



* 規制区分：劇薬
処方せん医薬品^(注1)
貯法：室温保存
使用期限：3年（外箱に表示の
使用期限内に使用する
こと）

抗悪性腫瘍剤／
上皮増殖因子受容体(EGFR)チロシンキナーゼ阻害剤

タルセバ錠25mg
タルセバ錠100mg
タルセバ錠150mg

TARCEVA®
エルロチニブ塩酸塩錠

	錠25mg	錠100mg	錠150mg
承認番号	21900AMX01758	21900AMX01759	21900AMX01760
薬価収載	2007年12月	2007年12月	2007年12月
販売開始	2007年12月	2007年12月	2007年12月
国際誕生	2004年11月	2004年11月	2004年11月



Roche ロシュグループ

【警告】

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、添付文書を参照して、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（特に、間質性肺疾患の初期症状、服用中の注意事項、死亡に至った症例があること等に関する情報）、非小細胞肺癌の治療法等について十分説明し、同意を得てから投与すること。
2. 本剤の投与により間質性肺疾患があらわれることがあるので、初期症状（息切れ、呼吸困難、咳嗽、発熱等）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。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。また、国内臨床試験において、間質性肺疾患により死亡に至った症例があることから、治療初期は入院又はそれに準ずる管理の下で、間質性肺疾患等の重篤な副作用発現に関する観察を十分に行うこと（「慎重投与」、「重要な基本的注意」、「重大な副作用」の項参照）。

【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

【組成・性状】

販売名	タルセバ錠25mg	タルセバ錠100mg	タルセバ錠150mg	
成分 (1錠中)	有効成分・含有量 エルロチニブ塩酸塩 27.32mg (エルロチニブとして25mg)	エルロチニブ塩酸塩 109.29mg (エルロチニブとして100mg)	エルロチニブ塩酸塩 163.93mg (エルロチニブとして150mg)	
添加物	乳糖水和物、結晶セルロース、カルボキシメチルスターチナトリウム、ラウリル硫酸ナトリウム、ステアリン酸マグネシウム、ヒプロメロース、ヒドロキシプロピルセルロース、マクロゴール400、酸化チタン			
色・剤形	白色～黄白色のフィルムコーティング錠			
識別コード	TARCEVA25	TARCEVA100	TARCEVA150	
形状	上面			
	下面			
	側面			
直径	約6.5mm	約8.9mm	約10.5mm	
厚さ	約3.3mm	約4.9mm	約5.4mm	
重量	約105mg	約315mg	約473mg	

【効能・効果】

○切除不能な再発・進行性で、がん化学療法施行後に増悪した非小細胞肺癌

＜効能・効果に関連する使用上の注意＞

1. 切除不能な再発・進行性の非小細胞肺癌に対する一次化学療法として本剤を使用した場合の有効性及び安全性は確立していない。
2. 術後補助化学療法として本剤を使用した場合の有効性及び安全性は確立していない。

【用法・用量】

通常、成人にはエルロチニブとして150mgを食事の1時間以上前又は食後2時間以降に1日1回経口投与する。なお、患者の症状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. 副作用の発現により用量を変更する場合には、50mgずつ減量すること。
2. 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。
3. 高脂肪、高カロリーの食後に本剤を投与した場合、AUCが増加するとの報告がある。食事の影響を避けるため食事の1時間前から食後2時間までの間の服用は避けること。

【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) 間質性肺疾患（間質性肺炎、肺臓炎、放射線性肺臓炎、器質化性肺炎を伴う閉塞性細気管支炎、肺線維症、急性呼吸窮迫症候群、肺浸潤、胞隔炎等）、肺感染症等のある患者又はその既往歴のある患者〔間質性肺疾患が増悪し、死亡に至る可能性がある（「重要な基本的注意」、「重大な副作用」の項参照）。〕
- ** (2) 肝機能障害のある患者〔肝機能障害が増悪することがある（「重大な副作用」の項参照）。本剤の血中濃度が上昇する可能性がある。〕
- ** (3) 消化管潰瘍、腸管憩室のある患者又はその既往歴のある患者〔消化管穿孔があらわれることがある（「重大な副作用」の項参照）。〕

2. 重要な基本的注意

- (1) 本剤を投与するにあたっては、本剤の副作用について患者に十分に説明すること。
- ** (2) 本剤の投与により、間質性肺疾患、発疹、下痢、角膜穿孔、角膜潰瘍等の副作用があらわれることがある。これらの発現又は症状の増悪が疑われた場合には、速やかに医療機関を受診するよう患者を指導すること。
- (3) 本剤の投与により間質性肺疾患があらわれることがあるので、初期症状（息切れ、呼吸困難、咳嗽、発熱等の有無）を十分に観察し、胸部X線検査を行うこと。また、必要に応じて胸部CT検査、動脈血酸素分圧（PaO₂）、動脈血酸素飽和度（SpO₂）、

注1) 注意－医師等の処方せんにより使用すること

肺動脈血酸素分圧較差 (A-aDO₂)、肺拡散能力 (DL_{co}) 等の検査を行うこと (「重大な副作用」の項参照)。

(4) 本剤の投与によりALT (GPT)、AST (GOT)、ビリルビンの上昇等を伴う重篤な肝機能障害があらわれることがあるので、患者の状態に応じて本剤投与中は定期的に肝機能検査を実施することが望ましい (「重大な副作用」の項参照)。

3. 相互作用

本剤は、肝チトクロームP450 (主にCYP3A4、CYP1A2) によって代謝される【薬物動態】の3. 代謝の項参照)。また、*in vitro* 試験においてUDP-グルクロノシルトランスフェラーゼ (UGT) 1A1の阻害が認められたため、消失過程で主にUGT1A1によるグルクロン酸抱合を受ける薬物との相互作用の可能性 (「その他の注意」の項参照)。

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
CYP3A4阻害剤 ケトコナゾール イトラコナゾール クラリスロマイシン テリスロマイシン インジナビル ネルフィナビル リトナビル サキナビル 等 * * グレープフルーツジュース	ケトコナゾールと本剤を併用すると、本剤のAUC(中央値)が86%、Cmax(中央値)が69%上昇した。	CYP3A4阻害剤との併用により、本剤の代謝が阻害され血漿中濃度が増加する可能性がある。
CYP3A4誘導剤 リファンピシン フェニトイン カルバマゼピン フェノバルビタール セイヨウオトギリソウ (St. John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート) 含有食品 等	リファンピシンと本剤を併用すると、本剤のAUC(中央値)が69%低下した。	CYP3A4誘導剤等との併用により、本剤の代謝が亢進し血漿中濃度が低下する可能性がある。
塩酸シプロフロキサシン	塩酸シプロフロキサシンと本剤を併用すると、本剤のAUC(幾何平均値)が39%、Cmax(幾何平均値)が17%上昇した。	CYP1A2及びCYP3A4を阻害する薬剤との併用により、本剤の代謝が阻害され血漿中濃度が増加する可能性がある。
プロトンポンプ阻害剤 オメプラゾール 等	オメプラゾールと本剤を併用すると、本剤のAUC(幾何平均値)が46%低下した。	持続的な胃内pHの上昇により、本剤の溶解度が低下し吸収が低下する可能性がある。
* * H ₂ 受容体拮抗剤 ラニチジン 等	ラニチジンと本剤を併用すると、本剤のAUC(幾何平均値)が33%低下した。	胃内pHの上昇により、本剤の溶解度が低下し吸収が低下する可能性がある。
抗凝血薬 ワルファリン 等	INR増加や胃腸出血等があらわれたとの報告がある。本剤とワルファリンを併用中の患者では、定期的に血液凝固能検査 (プロトロンビン時間又はINR等) を行うこと。	機序不明
タバコ (喫煙)	喫煙により本剤のAUC(平均値)が64%低下した。	喫煙によるCYP1A2の誘導により、本剤の代謝が亢進し血漿中濃度が低下する可能性がある。

4. 副作用

国内第I相臨床試験 (15例)、国内第I相継続試験及び国内第II相臨床試験 (108例) における安全性評価対象例123例中、123例 (100.0%) に副作用が認められた。主な副作用は、発疹119例 (96.7%)、下痢88例 (71.5%)、皮膚乾燥80例 (65.0%)、痒痒症76例 (61.8%) 等であった。(承認時)

(1) 重大な副作用

1) 間質性肺炎 (4.9%) : 間質性肺炎 (間質性肺炎、肺臓炎、放射線性肺臓炎、器質性肺炎を伴う閉塞性細気管支炎、肺線維症、急性呼吸窮迫症候群、肺浸潤、胞隔炎等) があらわれることがあり、死亡に至った症例も報告されている。異常が認められた場合には本剤の投与を中止し、ステロイド治療等の適切な処置を行うこと。

2) 肝炎、肝不全 (以上頻度不明^{注2)})、肝機能障害 (5.7%) : ALT (GPT)、AST (GOT)、ビリルビンの上昇等を伴う重篤な肝機能障害があらわれることがあり、肝炎、肝不全により死亡に至った症例も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本剤の投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

3) 重度の下痢 (頻度不明^{注2)}) : 下痢があらわれることがあるので、患者状態により止瀉薬 (ロペラミド等) の投与、補液等の適切な処置を行うとともに、本剤の減量又は休薬を考慮すること。なお、重度の下痢、悪心、嘔吐、食欲不振により脱水症状をきたし、腎不全に至った症例も報告されていることから、必要に応じて電解質や腎機能検査を行うこと。

* * 4) 皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症 (Lyell症候群)、多形紅斑 (以上頻度不明^{注2)}) : 皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症 (Lyell症候群)、多形紅斑等の重篤な水疱性・剥脱性の皮膚障害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するなど、適切な処置を行うこと。

* * 5) 消化管穿孔 (頻度不明^{注2)}) : 消化管穿孔があらわれることがあるので、消化管穿孔の初期症状として腹痛等の異常が認められた場合には、腹部X線、CT等の検査を実施し、本剤の投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

* * 6) 角膜穿孔、角膜潰瘍 (以上頻度不明^{注2)}) : 角膜穿孔、角膜潰瘍があらわれることがあるので、眼痛等の異常が認めら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。

注2) 海外の臨床試験又は自発報告にて報告された副作用については頻度不明とした。

(2) その他の副作用

次のような副作用があらわれた場合には、症状に応じて減量、休薬等の適切な処置を行うこと。(頻度不明は※)

	20%以上又は 頻度不明 ^{注2)}	10%以上 20%未満	10%未満
* * 皮膚 ^{注3)}	ざ瘡様皮疹等の発疹 (96.7%)、皮膚乾燥 (65.0%)、痒痒症 (61.8%)、爪囲炎等の爪の障害、男性型多毛症 [*] 、光線過敏症 [*] 、皮膚色素沈着 [*]		脱毛
眼 ^{注4)}		結膜炎、角膜炎	眼乾燥、角膜びらん、眼瞼炎、睫毛/眉毛の異常

	20%以上又は 頻度不明 ^{注3)}	10%以上 20%未満	10%未満
肝臓	ALT (GPT) 上昇、 ビリルビン上昇、 AST (GOT) 上昇	LDH 上昇、 Al-P 上昇、 γ-GTP 上昇	
腎臓		尿潜血陽性	尿沈渣異常、 クレアチニン上昇、 BUN 上昇
血液		白血球増加、 リンパ球減少、 ヘモグロビン減少、 好中球増加	白血球減少、 好中球減少、 赤血球減少、 ヘマトクリット減少
消化器	下痢(71.5%)、口 内炎(40.7%)、食 欲不振	悪心、腹痛、 口唇炎	嘔吐、便秘
呼吸器		咳嗽	鼻出血、呼吸困 難、咯血
精神神経系		不眠症	頭痛、味覚異常
その他	疲労、CRP 上昇	体重減少、電 解質異常、発 熱、倦怠感、 血糖値上昇、 血中アルブミ ン減少	総蛋白減少、感 染症

注3) 必要に応じて、皮膚科を受診するよう患者を指導すること。

注4) 眼の異常があらわれた場合には、直ちに眼科的検査を行い、適切な処置を行うこと。

5. 高齢者への投与

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婦人には、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。やむを得ず投与する場合は、本剤投与による胎児へのリスク、妊娠中断の危険性について患者に十分説明すること。また、妊娠する可能性のある婦人には避妊を指導すること。[妊婦における使用経験はない。動物実験では、流産(ウサギ)、胚致死及び生存胎児数減少(ウサギ、ラット)が報告されている。また、胎児中(ラット)に移行することが報告されている。]

(2) 授乳婦に投与する場合には、授乳を中止させること。[授乳中の投与に関する安全性は確立されていない。また、動物実験(ラット)で乳汁中に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。

8. 過量投与

過量投与時に重度の下痢、発疹、ALT (GPT)、AST (GOT) の上昇等が発現することがある。このような場合には、本剤の投与を休業し、必要に応じて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、更には穿孔をお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) 海外において、化学療法未治療の進行性非小細胞肺癌患者を対象とした2つの第Ⅲ相臨床試験が実施され、プラチナ製剤を含む化学療法(ゲムシタビン/シスプラチン、及びパクリ

タキセル/カルボプラチン)と本剤の同時併用にて臨床的な有用性は示されなかったとの報告がある。

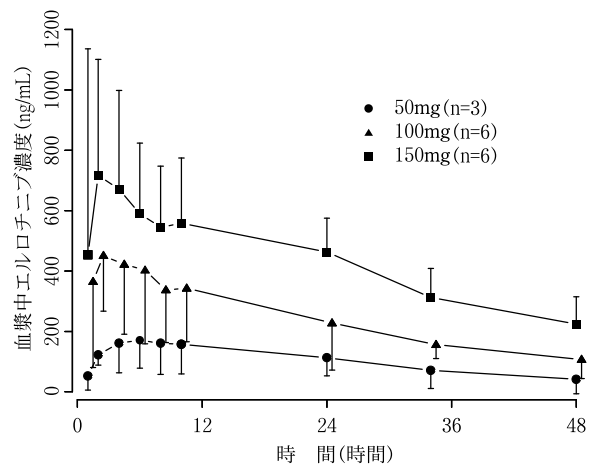
- (2) 海外において、NSAIDsとの併用時に胃腸出血が発現したとの報告がある。
- (3) ヒト肝ミクロソーム及びヒト遺伝子組換え型のUGT1A1を用いた試験においてビリルビンのグルクロン酸抱合の障害が認められていることから、Gilbert症候群等のグルクロン酸抱合異常又はUGT1A1発現量が低下している患者では、血清ビリルビン濃度が上昇するおそれがある。また、消失過程で主にUGT1A1によるグルクロン酸抱合を受ける塩酸イリノテカン等の薬物との相互作用の可能性もある。
- (4) 本剤の有効性及びEGFR蛋白発現状況及びEGFR遺伝子変異の有無について明らかな関連性は証明されていないため、本剤の投与に際し、これらの検査を実施することは必須ではない。
- (5) イヌを用いた反復経口投与毒性試験において、高用量の50mg/kg/日群で角膜の異常(浮腫、混濁、潰瘍、穿孔)が認められている。
- (6) ラット又はイヌを用いた反復経口投与毒性試験において皮膚(毛包の変性及び炎症:ラット、発赤及び脱毛:イヌ)、肝臓(肝細胞壊死:ラット)、消化管(下痢:イヌ)、腎臓(腎乳頭壊死及び尿細管拡張:ラット及びイヌ)及び卵巣(萎縮:ラット)への影響が報告されている。

【薬物動態】

1. 血中濃度

(1) <日本人における成績>¹⁾

固形癌患者15例に本剤50、100又は150mgを単回経口投与したときの、血漿中エルロチニブ濃度の推移を以下の図に示した。単回投与に引き続き3日目から23日目まで50、100又は150mgを1日1回の用量で反復経口投与を実施した時の薬物動態パラメータを単回投与の結果と併せて表に示した。単回投与時の薬物動態パラメータから、エルロチニブの体内動態には線形性が認められた。



単回投与後の血漿中エルロチニブ濃度推移(平均値±標準偏差)

単回又は反復投与時のエルロチニブの薬物動態パラメータ

		AUC ₀₋₂₄ (hr・ng/mL)	C _{max} (ng/mL)	t _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)
50mg/日*	1日目 ^{注5)}	3266(54)	194(44)	5.0(72)	14.8(71)
	23日目 ^{注5)}	15844(50)	820(42)	4.3(114)	23.6(67)
100mg/日*	1日目 ^{注6)}	7705(46)	571(47)	6.0(150)	18.0(62)
	23日目 ^{注7)}	14623(48)	1023(31)	3.0(67)	15.6(56)
150mg/日	1日目 ^{注6)}	12845(29)	958(48)	6.0(149)	25.9(36)
	23日目 ^{注6)}	42679(48)	2384(39)	1.8(22)	27.2(33)

注5) n=3 注6) n=6 注7) n=5
平均値(CV%)
※承認された用法・用量は、150mgを1日1回である。

(2) 母集団薬物動態解析の成績

<外国人における成績>

海外において591例の固形癌患者に本剤を投与したときの母集団薬物動態解析の結果では、クリアランスについて人種、体重、性別は影響を及ぼす因子ではなかった。²⁾

(3) バイオアベイラビリティ³⁾

＜外国人における成績＞

健康成人18例に本剤を経口投与後のバイオアベイラビリティは約59%と推定された。

(4) 食事の影響⁴⁾

＜外国人における成績＞

健康成人20例に本剤150mgを食後(高脂肪、高カロリー食)単回経口投与した時、空腹時投与に比べ、エルロチニブのAUCはほぼ2倍に増加した。

2. 分布

エルロチニブは血漿中のアルブミン及びα1-酸性糖蛋白と結合する。ヒトにおける血漿蛋白結合率は、3.8μg/mLの濃度において約95%であった。⁵⁾また、ワルファリン及びプロプラノロールの共存によっても結合率の変化は認められなかった。⁶⁾なお、エルロチニブの血球移行率の計算値は、ヘマトクリットが0.48の時34.2%であった。⁶⁾

(参考 動物実験⁷⁾)

白色系ラットにおける、¹⁴C-エルロチニブ経口投与後の放射能は、各組織に比較的速やかに分布したが、脳への移行は少なかった。最高濃度到達後の組織中の放射能は速やかに消失し、投与後72時間ではほとんどの組織において定量限界以下となった。

有色系ラットにおける¹⁴C-エルロチニブ経口投与後の放射能分布は白色系ラットに類似したが、メラニン色素を含む組織(ブドウ膜系、有色皮膚)において放射能が高かった。

3. 代謝

In vitro試験の結果、エルロチニブの代謝には主として肝臓中のCYP3A4が寄与することが示唆され、CYP1A2の関与も認められた。^{8,9)}エルロチニブの代謝経路は主に3経路であり、1)キナゾリン環側鎖のO-脱メチル化とそれに続くカルボン酸への酸化、2)アセチレン側鎖の酸化とそれに続くアリルカルボン酸への加水分解、及び3)フェニルアセチレン部分の芳香族水酸化等が推定された。¹⁰⁾主代謝経路のO-脱メチル化による代謝物の体内動態はエルロチニブと類似し、その血漿中濃度はエルロチニブの10%以下で推移した。¹¹⁾

4. 排泄¹⁰⁾

＜外国人における成績＞

健康成人4人に¹⁴C-エルロチニブ100mg*を単回経口投与後264時間(11日間)で、投与放射能のうち約91%が回収され、尿中に8%、糞中に83%の放射能が排泄された。また、尿及び糞中に排泄されたエルロチニブは投与量の2%未満であった。

※承認された用法・用量は、150mgを1日1回である。

【臨床成績】

＜日本人における成績＞^{12,13)}

非小細胞肺癌を対象とした国内第Ⅱ相臨床試験(J016565、J018396)における有効性評価対象例、それぞれ60例、46例の成績を以下に示す。

国内第Ⅱ相臨床試験成績

	J016565	J018396
奏効率 ^{注8)}	28.3% (17/60例)	28.3% (13/46例)
病勢コントロール率 ^{注9)}	50.0% (30/60例)	47.8% (22/46例)
奏効期間 中央値 (95%信頼区間)	278日 (203日-422日)	推定不能
無増悪期間 中央値 (95%信頼区間)	77日 (55日-166日)	75日 (56日-推定不能)

注8) RECISTガイドラインによる判定 (CR+PR)

注9) RECISTガイドラインによる判定 (CR+PR+SD)

＜外国人における成績＞¹⁴⁾

少なくとも前化学療法1レジメンが無効であった非小細胞肺癌731例を対象に本剤投与群とプラセボ投与群を比較した無作為化二重盲検第Ⅲ相臨床試験(BR. 21)の成績を以下に示す。

無作為化二重盲検第Ⅲ相臨床試験 (BR. 21) 成績

項目	本剤投与群	プラセボ投与群	HR(ハザード比) ^{注10)} [95%信頼区間]	p値 ^{注11)}
全生存期間 (中央値)	6.67ヵ月 (488例)	4.70ヵ月 (243例)	0.73 [0.60-0.87]	0.001
1年生存率	31.2% (488例)	21.5% (243例)	-	-
無増悪生存期間 (中央値)	9.71週 (488例)	8.00週 (243例)	0.61 [0.51-0.73]	<0.001
奏効率 (CR+PR)	8.9% (38/427例)	0.9% (2/211例)	-	-
奏効期間 (中央値)	34.3週 (38例)	15.9週 (2例)	-	-

注10) 層別Cox回帰モデルにおけるハザード比(層別因子: ECOG PS、前化学療法レジメン数、前化学療法における白金製剤使用の有無、前治療の最良効果、EGFR蛋白発現状況)

注11) 層別Log-rank検定(層別因子: ECOG PS、前化学療法レジメン数、前化学療法における白金製剤使用の有無、前治療の最良効果、EGFR蛋白発現状況)

EGFR蛋白発現状況に関する全生存期間の部分集団解析の結果は、EGFR蛋白発現陽性(本剤群n=117、プラセボ群n=68) HR=0.68 (95%信頼区間; 0.49-0.94)、EGFR蛋白発現陰性(本剤群n=93、プラセボ群n=48) HR=0.93 (95%信頼区間; 0.63-1.36)、EGFR蛋白発現不明(本剤群n=278、プラセボ群n=127) HR=0.77 (95%信頼区間; 0.61-0.98)であった。

無作為化二重盲検第Ⅲ相臨床試験 (BR. 21) の安全性評価対象例におけるGrade3/4の副作用^{注12)}

	本剤投与群 (n=485)			プラセボ投与群 (n=242)			
	全Grade発現率 (%)	Grade3発現率 (%)	Grade4発現率 (%)	全Grade発現率 (%)	Grade3発現率 (%)	Grade4発現率 (%)	
全副作用発現率	85	20	3	51	5	<1	
皮膚	発疹	73	8	<1	15	0	
	掻痒症	11	<1	-	4	0	
	皮膚障害	1	<1	0	<1	0	
眼	結膜炎	11	<1	-	2	0	
	角膜炎	2	<1	0	1	0	
	流涙増加	2	<1	-	0	0	
消化器	下痢	46	5	<1	14	<1	
	悪心	21	2	-	12	<1	
	食欲不振	19	2	0	13	<1	
	嘔吐	14	1	<1	7	<1	
	口内炎	14	<1	0	2	0	
	腹痛	4	<1	0	<1	0	
	消化不良	3	<1	-	<1	0	
呼吸器	便秘	3	<1	0	3	0	
	胃腸出血	1	<1	<1	0	0	
	呼吸困難	2	1	<1	<1	<1	
	肺浸潤	1	<1	0	<1	0	
	肺臓炎	<1	0	<1	<1	0	
	精神神経系	頭痛	5	<1	<1	3	<1
		ニューロパシー	2	<1	<1	<1	0
		意識レベルの低下	<1	<1	0	0	0
	その他	疲労	16	2	<1	7	<1
		脱水	2	1	0	<1	0
発熱		2	<1	0	1	0	
筋痛		1	<1	0	<1	0	
男性型多毛症		<1	<1	0	0	0	
血栓症		<1	0	<1	<1	0	
プロトンポンプ時間延長		<1	<1	-	0	0	

注12) 本剤投与群において2例以上に認められた副作用を集計。また、GradeはNCI-CTC (Ver. 2.0)による。

【薬効薬理】

1. 抗腫瘍効果

*In vitro*系において、エルロチニブは大腸癌細胞株DiFi及び頭頸部癌細胞株HN5の増殖を阻害した [DiFi細胞株でのIC₅₀: 100nM、HN5での100%阻害: 250nM]¹⁵⁾。

ヒト癌ヌードマウス移植系において、エルロチニブは用量依存的な腫瘍増殖抑制作用を示した。ED₅₀値は、頭頸部癌細胞株HN5に対し7 mg/kg/日、外陰部癌細胞株A431に対しては14mg/kg/日であった¹⁶⁾。

2. 作用機序

エルロチニブは上皮増殖因子受容体チロシンキナーゼ (EGFR-TK) を選択的に阻害した。IC₅₀は精製全長型EGFR-TKに対し2 nMであり、組換え型EGFR細胞内ドメインのチロシンキナーゼに対し1 nMであった。一方、他のチロシンキナーゼ、*c-src*及び*v-abl*に対する阻害活性は全長型EGFR-TKの1/1000以下であり、ヒトインスリン受容体及びI型インスリン様増殖因子受容体の細胞内ドメインのキナーゼに対する阻害活性は細胞内EGFR-TKの1/10000以下であった。また、エルロチニブによる細胞周期のG₁期停止及びアポトーシス誘導作用が確認された¹⁵⁾。

エルロチニブはEGFRチロシンリン酸化の阻害を介し、細胞増殖の抑制及びアポトーシスの誘導に基づき腫瘍増殖を抑制すると推察される。

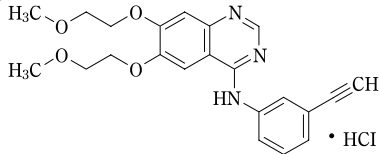
【有効成分に関する理化学的知見】

一般名：エルロチニブ塩酸塩

(Erlotinib Hydrochloride) (JAN)

化学名：N-(3-Ethynylphenyl)-6,7-bis (2-methoxyethoxy) quinazoline-4-amine monohydrochloride

構造式：



分子式：C₂₂H₂₃N₃O₄・HCl

分子量：429.90

性状：白色～微黄色の粉末又は塊のある粉末である。
水及びエタノール (99.5) に極めて溶けにくく、メタノールに溶けにくく、アセトニトリル及びシクロヘキサンにほとんど溶けない。

融点：約231～232℃

【承認条件】

1. 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。
2. 本剤の投与が、肺癌の診断、化学療法に精通し、本剤のリスク等についても十分に管理できる医師・医療機関・管理薬剤師のいる薬局のもとでのみ行われるよう、製造販売にあたって必要な措置を講じること。

【包装】

タルセバ錠 25mg：14錠 (PTP)×1シート

タルセバ錠100mg：14錠 (PTP)×1シート

タルセバ錠150mg：14錠 (PTP)×1シート

【主要文献】

1-14) 社内資料

15) Moyer J. D., et al. : Cancer Res., 57 (21) : 4838, 1997

16) Pollack V. A., et al. : J. Pharmacol. Exp. Ther., 291

(2) : 739, 1999

【文献請求先】

中外製薬株式会社 医薬情報センター

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

電話：0120-189706

Fax：0120-189705

http://www.chugai-pharm.co.jp

製造販売元



中外製薬株式会社
東京都中央区日本橋室町2-1-1

®登録商標

84007532/84007533