終解析時 [330件のイベント (OSの最終解析に必要な目標イベント数の52%) が観測されると予想] 及び479件のイベント (OSの最終解析に必要な目標イベント数の75%) 観測後の2回計画されていた。
OS: 主解析として、Intermediate/Poorリスク集団におけるOSの投与群間の比較を、IMDCリスク分類 (1~2vs3~6) 及び地域 (米国vsカナダ/西欧/北欧vsその他の地域) を層別因子として有意水準を両側0.04とした層別log-rank検定により実施した。1回目の中間解析の結果に基づき本試験が有効中止となったため、1回目の中間解析を最終解析とした。有意水準はO'Brien-Fleming型の α 消費関数により0.002に決定し、解析を行った。これにより、ハザード比の両側99.8%信頼区間を示した。実際のイベント数 (死亡数) は328件 (死亡最終解析に必要な目標イベント数の51%) であった。各投与群でKaplan-Meier法によりOS (中央値) を推定し、その両側95%信頼区間は二重対数変換法を用いて算出した。ハザード比及びその両側100×(1- α)%信頼区間は投与群を単一の共変量とし、IMDCリスク分類及び地域を層別因子とした層別Cox比例ハザードモデルを用いて推定した。また、1、2及び3年時の生存率及び二重対数変換法を用いてその両側95%信頼区間を算出することとした。探索的解析は最短の追跡期間に応じて実施した (12、18、24、30、42、48、60か月時点)。Intermediate/Poorリスク集団で統計学的有意差が認められたことから、副次的解析として、全リスク集団についても同じ解析を行った。探索的解析として、Favorableリスク集団について、主解析と同じ解析を行った。
ORR: 主解析として、Intermediate/Poorリスク集団における最良総合効果 (BOR) [IRRC判定] によりその両側95%信頼区間を算出した。ORRには管理上の有意水準0.001を割り当てた。ORRは記述統計量により評価を行った。また、OSと同じ層別因子により調整したDerSimonian-Laird法により、両群におけるORRの差及びその両側95%信頼区間を算出した。Intermediate/Poorリスク集団で両群の95%信頼区間が重ならなかったため、副次的解析として、全リスク集団についても同じ解析を行った。探索的解析として、Favorableリスク集団について、主解析と同じ解析を行った。DORは奏効例 (確定CR又はPR) を対象に、中央値をKaplan-Meier法により推定した。TTRは奏効例 (確定CR又はPR) を対象に、各投与群で記述統計量を算出した。
PFS: 主解析として、Intermediate/Poorリスク集団におけるPFSの投与群間の比較を、OSと同じ層別因子を用いて有意水準両側0.009の層別log-rank検定により実施した。各投与群でKaplan-Meier法によりPFS (中央値) を推定し、その両側95%信頼区間は二重対数変換法を用いて算出した。ハザード比及びその両側99.1%信頼区間は投与群を単一の共変量とし、IMDCリスク分類及び地域を層別因子とした層別Cox比例ハザードモデルを用いて推定した。また、1及び2年時の無増悪生存率及び二重対数変換法を用いてその両側95%信頼区間を算出した。副次的解析として、Intermediate/Poorリスク集団で統計学的有意差が認められた場合には全リスク集団についても同じ解析を行うこととしたが、主解析で統計学的有意差が認められなかったことから、全リスク集団のPFSについては質的評価を目的として解析を行った。探索的解析として、Favorableリスク集団についても同じ解析を行った。
安全性: 高用量ステロイドの使用割合を算出した。
後治療は来院、電話等により確認、評価した。
有効性及び安全性について、フォローアップ [最小追跡期間5年 (追跡期間中央値66.7か月)] 解析を実施した。

4. 効能又は効果 (一部抜粋)
根治切除不能又は転移性の腎細胞癌
5. 効能又は効果に関連する注意 (一部抜粋)
(根治切除不能又は転移性の腎細胞癌)
5.4 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⁽²⁾リスク分類がintermediate又はpoorリスクの患者を対象とすること。
5.5 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。
5.6 「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]
注) International Metastatic RCC Database Consortium

6. 用法及び用量 (一部抜粋)
(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。
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。
(根治切除不能又は転移性の腎細胞癌)
7.5 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。

奏効率 (ORR) [主要評価項目] (IMDC Intermediate/Poor リスク集団)

主解析時点における奏効率 (ORR)[†] は、オブジーボ+ヤーボイ併用群が41.6%、スニチニブ群が26.5%でした^{1,2)}。フォローアップ時点^{※1}においては、オブジーボ+ヤーボイ併用群が42.1%、スニチニブ群が26.8%でした³⁾。
 ※1: 最小追跡期間5年(追跡期間中央値67.7ヵ月)、†: IRRC判定

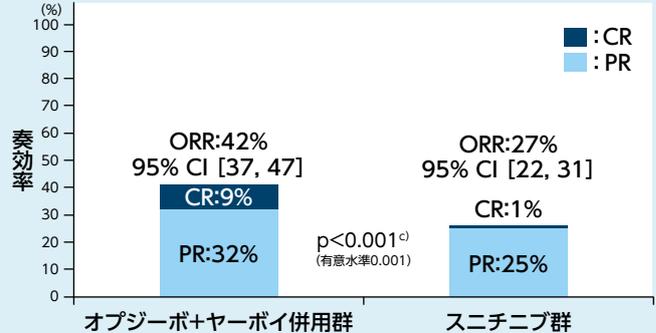
奏効率 (ORR) [主要評価項目] (IMDC Intermediate/Poor リスク集団、IRRC判定)

奏効に至るまでの期間 (TTR) [その他の評価項目] (IMDC Intermediate/Poor リスク集団、IRRC判定)

	(847例)	
	オブジーボ+ヤーボイ併用群 (425例)	スニチニブ群 (422例)
確定奏効率 (ORR) [†] , % [95% CI] ^{a)}	42 [37, 47] [†]	27 [22, 31] [†]
確定最良総合効果 (BOR) [†] , 例数 (%)		
CR (完全奏効)	40 (9) ^{†§}	5 (1) ^{†§}
PR (部分奏効)	137 (32)	107 (25)
SD (安定)	133 (31)	188 (45)
PD (進行)	83 (20)	72 (17)
評価不能	32 (8)	50 (12)
奏効に至るまでの期間中央値 (mTTR) [*] , 月 (範囲)	2.8 (0.9-11.3)	3.0 (0.6-15.0)
奏効期間中央値 (mDOR) [*] , 月 [95% CI] ^{b)}	未達 [21.8, -]	18.2 [14.8, -]

† RECIST 1.1 版, IRRC 判定 ‡ 群間差 p<0.001^{c)} § 有意差検定は探索的評価項目

* その他の評価項目 観察期間中央値: 25.2ヵ月、最小観察期間: 17.5ヵ月

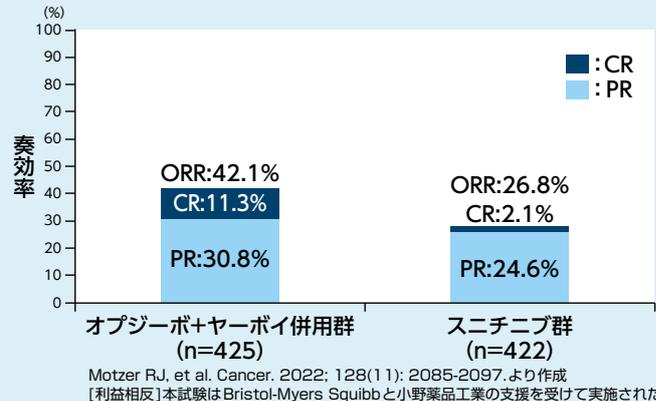


小野薬品工業 / ブリストル・マイヤーズ スクイブ: 国際共同第Ⅲ相 (CheckMate 214) 試験成績 (社内資料) 承認時評価資料
 Motzer RJ, et al. N Engl J Med. 2018; 378(14): 1277-1290. より作成
 [利益相反] 本試験は Bristol-Myers Squibb と小野薬品工業の支援を受けて実施された。

5年フォローアップ解析

	IRRC判定	
	オブジーボ+ヤーボイ併用群 (425例)	スニチニブ群 (422例)
確定奏効率 (ORR), % [95% CI] ^{a)}	42.1 [37.4, 47.0]	26.8 [22.6, 31.3]
	p<0.0001 ^{c)}	
確定最良総合効果 (BOR), 例数 (%)		
CR (完全奏効)	48 (11.3)	9 (2.1)
PR (部分奏効)	131 (30.8)	104 (24.6)
SD (安定)	131 (30.8)	187 (44.3)
PD (進行)	82 (19.3)	71 (16.8)
評価不能	32 (7.5)	48 (11.4)
報告なし	1 (0.2)	3 (0.7)
奏効に至るまでの期間 (TTR) 中央値 (Q1-Q3), 月	2.8 (2.6-3.8)	3.1 (2.8-5.4)
奏効継続例 (CR+PR)	63.7% (114/179例)	49.6% (56/113例)

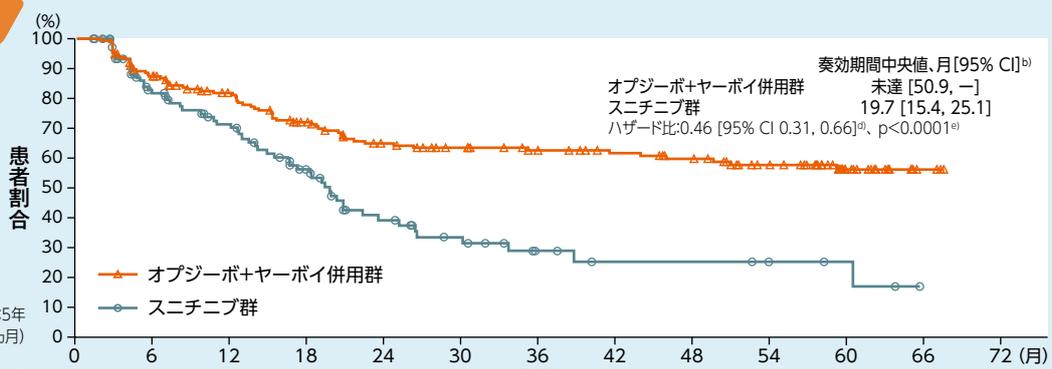
RECIST 1.1, IRRC 判定、最小追跡期間5年(追跡期間中央値67.7ヵ月)



Motzer RJ, et al. Cancer. 2022; 128(11): 2085-2097. より作成
 [利益相反] 本試験は Bristol-Myers Squibb と小野薬品工業の支援を受けて実施された。

奏効期間 (DOR) [その他の評価項目] (IMDC Intermediate/Poor リスク集団、IRRC判定)

5年フォローアップ解析



最小追跡期間: 5年 (追跡期間中央値: 67.7ヵ月)

At risk数

期間 (月)	0	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72
オブジーボ+ヤーボイ併用群	179	146	125	104	88	79	66	61	49	23	4	0	0
スニチニブ群	113	75	58	39	23	16	9	6	6	4	3	0	0

Motzer RJ, et al. Cancer. 2022; 128(11): 2085-2097.
 [利益相反] 本試験は Bristol-Myers Squibb と小野薬品工業の支援を受けて実施された。

主解析時点^{※2}における Intermediate/Poor リスク集団の奏効率 (ORR) は、オブジーボ+ヤーボイ併用群で41.6% (177/425例、95%信頼区間 [36.9, 46.5]^{b)})、スニチニブ群で26.5% (112/422例、95%信頼区間 [22.4, 31.0]^{b)}) であり、両群の95%信頼区間は重なりませんでした。完全奏効 (CR) 及び部分奏効 (PR) はそれぞれの群で40例 (9.4%) と5例 (1.2%) 及び137例 (32.2%) と107例 (25.4%) でした^{1,2)}。また、オブジーボ+ヤーボイ併用群では奏効期間が中央値未達、スニチニブ群では18.17ヵ月でした。奏効が認められた症例のうち、奏効が持続していた割合はオブジーボ+ヤーボイ併用群が72%、スニチニブ群が63%でした。

長期フォローアップ時点 [最小追跡期間5年 (追跡期間中央値67.7ヵ月)] における奏効率 (ORR) はオブジーボ+ヤーボイ併用群で42.1% (179/425例、95%信頼区間 [37.4, 47.0]^{b)})、スニチニブ群で26.8% (113/422例、95%信頼区間 [22.6, 31.3]^{b)}) であり、両群の95%信頼区間は重なりませんでした。CR 及び PR はそれぞれの群で48例 (11.3%) と9例 (2.1%) 及び131例 (30.8%) と104例 (24.6%) であり、オブジーボ+ヤーボイ併用群の奏効例では63.7% (114/179例) が、スニチニブ群では49.6% (56/113例) が、それぞれ奏効を継続していました³⁾。また、奏効期間 (DOR) 中央値はオブジーボ+ヤーボイ併用群が未達 (179例、95%信頼区間 [50.9, -]^{b)})、スニチニブ群が19.7ヵ月 (113例、95%信頼区間 [15.4, 25.1]^{b)})、ハザード比は0.46 (95%信頼区間 [0.31, 0.66]^{b)}) でした³⁾。

※2: 追跡期間中央値25.2ヵ月、最小追跡期間17.5ヵ月

a) Clopper-Pearson 法、b) Kaplan-Meier 法、c) DerSimonian-Laird 法、d) 層別 Cox 比例ハザードモデル、e) 層別 log-rank 検定、層別因子: IMDC リスク分類及び地域

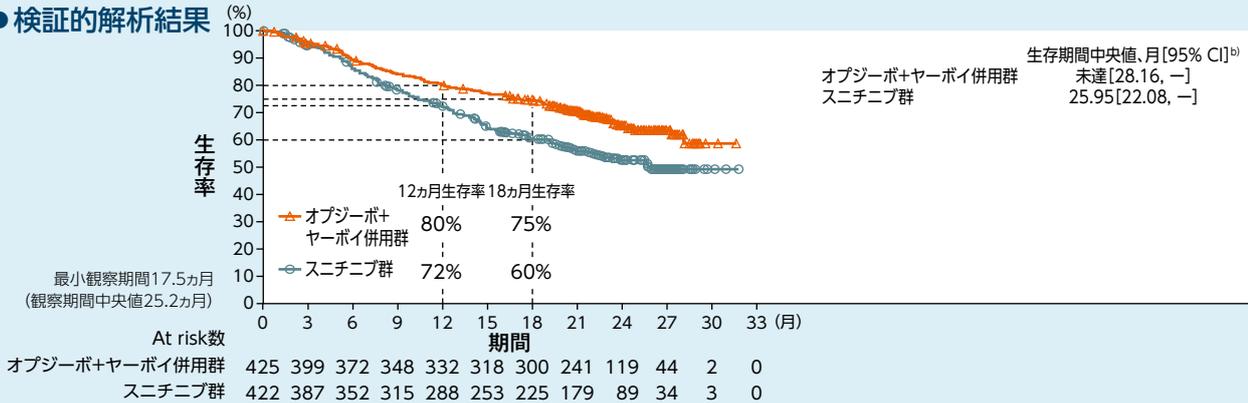
1) 小野薬品工業 / ブリストル・マイヤーズ スクイブ: 国際共同第Ⅲ相 (ONO-4538-16/CA209214) 試験成績 (社内資料) 承認時評価資料
 2) Motzer RJ, et al. N Engl J Med. 2018; 378(14): 1277-1290.
 3) Motzer RJ, et al. Cancer. 2022; 128(11): 2085-2097.
 [利益相反] 本試験は Bristol-Myers Squibb と小野薬品工業の支援を受けて実施された。

主解析時点における全生存期間 (OS) について、オブジーボ+ヤーボイ併用群のスニチニブ群に対するハザード比は0.63 (99.8%信頼区間 [0.44, 0.89]^{a)})、 $p < 0.0001$ (両側: 有意水準0.002、層別log-rank検定) であり、オブジーボ+ヤーボイ併用群のスニチニブ群に対する優越性が検証されました^{1,2)}。また、フォローアップ時点*における中央値は、オブジーボ+ヤーボイ併用群が47.0ヵ月、スニチニブ群が26.6ヵ月^{b)}、ハザード比は0.68^{a)}でした³⁾。

*: 最小追跡期間5年 (追跡期間中央値67.7ヵ月)

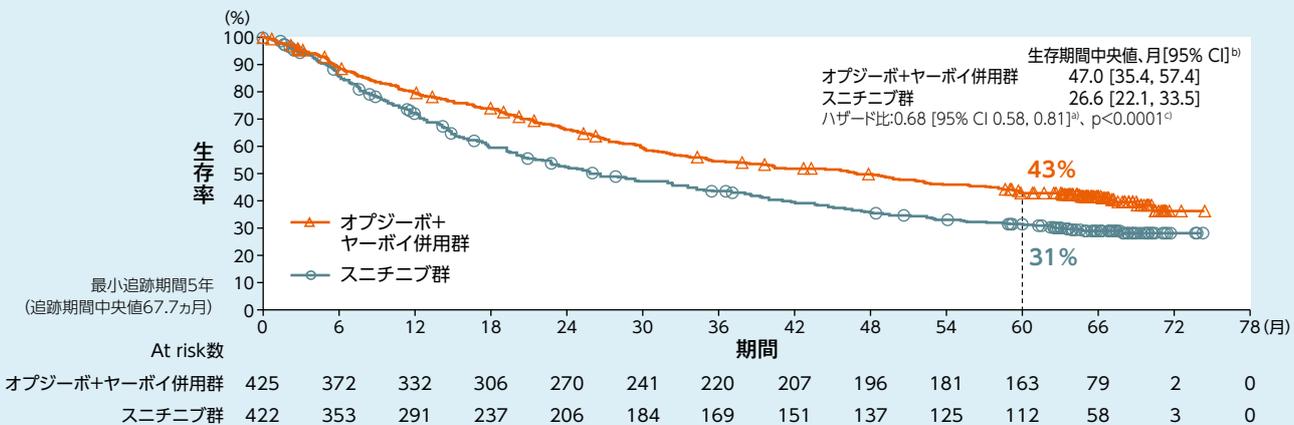
全生存期間 (OS) [主要評価項目] (IMDC Intermediate/Poorリスク集団)

● 検証的解析結果 (%)



小野薬品工業 / ブリストル・マイヤーズ スクイブ: 国際共同第Ⅲ相 (CheckMate 214) 試験成績 (社内資料) 承認時評価資料
 Motzer RJ, et al. N Engl J Med. 2018; 378(14): 1277-1290. より作成
 [利益相反] 本試験は Bristol-Myers Squibb と小野薬品工業の支援を受けて実施された。

5年フォローアップ解析



Motzer RJ, et al. Cancer. 2022; 128(11): 2085-2097.
 [利益相反] 本試験は Bristol-Myers Squibb と小野薬品工業の支援を受けて実施された。

Intermediate/Poorリスク集団のOSについて、主解析時点におけるオブジーボ+ヤーボイ併用群のスニチニブ群に対するハザード比は0.63 (99.8%信頼区間 [0.44, 0.89]^{a)})、 $p < 0.0001$ (優越性水準値0.002、層別log-rank検定) であり、オブジーボ+ヤーボイ併用群のスニチニブ群に対する優越性が検証されました。OS中央値は、オブジーボ+ヤーボイ併用群で未達 (95%信頼区間 [28.16, -]^{b)})、スニチニブ群で25.95ヵ月 (95%信頼区間 [22.08, -]^{b)}) でした。12ヵ月時点及び18ヵ月時点の生存率は、オブジーボ+ヤーボイ併用群でそれぞれ80% (95%信頼区間 [76, 84]^{b)})、75% (95%信頼区間 [70, 78]^{b)})、スニチニブ群でそれぞれ72% (95%信頼区間 [67, 76]^{b)})、60% (95%信頼区間 [55, 65]^{b)}) でした^{1,2)}。
 Intermediate/Poorリスク集団のOSについて、長期フォローアップ時点 [最小追跡期間5年 (追跡期間中央値67.7ヵ月)] における中央値は、オブジーボ+ヤーボイ併用群で47.0ヵ月 (95%信頼区間 [35.4, 57.4]^{b)})、スニチニブ群で26.6ヵ月 (95%信頼区間 [22.1, 33.5]^{b)}) でした。また、オブジーボ+ヤーボイ併用群のスニチニブ群に対するハザード比は0.68 (95%信頼区間 [0.58, 0.81]^{a)}) であり、60ヵ月時点のランドマークポイントにおける生存率^{b)}は、オブジーボ+ヤーボイ併用群で43%、スニチニブ群で31%でした³⁾。
 a) 層別Cox比例ハザードモデル、b) Kaplan-Meier法、c) 層別log-rank検定、層別因子: IMDCリスク分類及び地域

6. 用法及び用量 (一部抜粋)

〈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。

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。

〈根治切除不能又は転移性の腎細胞癌〉

7.5 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。

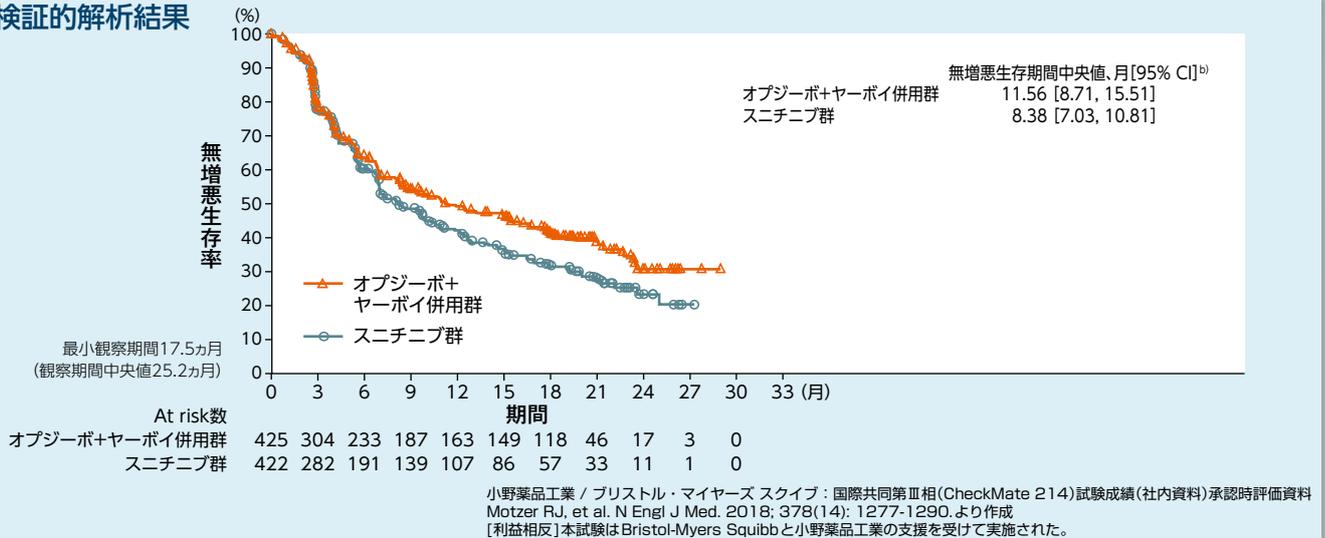
1) 小野薬品工業 / ブリストル・マイヤーズ スクイブ: 国際共同第Ⅲ相 (ONO-4538-16/CA209214) 試験成績 (社内資料) 承認時評価資料
 2) Motzer RJ, et al. N Engl J Med. 2018; 378(14): 1277-1290.
 3) Motzer RJ, et al. Cancer. 2022; 128(11): 2085-2097.
 [利益相反] 本試験は Bristol-Myers Squibb と小野薬品工業の支援を受けて実施された。

Intermediate/Poorリスク集団の無増悪生存期間(PFS)について、主解析時点のオブジーボ+ヤーボイ併用群のスニチニブ群に対するハザード比は、0.82 (99.1%信頼区間[0.64, 1.05]^{a)}、 $p=0.0331$ (両側：有意水準0.009、層別log-rank検定)であり、オブジーボ+ヤーボイ併用群の優越性は検証されませんでした^{1,2)}。フォローアップ時点[※]におけるPFS中央値は、オブジーボ+ヤーボイ併用群が11.6ヵ月、スニチニブ群が8.3ヵ月であり^{b)}、ハザード比は0.73^{a)}でした³⁾。

※：最小追跡期間5年(追跡期間中央値67.7ヵ月)

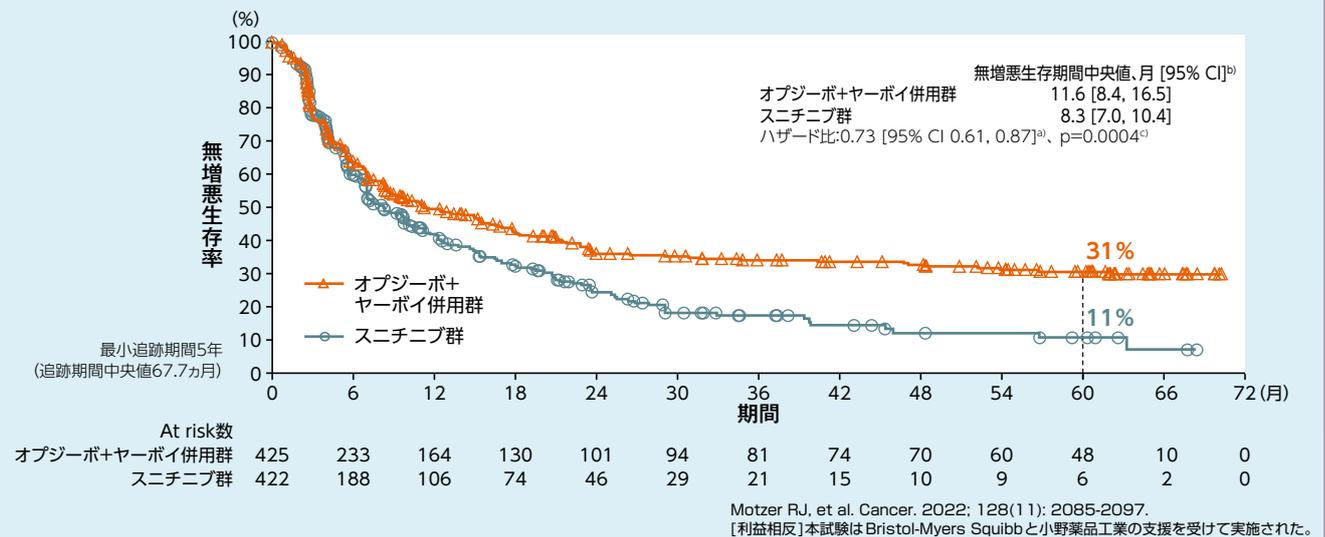
無増悪生存期間 (PFS) [主要評価項目] (IMDC Intermediate/Poorリスク集団、IRRC判定)

● 検証的解析結果



RECIST 1.1、IRRC判定

5年フォローアップ解析



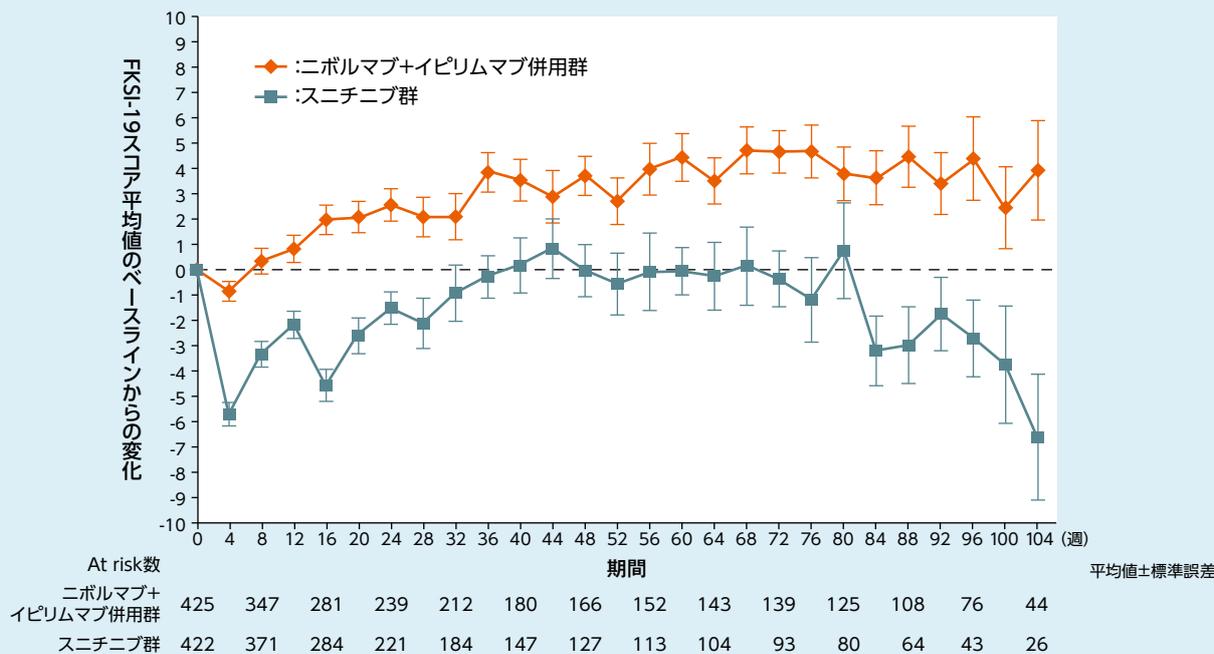
RECIST 1.1、IRRC判定

Intermediate/Poorリスク集団のPFSについて、主解析時点におけるオブジーボ+ヤーボイ併用群のスニチニブ群に対するハザード比は0.82 (99.1%信頼区間[0.64, 1.05]^{a)}であり、両群に有意な差は認められませんでした^{1,2)}。長期フォローアップ時点[最小追跡期間5年(追跡期間中央値67.7ヵ月)]における中央値は、オブジーボ+ヤーボイ併用群で11.6ヵ月(95%信頼区間[8.4, 16.5]^{b)}、スニチニブ群で8.3ヵ月(95%信頼区間[7.0, 10.4]^{b)}でした。また、オブジーボ+ヤーボイ併用群のスニチニブ群に対するハザード比は0.73(95%信頼区間[0.61, 0.87]^{a)}でした³⁾。抗腫瘍効果は独立画像判定委員会(IRRC)が、RECIST1.1版に従い判定しました。

a) 層別Cox比例ハザードモデル、b) Kaplan-Meier法、c) 層別log-rank検定、層別因子：IMDCリスク分類及び地域

1) 小野薬品工業 / プリストル・マイヤーズ スクイブ：国際共同第Ⅲ相 (ONO-4538-16/CA209214) 試験成績 (社内資料) 承認時評価資料
2) Motzer RJ, et al. N Engl J Med. 2018; 378(14): 1277-1290.
3) Motzer RJ, et al. Cancer. 2022; 128(11): 2085-2097.
[利益相反] 本試験は Bristol-Myers Squibb と小野薬品工業の支援を受けて実施された。

健康関連 QOL への影響 [探索的評価項目] [参考情報]



FKSI-19: Functional Assessment of Cancer Therapy-Kidney Symptom Index 19

Copyright © 2018 Massachusetts Medical Society. All rights reserved. Translated with permission. Motzer RJ, et al. N Engl J Med. 2018; 378(14): 1277-1290. [利益相反]本試験はBristol-Myers Squibbと小野薬品工業の支援を受けて実施された。

CheckMate 214 5年フォローアップ時点の副作用¹⁾

	オプジーボ+ヤーボイ併用群全体集団 (N=547)		スニチニブ群全体集団 (N=535)	
	全Grade	Grade 3-4	全Grade	Grade 3-4
全副作用	515 (94)	263 (48)	522 (98)	344 (64)
疲労	209 (38)	24 (4)	266 (50)	51 (10)
そう痒症	169 (31)	3 (<1)	50 (9)	0
下痢	155 (28)	21 (4)	285 (53)	31 (6)
発疹	127 (23)	10 (2)	71 (13)	0
悪心	110 (20)	8 (1)	209 (39)	7 (1)
リパーゼ増加	98 (18)	63 (12)	62 (12)	36 (7)
甲状腺機能低下症	91 (17)	2 (<1)	143 (27)	1 (<1)
関節痛	84 (15)	6 (1)	44 (8)	1 (<1)
発熱	83 (15)	2 (<1)	33 (6)	1 (<1)
食欲減退	77 (14)	7 (1)	136 (25)	6 (1)
無力症	74 (14)	10 (2)	94 (18)	13 (2)
嘔吐	61 (11)	4 (<1)	116 (22)	10 (2)
貧血	36 (7)	3 (<1)	84 (16)	23 (4)
味覚異常	26 (5)	0	119 (22)	1 (<1)
口内炎	25 (5)	0	151 (28)	14 (3)
粘膜炎症	14 (3)	1 (<1)	155 (29)	15 (3)
消化不良	16 (3)	0	98 (18)	0
高血圧	12 (2)	4 (<1)	221 (41)	93 (17)
手掌・足底発赤知覚不全症候群	6 (1)	1 (<1)	234 (44)	50 (9)
血小板減少症	4 (<1)	0	96 (18)	23 (4)
投与中止に至った副作用、%	127 (23)	—	70 (13)	—
治療関連死	n=8 [†]		n=5 [‡]	

副作用の発現頻度は、治験薬の初回投与から最終投与後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。5年フォローアップ時点の副作用はオプジーボ+ヤーボイ併用群で全Grade 94% (515/547例)、Grade 3-4で48% (263/547例)、スニチニブ群で全Grade 98% (522/535例)、Grade 3-4で64% (344/535例)に発現が認められました¹⁾。留意すべき副作用(全Grade)に対する高用量ステロイド*の使用は30% (162/547例)が報告されました¹⁾。中間解析時点での副作用はオプジーボ+ヤーボイ併用群で93.1% (509/547例)、スニチニブ群で97.4% (521/535例)に認められました。主な副作用(15%以上)は、オプジーボ+ヤーボイ併用群では、疲労36.9% (202例)、そう痒症28.2% (154例)、下痢26.5% (145例)、発疹21.6% (118例)、悪心19.9% (109例)、リパーゼ増加16.5% (90例)及び甲状腺機能低下症15.5% (85例)でした。スニチニブ群では、下痢52.0% (278例)、疲労49.3% (264例)、手掌・足底発赤知覚不全症候群43.2% (231例)、高血圧40.4% (216例)、悪心37.8% (202例)、味覚異常33.5% (179例)、粘膜の炎症28.4% (152例)、口内炎27.9% (149例)、甲状腺機能低下症25.0% (134例)、食欲減退24.9% (133例)、嘔吐20.6% (110例)、消化不良17.9% (96例)、血小板減少症17.8% (95例)、無力症17.0% (91例)及び貧血15.5% (83例)でした²⁾。発現率の高かった(2%以上)重篤な副作用³⁾は、オプジーボ+ヤーボイ併用群では下痢3.8% (21例)、肺炎2.7% (15例)、下垂体炎2.4% (13例)、スニチニブ群では発現率が2%以上の重篤な副作用は認められず、最も発現率が高かったのは脱水1.3% (7例)でした²⁾。また、発現率の高かった(5例以上)投与中止に至った副作用⁴⁾は、オプジーボ+ヤーボイ併用群ではアラニンアミノトランスフェラーゼ増加2.7% (15例)、下痢2.6% (14例)、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ増加2.2% (12例)、肺炎2.0% (11例)でした。スニチニブ群では発現率が2%以上の投与中止に至った副作用は認められず、最も発現率が高かったのは疲労1.3% (7例)でした²⁾。

*: 重篤な副作用、投与中止に至った副作用の詳細については5年フォローアップ論文において記載なし。
†: オプジーボ+ヤーボイ併用群における治療関連死1.5% (8例): 肺炎、肺炎と再生不良性貧血、免疫介在性気管支炎、下部消化管出血、血球貪食症候群、突然死、薬剤性肝毒性及び肺炎が各0.2% (1例)でした。
‡: スニチニブ群における治療関連死0.7% (4例): 心停止0.4% (2例)、右心不全及び多臓器不全が各0.2% (1例)に加え、オプジーボ+ヤーボイ併用療法にクロスオーバー後に死亡した1例でした。

*: 40mg/日以上のプレドニゾン(本邦未承認)又は等価量のコルチコステロイド
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。



1) Motzer RJ, et al. Cancer. 2022; 128(11): 2085-2097.
2) 小野薬品工業 / プリストル・マイヤーズ スクイブ: 国際共同第Ⅲ相(ONO-4538-16/CA209214)試験成績(社内資料)承認時評価資料 [利益相反]本試験はBristol-Myers Squibbと小野薬品工業の支援を受けて実施された。

CheckMate 214 5年フォローアップ時点の留意すべき副作用(全リスク集団※)

例数(%)	オプジーボ+ヤーボイ併用群(N=547)		スニチニブ群(N=535)	
	全Grade	Grade3-4	全Grade	Grade3-4
皮膚毒性	279 (51)	22 (4)	308 (58)	55 (10)
内分泌障害	180 (33)	38 (7)	168 (31)	1 (<1)
胃腸毒性	163 (30)	28 (5)	285 (53)	31 (6)
肝毒性	108 (20)	48 (9)	80 (15)	20 (4)
腎毒性	57 (10)	7 (1)	48 (9)	6 (1)
肺毒性	38 (7)	6 (1)	2 (1)	0

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。留意すべき副作用の発現頻度は、初回投与から最終投与後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。

オプジーボ+ヤーボイ併用群において、留意すべき副作用(全Grade)のマネジメントとして高用量ステロイド*の投与を受けた症例は、547例のうち162例(30%)であり、2週間以上連続で高用量ステロイドの投与を受けた症例は108例(20%)、30日以上で連続で投与を受けた症例は56例(10%)でした。

※：本邦における承認はIntermediate/Poorリスク患者

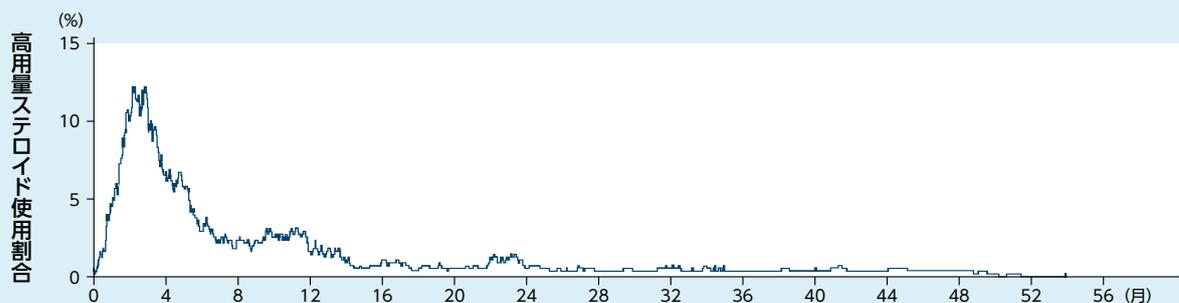
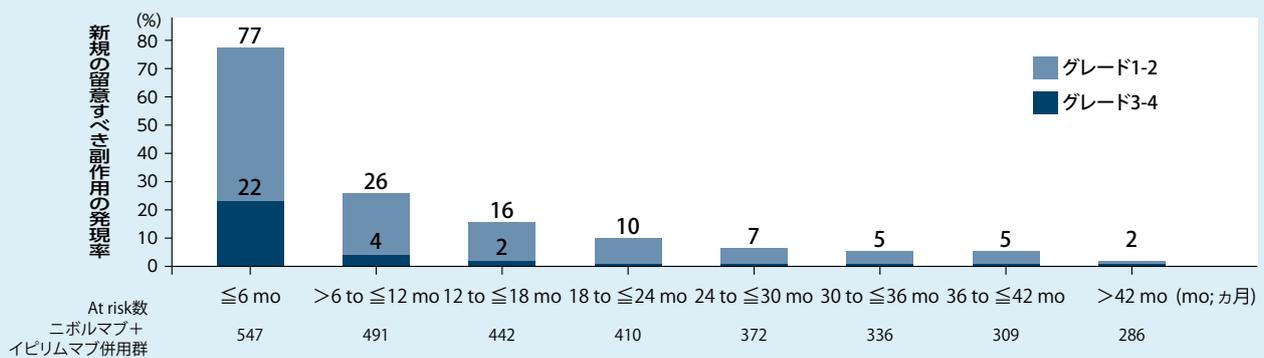
*：40mg/日以上上のプレドニゾン[§]又は等価量のコルチコステロイド

§：本邦未承認

最小追跡期間5年(追跡期間中央値67.7ヵ月)

Motzer RJ, et al. Cancer. 2022; 128(11): 2085-2097.より作成
[利益相反]本試験はBristol-Myers Squibbと小野薬品工業の支援を受けて実施された。

オプジーボ+ヤーボイ併用群における、留意すべき副作用の発現率および高用量ステロイドの使用割合(全リスク集団※)(42ヵ月フォローアップ時点)



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。

留意すべき副作用の発現頻度は、治験薬の初回投与から最終投与後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。

※ 本邦における承認はIntermediate/Poorリスク患者

<参考> CheckMate 214 5年フォローアップ時点の後治療[その他の評価項目]

	Intermediate/poorリスク集団 (N=847)	
	オブジーボ+ヤーボイ併用群 (n=425)	スニチニブ群 (n=422)
後治療を受けた症例 ^{*1}	253 (60)	294 (70)
全身療法	218 (53)	276 (65)
免疫療法		
α-PD-1/PD-L1		
ニボルマブ	37 (9)	159 (38)
ペムブロリズマブ ^{*2}	8 (2)	8 (1)
アテゾリズマブ ^{*3}	1 (<1)	2 (<1)
デュルバルマブ ^{*3}	0	1 (<1)
アベルマブ ^{*2}	0	1 (<1)
α-CTLA-4		
イピリムマブ ^{*2}	4 (<1)	13 (3)
治験薬	0	1 (<1)
VEGF (R) 阻害薬		
アフリベルセプト ^{*3}	0	1 (<1)
アキシチニブ	79 (19)	110 (26)
ベパシズマブ ^{*3}	10 (2)	10 (2)
カボザンチニブ	70 (16)	66 (16)
レンパチニブ ^{*2}	22 (5)	10 (2)
パゾパニブ	79 (19)	31 (7)
ソラフェニブ	12 (3)	6 (1)
スニチニブ	106 (25)	47 (11)
mTOR阻害薬		
エベロリムス	45 (11)	58 (14)
テムシロリムス	4 (<1)	4 (<1)

データベースロック: 2021年2月24日時点、*1 後治療として複数の治療を受けた症例を含む。放射線療法はオブジーボ+ヤーボイ併用群で15.5%、スニチニブ群で15.6%、手術はそれぞれ8.0%と5.9%。*2 本邦未承認 (単剤療法)、*3 本邦承認外

Motzer RJ, et al. Cancer. 2022; 128(11): 2085-2097.より作成
[利益相反]本試験はBristol-Myers Squibbと小野薬品工業の支援を受けて実施された。

オブジーボの副作用

重大な副作用として、間質性肺疾患、重症筋無力症、心筋炎、筋炎、横紋筋融解症、大腸炎、小腸炎、重度の下痢、1型糖尿病、重篤な血液障害、劇症肝炎、肝不全、肝機能障害、肝炎、硬化性胆管炎、甲状腺機能障害、下垂体機能障害、神経障害、腎障害、副腎障害、脳炎、重度の皮膚障害、静脈血栓塞栓症、Infusion reaction、血球貪食症候群、結核、肺炎、重度の胃炎、ぶどう膜炎が報告されています。

<単独投与>

主な副作用(5%以上に発現)は、下痢、悪心、疲労、無力症、食欲減退、関節痛、そう痒症、発疹でした。

<併用投与>

主な副作用(5%以上に発現)は、好中球減少症、貧血、血小板減少症、白血球減少症、悪心、下痢、嘔吐、便秘、口内炎、腹痛、疲労、発熱、無力症、倦怠感、食欲減退、高リパーゼ血症、高アミラーゼ血症、関節痛、味覚異常、発疹、そう痒症、丘疹性皮膚疹、脱毛症、手足症候群でした。

電子添文の副作用及び臨床成績の安全性の結果をご参照ください。

オブジーボ電子添文2022年10月改訂(第16版)より作成

6. 用法及び用量(一部抜粋)

<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ピリムマブ(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。

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。

<根治切除不能又は転移性の腎細胞癌>

7.5 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。

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注1)}

薬価基準記載

オプジーボ[®] 点滴静注 20mg・100mg・120mg・240mg

OPDIVO[®] I.V. Infusion

貯法：2～8℃で保存

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

有効期間：36 箇月

	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) ^{注1)}			
含量/容量 ^{注2)} (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^{注1)}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。
5. 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
 5. 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]
 5. 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)
 5. 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)
 5. 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。
 5. 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。
 5. 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)
 5. 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。
 5. 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)
 5. 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。
 5. 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]
 5. 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]
 5. 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]
〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉
- 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、催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¹⁾。

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%^{注1)})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 脳炎(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)、皮膚粘膜眼症候群(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%) [R9参照]

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

Table with 5 columns: Symptom, Frequency, Incidence, Severity, and Description. Rows include blood/lymphatic system, heart, ear, endocrine, eye, GI, general, immune, infection, metabolism, bone, nervous, kidney, respiratory, skin, vascular, and other symptoms.

11. 2. 2 併用投与

Table with 5 columns: Symptom, Frequency, Incidence, Severity, and Description. Rows include blood/lymphatic system, heart, ear, endocrine, eye, GI, and other symptoms.

Table with 5 columns: Symptom, Frequency, Incidence, Severity, and Description. Rows include general, immune, infection, metabolism, bone, nervous, kidney, respiratory, skin, vascular, and other symptoms.

14. 適用上の注意

14. 1 薬剤調製時の注意

- 14. 1. 1 バイアルは振盪せず、激しく攪拌しないこと。
14. 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。
14. 1. 3 添加後は静かに混和し、急激な振盪は避けること。
14. 1. 4 希釈後の液は速やかに使用すること。
14. 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。
14. 1. 6 他剤との混注はしないこと。
14. 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

- 15. 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。
15. 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合併症が認められた。
15. 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)

- 21. 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)
21. 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

Table with 2 columns: Package Name and Volume. Rows include 20mg, 100mg, 120mg, and 240mg packages.

●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

ヤーボイ[®] 点滴静注液 20mg, 50mg

貯法：凍結を避け、2～8℃で保存
有効期間：24箇月

薬価基準収載

	ヤーボイ点滴静注液20mg	ヤーボイ点滴静注液50mg
承認番号	30300AMX00428000	22700AMX00696000
販売開始	2021年11月	2015年8月
薬価収載	2021年11月	2015年8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 本剤投与により、重篤な下痢、大腸炎、消化管穿孔があらわれることがあり、本剤の投与終了から数ヵ月後に発現し、死亡に至った例も報告されている。投与中だけでなく、投与終了後も観察を十分に行い、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。[8.2、11.1.1、11.1.2参照]

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し重度の過敏症の既往歴のある患者

商品名	(和名) ヤーボイ [®] 点滴静注液 20mg ヤーボイ [®] 点滴静注液 50mg (洋名) YERVOY [®] Injection
一般名	イピリムマブ(遺伝子組換え) Ipilimumab (Genetical Recombination)

3. 組成・性状

3.1 組成

販売名	ヤーボイ点滴静注液 20mg	ヤーボイ点滴静注液 50mg
成分	1バイアル中の分量	
	4mL	10mL
有効成分	イピリムマブ(遺伝子組換え)	20mg 50mg
添加剤	トロメタモール塩酸塩	12.6mg 31.5mg
	塩化ナトリウム	23.4mg 58.4mg
	D-マンニトール	40mg 100mg
	ジエチレントリアミン五酢酸	0.16mg 0.39mg
	ポリソルベート80	0.44mg 1.10mg
その他pH調節剤を含有する。		

本剤はチャイニーズハムスター卵巣細胞を用いて製造される。

3.2 製剤の性状

販売名	ヤーボイ点滴静注液20mg	ヤーボイ点滴静注液50mg
外観	無色～微黄色の澄明又はわずかに乳白光を呈する液で、微粒子をわずかに認めることがある。	
pH	6.6～7.6	
浸透圧比(生理食塩液に対する比)	約1	

4. 効能又は効果

- 根治切除不能な悪性黒色腫
- 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌
- がん化学療法後に増悪した治療切除不能な進行・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
- 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌
- 切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫
- 根治切除不能な進行・再発の食道癌

5. 効能又は効果に関連する注意

〈根治切除不能な悪性黒色腫〉

- 5.1 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。
- 5.2 「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。特に、化学療法未治療の根治切除不能な悪性黒色腫患者への本剤単独投与に際しては、他の治療の実施についても慎重に検討すること。[17.1.1-17.1.4参照]

〈根治切除不能又は転移性の腎細胞癌〉

- 5.3 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。
- 5.4 IMDC^{注1)}リスク分類がintermediate又はpoorリスクの患者を対象とすること。
- 5.5 「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。[17.1.5参照]
注1) International Metastatic RCC Database Consortium

〈がん化学療法後に増悪した治療切除不能な進行・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〉

- 5.6 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。
- 5.7 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。
- 5.8 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、ニボルマブ(遺伝子組換え)のMSI-Highを有する結腸・直腸癌患者への適応判定の補助を目的として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>
- 5.9 「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。[17.1.6参照]

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

- 5.10 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。
- 5.11 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。[17.1.7、17.1.8参照]

〈切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫〉

- 5.12 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。

〈根治切除不能な進行・再発の食道癌〉

- 5.13 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。
- 5.14 「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。[17.1.10参照]

6. 用法及び用量

〈根治切除不能な悪性黒色腫〉

通常、成人にはイピリムマブ(遺伝子組換え)として1回3mg/kg(体重)を3週間間隔で4回点滴静注する。なお、他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、ニボルマブ(遺伝子組換え)と併用すること。

〈根治切除不能又は転移性の腎細胞癌、がん化学療法後に増悪した治療切除不能な進行・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〉

ニボルマブ(遺伝子組換え)との併用において、通常、成人にはイピリムマブ(遺伝子組換え)として1回1mg/kg(体重)を3週間間隔で4回点滴静注する。

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

他の抗悪性腫瘍剤との併用において、通常、成人にはイピリムマブ(遺伝子組換え)として1回1mg/kg(体重)を6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、根治切除不能な進行・再発の食道癌〉

ニボルマブ(遺伝子組換え)との併用において、通常、成人にはイピリムマブ(遺伝子組換え)として1回1mg/kg(体重)を6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

〈効能共通〉

- 7.1 副作用が発現した場合には、下記の基準を参考に本剤の投与を延期又は中止すること。
投与延期及び中止の基準

副作用	処置
・Grade 2の副作用(内分泌障害及び皮膚障害を除く) ・Grade 3の皮膚障害 ・症候性の内分泌障害	Grade 1以下又はベースラインに回復するまで投与を延期する。内分泌障害については、症状が回復するまで投与を延期する。 上記基準まで回復しない場合は、投与を中止する。
・Grade 3以上の副作用(内分泌障害及び皮膚障害を除く) ・局所的な免疫抑制療法が有効でないGrade 2以上の眼障害 ・Grade 4の皮膚障害	投与を中止する。

GradeはNCI-CTCAE(Common Terminology Criteria for Adverse Events) ver.4.0に準じる。

- 7.2 本剤は、30分かけて点滴静注すること。

〈根治切除不能な悪性黒色腫〉

- 7.3 ニボルマブ(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、本剤のニボルマブ(遺伝子組換え)へのの上乗せによる延命効果は、PD-L1を発現した腫瘍細胞が占

める割合(PD-L1発現率)により異なる傾向が示唆されている。ニボルマブ(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、ニボルマブ(遺伝子組換え)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。[17.1.1-17.1.4参照]

〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉

7.4 ニボルマブ(遺伝子組換え)を含む他の抗悪性腫瘍剤との併用により投与すること。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。[17.1.7, 17.1.8参照]

〈根治切除不能な進行・再発の食道癌〉

7.5 ニボルマブ(遺伝子組換え)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、ニボルマブ(遺伝子組換え)との併用療法の必要性について慎重に判断すること。[17.1.10参照]

8. 重要な基本的注意

- 8.1 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。観察を十分にを行い、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。
- 8.2 本剤投与終了から数ヶ月後に重篤な副作用(下痢、大腸炎、下垂体機能低下症等)があらわれることがあり、死亡に至った例も報告されているので、本剤投与終了後も観察を十分にを行い、異常が認められた場合は、適切な処置を行うこと。[1.2参照]
- 8.3 肝不全、肝機能障害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確認すること。[11.1.3参照]
- 8.4 下垂体炎、下垂体機能低下症、甲状腺機能低下症、副腎機能不全があらわれることがあるので、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)を行い、患者の状態を十分に確認すること。また、必要に応じて画像検査等の実施も考慮すること。[11.1.5参照]
- 8.5 筋炎があらわれることがあるので、筋力低下、筋肉痛、CK上昇等の観察を十分にを行うこと。[11.1.9参照]
- 8.6 心筋炎があらわれることがあるので、胸痛、CK上昇、心電図異常等の観察を十分にを行うこと。[11.1.10参照]
- **8.7 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。[11.1.12参照]

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
 - 9.1.1 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。
 - 9.1.2 臓器移植歴(造血幹細胞移植歴を含む)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が発現するおそれがある。
- 9.3 肝機能障害患者
 - 9.3.1 重度の肝機能障害のある患者

重度の肝機能障害のある患者を対象とした臨床試験は実施していない。
- 9.4 生殖能を有する者

妊娠する可能性のある女性には、本剤投与中及び最終投与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]
- 9.5 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。妊娠中に本剤を投与するか、本剤投与中の患者が妊娠した場合は、本剤投与による催奇形性、流産等が生じる可能性があることについて、患者に十分説明すること。ヒトIgGは胎盤を通過することが報告されており、本剤は胎児へ移行する可能性がある。また、動物実験(サル)で器官形成期から分娩までの投与により、AUC比較で臨床曝露量の約8.3倍に相当する投与量で、泌尿生殖器系の奇形、早産、出生児低体重が認められ、AUC比較で臨床曝露量の約3.1倍に相当する投与量で、流産、死産、出生児の早期死亡等の発現頻度の増加が認められている。[9.4参照]
- 9.6 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。動物実験(サル)における妊娠期間中の投与で、乳汁中への移行が認められている。また、ヒトIgGはヒト乳汁中に移行するため、本剤も移行する可能性がある。
- 9.7 小児等

小児等を対象とした臨床試験は実施していない。
- 9.8 高齢者

患者の状態を確認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ことが多い。

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分にを行い、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
 - 11.1.1 大腸炎(6.6%, 4.2%)、消化管穿孔(1.3%*, 0.1%未満)

死亡に至った例も報告されている。また、消化管穿孔があらわれた後に敗血症があらわ

れた例も報告されている。[1.2参照]

- 11.1.2 重度の下痢(4.0%, 3.6%)

[1.2参照]
- 11.1.3 肝不全、肝機能障害

肝不全(0.7%、頻度不明)、ALT上昇(3.3%、10.1%)、AST上昇(2.6%、9.9%)等を伴う肝機能障害があらわれることがあり、死亡に至った例も報告されている。[8.3参照]
- 11.1.4 重度の皮膚障害

中毒性表皮壊死融解症(Toxic Epidermal Necrolysis: TEN)(0.3%*、頻度不明)、薬剤性過敏症症候群(いずれも頻度不明)等の重度の皮膚障害があらわれることがある。
- 11.1.5 下垂体炎(1.3%、3.4%)、下垂体機能低下症(2.0%、1.3%)、甲状腺機能低下症(1.3%、14.0%)、副腎機能不全(1.3%、4.1%)

異常が認められた場合には、本剤の投与延期、副腎皮質ホルモン剤の投与、ホルモン補充療法等の適切な処置を行うこと。[8.4参照]
- 11.1.6 末梢神経障害

ギラン・バレー症候群(0.3%*、0.1%未満)等の末梢神経障害があらわれることがあり、死亡に至った例も報告されている。
- 11.1.7 腎障害

腎不全(1.3%、1.9%)等の腎障害があらわれることがあり、死亡に至った例も報告されている。
- 11.1.8 間質性肺疾患

急性呼吸窮迫症候群(0.3%*、頻度不明)、肺臓炎(0.3%*、6.0%)、間質性肺疾患(頻度不明、0.9%)等があらわれることがあり、死亡に至った例も報告されている。
- 11.1.9 筋炎(頻度不明、0.4%)

[8.5参照]
- 11.1.10 心筋炎(頻度不明、0.2%)

[8.6参照]
- 11.1.11 Infusion reaction(0.7%、3.4%)

異常が認められた場合には、本剤の投与を中止する等の適切な処置を行うとともに、症状が回復するまで患者の状態を十分に確認すること。

**11.1.12 ぶどう膜炎(1.3%、0.4%)

[8.7参照]

注)「重大な副作用」の発現頻度は、本剤単独投与時、併用投与時の順に記載した。

*: 単独投与における海外第3相試験(MDX010-20試験)の本剤+gp100併用群での発現頻度

11.2 その他の副作用

11.2.1 単独投与

	5%以上	5%未満	頻度不明
皮膚	そう痒症(21.9%)、発疹	そう痒性皮疹、全身性皮疹、斑状丘疹状皮疹、紅斑、全身性そう痒症、尋常性白斑、脱毛症、寝汗	皮膚炎、湿疹、蕁麻疹、皮膚剥脱、皮膚乾燥、白血球破砕性血管炎、毛髪変色
消化器	悪心、嘔吐、腹痛	腹部不快感、下腹部痛、便秘、放屁	胃腸出血、胃食道逆流性疾患、食道炎、腹膜炎、胃腸炎、憩室炎、痔炎、腸炎、胃潰瘍、大腸潰瘍、イレウス、リパーゼ上昇、血中アマラーゼ上昇、口内炎
内分泌		甲状腺機能亢進症	性腺機能低下、血中甲状腺刺激ホルモン上昇、血中コルチゾール減少、血中コルチコロビン減少、血中テストステロン減少、血中プロラクチン異常
肝臓		ALP上昇、血中ビリルビン上昇	肝炎、肝腫大、黄疸、γ-GTP上昇
腎臓			糸球体腎炎、腎尿管管性アシドーシス、血中クレアチニン上昇
呼吸器		咳嗽、呼吸困難	呼吸不全、肺浸潤、肺水腫、アレルギー性鼻炎
筋骨格系		関節痛、筋肉痛、背部痛、頸部痛	関節炎、筋骨格痛、筋縮、リウマチ性多発筋痛
全身投与部位	疲労(21.2%)、発熱	悪寒、無力症、倦怠感、浮腫、体重減少、インフルエンザ様疾患、局所腫脹、注射部位疼痛、注射部位反応	粘膜の炎症、疼痛、多臓器不全、全身性炎症反応症候群
代謝	食欲減退	脱水	腫瘍崩壊症候群、低カリウム血症、低ナトリウム血症、低リン酸血症、アルカローシス
**眼		霧視	眼痛、硝子体出血、視力低下、結膜炎、眼の異物感、フォークト小柳・原田病

	5%以上	5%未満	頻度不明
神経系		頭痛、味覚異常	末梢性ニューロパチー、末梢性感覚ニューロパチー、浮動性めまい、嗜眠、失神、構語障害、脳浮腫、脳神経障害、運動失調、振戦、ミオクロームス、重症筋無力症様症状、髄膜炎
精神			錯乱状態、精神状態変化、うつ病、リビドー減退
心血管系		潮紅、低血圧、ほてり	血管炎、血管障害、末梢性虚血、起立性低血圧、不整脈、心房細動
血液		貧血	溶血性貧血、リンパ球減少症、好中球減少症、血小板減少症、好酸球増加症
感染症		感染	尿路感染、気道感染
生殖器			無月経

	5%以上	5%未満	頻度不明
眼		眼乾燥、霧視、視力障害、上強膜炎	
神経系	頭痛	味覚不全、感覚鈍麻、嗜眠、末梢性ニューロパチー、錯感覚、失神、多発ニューロパチー、神経炎、腓骨神経麻痺、脳炎、浮動性めまい、回転性めまい、重症筋無力症	自己免疫性ニューロパチー
精神		不安、うつ病、不眠症、錯乱状態	
心血管系		頻脈、ほてり、高血圧、低血圧、不整脈、動悸、心房細動、徐脈	
血液	貧血	好酸球増加症、好中球減少症、血小板減少症、白血球減少症、リンパ球減少症	
感染症		結膜炎、肺炎、気道感染、気管支炎	
その他		過敏症、LDH上昇、CRP上昇、サルコイドーシス	

11.2.2 併用投与

	5%以上	5%未満	頻度不明
皮膚	そう痒症(21.3%)、発疹(20.1%)、斑状丘疹状皮疹	脱毛症、皮膚炎、ざ瘡様皮膚炎、湿疹、紅斑、毛髪変色、多汗症、寝汗、紅斑性皮疹、斑状皮疹、丘疹性皮疹、そう痒性皮疹、皮膚色素減少、蕁麻疹、乾癬、尋常性白斑、皮膚乾燥	
消化器	下痢(23.5%)、腹痛、便秘、悪心、嘔吐	口内乾燥、腹部不快感、消化不良、胃食道逆流性疾患、口内炎、痔炎、胃炎、腹部膨満、嚥下障害、十二指腸炎	
内分泌	甲状腺機能亢進症	甲状腺炎、血中甲状腺刺激ホルモン減少、血中甲状腺刺激ホルモン増加、自己免疫性甲状腺障害、副甲状腺機能低下症	
肝臓		肝炎、高ビリルビン血症、高トランスアミナーゼ血症、ALP上昇、γ-GTP上昇	
腎臓		血中クレアチニン上昇、尿細管間質性腎炎、腎炎	
呼吸器		咳嗽、口腔咽頭痛、胸水、発声障害、呼吸困難	
筋骨格系	関節痛	筋痙縮、筋力低下、四肢痛、筋骨格痛、脊椎関節障害、関節炎、背部痛、横紋筋融解症、関節硬直、壊死性筋炎、リウマチ性多発筋痛、ミオパチー、筋肉痛	シェーグレン症候群
全身投与部位	疲労(21.8%)、無力症、発熱	インフルエンザ様疾患、倦怠感、粘膜の炎症、疼痛、口渴、浮腫、胸痛、悪寒、体重減少、顔面浮腫	
代謝	食欲減退、高アマラーゼ血症、高リパーゼ血症	脱水、糖尿病、高血糖、低アルブミン血症、低カルシウム血症、低カリウム血症、低ナトリウム血症、高カリウム血症、低マグネシウム血症、低リン酸血症、糖尿病性ケトアシドーシス	

14. 適用上の注意

14.1 薬剤調製時の注意

- 14.1.1 本剤投与前に、溶液を目視により確認すること。本剤は半透明～白色の微粒子を認めることがあるが、微粒子はインラインフィルターにより除去される。なお、着色異物又は明らかな変色が認められる場合は使用しないこと。
- 14.1.2 本剤は、そのまま、もしくは生理食塩液又は5%ブドウ糖注射液を用いて1～4mg/mLの濃度に希釈し、投与すること。
- 14.1.3 用時調製し、調製後は速やかに使用すること。また、残液は廃棄すること。

14.2 薬剤投与時の注意

- 14.2.1 本剤は、0.2～1.2ミクロンのメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与すること。
- 14.2.2 本剤は、独立したラインにより投与すること。

15. その他の注意

15.1 臨床使用に基づく情報

- 15.1.1 海外及び国内の臨床試験において、本剤に対する抗体の産生が報告されている。
- 15.1.2 本剤とダカルバジンとを併用投与した国内第2相試験において、重度の肝機能障害が高頻度に発現し、忍容性が認められなかった。また、本剤とベムラフェニブとを併用投与した海外第1相試験において、重度の肝機能障害が高頻度に発現し、忍容性が認められなかった。

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

医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

22. 包装

〈ヤーポイ点滴静注液20mg〉
4mL[1バイアル]
〈ヤーポイ点滴静注液50mg〉
10mL[1バイアル]

- 詳細は電子添文をご参照ください。
- 電子添文の改訂にご留意ください。

**2022年10月改訂(第10版)
*2022年7月改訂(第9版)

*製造販売元

ブリストル・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

電話.0120-093-507

●販売情報提供活動に関するお問い合わせ先

電話.0120-487-200

プロモーション提携

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

電話.0120-626-190

●販売情報提供活動に関するお問い合わせ先

電話.0120-076-108

2022年12月作成
OPD-Z10600A
7356-JP-220082607