

持続型赤血球造血刺激因子製剤
ダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)製剤ネスプ[®]注射液 5 μ g プラシリンジネスプ[®]注射液 10 μ g プラシリンジネスプ[®]注射液 15 μ g プラシリンジネスプ[®]注射液 20 μ g プラシリンジネスプ[®]注射液 30 μ g プラシリンジネスプ[®]注射液 40 μ g プラシリンジネスプ[®]注射液 60 μ g プラシリンジネスプ[®]注射液 120 μ g プラシリンジネスプ[®]注射液 180 μ g プラシリンジNESP[®]INJECTION PLASTIC SYRINGE

	5 μ g	10 μ g	15 μ g
承認番号	22500AMX01803	22400AMX00921	22400AMX00922
販売開始	2014年1月	2012年12月	2012年12月
	20 μ g	30 μ g	40 μ g
承認番号	22400AMX00923	22400AMX00924	22400AMX00925
販売開始	2012年12月	2012年12月	2012年12月
	60 μ g	120 μ g	180 μ g
承認番号	22400AMX00926	22400AMX00927	22400AMX00928
販売開始	2012年12月	2012年12月	2012年12月

注)注意－医師等の処方箋により使用すること

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分又はエリスロポエチン製剤に過敏症の患者

3. 組成・性状

3.1 組成

販売名	ネスプ 注射液5 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液10 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液15 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液20 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液30 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液40 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液60 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液120 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液180 μ g プラシリンジ
容量	1シリンジ 0.5mL								
有効成分	ダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)								
	5 μ g	10 μ g	15 μ g	20 μ g	30 μ g	40 μ g	60 μ g	120 μ g	180 μ g
添加剤	L-メチオニン ポリソルベート 80 リン酸二水素ナトリウム水和物 等張化剤 pH調節剤						0.075mg 0.025mg 1.19mg		

本剤の有効成分ダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)は、チャイニーズハムスター卵巣細胞で生産される。

3.2 製剤の性状

販売名	ネスプ 注射液5 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液10 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液15 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液20 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液30 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液40 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液60 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液120 μ g プラシリンジ	ネスプ 注射液180 μ g プラシリンジ
色・性状	無色澄明の液								
pH	6.0～6.4								
浸透圧比	約1(生理食塩液対比)								

4. 効能又は効果

- 腎性貧血
- 骨髓異形成症候群に伴う貧血

5. 効能又は効果に関連する注意

〈腎性貧血〉

- 5.1 本剤の投与は貧血症に伴う日常生活活動の支障が認められる患者に限定すること。なお、投与初期における投与対象は、血液透析患者ではヘモグロビン濃度で10g/dL(ヘマトクリット値で30%)未満を目安とし、活動性の高い比較的若年の血液透析患者、腹膜透析患者及び保存期慢性腎臓病患者ではヘモグロビン濃度で11g/dL(ヘマトクリット値で33%)未満を目安とする。
- 5.2 本剤の投与に際しては、腎性貧血であることを確認し、他の貧血症(失血性貧血、汎血球減少症等)には投与しないこと。

〈骨髓異形成症候群に伴う貧血〉

- 5.3 IPSS[®]によるリスク分類の中間-2リスク及び高リスクに対する有効性及び安全性は確立していない。
- 5.4 臨床試験の対象となった患者における血清中エリスロポエチン濃度等について、「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、学会のガイドライン等、最新の情報を参考に適応患者の選択を行うこと。[17.1.7参照]
- 5.5 本剤の投与は貧血症に伴う日常生活活動の支障が認められる患者に限定し、輸血の回避、輸血依存からの離脱又は輸血量の減少を目的に使用すること。

注)International prognostic scoring system(国際予後スコアリングシステム)

6. 用法及び用量

〈腎性貧血〉

6.1 血液透析患者

・初回用量

- 成人：通常、成人にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、週1回20 μ gを静脈内投与する。
小児：通常、小児にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、週1回0.33 μ g/kg(最高20 μ g)を静脈内投与する。

・エリスロポエチン(エポエチン アルファ(遺伝子組換え)、エポエチン ベータ(遺伝子組換え)等)製剤からの切替え初回用量

- 成人：通常、成人にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、週1回15~60 μ gを静脈内投与する。

・維持用量

- 成人：貧血改善効果が得られたら、通常、成人にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、週1回15~60 μ gを静脈内投与する。週1回投与で貧血改善が維持されている場合には、その時点での1回の投与量の2倍量を開始用量として、2週に1回投与に変更し、2週に1回30~120 μ gを静脈内投与することができる。

- 小児：貧血改善効果が得られたら、通常、小児にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、週1回5~60 μ gを静脈内投与する。週1回投与で貧血改善が維持されている場合には、その時点での1回の投与量の2倍量を開始用量として、2週に1回投与に変更し、2週に1回10~120 μ gを静脈内投与することができる。

なお、いずれの場合も貧血症の程度、年齢等により適宜増減するが、最高投与量は、1回180 μ gとする。

6.2 腹膜透析患者及び保存期慢性腎臓病患者

・初回用量

- 成人：通常、成人にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、2週に1回30 μ gを皮下又は静脈内投与する。

- 小児：通常、小児にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、2週に1回0.5 μ g/kg(最高30 μ g)を皮下又は静脈内投与する。

- ・エリスロポエチン(エポエチン アルファ(遺伝子組換え)、エポエチン ベータ(遺伝子組換え)等)製剤からの切替え初回用量

成人：通常、成人にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、2週に1回30~120 μ gを皮下又は静脈内投与する。

小児：通常、小児にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、2週に1回10~60 μ gを皮下又は静脈内投与する。

・維持用量

成人：貧血改善効果が得られたら、通常、成人にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、2週に1回30~120 μ gを皮下又は静脈内投与する。2週に1回投与で貧血改善が維持されている場合には、その時点での1回の投与量の2倍量を開始用量として、4週に1回投与に変更し、4週に1回60~180 μ gを皮下又は静脈内投与することができる。

小児：貧血改善効果が得られたら、通常、小児にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、2週に1回5~120 μ gを皮下又は静脈内投与する。2週に1回投与で貧血改善が維持されている場合には、その時点での1回の投与量の2倍量を開始用量として、4週に1回投与に変更し、4週に1回10~180 μ gを皮下又は静脈内投与することができる。

なお、いずれの場合も貧血症の程度、年齢等により適宜増減するが、最高投与量は、1回180 μ gとする。

〈骨髓異形成症候群に伴う貧血〉

通常、成人にはダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、週1回240 μ gを皮下投与する。なお、貧血症の程度、年齢等により適宜減量する。

7. 用法及び用量に関連する注意

〈腎性貧血〉

7.1 貧血改善効果の目標値は学会のガイドライン等、最新の情報を参考にすること。

7.2 小児の初回用量

7.2.1 血液透析患者

通常、小児には下表を参考に、ダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、週1回5~20 μ gを静脈内投与する¹⁾。

体重	本剤投与量
30kg未満	5 μ g
30kg以上40kg未満	10 μ g
40kg以上60kg未満	15 μ g
60kg以上	20 μ g

7.2.2 腹膜透析患者及び保存期慢性腎臓病患者

通常、小児には下表を参考に、ダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)として、2週に1回5~30 μ gを皮下又は静脈内投与する¹⁾。

体重	本剤投与量
20kg未満	5 μ g
20kg以上30kg未満	10 μ g
30kg以上40kg未満	15 μ g
40kg以上60kg未満	20 μ g
60kg以上	30 μ g

7.3 切替え初回用量

以下の患者には下表を参考に、切替え前のエリスロポエチン製剤投与量から本剤の投与量及び投与頻度を決定し、切り替えること。

なお、小児に対して1回3 μ g/kgを超えて投与する場合、慎重に投与すること(小児に対して1回3 μ g/kgを超える使用経験はない)。

- ・エリスロポエチン製剤が週2回あるいは週3回投与されている患者
切替え前1週間のエリスロポエチン製剤投与量を合計し、下表を参考に本剤の初回用量を決定し、週1回から投与を開始する。

- ・エリスロポエチン製剤が週1回あるいは2週に1回投与されている患者
切替え前2週間のエリスロポエチン製剤投与量を合計し、下表を参考に本剤の初回用量を決定し、2週に1回から投与を開始する。

切替え前1週間あるいは2週間のエリスロポエチン製剤投与量の合計 (小児は切替え前2週間)	本剤投与量	
	成人	小児
3,000IU未満	15 μ g	10 μ g
3,000IU		15 μ g
4,500IU	20 μ g	20 μ g
6,000IU	30 μ g	30 μ g
9,000IU	40 μ g	40 μ g
12,000IU	60 μ g	60 μ g

7.4 投与量調整

投与初期にヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値に適度な上昇がみられなかった場合や、維持投与期にヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値が2週連続して目標範囲から逸脱した場合など、用量調整が必要な場合には、下表を参考に投与量を増減すること。なお、増量する場合には原則として1段階ずつ行うこと。

また、小児に対して1回3 μ g/kgを超えて投与する場合、慎重に投与すること。

成人(皮下投与時)の投与量調整表

段階	本剤投与量
1	15 μ g
2	30 μ g
3	60 μ g
4	90 μ g
5	120 μ g
6	180 μ g

成人(静脈内投与時)及び小児(皮下又は静脈内投与時)の投与量調整表

段階	本剤投与量
1	5 μ g
2	10 μ g
3	15 μ g
4	20 μ g
5	30 μ g
6	40 μ g
7	50 μ g
8	60 μ g
9	80 μ g
10	100 μ g
11	120 μ g
12	140 μ g
13	160 μ g
14	180 μ g

7.5 投与間隔変更時

- 7.5.1 本剤の投与間隔を変更する際には、投与間隔を延長する前のヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値の推移を十分に観察し、同一の投与量でヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値が安定した推移を示していることを確認した上で、週1回から2週に1回あるいは2週に1回から4週に1回に変更すること。変更後にはヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値の推移を確認し、適宜調整を行うこと。
- 7.5.2 1回あたり180 μ gを投与してもヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値が目標範囲に達しない場合には、投与量を1/2とし、投与頻度を2週に1回から週1回あるいは4週に1回から2週に1回に変更すること。

〈骨髄異形成症候群に伴う貧血〉

- 7.6 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。
- 7.7 必要以上の造血作用(ヘモグロビン濃度で11g/dL超を目安とする)を認めた場合等、減量が必要な場合には、その時点での投与量の半量を目安に減量すること。その後、ヘモグロビン濃度が低下し増量が必要となった場合(ヘモグロビン濃度で9g/dL未満を目安とする)には、その時点で

の投与量の倍量を目安に増量すること。ただし、最高投与量は、1回240 μ gとする。

- 7.8 本剤を投与しても、十分な貧血改善効果が認められない場合、又は病勢の進行が認められた場合には、他の治療法への切替えを考慮すること。なお、本剤投与開始後16週時点を目安として、本剤の投与継続の要否を検討すること。[17.1.7参照]

8. 重要な基本的注意

〈効能共通〉

- 8.1 本剤投与により抗エリスロポエチン抗体産生を伴う赤芽球病があらわれることがあるので、本剤投与中に貧血の改善がない、あるいは悪化する場合等は同疾患を疑うこと。[11.1.6参照]
- 8.2 本剤の効果発現には鉄の存在が重要であり、鉄欠乏時には鉄剤の投与を行うこと。

〈腎性貧血〉

- 8.3 ショック等の反応を予測するため十分な問診をすること。投与に際しては、必ずショック等に対する救急処置のとれる準備をしておくこと。また、投与開始から投与終了後まで、患者を安静な状態に保たせ、十分な観察を行うこと。特に、投与開始直後は注意深く観察すること。なお、投与開始時あるいは休薬後の初回投与時には、本剤の少量を静脈内あるいは皮内に注入し、異常反応の発現しないことを確認後、全量を投与することが望ましい。[11.1.5参照]
- 8.4 本剤投与中はヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値を定期的に観察し、学会のガイドライン等、最新の情報を参考にし、必要以上の造血作用(血液透析患者においてはヘモグロビン濃度で12g/dL超あるいはヘマトクリット値で36%超を目安とする)があらわれなように十分注意すること。腎性貧血の治療におけるヘモグロビン濃度に関連して、以下の臨床試験成績が報告されている。

- ・心不全や虚血性心疾患を合併する血液透析患者において、目標ヘモグロビン濃度を14g/dL(ヘマトクリット値42%)に維持した群では、10g/dL(ヘマトクリット値30%)前後に維持した群に比べて死亡率が高い傾向が示されたとの報告がある²⁾。
- ・保存期慢性腎臓病患者における腎性貧血に対する赤血球造血刺激因子製剤による治療について、目標ヘモグロビン濃度を13.5g/dLに設定した患者では、11.3g/dLに設定した患者に比較して、有意に死亡及び心血管系障害の発現頻度が高いことが示されたとの報告がある³⁾。
- ・2型糖尿病で腎性貧血を合併している保存期慢性腎臓病患者において、目標ヘモグロビン濃度を13.0g/dLに設定して赤血球造血刺激因子製剤が投与された患者とプラセボが投与された患者(ヘモグロビン濃度が9.0g/dLを下回った場合に赤血球造血刺激因子製剤を投与)を比較したところ、赤血球造血刺激因子製剤群ではプラセボ群に比較して有意に脳卒中の発現頻度が高いことが示されたとの報告がある⁴⁾。

- 8.5 本剤投与開始時及び用量変更時には、ヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値が目標範囲に到達し、安定するまでは週1回から2週に1回程度ヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値を確認すること。必要以上の造血作用を認めた場合は、休薬等の適切な処置をとること。
- 8.6 本剤投与により血圧上昇を認める場合があり、また、高血圧性脳症が報告されているので、血圧、ヘモグロビン濃度、ヘマトクリット値等の推移に十分注意しながら投与すること。特に、ヘモグロビン濃度、ヘマトクリット値は徐々に上昇させるよう注意すること。また、本剤は持続型製剤であり、エリスロポエチン製剤と比較して造血作用が長時間持続する。臨床試験において、投与中止後もヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値の低下に時間を要する症例が認められていることから、ヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値が回復するまで観察を十分に行うこと。[9.1.2、11.1.4参照]
- 8.7 本剤投与により高カリウム血症を認める場合があるので、食事管理を適切に行うこと。
- 8.8 血液透析患者においては、本剤投与によりシャントの閉塞や血液透析装置内の残血を認める場合があるので、シャントや血液透析装置内の血流量には十分注意すること。こ

のような場合にはシャントの再造設、抗凝固剤の増量等の適切な処置をとること。

- 8.9 保存期慢性腎臓病患者に対し本剤を投与する場合には、以下の点を考慮すること。
- ・水分の調節が困難であるので、水分量と電解質の収支及び腎機能並びに血圧等の観察を十分行うこと。
 - ・慢性腎臓病の進展に伴い、本剤の貧血改善効果が減弱する可能性があるため、本剤投与中は血清クレアチニン濃度やクレアチニンクリアランス等の経過を適宜観察し、増量あるいは投与中止等の適切な処置をとること。

〈骨髄異形成症候群に伴う貧血〉

- 8.10 本剤は、血液疾患の治療に対して十分な知識・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患者にのみ投与すること。
- 8.11 ショック等の反応を予測するため十分な問診をすること。投与に際しては、必ずショック等に対する救急処置のとれる準備をしておくこと。また、投与開始から投与終了後まで、患者を安静な状態に保たせ、十分な観察を行うこと。特に、投与開始直後は注意深く観察すること。なお、投与開始時あるいは休薬後の初回投与時には、本剤の少量を皮内に注入し、異常反応の発現しないことを確認後、全量を投与することが望ましい。[11.1.5参照]
- 8.12 本剤投与中はヘモグロビン濃度を定期的に観察し、必要以上の造血作用(ヘモグロビン濃度で11g/dL超を目安とする)があらわれないように十分注意すること。[17.1.7参照]
- 8.13 本剤投与開始時及び用量変更時には、ヘモグロビン濃度が安定するまでは週1回程度ヘモグロビン濃度を確認すること。必要以上の造血作用を認めた場合は、休薬等の適切な処置をとること。
- 8.14 本剤投与により血圧上昇を認める場合があり、また、高血圧性脳症が報告されているので、血圧、ヘモグロビン濃度等の推移に十分注意しながら投与すること。[9.1.2、11.1.4参照]

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 心筋梗塞、肺梗塞、脳梗塞等の患者、又はそれらの既往歴を有し血栓塞栓症を起こすおそれのある患者
観察を十分に行うこと。血液粘稠度が上昇するとの報告があり、血栓塞栓症を増悪あるいは誘発するおそれがある。[11.1.1、11.1.7参照]
- 9.1.2 高血圧症の患者
血圧上昇を認める場合があり、また、高血圧性脳症があらわれるおそれがある。[8.6、8.14、11.1.4参照]
- 9.1.3 薬物過敏症の既往歴のある患者
- 9.1.4 アレルギー素因のある患者
- 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。動物実験(ラット及びウサギ)で胎児・出生児の発育の遅延が報告されている。

- 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(ラット)で乳汁中への移行が報告されている。
- 9.7 小児等
〈腎性貧血〉

- 9.7.1 低出生体重児、新生児、乳児又は2歳未満の幼児を対象とした有効性及び安全性を指標とした臨床試験は実施していない。
- 〈骨髄異形成症候群に伴う貧血〉
- 9.7.2 小児等を対象とした有効性及び安全性を指標とした臨床試験は実施していない。
- 9.8 高齢者

本剤の投与に際しては血圧及びヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値等を頻回に測定し、投与量又は投与回数を適宜調節すること。一般に高齢者では生理機能が低下しており、また高血圧症等の循環器系疾患を合併することが多い。

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 脳梗塞(0.8%)
[9.1.1参照]
- 11.1.2 脳出血(0.1%)
- 11.1.3 肝機能障害、黄疸(0.1%)
AST、ALT、γ-GTPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがある。
- 11.1.4 高血圧性脳症(0.1%未満^{注)})
[8.6、8.14、9.1.2参照]
- 11.1.5 ショック、アナフィラキシー(いずれも頻度不明)
ショック、アナフィラキシー(じん麻疹、呼吸困難、口唇浮腫、咽頭浮腫等)があらわれることがある。[8.3、8.11参照]
- 11.1.6 赤芽球癆(頻度不明)
抗エリスロポエチン抗体産生を伴う赤芽球癆があらわれた場合には、本剤の投与を中止し、適切な処置を行うこと。また、エリスロポエチン製剤への切替は避けること。[8.1参照]
- 11.1.7 心筋梗塞、肺梗塞(各0.1%未満^{注)})
[9.1.1参照]

注)発現頻度は特定使用成績調査に基づく。

11.2 その他の副作用

	1%以上	0.5~1%未満	0.5%未満	頻度不明
循環器	血圧上昇(16.2%)	不整脈	狭心症・心筋虚血、透析時低血圧、動悸、閉塞性動脈硬化症	
皮膚		そう痒症、発疹		
肝臓	肝機能異常(AI-P上昇、γ-GTP上昇、AST上昇、ALT上昇、ビリルビン上昇)		胆嚢ポリープ	
代謝			血清カリウム上昇、尿酸上昇、貯蔵鉄減少、血中リン上昇、食欲減退、二次性副甲状腺機能亢進症	
血液		好酸球増多、血小板減少	リンパ球減少、白血球減少、白血球増多	
腎臓・泌尿器		腎機能の低下(BUN、クレアチニンの上昇等)	血尿	
消化器			腹痛、嘔気・嘔吐、胃炎、十二指腸炎	
感覚器	頭痛、倦怠感		めまい、不眠症、味覚異常、感音性難聴	
眼			硝子体出血、結膜炎	
その他	シャント血栓・閉塞、LDH上昇		透析回路内残血、筋骨格痛、シャント部疼痛、発熱、胸部不快感、浮腫、止血不良、糖尿病性壊疽	熱感・ほてり感

14. 適用上の注意

- 14.1 薬剤調製時の注意
他剤との混注は行わないこと。
- 14.2 薬剤投与時の注意
プランジャーロッドの無理な操作はしないこと。またバックストップは、投与終了後まで外さないこと。

15. その他の注意

- 15.1 臨床使用に基づく情報
- 15.1.1 がん化学療法又は放射線療法による貧血患者^{注)}に赤血球造血刺激因子製剤を投与することにより生存期間の短縮が認められたとの報告がある^{5,6)}。

15.1.2 放射線療法による貧血患者^{注)}に赤血球造血刺激因子製剤を投与することにより、腫瘍進展又は局所再発のリスクが増加したとの報告がある^{6,7)}。

15.1.3 プラセボを投与されたがん化学療法による貧血患者^{注)}に比べて赤血球造血刺激因子製剤の治療を受けた患者で血栓塞栓症の発現頻度が高いことが臨床試験にて示されたとの報告がある⁸⁾。

15.1.4 がん化学療法又は放射線療法を受けていないがんに伴う貧血患者^{注)}に赤血球造血刺激因子製剤を投与した臨床試験で、プラセボを投与した患者に比べて死亡率が高いことが示されたとの報告がある⁹⁾。

注)これらの患者への投与は、本邦では承認外である。

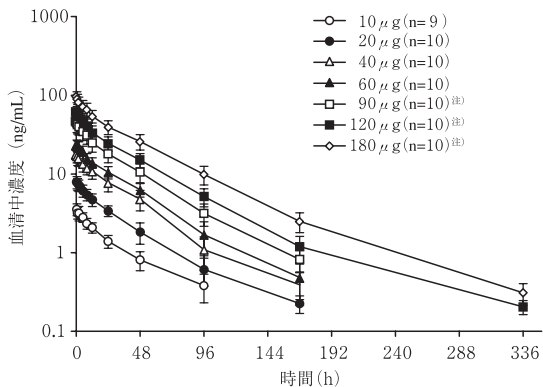
16. 薬物動態

16.1 血中濃度

16.1.1 単回投与

(1)慢性腎臓病患者(成人)への静脈内投与

血液透析患者に本剤10~180 μ gを単回静脈内投与したときの血清中濃度推移及び薬物動態パラメータは以下のとおりであった。血清中濃度は、投与量にほぼ比例して高くなり、その推移は二相性の消失を示した。また、AUCは投与量にほぼ比例して増加した^{10,11)}。



血液透析患者に単回静脈内投与したときの血清中濃度推移(平均値±標準偏差)

血液透析患者に単回静脈内投与したときの薬物動態パラメータ

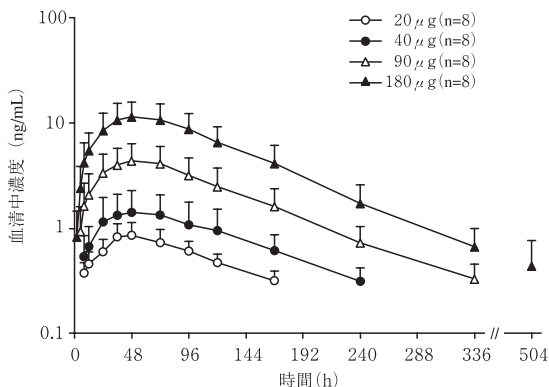
投与量 (μ g)	被験者数	AUC _{0-∞} (ng·h/mL)	t _{1/2} (h)	CL (mL/h)	V _{ss} (mL)
10	9	125.2±39.3	38.59±18.48	87.49±28.32	3970±826
20	10	268.2±56.8	34.54±6.42	77.21±14.15	3330±593
40	10	602.8±159	32.11±5.44	70.13±16.50	2851±476
60	10	817.6±133.3	32.58±5.33	75.17±12.28	3184±592
90	10 ^{注)}	1465.9±335.4	45.37±13.23	64.07±13.22	2947±623
120	10 ^{注)}	2075.2±419.9	48.67±10.02	59.85±11.33	2962±560
180	10 ^{注)}	3540.9±694.2	47.02±6.31	52.69±10.83	2785±545

平均値±標準偏差

注)同一被験者

(2)慢性腎臓病患者(成人)への皮下投与

保存期慢性腎臓病患者に本剤20~180 μ gを単回皮下投与したときの血清中濃度推移及び薬物動態パラメータは以下のとおりであった。血清中濃度は、投与量にほぼ比例して上昇し、AUCは投与量にほぼ比例して増加した¹²⁾。



保存期慢性腎臓病患者に単回皮下投与したときの血清中濃度推移(平均値+標準偏差)

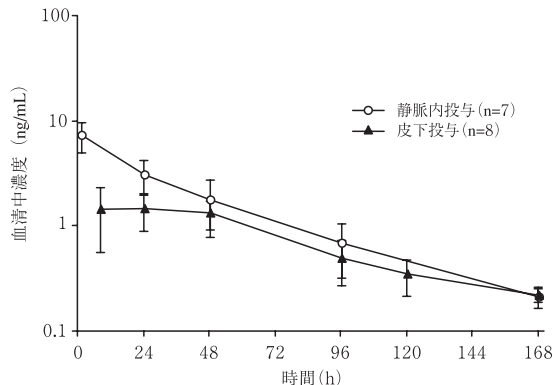
保存期慢性腎臓病患者に単回皮下投与したときの薬物動態パラメータ

投与量 (μ g)	被験者数	t _{max} (h)	C _{max} (ng/mL)	AUC _{0-∞} (ng·h/mL)	t _{1/2} (h)
20	8	45.0±5.5	0.882±0.276	137.7±41.3	95.61±31.13
40	8	52.5±16.9	1.521±0.866	247.2±104.9	98.28±26.86
90	8	46.5±4.2	4.356±1.964	651.6±262.6	77.09±34.30
180	8	52.5±18.1	11.641±4.657	1675.4±668.0	82.82±16.27

平均値±標準偏差

(3)慢性腎臓病患者(小児)への静脈内又は皮下投与

血液透析及び腹膜透析患者に体重別に本剤5~20 μ gを単回静脈内投与、腹膜透析及び保存期慢性腎臓病患者に体重別に本剤5~20 μ gを単回皮下投与したときの血清中濃度推移及び薬物動態パラメータは以下のとおりであった¹³⁾。



慢性腎臓病患者に単回静脈内又は皮下投与したときの血清中濃度推移(平均値±標準偏差)

慢性腎臓病患者に単回静脈内投与したときの薬物動態パラメータ

被験者数	AUC _{0-∞} (ng·h/mL)	t _{1/2} (h)	CL (mL/h/kg)	V _{ss} (mL/kg)
7	263.7±118.2	26.25±9.14	1.77±0.74	50.7±9.3

平均値±標準偏差

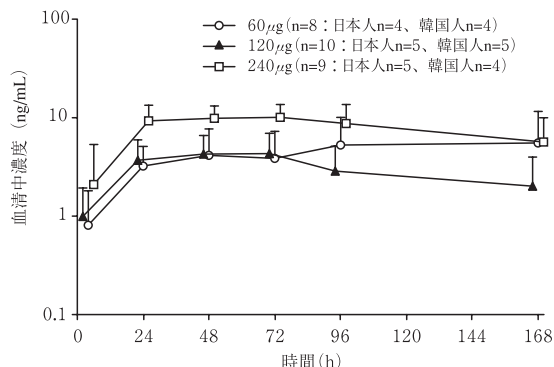
慢性腎臓病患者に単回皮下投与したときの薬物動態パラメータ

被験者数	t _{max} (h)	C _{max} (ng/mL)	AUC _{0-∞} (ng·h/mL)	t _{1/2} (h)
8	24.47±19.72	1.704±0.755	141.1±33.4	46.73±19.74

平均値±標準偏差

(4)骨髄異形成症候群患者への皮下投与

日本人及び韓国人骨髄異形成症候群患者に本剤60~240 μ gを16週間反復皮下投与したときの初回投与時の血清中濃度推移及び薬物動態パラメータは以下のとおりであった。C_{max}及びAUC_{0-t}は投与量に比例した増加を示さなかった¹⁴⁾。



日本人及び韓国人骨髄異形成症候群患者に初回皮下投与したときの血清中濃度推移(平均値+標準偏差)

日本人及び韓国人骨髄異形成症候群患者に初回皮下投与したときの薬物動態パラメータ

投与量 (μ g)	被験者数 (日本人, 韓国人)	t _{max} (h)	C _{max} (ng/mL)	AUC _{0-t} (ng·h/mL)
60	8 (4,4)	82.84±58.18	7.044±5.149	712.7±515.9
120	10 (5,5)	73.36±52.87	5.061±2.271	483.8±301.2
240	9 (5,4)	60.84±27.42	11.730±4.116	1309.8±543.3

平均値±標準偏差

16.1.2 反復投与

(1)慢性腎臓病患者(成人)への静脈内又は皮下投与

血液透析患者に本剤10~60 μ gを28週間反復静脈内投与した結果、最終投与時の薬物動態は初回投与時に比べ変化は認められなかつ

た。透析施行中の腎性貧血患者及び保存期慢性腎臓病患者に本剤10～180 μ gを反復静脈内投与したときの血清中トラフ濃度には顕著な変動は認められなかった^{11,15)}。

腹膜透析患者及び保存期慢性腎臓病患者に本剤15～180 μ gを反復皮下投与したときの血清中トラフ濃度には顕著な変動は認められなかった¹⁵⁾。

(2)慢性腎臓病患者(小児)への静脈内又は皮下投与

慢性腎臓病患者に本剤5～180 μ gを24週反復静脈内又は皮下投与したときの血清中トラフ濃度には顕著な変動は認められなかった¹⁾。

(3)骨髄異形成症候群患者への皮下投与

日本人及び韓国人骨髄異形成症候群患者に本剤60～240 μ gを16週間反復皮下投与したときの血清中トラフ濃度に用量比例性は認められず、いずれの群においても投与期間を通じて顕著な変動は認められなかった¹⁴⁾。

16.2 吸収

16.2.1 バイオアベイラビリティ

保存期慢性腎臓病患者に本剤20～180 μ gを単回皮下投与したときのバイオアベイラビリティは47.7%であった¹⁶⁾。

16.3 分布

16.3.1 組織移行性

(1)静脈内投与

雄性ラットに¹²⁵I-ダルベポエチン アルファ0.5 μ g/kgを単回静脈内投与したとき、甲状腺、血液、血清、骨髄、腎臓、副腎及び脾臓に高い放射能が認められた¹⁷⁾。

(2)皮下投与

雄性ラットに¹²⁵I-ダルベポエチン アルファ0.5 μ g/kgを単回皮下投与したとき、甲状腺、血清、血液、骨髄、皮膚、腎臓、胃及び膀胱に高い放射能が認められた¹⁸⁾。

17. 臨床成績

17.1 有効性及び安全性に関する試験

(腎性貧血)

17.1.1 国内第Ⅱ/Ⅲ相試験(血液透析患者)

血液透析患者121例(本剤61例、エポエチン アルファ60例)を対象に、本剤(週1回10～60 μ g)又はエポエチン アルファ(週2～3回750～4,500IU)を適宜増減しながら28週間静脈内投与し、同等性を検証した。その結果、有効性評価症例において、本剤の週1回投与はエポエチン アルファの週2～3回投与と同等の効果を有することが示された¹⁹⁾。

副作用発現頻度は本剤投与群で21.3%(13/61例)、エポエチン アルファ投与群で11.9%(7/59例)であった。本剤投与群で発現した主な副作用は、高血圧増悪8.2%(5/61例)、血圧上昇、動静脈瘤部位合併症及び肝機能異常 各3.3%(2/61例)であった。

17.1.2 国内長期投与試験(血液透析患者)

血液透析患者513例を対象に、本剤を週1回～2週に1回10～120 μ gの用量範囲で適宜増減し長期静脈内投与した。その結果、いずれの投与頻度においても投与期間中のヘモグロビン濃度は11.0g/dL前後を推移した²⁰⁾。

副作用発現頻度は32.4%(166/513例)であった。主な副作用は、高血圧10.3%(53/513例)、血圧上昇5.5%(28/513例)、動静脈瘤部位合併症4.7%(24/513例)、動静脈瘤閉塞2.7%(14/513例)、頭痛1.8%(9/513例)及び脳梗塞1.2%(6/513例)であった。

17.1.3 国内第Ⅲ相試験(保存期慢性腎臓病患者)

保存期慢性腎臓病の腎性貧血患者100例(本剤及びエポエチン アルファ各50例)を対象に、本剤(2週に1回又は4週に1回15～180 μ g)又はエポエチン アルファ(週1回又は2週に1回3,000～12,000IU)を適宜増減しながら26～28週間皮下投与し、同等性を検証した。その結果、有効性評価症例において、本剤の2週に1回又は4週に1回皮下投与はエポエチン アルファの週1回又は2週に1回皮下投与と同等の効果を有することが示された²¹⁾。

副作用発現頻度は本剤投与群で16.0%(8/50例)であった。本剤投与群で発現した主な副作用は、血圧上昇及び高血圧 各6.0%(3/50例)であった。

17.1.4 国内第Ⅲ相長期投与試験(保存期慢性腎臓病患者)

保存期慢性腎臓病の腎性貧血患者161例を対象に、本剤を2週に1回又は4週に1回46～48週間皮下投与した。投与量は、60、90、120又は180 μ gで適宜増減した。その結果、ヘモグロビン濃度は投与開始後上昇し、14週以降はほぼ12.0g/dLで推移した²²⁾。

副作用発現頻度は20.5%(33/161例)であった。主な副作用は、高血圧6.8%(11/161例)及び血圧上昇5.0%(8/161例)であった。

17.1.5 国内第Ⅲ相試験(腹膜透析患者)

腹膜透析患者146例を対象に、本剤を2週に1回又は4週に1回26～28週間皮下投与又は静脈内投与した。投与量は、30、60、90、120又は180 μ gで適宜増減した。その結果、ヘモグロビン濃度は投与開始後上昇し、14週以降はほぼ12.0g/dLで推移した²³⁾。

各試験の副作用発現頻度は以下のとおりであった。
・国内第Ⅲ相試験(皮下投与)の副作用発現頻度は24.0%(23/96例)であった。主な副作用は、高血圧11.5%(11/96例)、血圧上昇及び好酸球数増加 各2.1%(2/96例)であった。

・国内第Ⅲ相試験(静脈内投与)の副作用発現頻度は20.0%(10/50例)であった。主な副作用は、血圧上昇6.0%(3/50例)及び高血圧4.0%(2/50例)であった。

17.1.6 国内第Ⅲ相試験(小児慢性腎臓病患者)

小児慢性腎臓病患者31例を対象に、本剤を5～180 μ gの範囲内で適宜調整し、保存期慢性腎臓病患者及び腹膜透析患者では2週に1回又は4週に1回、24週間皮下投与又は静脈内投与、血液透析患者では週1回又は2週に1回、24週間静脈内投与した。その結果、ヘモグロビン濃度は投与開始後上昇し、8週以降はほぼ12.0g/dLで推移した¹⁾。なお、副作用の発現は認められなかった。

(骨髄異形成症候群に伴う貧血)

17.1.7 国際共同第Ⅱ相試験(骨髄異形成症候群患者)

IPSSによるリスク分類の低リスク又は中間-1リスクに分類され、血清中エリスロポエチン濃度が500mIU(国際単位)/mL以下を示す輸血依存^{注1)}の骨髄異形成症候群患者52例(日本人31例)を対象に本剤60、120又は240 μ gを週1回、48週間^{注2)}皮下投与し、本剤投与開始後16週時点の有効性を評価した^{注3)}。その結果、有効性評価症例50例のうち、60 μ g群の17例中11例(64.7%)、120 μ g群の18例中8例(44.4%)、240 μ g群の15例中10例(66.7%)に赤血球メジャー反応^{注4)}又は赤血球マイナー反応^{注5)}が認められた¹⁴⁾。

副作用発現頻度は25.0%(13/52例)であった。主な副作用は、葉酸欠乏3.8%(2/52例)であった。[5.4、7.8、8.12参照]

注1)過去112日間で、輸血(ヘモグロビン濃度が9.0g/dLを超えて実施された輸血を除く)していない最長期間が56日未満

注2)240 μ g群において、本剤投与開始後16週時点で有効性が認められなかった場合は投与中止、その他の投与群においては投与量を増量

注3)目標ヘモグロビン濃度は、血液製剤の使用指針(改定版)(厚生労働省医薬食品局血液対策課、2005年)を参考に10.0g/dLと設定し、9.0～11.0g/dLを維持することを目的に、11.0g/dLを超えた場合には休薬

注4)本剤投与期間中に、連続56日間以上にわたり、赤血球輸血を必要とせず、当該期間の最高ヘモグロビン濃度が本剤投与開始時ヘモグロビン濃度に比べて1.0g/dL以上増加

注5)本剤投与期間中の連続56日間の輸血量が本剤投与開始前56日間に比べて50%以上減少

18. 薬効薬理

18.1 作用機序

本剤は、エリスロポエチン受容体に結合し、ヒト骨髄造血前駆細胞に対して後期赤芽球系前駆細胞(CFU-E)及び前期赤芽球系前駆細胞(BFU-E)由来のコロニー形成を濃度依存的に促進させる²⁴⁾(*in vitro*)作用。

18.2 造血作用

本剤を正常マウス及びラットに静脈内投与したとき、エポエチン アルファと比較してより持続的な赤血球造血作用(ヘモグロビン濃度及び網赤血球数の増加)が認められた。また、腎性貧血モデルラットにおいて、本剤の静脈内及び皮下投与により顕著な貧血改善が認められた。部分腎摘ラットにおいて、本剤は、エポエチン アルファより少ない投与頻度で同等の貧血改善効果を示した^{24,25)}。

19. 有効成分に関する理化学的知見

一般名

ダルベポエチン アルファ(遺伝子組換え)
(Darbepoetin Alfa (Genetical Recombination))

分子量

約36,000

本質

ヒト肝細胞由来のエリスロポエチンの5箇所のアミノ酸残基を変更するように変異させたcDNAをチャイニーズハムスター卵巣細胞に導入し産生させた165個のアミノ酸残基(C₈₀₀H₁₃₀₀N₂₂₈O₂₄₄S₅; 分子量:18,176.59)からなる糖タンパク質

20. 取扱い上の注意

20.1 できるだけ使用直前までピロー包装からシリンジを取り出さないこと。外箱開封後は遮光して保存すること。

20.2 シリンジ先端部のフィルム・チップキャップが外れている、またはシリンジの破損等の異常が認められるときは使用しないこと。

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

(ネスブ注射液5 μ gプラシリンジ)

0.5mL[10シリンジ]

(ネスブ注射液10 μ gプラシリンジ)

0.5mL[10シリンジ]

- 〈ネスブ注射液15 μ gプラシリンジ〉
0.5mL[10シリンジ]
- 〈ネスブ注射液20 μ gプラシリンジ〉
0.5mL[10シリンジ]
- 〈ネスブ注射液30 μ gプラシリンジ〉
0.5mL[1シリンジ、10シリンジ]
- 〈ネスブ注射液40 μ gプラシリンジ〉
0.5mL[1シリンジ、10シリンジ]
- 〈ネスブ注射液60 μ gプラシリンジ〉
0.5mL[1シリンジ]
- 〈ネスブ注射液120 μ gプラシリンジ〉
0.5mL[1シリンジ]
- 〈ネスブ注射液180 μ gプラシリンジ〉
0.5mL[1シリンジ]

23. 主要文献

- 1) Hattori M, et al. : Clin Exp Nephrol. 2014; 18: 634-641
- 2) Besarab A, et al. : N Engl J Med. 1998; 339: 584-590
- 3) Singh AK, et al. : N Engl J Med. 2006; 355: 2085-2098
- 4) Pfeffer MA, et al. : N Engl J Med. 2009; 361: 2019-2032
- 5) Leyland-Jones B, et al. : J Clin Oncol. 2005; 23: 5960-5972
- 6) Henke M, et al. : Lancet. 2003; 362: 1255-1260
- 7) Overgaard J, et al. : J Clin Oncol. 2009; 27: 302s
- 8) Luksenburg H, et al. : FDA Briefing Document. ODAC
May 4, 2004
- 9) Smith RE Jr, et al. : J Clin Oncol. 2008; 26: 1040-1050
- 10) 菅朗ほか : 腎と透析. 2007; 63: 625-631
- 11) Uematsu T, et al. : Jpn J Clin Pharmacol Ther. 2007; 38:
331-339
- 12) 飯野靖彦ほか : 腎と透析. 2010; 68: 111-120
- 13) Uemura O, et al. : Clin Exp Nephrol. 2014; 18: 932-938
- 14) 社内資料 : 骨髄異形成症候群患者を対象とした用量反応試験
(2014年12月18日承認、CTD2.7.6.1)
- 15) 社内資料 : 本剤反復投与による薬物動態の検討(2010年4月16日承認、CTD2.7.2.2)
- 16) 社内資料 : 保存期慢性腎臓病患者における皮下投与時のバイオア
ベイラビリティ(2010年4月16日承認、CTD2.7.1.3)
- 17) 社内資料 : ラットにおける静脈内投与時の組織分布(2007年4月18
日承認、CTD2.6.4.4)
- 18) 社内資料 : ラットにおける皮下投与時の組織分布(2010年4月16日
承認、CTD2.6.4.4)
- 19) 保利敬ほか : 腎と透析. 2007; 62: 679-691
- 20) Akizawa T, et al. : Ther Apher Dial. 2007; 11: 220-226
- 21) 林晃正ほか : 腎と透析. 2010; 68: 931-945
- 22) Akizawa T, et al. : Ther Apher Dial. 2011; 15: 431-440
- 23) 社内資料 : 腹膜透析患者を対象とした本剤の効果(第Ⅲ相)(2010
年4月16日承認、CTD2.7.3.3.3.3)
- 24) 永野伸郎ほか : 腎と透析. 2006; 60: 1039-1046
- 25) 社内資料 : 腎性貧血モデルラットにおける本剤及びエポエチン
アルファ単回皮下投与時の貧血改善効果(2010年4月16日承認、
CTD2.6.2.2)

24. 文献請求先及び問い合わせ先

協和キリン株式会社 くすり相談窓口
〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2
電話 0120-850-150
受付時間 9:00~17:30(土・日・祝日及び弊社休日を除く)

26. 製造販売業者等

26.1 製造販売元

協和キリン株式会社

東京都千代田区大手町1-9-2

