

Mehr Flexibilität
Q3W (200 mg)/Q6W (400 mg)
bei Erwachsenen



KEYTRUDA®.

**Um die Chance auf
Heilung zu verbessern.**

IA5: RFS-Update

IA = Interimsanalyse; NNT = Anzahl der notwendigen Behandlungen;
Q3W = alle 3 Wochen; Q6W = alle 6 Wochen

KEYNOTE-716: RFS-DATEN DER IA5 – ENTWICKLUNG UND NNT

Ergebnisse nach 4 Jahren Nachbeobachtungszeit (52,8 Monate)¹

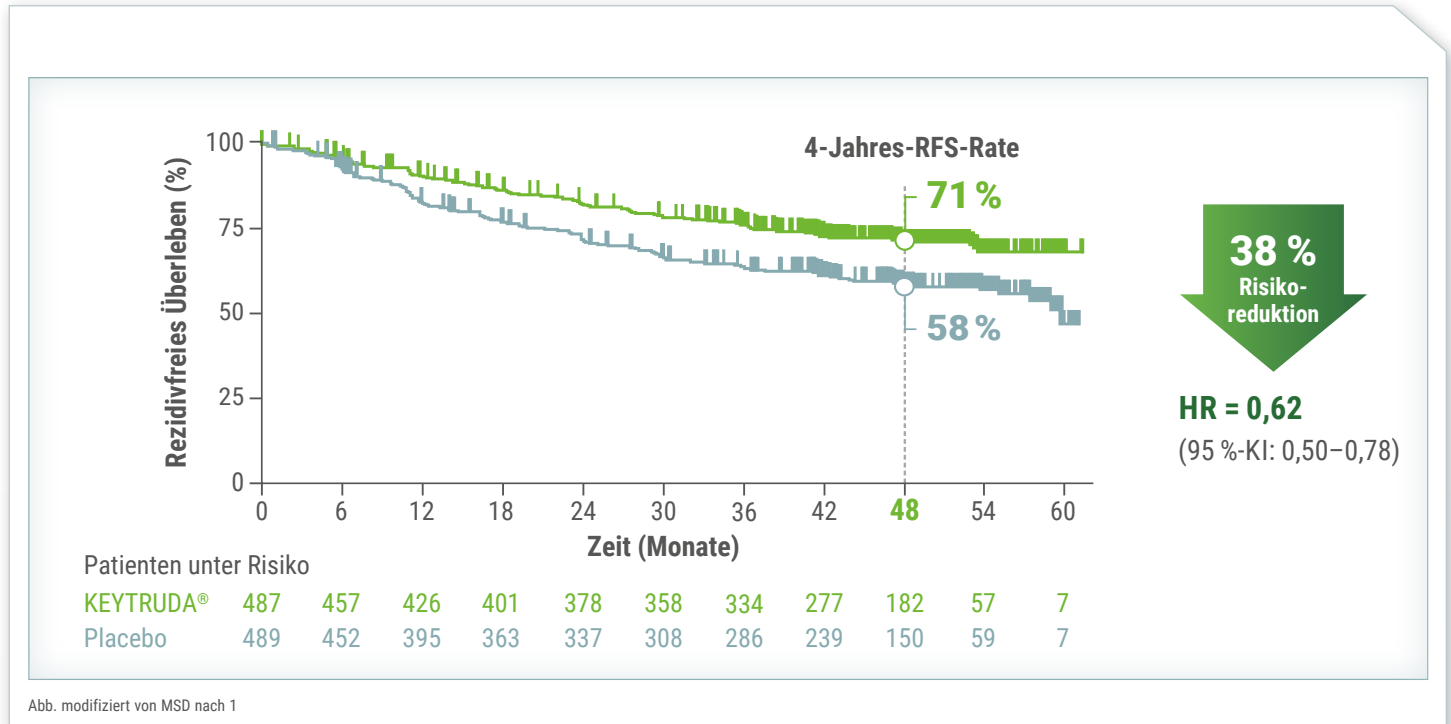
KEYTRUDA® ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms in den Tumorstadien IIB, IIC oder III nach vollständiger Resektion bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen angezeigt.

KEYTRUDA®
Pembrolizumab, MSD

KEYNOTE-716: Rezidivfreies Überleben (RFS) und Anzahl der notwendigen Behandlungen (NNT) für RFS

REZIDIVFREIES ÜBERLEBEN (RFS) – INTERIMSANALYSE 5 (IA5)

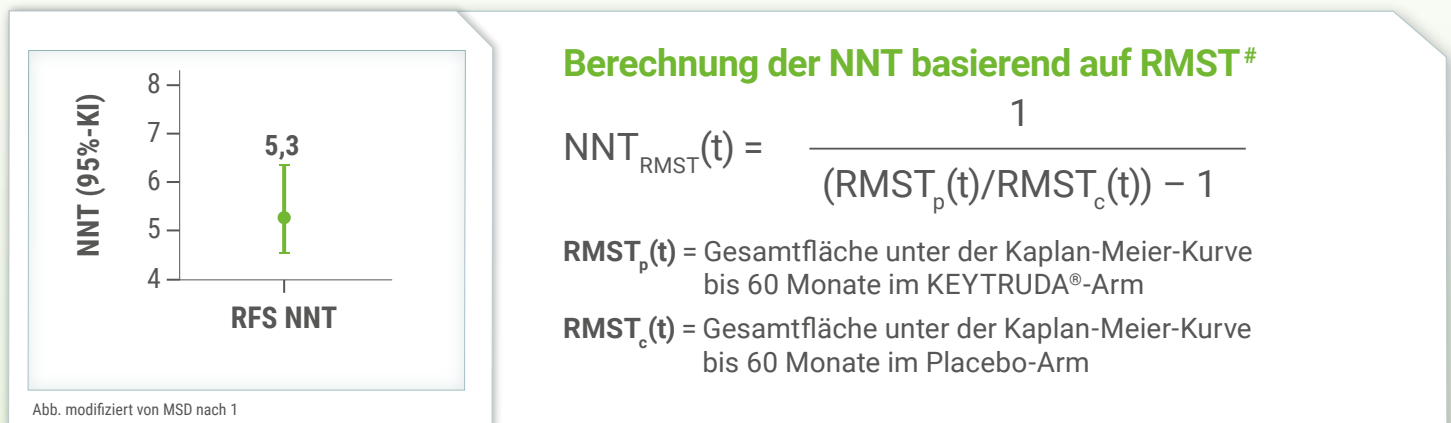
unter KEYTRUDA® vs. Placebo | ITT-Population | mediane Nachbeobachtungszeit: 52,8 Monate (Spanne: 39,4–64,8)* | explorative Analyse¹



Signifikante Verbesserung des RFS unter KEYTRUDA® vs. Placebo nach 14,4 bzw. 14,3 Monaten medianer Nachbeobachtungszeit^{**}: $HR^a = 0,65$ (95%-KI: $0,46-0,92$); $p^b = 0,00658^2$

ANZAHL DER NOTWENDIGEN BEHANDLUNGEN NACH RMST FÜR RFS – INTERIMSANALYSE 5 (IA5)

unter KEYTRUDA® vs. Placebo | ITT-Population | mediane Nachbeobachtungszeit: 52,8 Monate (Spanne: 39,4–64,8)* | explorative Post-hoc-Analyse¹



Die NNT-Werte waren niedriger als die zuvor veröffentlichten Werte (RFS: 5,3 (RMST bis zu 60 Monate) vs. 12,5 (nach 24 Monaten, Methode nicht angegeben))

* Datenschnitt: 16. Februar 2024 | ** mediane Nachbeobachtungszeit 14,4 Monate [IQR: 10,2–18,7] bei KEYTRUDA® und 14,3 Monate [IQR: 10,1–18,7] bei Placebo, Datenschnitt: 4. Dezember 2020 | # RMST = Restricted Mean Survival Time (eingeschränkte mittlere Überlebenszeit). NNT berechnet die Anzahl zusätzlicher Patienten, die behandelt werden müssen, um bei einem weiteren Patienten ein positives Ergebnis zu erzielen oder ein schädliches Ereignis zu verhindern. | a Basierend auf dem stratifizierten Cox-Proportional-Hazard-Modell | b Basierend auf dem stratifizierten Log-Rank-Test



STUDIENDESIGN 1-4

Multizentrische, randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Phase-III-Studie bei Patienten ≥ 12 Jahre mit vollständig reseziertem Melanom im Stadium IIB oder IIC

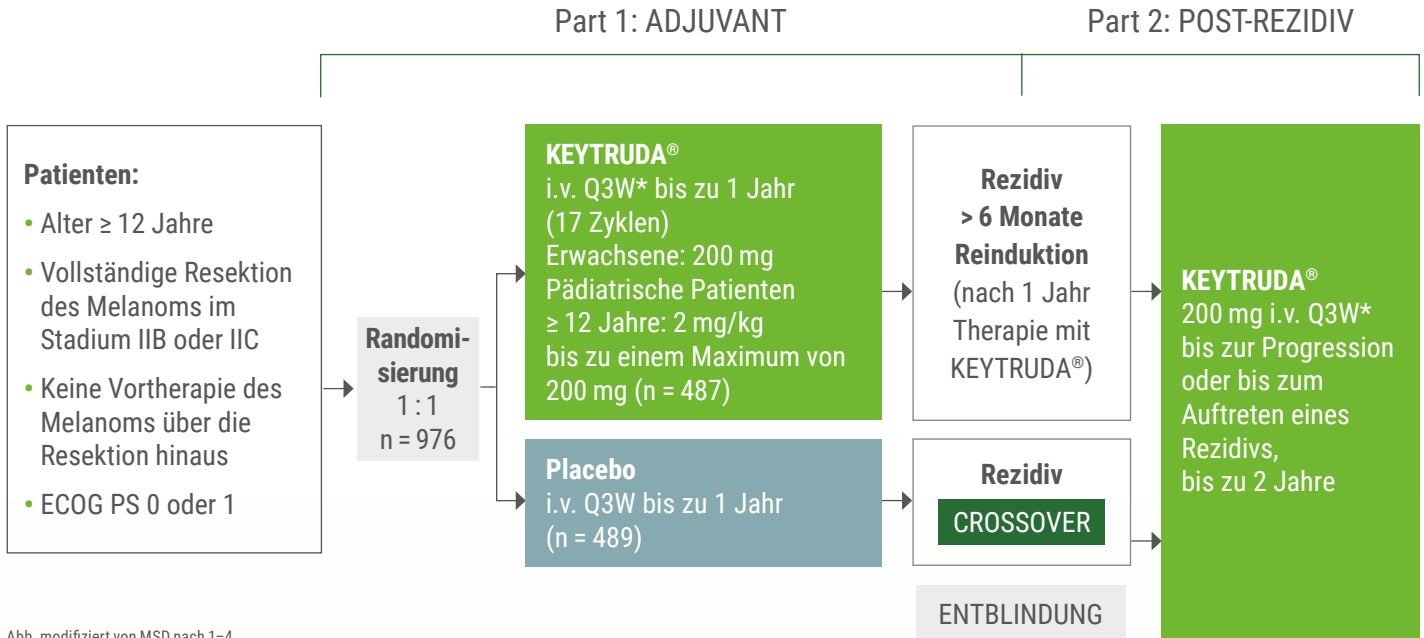


Abb. modifiziert von MSD nach 1-4

In Part 1 der KEYNOTE-716 wurde KEYTRUDA® bzw. Placebo bis zu einem Jahr oder bis zum Auftreten eines Rezidivs oder unzumutbarer Toxizität gegeben.

Randomisierung stratifiziert nach T-Kategorie (T3b, T4a oder T4b) bei Erwachsenen, mit einer separaten Einteilung für alle pädiatrischen Patienten (im Alter von 12–17 Jahren)

Primärer Endpunkt: rezidivfreies Überleben (RFS) in der Gesamtpopulation**

SICHERHEITSDATEN (IA4)⁴

unter KEYTRUDA® vs. Placebo | **As-treated-Population^a** | mediane Nachbeobachtungszeit: 39,4 Monate (Spanne: 26,0–51,4)^{#,b}

Unerwünschte Ereignisse (UE) und Nebenwirkungen, n (%)	KEYTRUDA® n = 483	Placebo n = 486
Alle unerwünschten Ereignisse (UE)	461 (95,4)	446 (91,8)
Nebenwirkungen	399 (82,6)	309 (63,6)
Grad 3 oder 4	83 (17,2)	25 (5,1)
Führte zum Therapieabbruch	77 (15,9)	12 (2,5)
Führte zum Tod	0 (0)	0 (0)
Immunvermittelte UE und Infusionsreaktionen	183 (37,9)	46 (9,5)
Grad 3 oder 4	53 (11,0)	6 (1,2)

Tab. modifiziert von MSD nach 4

Das Sicherheitsprofil der IA4 war vergleichbar mit dem beobachteten Sicherheitsprofil der IA3 (Datenschnitt: 4. Januar 2022).

* Die empfohlene Dosis von KEYTRUDA® bei Erwachsenen beträgt entweder 200 mg alle 3 Wochen oder 400 mg alle 6 Wochen als intravenöse Gabe über 30 Minuten. Die empfohlene Dosis von KEYTRUDA® als Monotherapie bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren mit Melanom beträgt 2 mg/kg Körpergewicht (bis zu einem Maximum von 200 mg) alle 3 Wochen als intravenöse Gabe über 30 Minuten. | ** Vom Prüfarzt beurteilt, definiert als Zeitraum zwischen Zeitpunkt der Randomisierung und Zeitpunkt des Auftretens des ersten Rezidivs (lokal, regional oder Fernmetastasenbildung) oder Zeitpunkt des Todes, je nachdem welches Ereignis zuerst eintritt. | # Datenschnitt: 4. Januar 2023 | a Die As-treated-Population schließt alle Patienten ein, die mindestens eine Dosis der Studienmedikation erhalten haben. | b Inzidenz war vergleichbar mit den beobachteten UE in IA3 (Datenschnitt: 4. Januar 2022)



ABKÜRZUNGEN:

HR = Hazard Ratio; **IA** = Interimsanalyse; **ITT** = Intent-to-treat; **KI** = Konfidenzintervall; **NNT** = Number needed to treat (Anzahl der notwendigen Behandlungen); **Q3W** = alle 3 Wochen; **RFS** = rezidivfreies Überleben (recurrence-free survival); **RMST** = Restricted Mean Survival Time (eingeschränkte mittlere Überlebenszeit); **UE** = unerwünschtes Ereignis

REFERENZEN:

- 1 Luke JJ et al. Pembrolizumab vs Placebo as Adjuvant Therapy for High-Risk Stage II Melanoma: Long-Term Follow-Up, Rechallenge, and Crossover in KEYNOTE-716. Oral Presentation ESMO 2024. Oral Mini Session 1078MO.
- 2 Luke JJ et al. Pembrolizumab versus placebo as adjuvant therapy in completely resected stage IIB or IIC melanoma (KEYNOTE-716): a randomised, double-blind, phase 3 trial. The Lancet. 2022;399(10336):1718–1729. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00562-1 (inkl. Supplementary Appendix).
- 3 Long GV et al. Pembrolizumab versus placebo as adjuvant therapy in resected stage IIB or IIC melanoma (KEYNOTE-716): distant metastasis-free survival results of a multicentre, double blind, randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol 2022; 23(11):1378–1388 (inkl. Supplementary Appendix).
- 4 Luke JJ et al. Pembrolizumab Versus Placebo as Adjuvant Therapy in Resected Stage IIB or IIC Melanoma: Final Analysis of Distant Metastasis-Free Survival in the Phase III KEYNOTE-716 Study. J Clin Oncol. 2024;42(14):1619–1624.

Fachinformation KEYTRUDA®. Stand Januar 2025.

Bitte lesen Sie vor Verordnung von KEYTRUDA® die Fachinformation.

KEYTRUDA® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Wirkstoff: Pembrolizumab **Zus.: Arzneil. wirts. Bestand.:** 1 Durchstechfl. (4 ml) enth. 100 mg Pembrolizumab, 1 ml Konz. enth. 25 mg Pembrolizumab. **Sonst. Bestand.:** L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Saccharose, Polysorbit 80 (E 433), Wasser für Injekt.-zwecke. **Anw.:** Als Monother. zur Behandl. d. fortgeschrittenen (nicht rezidierbaren od. metastasierenden) Melanoms b. Kdm. u. Jugendl. ab 12 Jahren u. Erw. Als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. Melanoms in d. Tumorstadien IIB, IIC od. III nach vollständ. Resektion b. Kdm. u. Jugendl. ab 12 Jahren u. Erw. In Komb. m. Platin-basierter Chemother. zur neoadjuvanten u. anschließend als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. rezidierbaren nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) m. hohem Rezidivrisiko b. Erw. Als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. NSCLC m. hohem Rezidivrisiko nach vollständiger Resektion u. anschließender Resektion b. Erw. Als Monother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden NSCLC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score [TPS] $\geq 50\%$) ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Pemetrexed u. Platin-Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-platteneithelialen NSCLC ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Carboplatin u. entweder Paclitaxel od. nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden platteneithelialen NSCLC b. Erw. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden NSCLC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS $\geq 1\%$) nach vorheriger Chemother. b. Erw. Pat. m. EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen sollten vor Ther. ebenfalls e. auf diese Mutationen zielgerichtet. Ther. erhalten haben. Als Monother. zur Behandl. d. rezidivierenden od. refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (HL) b. Kdm. u. Jugendl. ab 3 Jahren u. Erw. nach Versagen e. autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) od. nach mind. 2 vorangegang. Ther., wenn e. auto-SZT nicht in Frage kommt. In Komb. m. Entfortumab Vedotin zur Erstlinienbehandl. d. nicht rezidierbaren od. metastasierenden Urothelkarzinoms b. Erw. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms b. Erw., d. nicht für e. Cisplatin-basierte Ther. geeignet sind u. deren Tumoren PD-L1 m. e. kombinierten positiven Score (CPS) ≥ 10 exprimieren. Als Monother. od. in Komb. m. Platin- u. 5-Fluorouracil(5-FU)-Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden od. nicht rezidierbaren rezidivierenden Plattenepithelkarzinoms d. Kopf-Hals-Region (HNSCC) b. Erw. m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1). Als Monother. zur Behandl. d. rezidivierenden od. metastasierenden HNSCC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS $\geq 50\%$) u. e. Fortschreiten d. Krebses während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. In Komb. m. Axitinib zur Erstlinienbehandl. d. fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (RCC) b. Erw. In Komb. m. Lenvatinib zur Erstlinienbehandl. d. fortgeschrittenen RCC b. Erw. Als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. RCC m. erhöhtem Rezidivrisiko nach Nephrektomie od. nach Nephrektomie u. Resektion metastasierter Läsionen b. Erw. Tumoren m. hochfrequenter Mikrosatelliten-Instabilität (MSI-H) od. m. e. Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR); Kolorektalkarzinom (CRC); Als Monother. d. CRC m. MSI-H od. m. e. dMMR wie folgt b. Erw.: - zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden CRC, - zur Behandl. d. nicht rezidierbaren od. metastasierenden CRC nach vorheriger Fluoropyrimidin-basierter Kombinationsther.; Nicht-kolorektale Karzinome: Als Monother. zur Behandl. d. folgenden Tumoren m. MSI-H od. m. e. dMMR b. Erw.: - fortgeschrittenes od. rezidivierendes Endometriumkarzinom m. e. Fortschreiten d. Erkr. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn e. kurative chirurg. Behandl. od. Bestrahlung nicht in Frage kommt, - nicht rezidierbares od. metastasierendes Magen-, Dünndarm- od. biliaires Karzinom m. e. Fortschreiten d. Erkr. während od. nach mind. e. vorheriger Ther. In Komb. m. e. Platin- u. Fluoropyrimidin-basierter Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. lokal fortgeschrittenen nicht rezidierbaren od. metastasierenden Ösophaguskarzinoms b. Erw. m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10). In Komb. m. Chemother. zur neoadjuvanten u. anschl. nach Operation als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. frühen triple-negativen Mammakarzinoms (TNBC) m. hohem Rezidivrisiko b. Erw. In Komb. m. Chemother. zur Behandl. d. lokal rezidivierenden nicht rezidierbaren od. metastasierenden TNBC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10) b. Erw., d. keine vorherige Chemother. zur Behandl. d. metastasierenden Erkr. erhalten haben. In Komb. m. Carboplatin u. Paclitaxel zur Erstlinienbehandl. d. primär fortgeschrittenen od. rezidivierenden Endometriumkarzinoms (EC) b. Erw., d. für e. system. Ther. geeignet sind. In Komb. m. Lenvatinib zur Behandl. d. fortgeschrittenen od. rezidivierenden EC b. Erw. m. e. Fortschreiten der Erkr. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn e. kurative chirurg. Behandl. od. Bestrahlung nicht in Frage kommt. In Komb. m. Radiochemother. (perkutane Strahlenther., gefolgt von e. Brachyther.) zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen Zervixkarzinoms (Stadium III bis IVA gemäß FIGO 2014) b. Erw., d. keine vorherige definitive Ther. erhalten haben. In Komb. m. Chemother. m. od. ohne Bevacizumab zur Behandl. d. persistierenden, rezidivierenden od. metastasierenden Zervixkarzinoms m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1) b. Erw. In Komb. m. Trastuzumab sowie e. Fluoropyrimidin- u. Platin-basierter Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. lokal fortgeschrittenen nicht rezidierbaren od. metastasierenden HER2-positiven Adenokarzinoms d. Magens od. d. gastroösophagealen Übergangs b. Erw. m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1). In Komb. m. e. Fluoropyrimidin- u. Platin-basierter Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. lokal fortgeschrittenen nicht rezidierbaren od. metastasierenden HER2-negativen Adenokarzinoms d. Magens od. d. gastroösophagealen Übergangs bei Erw. m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1). In Komb. m. Gemcitabin u. Cisplatin zur Erstlinienbehandl. d. lokal fortgeschrittenen nicht rezidierbaren od. metastasierenden biliären Karzinoms (BTC) b. Erw. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestand. **Vorsicht bei:** Schwere Einschränkung d. Nierenfunkt. od. d. Leberfunkt.; aktiven, system. Autoimmunkrank.; schwerer Überempf.-keit gg. e. and. monoklonalen Antikörper in d. Anamnese, laufende Ther. m. Immunsuppressiva (einschl. Pat. m. solidem Organtransplantat od. allo-HSZT). **Zusätzl. b. klass. HL:** b. allo-HSZT bei klass. HL nach Ther. m. Pembrolizumab sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung (GVHD u. schwere Lebervenenverschlusskrankheit als Komplik. beobachtet). Pat. m. schwerer od. lebensbedroh. immuner. Nebenw. in der Anamnese. Unter den immunitätsvermittelten Nebenw. waren schwere Fälle u. Todesfälle. Hinw. zu Schwangersch./Stillzeit beachten. **Nebenw.:** Monother.: *Sehr häufig:* Anämie, Hypothyreose, Vermind. Appetit, Kopfschm. Dypnoe; Husten, Diarrhö; Abdominalschm.; Übelk.; Erbr.; Obstipat. Pruritus; Ausschl. Schm. d. Muskel- u. Skelettsystems; Arthralgie. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme; Fieber. *Häufig:* Pneumonie. Thrombozytopenie; Neutropenie; Lymphopenie. Reakt. im Zusammenhang m. e. Inf. Hypothyreose. Hyponatriämie; Hypokalämie; Hypokalzämie. Schlaflosigkeit. Schwindelgef.; periph. Neuropathie; Lethargie; Dysgeusie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Hypertonie. Pneumonitis. Kolitis; Mundtrockenheit. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Erythem; Dermatitis; trock. Haut; Vitiligo; Ekzem; Alopezie; akneiforme Dermatitis. Myositis; Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Grippeähn. Erkr.; Schüttelfrost. ALT erhöht; AST erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. *Gelegentl.:* Leukopenie; Immunthrombozytopenie; Eosinophilie. Sarkoidose. Nebenniereninsuff.; Hypophysitis; Thyreoiditis. Diabetes mellitus Typ 1. Myastheniesyndrom; Epilepsie. Uveitis. Myokarditis; Perikarditis; Perikarderguss. Pankreatitis; Gastritis; gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; Ichenoides Keratose; Papeln; Änd. d. Haarfarbe. Tendosynovitis. Nephritis. Amylase erhöht. *Selten:* Hämolyt. Anämie; hämophagozytische Lymphohistiozytose; isolierte aplast. Anämie. Hypoparathyreoidismus. Guillain-Barré-Syndrom; Enzephalitis; Myelitis. Optikusneuritis; Meningitis (aseptisch). Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Vaskulitis. Exokrine Pankreasinsuffizienz; Dünndarmparforation; Zöliakie. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; TEN. Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. *Nicht bekannt:* Abstoßung e. soliden Organtransplantats. **Zusätzl.:** Hinw. zu Abw. b. Laborwerten beachten. *In Komb. m. Chemother. od. Radiochemother.:* *Sehr häufig:* Anämie; Neutropenie; Thrombozytopenie. Hypothyreose. Hypokalämie; vermind. Appetit. Schlaflosigkeit. Periphere Neuropathie; Kopfschm.; Schwindelgef.; Dypnoe; Husten, Diarrhö; Übelk.; Erbr.; Abdominalschm.; Obstipat. Alopezie; Pruritus; Ausschl. Schm. d. Muskel- u. Skelettsystems; Arthralgie. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Fieber; Ödeme. ALT erhöht; AST erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. *Häufig:* Pneumonie. Febrile Neutropenie; Leukopenie; Lymphopenie. Reakt. im Zusammenhang m. e. Inf. Nebenniereninsuff.; Hypothyreose; Thyreoiditis. Hyponatriämie; Hypokalzämie. Dysgeusie; Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Hypertonie. Pneumonitis. Kolitis; Gastritis; Mundtrockenheit. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Dermatitis; Erythem; trock. Haut; akneiforme Dermatitis; Ekzem. Myositis; Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Akutes Nierenvers. Grippeähn. Erkr.; Schüttelfrost. Bilirubin im Blut erhöht; alkalische Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie. *Gelegentl.:* Hämolyt. Anämie; Eosinophilie. Hypophysitis. Diabetes mellitus Typ 1. Enzephalitis; Epilepsie. Uveitis. Myokarditis; Perikarditis; Perikarderguss. Vaskulitis. Pankreatitis; gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; Ichenoides Keratose; Vitiligo; Papeln. Tendosynovitis. Nephritis; nicht-infektiöse Zystitis. Amylase erhöht. *Selten:* Immunthrombozytopenie. Sarkoidose. Hypoparathyreoidismus. Myastheniesyndrom; Guillain-Barré-Syndrom; Optikusneuritis; Meningitis (aseptisch). Exokrine Pankreasinsuffizienz; Dünndarmparforation; Zöliakie. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; Änd. d. Haarfarbe. Sjögren-Syndrom. **Zusätzl.:** Hinw. zu Abw. b. Laborwerten beachten. *In Komb. m. Axitinib od. Lenvatinib:* *Sehr häufig:* Harmwegsinfektionen. Anämie. Hypothyreose. Vermind. Appetit. Kopfschm.; Dysgeusie. Hypertonie. Dypnoe; Husten, Diarrhö; Abdominalschm.; Übelk.; Erbr.; Obstipat. Ausschl.; Pruritus. Arthralgie; Schm. d. Muskel- u. Skelettsystems; Myositis; Schm. in d. Extremitäten. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme; Fieber. Lipase erhöht; ALT erhöht; AST erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. *Häufig:* Pneumonie. Neutropenie; Thrombozytopenie; Lymphopenie; Leukopenie. Reakt. im Zusammenhang m. e. Inf. Nebenniereninsuff.; Hypothyreose; Thyreoiditis. Hyponatriämie; Hypokalzämie. Schlaflosigkeit. Schwindelgef.; periphere Neuropathie; Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Pneumonitis. Kolitis; Pankreatitis; Gastritis; Mundtrockenheit. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Dermatitis; trock. Haut; Erythem; akneiforme Dermatitis; Alopezie. Arthritis. Nephritis. Grippeähn. Erkr.; Schüttelfrost. Amylase erhöht; Bilirubin im Blut erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie. *Gelegentl.:* Eosinophilie. Hypophysitis. Diabetes mellitus Typ 1. Myastheniesyndrom; Enzephalitis. Uveitis. Myokarditis; Perikarderguss. Vaskulitis. Gastrointestinale Ulzeration. Ekzem; Ichenoides Keratose; Psoriasis; Vitiligo; Papeln; Änd. d. Haarfarbe. Tendosynovitis. *Selten:* Hypoparathyreoidismus. Optikusneuritis. Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Dünndarmparforation. TEN; SJS. Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. *Nicht bekannt:* Exokrine Pankreasinsuffizienz; Zöliakie. **Zusätzl.:** Hinw. zu Abw. b. Laborwerten beachten. **Warnhinw.:** Nicht schütteln. **Hinw.:** Falls im Anwendungsgebiet angegeben. Pat. für e. Dosis. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordnung von KEYTRUDA® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München

MSD Medinfo: Tel.: +49 (0) 89 20 300 4500, E-Mail: medinfo@msd.de

Stand: 01/2025 (RCN: 000027562-DE)

