

**2012年4月改訂(第10版)
*2011年5月改訂

日本標準商品分類番号 874291	
承認番号	22000AMX00014
薬価収載	2008年4月
販売開始	2008年4月
効能追加	2009年5月
国際誕生	2005年12月

抗悪性腫瘍剤/キナーゼ阻害剤

貯法: 気密容器・室温保存 (取扱以上の注意の項参照) 劇薬
使用期限: 外箱に表示 処方せん医薬品^(※)

ネクサバル[®]錠200mg

(ソラフェニブトシル酸塩錠)



Nexavar[®]200mg

D4

警告

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、本剤の投与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本剤の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。

禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1)本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴のある患者
- (2)妊婦又は妊娠している可能性のある女性〔妊婦、産婦、授乳婦等への投与〕の項参照

組成・性状

販売名	ネクサバル錠200mg
成分・含量	1錠中、ソラフェニブ200mg(ソラフェニブトシル酸塩として274.0mg)含有
添加物	クロスカルメロースナトリウム、結晶セルロース、ヒプロメロース、ラウリル硫酸ナトリウム、ステアリン酸マグネシウム、マクロゴール4000、酸化チタン、三酸化鉄
色・剤形	赤色のフィルムコーティング錠
外形(識別コード)	
直径(mm)	10
厚さ(mm)	4.5
重さ(mg)	349.85

効能・効果

根治切除不能又は転移性の腎細胞癌、切除不能な肝細胞癌

効能・効果に関連する使用上の注意

- 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に対して
 - (1)サイトカイン製剤による治療歴のない根治切除不能又は転移性の腎細胞癌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。〔臨床成績〕の項参照
 - (2)本剤の術後補助化学療法における有効性及び安全性は確立していない。
- 切除不能な肝細胞癌に対して
 - (1)局所療法(経皮的エタノール注入療法、ラジオ波熱凝固療法、マイクロ波凝固療法、肝動脈塞栓療法/肝動脈化学塞栓療法、放射線療法等)の適応となる肝細胞癌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。
 - (2)肝細胞癌に対する切除及び局所療法後の補助化学療法における本剤の有効性及び安全性は確立していない。
 - (3)肝細胞癌患者に本剤を使用する場合には、肝機能障害の程度、局所療法の適応の有無、全身化学療法歴等について、〔臨床成績〕の項の内容に準じて、適応患者の選択を行うこと。

用法・用量

通常、成人にはソラフェニブとして1回400mgを1日2回経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。

用法・用量に関連する使用上の注意

- (1)サイトカイン製剤を含む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。〔臨床成績〕の項参照
- (2)肝細胞癌に対する局所療法との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
- (3)高脂肪食の食後に本剤を投与した場合、血漿中濃度が低下するとの報告がある。高脂肪食摂取時には食事の1時間前から食後2時間までの間を避けて服用すること。〔薬物動態〕の項参照
- (4)副作用により本剤を減量、休薬又は中止する場合には、副作用の症状、重症度等に応じて以下の基準を考慮すること。

減量基準

用量調節段階	投与量
通常投与量	1回400mgを1日2回経口投与
1段階減量	1回400mgを1日1回経口投与
2段階減量	1回400mgを隔日経口投与

皮膚毒性

皮膚の副作用のグレード	発現回数	投与量の調節
グレード1: 手足の皮膚の感覚障害、刺痛、痛みを伴わない腫脹や紅斑、日常生活に支障を来さない程度の不快な症状	回数問わず	本剤の投与を継続し、症状緩和のための局所療法を考慮する。
グレード2: 手足の皮膚の痛みを伴う紅斑や腫脹、日常生活に支障を来す不快な症状	1回目	本剤の投与を継続し、症状緩和のための局所療法を考慮する。7日以内に改善が見られない場合は下記参照。
	7日以内に改善が見られない場合あるいは2回目又は3回目	グレード0~1に軽快するまで休薬する。本剤の投与を再開する場合は投与量を1段階下げる。(400mg1日1回又は400mg隔日1回)
	4回目	本剤の投与を中止する。
グレード3: 手足の皮膚の湿性落屑、潰瘍形成、水疱形成、激しい痛み、仕事や日常生活が不可能になる重度の不快な症状	1回目又は2回目	グレード0~1に軽快するまで休薬する。本剤の投与を再開する場合は投与量を1段階下げる。(400mg1日1回又は400mg隔日1回)
	3回目	本剤の投与を中止する。

血液学的毒性

グレード	投与継続の可否	用量調節
グレード0～2	投与継続	変更なし
グレード3	投与継続	1段階減量 ^b
グレード4	グレード0～2に軽快するまで休薬 ^a	1段階減量 ^b

a. 30日を超える休薬が必要となり、投与の継続について臨床的に意義がないと判断された場合、投与中止とする。

b. 2段階を超える減量が必要な場合、投与中止とする。

非血液学的毒性^a

グレード	投与継続の可否	用量調節
グレード0～2	投与継続	変更なし
グレード3	グレード0～2に軽快するまで休薬 ^b	1段階減量 ^c
グレード4	投与中止	投与中止

a. 薬物治療を行っていない嘔気/嘔吐又は下痢は除く。

b. 30日を超える休薬が必要となり、投与の継続について臨床的に意義がないと判断された場合、投与中止とする。

c. 2段階を超える減量が必要な場合、投与中止とする。

■ 使用上の注意

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 重度の肝機能障害(Child-Pugh分類C)のある患者[使用経験がない.]
- (2) 高血圧症の患者[高血圧が悪化するおそれがある.]
- (3) 血栓塞栓症の既往のある患者[心筋虚血、心筋梗塞などがあられるおそれがある.]
- (4) 脳転移のある患者[脳出血があられるおそれがある.]
- (5) 高齢者[「高齢者への投与」の項参照]

2. 重要な基本的注意

- *** (1) 手足症候群、剥脱性皮膚炎、中毒性表皮壊死融解症(Toxic Epidermal Necrolysis: TEN)、皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、多形紅斑があられることがあるので、必要に応じて皮膚科を受診するよう、患者に指導すること。[「重大な副作用」の項参照]
- (2) AST (GOT)、ALT (GPT)の上昇を伴う肝機能障害、黄疸、肝不全があられることがあるので、本剤投与中は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。
なお、主に肝細胞癌又は肝硬変のある患者において肝性脳症が報告されているので、これらの患者に投与する際は、血中アンモニア値等の検査を行うとともに、意識障害等の臨床症状を十分に観察すること。[「重大な副作用」の項参照]
- (3) 急性肺障害、間質性肺炎があられることがあるので、本剤の投与にあたっては、呼吸困難、発熱、咳嗽等の臨床症状を十分に観察し、異常が認められた場合には、速やかに胸部X線検査等を実施すること。急性肺障害、間質性肺炎が疑われる場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。
また、呼吸困難、発熱、咳嗽等の症状があられた場合には速やかに連絡するよう患者に説明すること。[「重大な副作用」の項参照]
- (4) 血圧の上昇が認められることがあるので、本剤投与中は定期的に血圧測定を行うことが望ましい。高血圧があられた場合には、降圧剤の投与など適切な処置を行うこと。重症、持続性あるいは通常の降圧治療でコントロールできない高血圧があられた場合には、投与の中止を考慮すること。[「重大な副作用」の項参照]
- (5) 白血球減少、好中球減少、リンパ球減少、血小板減少、

貧血があられることがあるので、定期的に白血球分画を含む血液学的検査を行うなど、患者の状態を十分に観察し、感染症、出血傾向等の発現に留意すること。

[「重大な副作用」の項参照]

(6) 血清アミラーゼや血清リパーゼの上昇があられることがあるので、本剤投与中は定期的に膵酵素を含む血液検査を行い、腹痛等の膵炎を示唆する症状が認められた場合や膵酵素上昇が持続する場合には画像診断等を行うこと。[「重大な副作用」の項参照]

(7) 創傷治癒を遅らせる可能性があるため、手術時は投与を中断することが望ましい。手術後の投与再開は患者の状態に応じて判断すること。

3. 相互作用

*In vitro*試験において、本剤は薬物代謝酵素チトクロームP450 3A4 (CYP3A4)による酸化代謝とグルクロン酸転移酵素(UGT1A9)によるグルクロン酸抱合により代謝されることが示されているので、本酵素の活性に影響を及ぼす薬剤と併用する場合には、注意して投与すること。また、*in vitro*試験で、本剤のUGT1A1、UGT1A9、CYP2B6、CYP2C9及びCYP2C8に対する阻害活性が示されており、これらの酵素により代謝される他の薬剤の血中濃度を上昇させる可能性がある。

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
イリノテカン	イリノテカン及びその活性代謝物であるSN-38のAUCがそれぞれ26～42%及び67～120%増加するとの報告がある ¹⁾ 。	本剤はUGT1A1によるグルクロン酸抱合を阻害することにより、SN-38の代謝を阻害し、血中濃度を上昇させる可能性がある。
ドキシソルピシン	ドキシソルピシンのAUCが21%増加したとの報告がある ²⁾ 。	機序不明
CYP3A4誘導薬(リファンピシン、フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマゼピン、デキサメタゾン等)及びセイヨウオトギリソウ(セント・ジョーンズ・ワート)含有食品	リファンピシンとの併用により本剤のAUCが37%減少したとの報告がある ³⁾ 。 CYP3A4誘導薬等の併用により本剤の血漿中濃度が低下する可能性がある。	<i>In vitro</i> 試験において、本剤はCYP3A4によって代謝されることが示唆されている。
ワルファリン	ワルファリンを併用した症例において、出血又はプロトロンビン時間の延長(INR値の上昇)の報告がある ⁴⁾ 。 本剤とワルファリンを併用する場合には、定期的にプロトロンビン時間又はINRのモニタリングを行うこと。	機序不明

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ドセタキセル	ドセタキセルのAUCが36～80%増加したとの報告がある ⁵⁾ 。	機序不明
パクリタキセル /カルボプラチン	パクリタキセル及びカルボプラチンとの併用により本剤のAUCが47%増加し、パクリタキセル及びその活性代謝物である6-OHパクリタキセルのAUCがそれぞれ29%及び50%増加したとの報告がある。	機序不明
カベシタビン	カベシタビン及びその活性代謝物であるフルオロウラシルのAUCがそれぞれ50%及び52%増加したとの報告がある。	機序不明

4. 副作用

腎細胞癌患者を対象とした国内第Ⅱ相臨床試験⁶⁾及び肝細胞癌患者を対象とした国内第Ⅰ相臨床試験⁷⁾において、145例中141例(97.2%)に副作用が認められた。主な副作用の発現例数(発現率)は、リパーゼ上昇85例(58.6%)、手足症候群80例(55.2%)、アミラーゼ上昇59例(40.7%)、発疹59例(40.7%)、脱毛53例(36.6%)、下痢51例(35.2%)、高血圧40例(27.6%)、疲労23例(15.9%)、食欲不振21例(14.5%)、痒痒21例(14.5%)、体重減少18例(12.4%)、嘔声16例(11.0%)、AST(GOT)上昇15例(10.3%)等であった。(肝細胞癌効能追加承認時)

(1) 重大な副作用

1) 手足症候群(10%以上)、剥脱性皮膚炎(1～10%未満)：手足症候群、剥脱性皮膚炎があらわれることがあるので、皮膚症状があらわれた場合には対症療法、減量、休薬又は投与の中止を考慮すること。

**2) 中毒性表皮壊死融解症(Toxic Epidermal Necrolysis: TEN)、皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)(頻度不明)、多形紅斑(0.1～1%未満)：中毒性表皮壊死融解症、皮膚粘膜眼症候群、多形紅斑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し、適切な処置を行うこと。

3) 出血(消化管出血、気道出血、脳出血、口腔内出血、鼻出血、爪床出血、血腫、腫瘍出血)(10%以上)：消化管出血、気道出血、脳出血、腫瘍出血等の重篤な出血があらわれることがあり、死亡に至る例が報告されている。本剤投与中は観察を十分に行い、重篤な出血が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

*4) 劇症肝炎(頻度不明)、肝機能障害・黄疸(0.1～1%未満)、肝不全(頻度不明)、肝性脳症(頻度不明)：劇症肝炎、AST(GOT)、ALT(GPT)の上昇を伴う肝機能障害、黄疸、肝不全、肝性脳症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本剤を減量、休薬又は投与中止し、適切な処置を行うこと。なお、肝性脳症は主に肝細胞癌又

は肝硬変のある患者において報告されているので、これらの患者に投与する際は、意識障害等の臨床症状を十分に観察すること。

5) 急性肺障害、間質性肺炎(頻度不明)：急性肺障害、間質性肺炎があらわれることがあるので、呼吸困難、発熱、咳嗽等の臨床症状を十分に観察し、異常が認められた場合には速やかに胸部X線検査等を実施すること。急性肺障害、間質性肺炎が疑われた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

6) 高血圧クリーゼ(0.1～1%未満)：高血圧クリーゼがあらわれることがあるので、血圧の推移等に十分注意しながら投与すること。高血圧クリーゼがあらわれた場合は、投与を中止し、適切な処置を行うこと。

7) 可逆性後白質脳症(0.1～1%未満)：可逆性後白質脳症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、可逆性後白質脳症が疑われた場合は、本剤の投与を中止し、血圧のコントロール、抗痙攣薬の投与等の適切な処置を行うこと。

8) 心筋虚血・心筋梗塞(0.1～1%未満)：心筋虚血・心筋梗塞があらわれることがあり、死亡に至る例が報告されているので、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し、適切な処置を行うこと。

9) うっ血性心不全(0.1～1%未満)：うっ血性心不全があらわれることがあり、死亡に至る例が報告されているので、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し、適切な処置を行うこと。

10) 消化管穿孔(0.1～1%未満)、消化管潰瘍(頻度不明)：消化管穿孔、消化管潰瘍があらわれることがあり、消化管穿孔により死亡に至る例が報告されているので、消化管穿孔、消化管潰瘍が疑われた場合には、本剤の投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

*11) 出血性腸炎、虚血性腸炎(頻度不明)：出血性腸炎、虚血性腸炎等の重篤な腸炎があらわれることがあるので、観察を十分に行い、激しい腹痛・下痢・血便等の症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

12) 白血球減少、好中球減少、リンパ球減少、血小板減少、貧血(頻度不明)：白血球減少、好中球減少、リンパ球減少、血小板減少、貧血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本剤を減量、休薬又は投与中止し、適切な処置を行うこと。

13) 膵炎(0.1～1%未満)：膵炎があらわれることがあるので、観察を十分に行い、腹痛等の膵炎を示唆する症状が認められた場合や膵酵素上昇が持続する場合には、本剤を休薬又は投与中止し、適切な処置を行うこと。

14) 腎不全(頻度不明)：腎不全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し、適切な処置を行うこと。

15) ショック、アナフィラキシー様症状(頻度不明)：ショック、アナフィラキシー様症状(呼吸困難、血管浮腫、発疹、血圧低下等)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、本剤の投与を中止し、適切な処置を行うこと。

16) 横紋筋融解症(頻度不明)：横紋筋融解症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、筋肉痛、脱力感、CK(CPK)上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇等が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。また、横紋筋融解症による急性腎不全の発症に注意すること。

(2)その他の副作用

次のような副作用が認められた場合には、必要に応じ、減量、休薬又は投与中止等の適切な処置を行うこと。

	10%以上	1～10%未満	0.1～1%未満	頻度不明
過敏症			過敏性反応(皮膚反応及び蕁麻疹を含む)	
血液			INR上昇, プロトロンビン時間延長	
**皮膚	発疹, 脱毛, 痒疹, 紅斑	皮膚乾燥, 瘡瘍, 皮膚落屑	湿疹	潮紅, 白血球破碎性血管炎
*精神神経系		うつ, 末梢感覚神経障害, 耳鳴		浮動性めまい
筋・骨格系		関節痛, 筋痛		
呼吸器		嗝声	鼻漏	
循環器	高血圧			QT延長
消化器	下痢, 悪心, 嘔吐, アミラーゼ上昇, リパーゼ上昇	便秘, 口内炎(口内乾燥及び舌痛を含む), 消化不良, 嚥下障害, 食欲不振	胃食道逆流性疾患, 胃炎	
肝臓		AST(GOT)上昇, ALT(GPT)上昇	ビリルビン上昇, AI-P上昇, 胆嚢炎, 胆管炎	LDH上昇
**その他	疲労, 疼痛(口内疼痛, 腹痛, 骨痛, 頭痛及びがん疼痛を含む), 低リン酸血症	無力症, 発熱, インフルエンザ様症状, 体重減少, 勃起不全	毛包炎, 感染, 女性化乳房, 甲状腺機能低下, 低ナトリウム血症, 脱水	味覚異常, 甲状腺機能亢進, 放射線照射リコール反応, 高カリウム血症, 低カルシウム血症, 浮腫

5. 高齢者への投与

本剤の臨床試験成績から、高齢者に対する用量調節の必要性を示唆する所見はみられていない。しかし、一般に高齢者では生理機能が低下していることが多いので、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。

6. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

(1)妊婦又は妊娠している可能性のある女性には投与しないこと。また妊娠可能な女性に対しては、投与中及び投与中止後少なくとも2週間は有効な避妊を行うよう指導すること。[動物実験(ラット, ウサギ)でヒトの臨床用量を下回る用量で胚・胎児毒性及び催奇形作用が報告されている^{8,9)}]

(2)授乳中の女性への投与は避けること。やむを得ず投与する場合には授乳を中止させること。[動物実験(ラット, 経口)で乳汁中へ移行することが報告されている。]

7. 小児等への投与

低出生体重児, 新生児, 乳児, 幼児又は小児に対する安全性は確立していない。[小児等に対する使用経験がない。動物実験で成長段階の若齢イヌに骨及び歯への影響が報告されている¹⁰⁾]

8. 過量投与

国外臨床試験において投与された最高用量は、800mg 1日2回である。この際に観察された副作用は主として下痢と皮膚障害であった。過量投与が疑われた場合には、投与を中止し、症状に応じ適切な処置を行うこと。

9. 適用上の注意

薬剤交付時：PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。[PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔を起こして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている。]

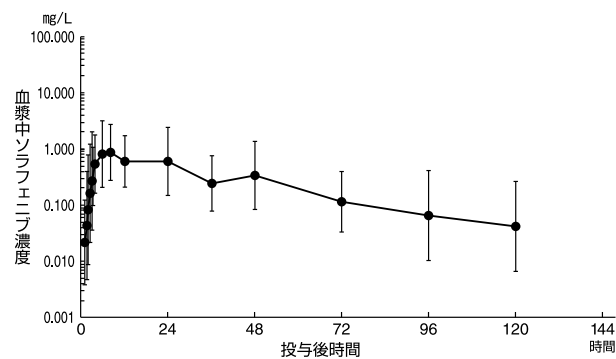
10. その他の注意

- (1)本剤投与後にケラトアカントーマ、皮膚扁平上皮癌が発生したとの報告がある。
- (2)反復投与と毒性試験の病理組織学的検査で、ラット及びイヌにおいて精細管変性及び精巣上体の精子減少等、ラットにおいて黄体の中心壊死、卵胞の成熟抑制等が認められており、生殖機能及び受胎能に障害を及ぼす可能性が示唆されている¹¹⁻¹³⁾。

■ 薬物動態

1. 血中濃度¹⁴⁾

(1)日本人固形癌患者に本剤400mgを単回投与した際の血漿中濃度
日本人固形癌患者6例に本剤400mgを単回経口投与した際の血漿中濃度は、投与8時間後に最高血漿中濃度(Cmax)1.21mg/Lに達した。消失半減期(t_{1/2})は25.5時間であり、血漿中濃度時間曲線下面積(AUC)は35.4mg・h/Lであった。



日本人固形癌患者に本剤400mgを単回経口投与した際の血漿中濃度推移 (n=6, 幾何平均値/幾何標準偏差, 片対数表示)

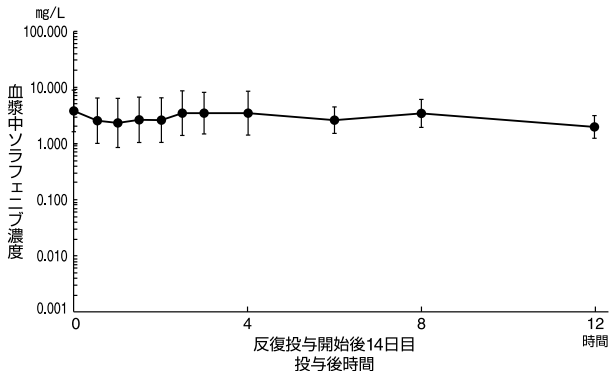
日本人固形癌患者に本剤400mgを単回投与した際の薬物動態学的パラメータ [n=6, 幾何平均値(幾何標準偏差)]

投与量	AUC _{0-∞} (mg・h/L)	Cmax (mg/L)	tmax* (h)	t _{1/2} (h)	CL/f (L/h)
400mg	35.4 (3.50)	1.21 (3.57)	8 [3~24]	25.5 (1.47)	11.3 (3.50)

*: 中央値[範囲]
tmax: 最高血漿中濃度到達時間 CL/f: 全身クリアランス

(2)日本人固形癌患者に本剤400mgを1日2回反復投与した際の血漿中濃度

日本人固形癌患者6例に本剤400mgを1日2回反復投与した際、投与開始後10日後には定常状態に達した。定常状態における血漿中濃度推移は平坦であり、一定の濃度を維持していた。反復投与開始から14日後のCmax及びAUCは、それぞれ、4.9mg/L及び36.7mg・h/Lであった。



日本人固形癌患者に本剤400mgを1日2回反復投与した際の血漿中濃度推移 (n = 6, 幾何平均値/幾何標準偏差, 片対数表示)

日本人固形癌患者に本剤400mgを1日2回反復投与した際の薬物動態学的パラメータ [n = 6, 幾何平均値 (幾何標準偏差)]

投与量	AUC ₀₋₁₂ (mg・h/L)	Cmax (mg/L)
400mg	36.7 (1.92)	4.9 (1.96)

2. 食事の影響 (外国人における成績)¹⁵⁾

健康成人15例に、高脂肪食 (約900~1000kcal, 脂肪含量50~60%) 摂取直後、中脂肪食 (約700kcal, 脂肪含量30%) 摂取直後及び空腹時に本剤400mgを単回経口投与した場合、中脂肪食後に投与した際のAUCは、空腹時と比較し14%増加し、高脂肪食後に投与した際は29%低下した。

3. 腎機能障害を伴う被験者における薬物動態 (外国人における成績)¹⁶⁾

軽度の腎機能障害 (クレアチニクリアランス (Ccr) 50~80mL/min)、中等度の腎機能障害 (Ccr30~<50mL/min) 及び、重度の腎機能障害 (Ccr<30mL/min) を有する被験者に、本剤400mgを経口投与した場合、腎機能低下による本剤の薬物動態への影響は見られなかった。なお、腎透析を受けている患者における検討は行っていない。

4. 肝機能障害を伴う固形癌患者における薬物動態⁷⁾

日本人固形癌患者において、軽度の肝機能障害 (Child-Pugh分類A) 患者6例及び中等度の肝機能障害 (Child-Pugh分類B) 患者6例に本剤400mgを1日2回経口投与した場合、本剤のAUCは、それぞれ、33.47mg・h/L及び29.45mg・h/Lであり、肝機能障害のない固形癌患者と比較し、それぞれ9%及び20%減少した。なお、重度の肝機能障害 (Child-Pugh分類C) 患者での検討は行っていない。

5. 代謝^{14, 17, 18)}

マスバランス試験の結果、8種の代謝物が同定され、うち5種が血漿中に検出された。日本人固形癌患者に本剤を1日2回反復投与した際、定常状態における未変化体AUCが占める割合は、総AUCに対して約74~90%であった。血漿中主代謝物 (ピリジン基のN-酸化体) の定常状態におけるAUCは総AUCの約6~12%であった。

6. 排泄 (外国人における成績)¹⁸⁾

健康成人4例に¹⁴C標識ソラフェニブ100mgを溶液にて単回経口投与した場合、投与14日目までに糞中に77%、尿中に19%が回収され合計96%が排泄された。糞中には未変化体として50.7%が、カルボン酸体として19.1%が排泄された。尿中にはソラフェニブのグルクロン酸抱合体が14.8%、ピリジン基のN-酸化体のグルクロン酸抱合体が2.7%排泄された。

7. 薬物間相互作用 (in vitro試験及び外国人における成績)

本剤はCYP3A4及びUGT1A9により代謝されるが、健康成人16例に、ケトコナゾール (400mg) を1日1回7日間反復投与中に、本剤50mgを単回経口投与した際のAUCに変化は認められなかった¹⁹⁾。

本剤はCYP2C19, 2D6及び3A4をKi値17, 22及び29 μ Mで阻害したが^{20, 21)}、それぞれのプローブ基質であるミダゾラム、デキストロメトルファン及びオメプラゾールを本剤400mg 1日2回28日間反復投与時に併用しても、これら薬物の曝露量に変化は認められなかった²²⁾。

本剤はCYP2C9をKi値7~8 μ Mで阻害したが^{20, 21)}、CYP2C9の基質であるワルファリンを併用投与した患者のPT-INRの最大変化率は、プラセボ群を超えるものではなかった⁴⁾。

本剤は、CYP2B6及びCYP2C8をKi値5~6 μ M及び1~2 μ Mで阻害した^{20, 21, 23, 24)}。

8. 蛋白結合率

本剤は血漿蛋白と高い結合能を示し、ヒト血漿蛋白結合率は99.5%であった。主にアルブミンと結合し、その他に α -グロブリン、 β -グロブリン及び低比重リポ蛋白 (LDL) にも結合した^{25, 26)}。

9. QT間隔に対する影響 (外国人における成績)

固形癌患者31例に本剤400mgを1日2回28日間経口投与し、QT間隔延長の評価を行った。本剤の最高血中濃度到達時における、QTcF間隔のベースラインからの変化の平均値 (\pm 標準偏差) は、9.0 (\pm 18.0) msecであった。陽性対照として使用したモキシフロキサシン (400mg) の投与2時間後における、QTcF間隔のベースラインからの変化の平均値 (\pm 標準偏差) は、4.9 (\pm 13.7) msecであった。なお、QTcFが500msecを超えた例はなかった。

■ 臨床成績

<根治切除不能又は転移性の腎細胞癌>

1. 国内データ

第Ⅱ相臨床試験⁶⁾はサイトカイン製剤 (インターフェロン α 、インターフェロン γ 、インターロイキン2) 及び腎摘出の治療歴のある切除不能又は転移性腎細胞癌患者を対象とし、RECISTによる奏効率を有効性の主要評価項目として実施した。本試験における有効性評価対象例129例のうち、組織型分類では淡明細胞癌が112例 (86.8%) であり、Motzerリスク分類では低リスク患者が52例 (40.3%)、中等度リスク患者が77例 (59.7%) であった。腫瘍評価判定委員会により16例が奏効と判定された (奏効率: 12.4% [95%信頼区間: 7.3~19.4%])。

2. 外国データ

全身投与による治療1レジメン (インターフェロン α 、インターロイキン2等) の治療歴がある切除不能又は転移性腎細胞癌患者を対象として、プラセボ対照、無作為化、二重盲検により、全生存期間 (OS) を主要評価項目、無増悪生存期間 (PFS)、奏効率等を副次的評価項目とする第Ⅲ相臨床試験²⁷⁾が実施された。有効性評価対象となったのは、769例 (ソラフェニブ群384例、プラセボ群385例) であり、組織型分類では、ソラフェニブ群377例 (98.2%)、プラセボ群380例 (98.7%) が淡明細胞癌であった。Motzerリスク分類では、ソラフェニブ群の200例 (52.1%)、プラセボ群の194例 (50.4%) が低リスク患者であり、他は中等度リスク患者であった。有効性評価対象例において、PFSの中央値はプラセボ群で84日、ソラフェニブ群で168日であった。PFSに関する解析はMotzerリスク分類及び国による層別Log-rank検定により行い、その結果、ソラフェニブのPFSに対する効果は有意であった ($p < 0.000001$)。ハザード比 (ソラフェニブ/プラセボ) は0.51 (95%信頼区間: 0.43~0.60) であった。また、OSについて、イベント (死亡) 数が220にて中間解析を行った結果、層別Log-rank検定のp値は0.015であり、中間解析の有意水準として設定された0.0005には至らなかったものの、ハザード比 (ソラフェニブ/プラセボ) は0.71 (95%信頼区間: 0.54~0.94) であり、ソラフェニブ群ではプラセボ群に比して39%の延長を示した。

<切除不能な肝細胞癌>

1. 外国データ

全身化学療法歴のない切除又は局所療法(経皮的エタノール注入療法, ラジオ波熱凝固療法, マイクロ波凝固療法, 肝動脈塞栓療法/肝動脈化学塞栓療法, 放射線療法等)が適用されない, Child-Pugh分類Aの肝細胞癌患者を対象として, プラセボ対照, 無作為化, 二重盲検により, OS等を主要評価項目, TTP (time to progression)等を副次評価項目とする第Ⅲ相臨床試験²⁸⁾が実施された。有効性評価対象となったのは, 602例(ソラフェニブ群299例, プラセボ群303例)であった。OSの中央値はプラセボ群241日, ソラフェニブ群324日であり, プラセボ群と比較しソラフェニブ群で有意なOSの延長が認められた($p=0.000583$)。ハザード比(ソラフェニブ/プラセボ)は0.6931(95%信頼区間: 0.5549~0.8658)であった。

■ 薬効薬理

1. 抗腫瘍効果^{29~31)}

本剤は腎細胞癌細胞株(RENCA, 786-O)及び肝細胞癌細胞株(PLC/PRF/5)を移植したマウスにおいて腫瘍の増殖を抑制した。さらに, *k-ras*又は*b-raf*の変異を有するヒト由来腫瘍の他, EGFR等の増殖因子受容体を過剰発現している腫瘍の担癌マウスにおいても, 腫瘍増殖を抑制した。

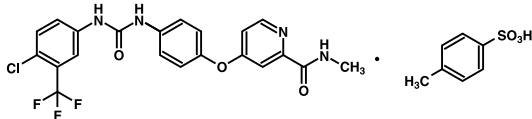
2. 作用機序^{29~31)}

*In vitro*試験において, 本剤は腫瘍進行に関するC-Raf, 正常型及び変異型B-Rafキナーゼ活性, 並びにFLT-3, c-KITなどの受容体チロシンキナーゼ活性を阻害した。さらに, 本剤は腫瘍血管新生に関与する血管内皮増殖因子(VEGF)受容体, 血小板由来成長因子(PDGF)受容体などのチロシンキナーゼ活性を阻害した。

*In vivo*試験では, 本剤は腎細胞癌及び肝細胞癌細胞株を用いた担癌マウスにおいて, 腫瘍組織中の血管新生を抑制した。また, 肝細胞癌細胞株を用いた担癌マウスでは, 腫瘍細胞のERKリン酸化を抑制し, アポトーシスを誘導した。

■ 有効成分に関する理化学的知見

構造式:



一般名: ソラフェニブトシル酸塩(Sorafenib Tosilate)JAN
(Sorafenib)INN

化学名: 4-[4-[3-(4-Chloro-3-trifluoromethylphenyl)ureido]phenoxy]-N²-methylpyridine-2-carboxamide mono(4-methylbenzenesulfonate)

分子式: C₂₁H₁₆ClF₃N₄O₃ · C₇H₈O₂S

分子量: 637.03

融点: 223~231°C

性状: 本品は白色~わずかに黄褐色を帯びた白色の粉末である。本品はジメチルスルホキシド又は*N,N*-ジメチルホルムアミドに溶けやすく, メタノール又はエタノール(99.5)に溶けにくく, 水にほとんど溶けない。

分配係数: 本品はオクタノール/水及びオクタノール/リン酸塩緩衝液にほとんど溶けないため, 分配係数を測定することはできなかった。

■ 取扱い上の注意

アルミ袋の開封後は吸湿により製剤の溶出性が低下することがあるので, 湿気を避けて保存すること。

■ 承認条件

<根治切除不能又は転移性の腎細胞癌>

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。

<切除不能な肝細胞癌>

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。

■ 包装

錠剤 PTP包装 56錠(28錠×2)

■ 主要文献

- 1) Mross, K. et al.: *Eur. J. Cancer*, **43**, 55(2007)
- 2) Christensen, O. et al.: バイエル薬品社内資料[ドキシソルビシンの相互作用] (2007)
- 3) Lettieri, J. et al.: バイエル薬品社内資料[リファンピシンの相互作用] (2006)
- 4) Anderson, S. et al.: バイエル薬品社内資料[ワルファリンとの相互作用] (2007)
- 5) Christensen, O. et al.: バイエル薬品社内資料[ドセタキセルとの相互作用] (2005)
- 6) 中島圭子他: バイエル薬品社内資料[国内第Ⅱ相臨床試験] (2007)
- 7) Furuse, J. et al.: *Cancer Sci.*, **99**(1), 159(2008)
- 8) Klaus, A. M. et al.: バイエル薬品社内資料[ラットにおける生殖発生毒性試験] (2004)
- 9) Langewische, F. W. et al.: バイエル薬品社内資料[ウサギにおける生殖発生毒性試験] (2004)
- 10) Ruf, J. et al.: バイエル薬品社内資料[イヌにおける反復投与毒性試験] (2000)
- 11) Renhof, M. et al.: バイエル薬品社内資料[ラットにおける反復投与毒性試験] (2000)
- 12) Wahle, B. S.: バイエル薬品社内資料[ラットにおける反復投与毒性試験] (2003)
- 13) Wetzig, H. et al.: バイエル薬品社内資料[イヌにおける反復投与毒性試験] (2004)
- 14) 中島圭子他: バイエル薬品社内資料[薬物動態] (2006)
- 15) Smith, W. B.: バイエル薬品社内資料[食事の影響(外国人)] (2003)
- 16) Mazzu, A. et al.: バイエル薬品社内資料[腎機能障害のある被験者における薬物動態(外国人)] (2006)
- 17) 中島圭子他: バイエル薬品社内資料[薬物動態] (2006)
- 18) Christensen, O. et al.: バイエル薬品社内資料[薬物動態(外国人)] (2005)
- 19) Lathia, C. et al.: *Cancer Chemother. Pharmacol.*, **57**(5), 685(2006)
- 20) Stresser, D. M.: バイエル薬品社内資料[薬物間相互作用(*in vitro*)] (2000)
- 21) Radtke, M.: バイエル薬品社内資料[薬物間相互作用(*in vitro*)] (2004)
- 22) Lathia, C. et al.: バイエル薬品社内資料[薬物間相互作用(外国人)] (2005)
- 23) Radtke, M.: バイエル薬品社内資料[薬物間相互作用(*in vitro*)] (2000)
- 24) Radtke, M.: バイエル薬品社内資料[薬物間相互作用(*in vitro*)] (2005)
- 25) Kohlsdorfer, C. et al.: バイエル薬品社内資料[蛋白結合] (2004)
- 26) Kohlsdorfer, C.: バイエル薬品社内資料[蛋白結合] (2004)
- 27) Escudier, B. et al.: *N. Engl. J. Med.*, **356**, 125(2007)
- 28) Llovet, J. M. et al.: *N. Engl. J. Med.*, **359**, 378(2008)
- 29) Wilhelm, S. et al.: *Cancer Research*, **64**, 7099(2004)
- 30) Chang, Y. S. et al.: *Cancer Chemother. Pharmacol.*, **59**(5), 561(2007)
- 31) Liu, L. et al.: *Cancer Research*, **66**, 11851(2006)

■ 文献請求先

主要文献に記載の社内資料につきましても下記にご請求下さい。

バイエル薬品株式会社・メディカルインフォメーション
〒530-0001 大阪市北区梅田二丁目4番9号

■ バイエル医療用医薬品のお問い合わせ先

バイエル薬品株式会社・くすり相談 ☎0120-106-398