

# 使用上の注意改訂のお知らせ

劇薬  
覚せい剤原料  
処方せん医薬品  
(注意—医師等の処方せん  
により使用すること)

パーキンソン病治療剤  
**エフピー<sup>®</sup> OD錠2.5**  
FP-OD (セレギリン塩酸塩口腔内崩壊錠)

平成 22 年 9 月  
エフピー株式会社  
大阪府松原市西大塚 1 丁目 3 番 40 号

この度、標記製品につきまして、『使用上の注意』の自主改訂を行いましたのでお知らせ申し上げます。ご使用に際しましては、以下の内容をご参照くださいますようお願い申し上げます。

## ■改訂内容（自主改訂）〔赤下線部分：改訂箇所〕

改訂後（2010年9月改訂）	改訂前
<p>〔禁忌（次の患者には投与しないこと）〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者</li> <li>2.ペチジン塩酸塩を投与中の患者[高度の興奮、精神錯乱等の発現が報告されている。]</li> <li>3.非選択的モノアミン酸化酵素阻害剤(サフラジン塩酸塩)を投与中の患者[高度の起立性低血圧の発現が報告されている。]</li> <li>4.統合失調症又はその既往歴のある患者[精神症状の悪化が報告されている。]</li> <li>5.覚せい剤、コカイン等の中枢興奮薬の依存又はその既往歴のある患者</li> <li>6.三環系抗うつ剤(アミトリプチリン塩酸塩等)を投与中あるいは中止後 14 日間の患者(「相互作用」の項参照)</li> <li>7.選択的セロトニン再取り込み阻害剤(フルボキサミンマレイン酸塩等)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(ミルナシプラン塩酸塩等)、<u>選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(アトモキセチン塩酸塩)又はノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ剤(ミルタザピン)を投与中の患者(「相互作用」の項参照)</u></li> </ol>	<p>〔禁忌（次の患者には投与しないこと）〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者</li> <li>2.塩酸ペチジンを投与中の患者[高度の興奮、精神錯乱等の発現が報告されている。]</li> <li>3.非選択的モノアミン酸化酵素阻害剤(塩酸サフラジン)を投与中の患者[高度の起立性低血圧の発現が報告されている。]</li> <li>4.統合失調症又はその既往歴のある患者[精神症状の悪化が報告されている。]</li> <li>5.覚せい剤、コカイン等の中枢興奮薬の依存又はその既往歴のある患者</li> <li>6.三環系抗うつ剤(塩酸アミトリプチリン等)を投与中あるいは中止後 14 日間の患者(「相互作用」の項参照)</li> <li>7.選択的セロトニン再取り込み阻害剤(マレイン酸フルボキサミン等)又はセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(塩酸ミルナシプラン)を投与中の患者(「相互作用」の項参照)</li> </ol>
<p>1.慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)</p> <p>(5)心・脳循環器系障害を有する患者[英国において、レボドパ単独群とセレギリン塩酸塩投与後にレボドパを併用投与した群を比較した試験において、レボドパ単独群に対してセレギリン塩酸塩投与後にレボドパ併用投与した群に心・脳循環器系障害による死亡が多かったと報告されている。](「重要な基本的注意(5)」の項参照)</p>	<p>1.慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)</p> <p>(5)心・脳循環器系障害を有する患者[英国において、レボドパ単独群と塩酸セレギリン投与後にレボドパを併用投与した群を比較した試験において、レボドパ単独群に対して塩酸セレギリン投与後にレボドパ併用投与した群に心・脳循環器系障害による死亡が多かったと報告されている。](「重要な基本的注意(6)」の項参照)</p>

改訂後 (2010年9月改訂)	改訂前												
<p>2.重要な基本的注意 〔(2)の削除:以降番号を繰り上げ〕</p>	<p>2.重要な基本的注意 (2)投与に際しては、次の点を文書を用いて患者(あるいはそれに代わる適当な者)に十分説明し、同意を得ること。</p> <p>1)本剤は世界各国ですでに広く使用され、今までの治療では十分改善の見られなかった固縮や無動に更なる改善が見られ、1日の中での症状変動を和らげる効果が得られている。</p> <p>2)1995年英国の研究グループから、本剤にレボドパを追加投与すると、レボドパだけを服用した患者より死亡率が約1.6倍と有意に高かったとの中間報告があった。その後米国や欧州の他の研究グループで、これが事実かどうかの調査が行われたが、英国以外の国では、死亡率が高くなるという調査結果はなく、本剤は従来と同様に使用されている。その後の追跡調査では約1.3倍高かったが有意差はなかったとの報告がなされている。また、英国の医薬品庁が依頼した12,621人の一般診療のデータベースを用いたコホート研究では約1.1倍高かったが、有意差はなかったとの報告がなされている。さらに、英国以外(米国、ノルウェー、スウェーデン、ドイツ、フィンランド)の5試験のメタアナリシスの結果では約1.05倍で有意差はなく、また2000年英国のコホート研究の報告では、塩酸セレギリンとレボドパ併用患者の死亡率は健常人と変わらず、塩酸セレギリン治療に関連した死亡率の増加はないと報告している。</p> <p>3)動悸、脈の乱れ、胸の痛み、手足の麻痺やしびれ等、心臓や脳の異常を示すような副作用が出た場合には医師に申し出る。</p> <p>4)患者は、英国等の報告を承知し、本剤を服用することが症状の改善をもたらすかどうか医師の判断の下に、同意の上で服用する。</p>												
<p>3.相互作用 (1)併用禁忌 (併用しないこと)</p> <table border="1" data-bbox="167 1456 790 1859"> <thead> <tr> <th>薬剤名等</th> <th>臨床症状 措置方法</th> <th>機序 危険因子</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>選択的セロトニン再取り込み阻害剤 フルボキサミンマレイン酸塩 ルボックス®等 パロキセチン塩酸塩水和物 パキシル® セルトラリン塩酸塩 ジェイゾロフト™</td> <td>両薬剤の作用が増強される可能性があるため、本剤の投与を中止してから選択的セロトニン再取り込み阻害剤、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤、<u>選択的ノルアドレ</u></td> <td>セロトニン再取り込み阻害作用があるため脳内セロトニン濃度が高まると考えられている。</td> </tr> </tbody> </table>	薬剤名等	臨床症状 措置方法	機序 危険因子	選択的セロトニン再取り込み阻害剤 フルボキサミンマレイン酸塩 ルボックス®等 パロキセチン塩酸塩水和物 パキシル® セルトラリン塩酸塩 ジェイゾロフト™	両薬剤の作用が増強される可能性があるため、本剤の投与を中止してから選択的セロトニン再取り込み阻害剤、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤、 <u>選択的ノルアドレ</u>	セロトニン再取り込み阻害作用があるため脳内セロトニン濃度が高まると考えられている。	<p>3.相互作用 (1)併用禁忌 (併用しないこと)</p> <table border="1" data-bbox="821 1456 1444 1859"> <thead> <tr> <th>薬剤名等</th> <th>臨床症状 措置方法</th> <th>機序 危険因子</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>選択的セロトニン再取り込み阻害剤 マレイン酸フルボキサミン ルボックス®等 塩酸パロキセチン水和物 パキシル® 塩酸セルトラリン ジェイゾロフト™</td> <td>両薬剤の作用が増強される可能性があるため、本剤の投与を中止してから選択的セロトニン再取り込み阻害剤の投与を開始するには少なくとも14日間の間隔を置くこと。また</td> <td>セロトニン再取り込み阻害作用があるため脳内セロトニン濃度が高まると考えられている。</td> </tr> </tbody> </table>	薬剤名等	臨床症状 措置方法	機序 危険因子	選択的セロトニン再取り込み阻害剤 マレイン酸フルボキサミン ルボックス®等 塩酸パロキセチン水和物 パキシル® 塩酸セルトラリン ジェイゾロフト™	両薬剤の作用が増強される可能性があるため、本剤の投与を中止してから選択的セロトニン再取り込み阻害剤の投与を開始するには少なくとも14日間の間隔を置くこと。また	セロトニン再取り込み阻害作用があるため脳内セロトニン濃度が高まると考えられている。
薬剤名等	臨床症状 措置方法	機序 危険因子											
選択的セロトニン再取り込み阻害剤 フルボキサミンマレイン酸塩 ルボックス®等 パロキセチン塩酸塩水和物 パキシル® セルトラリン塩酸塩 ジェイゾロフト™	両薬剤の作用が増強される可能性があるため、本剤の投与を中止してから選択的セロトニン再取り込み阻害剤、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤、 <u>選択的ノルアドレ</u>	セロトニン再取り込み阻害作用があるため脳内セロトニン濃度が高まると考えられている。											
薬剤名等	臨床症状 措置方法	機序 危険因子											
選択的セロトニン再取り込み阻害剤 マレイン酸フルボキサミン ルボックス®等 塩酸パロキセチン水和物 パキシル® 塩酸セルトラリン ジェイゾロフト™	両薬剤の作用が増強される可能性があるため、本剤の投与を中止してから選択的セロトニン再取り込み阻害剤の投与を開始するには少なくとも14日間の間隔を置くこと。また	セロトニン再取り込み阻害作用があるため脳内セロトニン濃度が高まると考えられている。											

改訂後 (2010年9月改訂)			改訂前		
薬剤名等	臨床症状 措置方法	機序 危険因子	薬剤名等	臨床症状 措置方法	機序 危険因子
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤 ミルナシブラン塩酸塩 トレドミン® デュロキセチン塩酸塩 サインバルタ®	ナリン再取り込み阻害剤及びノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ剤の投与を開始するには少なくとも14日間の間隔を置くこと。また本剤に切り換える場合にはフルボキサミンマレイン酸塩は7日間、パロキセチン塩酸塩水和物、セルトラリン塩酸塩、アトモキセチン塩酸塩	脳内モノアミン総量の増加が考えられている。	セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤 塩酸ミルナシブラン トレドミン®	本剤に切り換える場合にはマレイン酸フルボキサミンは7日間、塩酸パロキセチン及び塩酸セルトラリンは14日間、塩酸ミルナシブランは2～3日間の間隔を置くこと。	脳内モノアミン総量の増加が考えられている。
選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害剤 アトモキセチン塩酸塩 ストラテラ®	フルボキサミンマレイン酸塩は7日間、パロキセチン塩酸塩水和物、セルトラリン塩酸塩、アトモキセチン塩酸塩	脳内ノルアドレナリン、セロトニンの神経伝達が高まると考えられている。			
ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ剤 ミルタザピン レメロン®等	及びミルタザピンは14日間、ミルナシブラン塩酸塩は2～3日間、デュロキセチン塩酸塩は5日間の間隔を置くこと。				
<b>4.副作用</b> 調査症例 488 例中 177 例(36.3%)に副作用が認められた。主な副作用は悪心・嘔吐(7.8%)、ジスキネジア(6.6%)、幻覚(6.6%)、食欲不振(6.1%)、めまい・ふらつき(5.7%)であった。また臨床検査値の主な異常変動としては、調査症例 385 例において CK(CPK)の上昇(4.8%)、LDH の上昇(4.7%)、Al-P の上昇(2.9%)であった。(エフピー錠 2.5 承認時) また、使用成績調査において、調査症例 4,692 例中 957 例(20.4%)に副作用が認められた。主な副作用は幻覚(4.8%)、悪心(3.1%)、ジスキネジア(2.3%)、めまい(1.6%)、食欲不振(1.0%)であった。(エフピー錠 2.5 再審査終了時)	<b>4.副作用</b> 調査症例 488 例中 177 例(36.3%)に副作用が認められた。主な副作用は悪心・嘔吐(7.8%)、ジスキネジア(6.6%)、幻覚(6.6%)、食欲不振(6.1%)、めまい・ふらつき(5.7%)であった。また臨床検査値の主な異常変動としては、調査症例 385 例において CK(CPK)の上昇(4.8%)、LDH の上昇(4.7%)、Al-P の上昇(2.9%)であった。(エフピー錠 2.5 承認時)		<b>(1)重大な副作用</b> 1)幻覚(5.0%)、妄想(1.1%)、錯乱(0.2%)、せん妄(0.4%) 幻覚、妄想、錯乱、せん妄があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には、減量、休薬又は投与を中止するなど適切な処置を行うこと。 2)狭心症(頻度不明) 狭心症の発現又は増悪が報告されているので、狭心症患者では心電図をモニターするなど、特に注意すること。	<b>(1)重大な副作用</b> 1)幻覚、妄想、錯乱、せん妄 幻覚(5%以上)、妄想、錯乱、せん妄(0.1～5%未満)があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には、減量、休薬又は投与を中止するなど適切な処置を行うこと。 2)狭心症 狭心症(頻度不明)の発現又は増悪が報告されているので、狭心症患者では心電図をモニターするなど、特に注意すること。	

改訂後 (2010年9月改訂)		改訂前	
<p>3)悪性症候群(0.1%未満) 本剤の急激な減量又は中止により、高熱、意識障害、高度の筋硬直、不随意運動、血清 CK (CPK) 上昇等があらわれることがある。このような場合には、再投与後、漸減するとともに、体冷却、水分補給等の適切な処置を行うこと。なお、投与継続中に同様の症状があらわれることがある。</p> <p>4)低血糖(頻度不明) 低血糖があらわれることがあるので、低血糖症状(意識障害、昏睡等)があらわれた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。</p> <p>5)胃潰瘍(0.1%未満) 胃潰瘍があらわれることがあるので、このような場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。</p> <p>(2)その他の副作用 太字の副作用についてはそれぞれの注)によること。</p>		<p>3)悪性症候群(頻度不明) 本剤の急激な減量又は中止により、高熱、意識障害、高度の筋硬直、不随意運動、血清 CK (CPK) 上昇等があらわれることがある。このような場合には、再投与後、漸減するとともに、体冷却、水分補給等の適切な処置を行うこと。なお、投与継続中に同様の症状があらわれることがある。</p> <p>4)低血糖(頻度不明) 低血糖があらわれることがあるので、低血糖症状(意識障害、昏睡等)があらわれた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。</p> <p>5)胃潰瘍(頻度不明) 胃潰瘍があらわれることがあるので、このような場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。</p> <p>(2)その他の副作用 太字の副作用についてはそれぞれの注)によること。</p>	
	0.1~5%未満	0.1%未満	
精神神経系 <sup>注2)</sup>	不随意運動、興奮、精神症状、ジストニア(筋緊張異常)、構音障害、歩行異常、めまい・ふらつき、頭痛・頭重感、不眠、眠気、体のこわばり、しびれ、多夢、うつ症状、意識レベルの低下	不安、緊張低下、徘徊癖、アカシジア、記憶障害、躁病、ねごと、運動低下、悪夢	精神神経系 <sup>注2)</sup>
消化器	悪心・嘔吐、食欲不振、口渇、胃痛・腹痛、便秘、下痢	麻痺性イレウス、消化不良、胃腸障害、イレウス	消化器
循環器	起立性低血圧、動悸、低血圧	高血圧、不整脈、心電図異常、血圧変動、うっ血性心不全	循環器
肝臓	肝機能障害(AST(GOT)、ALT(GPT)の上昇)		肝臓
過敏症 <sup>注3)</sup>	発疹		過敏症 <sup>注3)</sup>
泌尿器		排尿困難	泌尿器
血液		白血球減少傾向	血液
皮膚		多形紅斑、紅斑	皮膚
眼		視野狭窄	眼
その他	浮腫、胸痛(胸部不快感)、倦怠感、ほてり・のぼせ、味覚異常、多汗、気分不良、疲労感、血清 CK(CPK)上昇、自覚症状悪化、筋骨格硬直	発熱、悪寒、体重減少、味覚低下、舌の違和感、腰痛、意欲低下、筋攣縮、頸部痛、四肢痛、無力症	その他
<p>注 2) このような症状があらわれた場合には、減量又は休薬するなど適切な処置を行うこと。</p> <p>注 3) このような場合には投与を中止すること。</p> <p>発現頻度はエプピー錠 2.5 の臨床試験及び使用成績調査の結果を合わせて算出した。</p>		<p>注 2) このような症状があらわれた場合には、減量又は休薬するなど適切な処置を行うこと。</p> <p>注 3) このような場合には投与を中止すること。</p>	

改訂後（2010年9月改訂）	改訂前
<p><b>5.高齢者への投与</b></p> <p>(1)高齢者では、起立性低血圧があらわれやすいので、増量にあたっては、血圧のモニタリングを行うなど、患者の状態を観察しながら、慎重に投与すること。</p> <p>(2)<u>エフピー錠 2.5 の市販後調査で収集した安全性解析対象症例において、65 歳以上の症例における副作用発現症例率(食欲不振、譫妄、幻覚、起立性低血圧、嘔吐、歩行異常)は、65 歳未満の症例に比べて高い傾向が認められている。また、75 歳以上の症例では、食欲不振、幻覚、起立性低血圧、悪心、歩行困難の発現症例率が、75 歳未満の症例に比べて高い傾向が認められている。</u></p>	<p><b>5.高齢者への投与</b></p> <p>高齢者では、起立性低血圧があらわれやすいので、増量にあたっては、血圧のモニタリングを行うなど、患者の状態を観察しながら、慎重に投与すること。なお、75 歳以上の高齢者に対する安全性は確立していない(使用経験が少ない)。</p>
<p><b>〔承認条件〕の削除</b></p>	<p><b>〔承認条件〕</b></p> <p>本薬の有効性、安全性を患者に対し十分説明し、インフォームド・コンセントを得るよう医師に対して要請すること。</p>

### ■改訂理由（自主改訂）

- ・エフピー錠 2.5 の再審査結果に伴い「慎重投与」、「重要な基本的注意」、「副作用」、「高齢者への投与」の項を改訂いたしました。また、承認条件の項を削除いたしました。
- ・セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤であるデュロキセチン塩酸塩（一般名：サインバルタ®）、選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害剤であるアトモキセチン塩酸塩（一般名：ストラテラ®）及びノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ剤であるミルタザピン（一般名：レメロン®）が国内で承認され、「使用上の注意」の相互作用において本剤が併用禁忌とされておりました。これら製剤は、すでに併用禁忌に記載のSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）、SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤）と同様の作用を示すと考えられることから、これら製剤についても注意喚起を行うため、併用禁忌に追記することといたしました。

### ■一般名の変更（自主改訂）

平成 19 年 8 月 6 日付薬食審査発第 0806001 号「我が国における医薬品の一般的名称の変更について（その 1）」に基づき、一般名を変更しました。

★改訂後の「使用上の注意」全文を添付しておりますので、併せてご参照ください。

■改訂後の「エフピーOD錠 2.5 の使用上の注意」全文(下線部は変更箇所)

【警告】

- 1.本剤と三環系抗うつ剤(アミトリプチリン塩酸塩等)との併用はしないこと。また、本剤の投与を中止してから三環系抗うつ剤の投与を開始するには少なくとも14日間の間隔を置くこと。(「相互作用」の項参照)
- 2.本剤は用量の増加とともに MAO-B の選択的阻害効果が低下し、非選択的 MAO 阻害による危険性があり、また更なる効果が認められないため、1日10mgを超える用量を投与しないこと。(「過量投与」の項参照)

【禁忌 (次の患者には投与しないこと)】

- 1.本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2.ペチジン塩酸塩を投与中の患者[高度の興奮、精神錯乱等の発現が報告されている。]
- 3.非選択的モノアミン酸化酵素阻害剤(サフラジン塩酸塩)を投与中の患者[高度の起立性低血圧の発現が報告されている。]
- 4.統合失調症又はその既往歴のある患者[精神症状の悪化が報告されている。]
- 5.覚せい剤、コカイン等の中枢興奮薬の依存又はその既往歴のある患者
- 6.三環系抗うつ剤(アミトリプチリン塩酸塩等)を投与中あるいは中止後14日間の患者(「相互作用」の項参照)
- 7.選択的セロトニン再取り込み阻害剤(フルボキサミンマレイン酸塩等)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(ミルナシプラン塩酸塩等)、選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(アトモキセチン塩酸塩)又はノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ剤(ミルタザピン)を投与中の患者(「相互作用」の項参照)

【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)重篤な肝障害のある患者[本剤の代謝が抑制され、毒性が大幅に増強される可能性がある。]
- (2)重篤な腎障害のある患者[本剤の代謝物が蓄積され、その代謝物による中枢作用が生じる可能性がある。]
- (3)高用量のレボドパ投与を受けている患者[副作用発現率が高い。]
- (4)高齢者[起立性低血圧があらわれやすい。](「高齢者への投与」の項参照)
- (5)心・脳循環器系障害を有する患者[英国において、レボドパ単独群とセレギリン塩酸塩投与後にレボドパを併用投与した群を比較した試験において、レボドパ単独群に対してセレギリン塩酸塩投与後にレボドパ併用投与した群に心・脳循環器系障害による死亡が多かったと報告されている。](「重要な基本的注意(5)」の項参照)
- (6)狭心症のある患者[本剤により増悪する可能性がある。]

2.重要な基本的注意

- (1)投与にあたっては、過去のレボドパ含有製剤治療において十分な効果の得られなかった患者に使用すること。
- (2)本剤の投与中は、定期的に効果が持続していることを確認し、併用効果が消失している場合は使用を中止し、漫然と投与しないこと。
- (3)レボドパ含有製剤との併用によりレボドパの副作用が増強されることがあるので、本剤の投与は、少量から開始し、観察を十分に行い慎重に維持量まで増量すること。維持量投与後、レボドパと本剤との併用効果と思われる不随意運動、幻覚、妄想等があらわれた場合には、レボドパの減量を実

- 施する。それでもなお、症状の軽減が認められない場合には、**本剤の減量・休業等**適切な処置を行うこと。
- (4)めまい、注意力・集中力・反射機能等の低下が起こることがあるので、自動車の運転、機械の操作、高所作業等危険を伴う作業に従事させないように注意すること。
  - (5)英国において、早期・軽症パーキンソン病患者を対象に、レボドパ単独群とセレギリン塩酸塩投与後にレボドパを併用投与した群を比較した神経保護作用に関する長期臨床試験が実施された。その結果、レボドパ単独群の死亡率に対し、セレギリン塩酸塩投与後にレボドパを併用投与した群の死亡率が約1.6倍と有意に高かったとの報告がある。その後の追跡調査では約1.3倍高かったが有意差はなかったとの報告がなされている。また、英国の医薬品庁が依頼した12,621人の一般診療のデータベースを用いたコホート研究では約1.1倍高かったが、有意差はなかったとの報告がなされている。さらに、英国以外(米国、ノルウェー、スウェーデン、ドイツ、フィンランド)の5試験のメタアナリシスの結果では約1.05倍で有意差はなく、また2000年英国のコホート研究の報告では、セレギリン塩酸塩とレボドパ併用患者の死亡率は健常人と変わらず、セレギリン塩酸塩治療に関連した死亡率の増加はないと報告している。
  - (6)レボドパ含有製剤非併用患者に対する本剤の単独投与による有効性は確立していない。

3.相互作用

(1)併用禁忌 (併用しないこと)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ペチジン塩酸塩 オビスタン®等	高度の興奮、精神錯乱等の発現が報告されている。	機序は不明である。
非選択的モノアミン酸化酵素阻害剤 サフラジン塩酸塩	高度の起立性低血圧の発現が報告されている。	詳細は不明であるが、相加作用によると考えられる。
三環系抗うつ剤 アミトリプチリン塩酸塩等 トリプタノール®等	高血圧、失神、不全収縮、発汗、てんかん、動作・精神障害の変化及び筋強剛といった副作用があらわれ、更に死亡例も報告されている。	詳細は不明であるが、相加・相乗作用によると考えられる。
選択的セロトニン再取り込み阻害剤 フルボキサミンマレイン酸塩 ルボックス®等 パロキセチン塩酸塩水和物 パキシル® セルトラリン塩酸塩 ジェイゾフト™	両薬剤の作用が増強される可能性があるの で、本剤の投与を中止してから選択的セロトニン再取り込み阻害剤、 <u>セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤、 選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害剤及び ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ剤</u> の投与を開始するには少なくとも14日間の間隔を置くこと。また本剤に切り換える場合にはフルボキサミンマレイン酸塩は7日間、パロキセチン塩酸塩水和物、セルトラリン塩酸塩、アトモキセチン塩酸塩及びミルタザピンは14日	セロトニン再取り込み阻害作用があるため脳内セロトニン濃度が高まると考えられている。
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤 ミルナシプラン塩酸塩 トレドミン® デュロキセチン塩酸塩 サインバルタ®		脳内モノアミン総量の増加が考えられている。
<u>選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害剤</u> アトモキセチン塩酸塩 ストラテア®		

薬剤名等	臨床症状 措置方法	機序 危険因子
ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ剤 ミルタザピン レモロン <sup>®</sup> 等	間、ミルナシブラン塩酸塩は2～3日間、デューロキセチン塩酸塩は5日間の間隔を置くこと。	脳内ノルアドレナリン、セロトニンの神経伝達が高まると考えられている。

## (2)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
肝臓のチトクロームP-450 2D6及び3A4の阻害作用を有する製剤 <sup>(注1)</sup> シメチジン キニジン硫酸塩 プロパフェノン塩酸塩 ハロペリドール エリスロマイシン ジョサマイシン クラリスロマイシン イトラコナゾール フルコナゾール ミコナゾール クロトリマゾール エチニルエストラジオール ベラパミル塩酸塩 ジルチアゼム塩酸塩等	本剤の作用、毒性が大幅に増強される可能性がある。	本剤は肝臓のチトクロームP-450 2D6及び3A4によって代謝されることが判明しており、これを阻害する薬剤との併用により血中濃度の上昇をもたらす。
レセルピン誘導体 レセルピン等	本剤の作用が減弱される可能性がある。	脳内ドパミンを減少させる。
フェノチアジン系薬剤 プロクロルペラジン クロルプロマジン ペラジン等 ブチロフェノン系薬剤 プロムペリドール等 スルピリド メクロプラミド	本剤の作用が減弱される可能性がある。	脳内ドパミン受容体を遮断する。
トラゾドン塩酸塩	相互作用は明らかになっていないが、トラゾドン塩酸塩の中止直後あるいは併用する場合には、本剤の投与量を徐々に増加するなど、慎重に投与を開始すること。	セロトニン再取り込み阻害作用があるため脳内セロトニン濃度が高まると考えられている。
交感神経興奮剤 エフェドリン塩酸塩 メチルエフェドリン塩酸塩 フェニルプロパノールアミン塩酸塩含有医薬品	血圧上昇、頻脈等の発現が報告されている。	本剤のMAO-B選択性が低下した場合、交感神経刺激作用が増強されると考えられる。

注 1) これらの薬剤と併用する場合にはモノアミン含有量の多い食物(チーズ、レバー、にしん、酵母、そら豆、バナナ、ビール、ワイン等)との併用には注意すること。[チトクローム P-450 2D6 及び 3A4 を阻害する薬剤と併用する場合には本剤の血中濃度が上昇し、MAO-B の選択性が消失する可能性がある。]

## 4.副作用

調査症例 488 例中 177 例(36.3%)に副作用が認められた。主な副作用は悪心・嘔吐(7.8%)、ジスキネジア(6.6%)、幻覚(6.6%)、食欲不振(6.1%)、めまい・ふらつき(5.7%)であった。また臨床検査値の主な異常変動としては、調査症例

385 例において CK(CPK)の上昇(4.8%)、LDH の上昇(4.7%)、Al-P の上昇(2.9%)であった。(エフピー錠 2.5 承認時)

また、使用成績調査において、調査症例 4,692 例中 957 例(20.4%)に副作用が認められた。主な副作用は幻覚(4.8%)、悪心(3.1%)、ジスキネジア(2.3%)、めまい(1.6%)、食欲不振(1.0%)であった。(エフピー錠 2.5 再審査終了時)

### (1)重大な副作用

- 1)幻覚(5.0%)、妄想(1.1%)、錯乱(0.2%)、せん妄(0.4%) 幻覚、妄想、錯乱、せん妄があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には、減量、休薬又は投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- 2)狭心症(頻度不明) 狭心症の発現又は増悪が報告されているので、狭心症患者では心電図をモニターするなど、特に注意すること。
- 3)悪性症候群(0.1%未満) 本剤の急激な減量又は中止により、高熱、意識障害、高度の筋硬直、不随意運動、血清 CK (CPK) 上昇等があらわれることがある。このような場合には、再投与後、漸減するとともに、体冷却、水分補給等の適切な処置を行うこと。なお、投与継続中に同様の症状があらわれることがある。
- 4)低血糖(頻度不明) 低血糖があらわれることがあるので、低血糖症状(意識障害、昏睡等)があらわれた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- 5)胃潰瘍(0.1%未満) 胃潰瘍があらわれることがあるので、このような場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

### (2)その他の副作用

太字の副作用についてはそれぞれの注)によること。

	0.1～5%未満	0.1%未満
精神 神経系 <sup>(注2)</sup>	不随意運動、興奮、精神症状、ジストニア(筋緊張異常)、構音障害、歩行異常、めまい・ふらつき、頭痛・頭重感、不眠、眠気、体のこわばり、しびれ、多夢、うつ症状、意識レベルの低下	不安、緊張低下、徘徊癖、アカシジア、記憶障害、躁病、ねごと、運動低下、悪夢
消化器	悪心・嘔吐、食欲不振、口渇、胃痛・腹痛、便秘、下痢	麻痺性イレウス、消化不良、胃腸障害、イレウス
循環器	起立性低血圧、動悸、低血圧	高血圧、不整脈、心電図異常、血圧変動、うっ血性心不全
肝臓	肝機能障害(AST(GOT)、ALT(GPT)の上昇)	
過敏症 <sup>(注3)</sup>	発疹	
泌尿器		排尿困難
血液		白血球減少傾向
皮膚		多形紅斑、紅斑
眼		視野狭窄
その他	浮腫、胸痛(胸部不快感)、倦怠感、ほてり・のぼせ、味覚異常、多汗、気分不良、疲労感、血清 CK(CPK)上昇、自覚症状悪化、筋骨格硬直	発熱、悪寒、体重減少、味覚低下、舌の違和感、腰痛、意欲低下、筋攣縮、頸部痛、四肢痛、無力症

注 2) このような症状があらわれた場合には、減量又は休薬するなど適切な処置を行うこと。

注 3) このような場合には投与を中止すること。

発現頻度はエフピー錠 2.5 の臨床試験及び使用成績調査の結果を合わせて算出した。

## 5.高齢者への投与

- (1)高齢者では、起立性低血圧があらわれやすいので、増量にあたっては、血圧のモニタリングを行うなど、患者の状態を観察しながら、慎重に投与すること。
- (2)エフピー錠 2.5 の市販後調査で収集した安全性解析対象症例において、65 歳以上の症例における副作用発現症例率(食欲不振、譫妄、幻覚、起立性低血圧、嘔吐、歩行異常)は、65 歳未満の症例に比べて高い傾向が認められている。また、75 歳以上の症例では、食欲不振、幻覚、起立性低血圧、悪心、歩行困難の発現症例率が、75 歳未満の症例に比べて高い傾向が認められている。

## 6.妊婦、産婦、授乳婦等への投与

- (1)妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、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。
- (2)動物実験で、乳汁中への移行が報告されているので、本剤投与中は授乳を避けさせること。

## 7.小児等への投与

小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

## 8.過量投与

本剤の過量投与により MAO-B の選択的阻害作用が低下し、非選択的 MAO 阻害による副作用が発現することがあると考えられるので、次の患者の状態には十分注意すること。

- (1)過量投与によると思われる下記の症状があらわれた患者 [選択性が低下した場合、ドパミン及びノルエピネフリンの作用を増強するおそれがある。]
  - 1)精神神経系 失神、激越、眠気、幻覚、妄想、痙攣、自殺的行動、痴呆、不安、不眠、抑うつ、神経過敏、頭痛、無動症や振戦の悪化等
  - 2)循環器 ショック、血圧上昇、起立性低血圧、心悸亢進、紅潮、不整脈、血圧低下、発汗等
  - 3)その他 超高熱、呼吸抑制と不全、下胸部痛、開口障害等
- (2)高血圧症のある患者[非選択的 MAO 阻害剤で禁忌となっており、選択性が低下した場合を考慮して記載した。]
- (3)褐色細胞腫のある患者[非選択的 MAO 阻害剤で禁忌となっており、選択性が低下した場合を考慮して記載した。]

(4)緑内障のある患者[非選択的 MAO 阻害剤で慎重投与となっており、選択性が低下した場合を考慮して記載した。]

(5)糖尿病のある患者[非選択的 MAO 阻害剤で慎重投与となっており、選択性が低下した場合を考慮して記載した。]

処置:呼吸を保護するため気道を確認し、必要ならば補足的な酸素の使用及び人工呼吸器の使用を含め適切に管理する。服用後短時間であれば催吐、活性炭投与、胃洗浄を行う。中枢神経系の刺激(痙攣を含む)の徴候と症状はジアゼパムの点滴静注で治療する。過度の低血圧やドパミン及びノルエピネフリン過剰による症状の悪化がみられた場合には補液の点滴静注等の対症療法を行うこと。ショック時にはヒドロコルチゾン静注適用する。情緒不安、激越、機械的な冷却に反応しない高体温症には、クロルプロマジン塩酸塩を適用する。過度の血圧上昇があらわれた場合には $\alpha$ -遮断剤(フェントラミン等)の点滴静注等の対症療法を行うこと。

## 9.適用上の注意

### (1)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。]

### (2)服用時

- 1)本剤は舌の上のせ唾液を浸潤させ舌で軽くつぶし、崩壊後唾液のみで服用可能である。また、水で服用することもできる。
- 2)本剤は寝たままの状態では、水なしで服用させないこと。

## 10.その他の注意

(1)エフピー錠 2.5 の国内の臨床試験にて、明らかに因果関係が否定出来ない抑うつからの自殺例が 488 例中 2 例に認められた。

(2)過量連用により、依存性発現の可能性がある。

### 【資料請求先】

エフピー株式会社 医薬学術部  
〒580-0011 大阪府松原市西大塚 1 丁目 3 番 40 号

医薬品添付文書情報は医薬品医療機器総合機構のインターネット情報提供ホームページ (<http://www.info.pmda.go.jp/>) に最新添付文書が掲載されています。あわせてご利用ください。