

DRUG



INFORMATION

2010 No. 27

平成22年10月15日発行

安全性情報（ブルーレター）

ビクトーザ皮下注のインスリン治療からの切替により発生した
糖尿病性ケトアシドーシス、高血糖について

岐阜大学医学部附属病院・薬剤部
医薬品情報管理室
(内線7083)

※ Drug Information は医学部・附属病院 HP の下記アドレスにて提供しています。
<http://www1.med.gifu-u.ac.jp/web/drug-info/>

電子メールによる連絡を希望される方は下記までご連絡下さい。
di8931@gifu-u.ac.jp (担当：安田)



安全性情報（ブルーレター）

ビクトーザ皮下注のインスリン治療からの切替により発生した 糖尿病性ケトアシドーシス、高血糖について

ヒト GLP-1 アナログ注射液「ビクトーザ皮下注 18mg（リラグルチド）」につきまして、安全性情報（ブルーレター）が発出されました。内容は、インスリン治療から本剤への切り替えにより発生した糖尿病性アシドーシスおよび高血糖についての注意喚起です。

2010 年 6 月の発売から 4 ヶ月が経過したところですが、その間の市販後報告によると、糖尿病性ケトアシドーシスが 4 例（うち死亡 2 例）、高血糖が 16 例で発現していたことが報告されています。これら 20 例のうち、17 例がインスリン治療から本剤に切り替えた後に発症しています。

本剤はインスリン治療の代替ではありません。インスリン依存状態の患者ではインスリンから本剤への切り替えを行わないこと、本剤投与時には患者のインスリン依存状態を確認して投与可否を判断すること、また、既に切り替えを行った患者についても血糖コントロールの状態を確認の上、十分注意して使用して頂くようお願い致します。

なお、日本糖尿病学会ホームページの「インクレチン（GLP-1 受容体作動薬と DPP4 阻害薬）の適正使用に関する委員会」から下記のお知らせが出されています。

最近インスリン療法を中止して、リラグルチドに切り替えた症例で糖尿病ケトアシドーシスを発症し、死亡に到った 2 例に加え、著明な高血糖をきたした 7 例が報告されている。

リラグルチドはインスリンの代替とはならないため、インスリン治療中の患者では、患者がインスリン依存状態にあるか、非依存状態にあるかについて評価を行ったうえで本剤使用の可否を判断する（インスリン依存状態にある患者では本剤への切り替えは行われるべきではない）。

インスリン依存状態、非依存状態の鑑別には C ペプチドの測定が有用であるが、C ペプチドは腎機能の低下により、みかけ上高値に出る場合、症例によってはグルカゴン負荷試験などによる判定を必要とするなど、鑑別が難しい場合が多く、専門医に委ねるべきと考える。

（2010 年 10 月 1 日、http://www.jds.or.jp/jds_or_jp0/uploads/photos/666.pdf 参照）

上記の指針にある通り、患者のインスリン依存状態を評価した上で本剤の使用可否を判断する必要がありますが、その鑑別は難しい場合が多いため、判断を専門医に委ねた上で使用していただくようお願い致します。

不明な点につきましては、薬剤部・医薬品情報管理室（内線 7083）までご連絡下さい。

2010 年 10 月

-医薬品の適正使用に欠かせない情報です 必ずお読みください-

リラゲルチド(遺伝子組換え) 安全性情報

製造販売元 ノボ ノルディスク ファーマ株式会社

ヒトGLP-1アナログ注射液

ビクトーザ®皮下注 18mg の インスリン治療からの切り替えにより発生した 糖尿病性ケトアシドーシス、高血糖について

発売開始より本剤の安全性情報の収集に努めてまいりましたが、2010 年 6 月 11 日～2010 年 10 月 7 日の間に、本剤投与症例全体で、糖尿病性ケトアシドーシスが 4 例(うち死亡 2 例)、高血糖 16 例が発現していたことが判明しました。これら 20 例のうち、17 例がインスリン治療を中止し本剤に切り替えた後に発症したものでした。

これをうけ、厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知(薬食安発1012第2号、平成 22 年 10 月 12 日付)に基づき「使用上の注意」を改訂いたしました。

本剤のご使用にあたっては、下記の点に十分ご注意ください。

1. 本剤はインスリンの代替薬ではありません。
2. インスリン依存状態の患者様(1 型糖尿病患者、インスリン治療が不可欠な 2 型糖尿病患者等)へは、インスリンから本剤への切り替えを行わないでください。
3. 本剤の投与に際しては、患者様のインスリン依存状態を確認し、投与の可否を判断して下さい。
4. 既に切り替えを行った患者様についても、血糖コントロールの状態を確認して下さい。

インスリン治療に戻す必要のある患者様に対しては、必要な処置を行って下さい。

問い合わせ先

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社 ノボケア相談室

〒 100-0005 東京都千代田区丸の内 2-1-1

Tel:0120-180363

<死亡症例の概要>

症例 1

患 者		1 日投与量 投与期間	副 作 用
性別・ 年齢	使用理由 (合併症)		経過及び処置
男性 60 代	糖尿病 (慢性腎不全) (糖尿病性下肢 神経障害) (高血圧症)	0.3mg/ 1日	糖尿病性ケトアシドーシス 約18年前 糖尿病と診断。 約12年前 インスリン治療開始。 約2年前 透析導入。週3回透析実施。インスリン治療実施するも、コントロール不良。 インスリンアスパルト18単位/日およびインスリングルガリン8単位/日にて治療。 2.5ヵ月前 HbA1c:10.3% 1.5ヵ月前 HbA1c:8.0% 投与開始日 透析実施。 透析施行後、インスリン製剤を中止して、本剤を0.3mgにて治療開始。 投与2日目 朝よりSMBGがHiで嘔吐を繰り返すが、来院せず。 意識消失し夕方救急搬送。血圧40mmHg。生理食塩水500mL+メイロン20mL×2A、更に生理食塩水500mL+メイロン20mL×2A+ボスミン1A投与。 血糖700mg/dL以上、K値7台となったため、気管内挿管されドクターヘリにて大学病院に緊急搬送となった。 搬送先病院にて血糖値 1450mg/dL、pH7.092 より糖尿病性ケトアシドーシスと診断。 輸液負荷を開始し、速効型ヒトインスリン10単位によるbolus投与の後、5単位/時間で持続静注開始。 投与3日目 血液検査で血糖値200mg/dL、pH7.450、ケトン体陰性であり、ケトアシドーシスは改善。 血中CPR:0.1ng/mL、抗GAD抗体:9.4U/mL 呼吸苦・咳嗽が出現し、38.6度の発熱、SpO₂低下を認めた。胸部CTで左下肺野優位に浸潤影を認め、肺炎と考えられた。 投与4日目 SpO₂低下し、胸部X線および検査データで陰影増悪を認めた。 死亡が確認された。
併用薬: なし			

症例 2

患 者		1 日投与量 投与期間	副 作 用
性別・ 年齢	使用理由 (合併症)		経過及び処置
男性 60 代	2型糖尿病 (高血圧) (十二指腸潰瘍) (脂質異常症) (下肢慢性動脈 閉塞症) (糖尿病性単純 網膜症)	0.3mg/ 1日	糖尿病性ケトアシドーシス 治療開始3ヵ月前は体重104kgであった。(過去の最 高体重は106kg) また、病初期に治療中断歴あり。 治療開始直前のHbA1cは11.0% 投与前日 2型糖尿病に対する血糖コントロール目的にて入院。 内服は、メトホルミン塩酸塩(750mg/日)、ピオグリタ ゾン(45mg/日)、ボグリボース(0.6mg/日)、ヒトイン スリン製剤(30R注)48単位/日を使用していた。尿中 アセトン(-)、体重98.1kg 投与開始日 メトホルミン塩酸塩、ピオグリタゾン、ボグリボース、ヒ トインスリン製剤(30R注)を全て中止し、本剤を 0.3mgおよびグリメピリド 4mg/日にて治療開始。 空腹時血中CPR 0.03ng/mL 本剤は朝食後に投与実施。 血糖チェックでは昼前および夕前の測定値が 500mg/dL以上であった。 投与2日目 昼ごろに嘔吐あり、その後血糖値が992mg/dL、尿中 アセトン(3+)よりケトアシドーシスが疑われた。 生理食塩水による輸液およびインスリンによる持続点 滴治療を開始。 投与3日目 深夜に心肺停止状態で発見された。 救急救命処置を施すも、午前中に死亡確認。
併用薬:グリメピリド、アムロジピンベシル酸塩、バルサルタン、イミダプリル塩酸塩、アスピリン			

改訂内容

(下線部(____)):改訂箇所)

改訂後	改訂前
2. 重要な基本的注意 (1) 略 <u>(2) 本剤はインスリンの代替薬ではない。本剤の投与に際しては、患者のインスリン依存状態を確認し、投与の可否を判断すること。インスリン依存状態の患者で、インスリンから本剤に切り替え、急激な高血糖及び糖尿病性ケトアシドーシスが発現した症例が報告されている。</u> (3) ～ (8) 略	2. 重要な基本的注意 (1) 略 (2) ～ (7) 略