

選択的セロトニン再取り込み阻害剤（SSRI）

劇薬、処方せん医薬品^注レキサプロ錠[®] 10mgLEXAPRO[®] Tab. 10mg

（エスシタロプラムシュウ酸塩・フィルムコーティング錠）

貯 法：室温保存

使用期限：外箱に表示


注）注意－医師等の処方せんにより使用すること

承認番号	22300AMX00517000
薬価収載	2011年7月
販売開始	2011年8月
国際誕生	2001年12月

【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. モノアミン酸化酵素(MAO)阻害剤を投与中あるいは投与中止後14日間以内の患者（「相互作用」の項参照）
3. ピモジドを投与中の患者（「相互作用」の項参照）

【組成・性状】

販売名	レキサプロ錠10mg
成分・含量	1錠中 エスシタロプラムシュウ酸塩 12.77mg （エスシタロプラムとして 10mg）
添加物	タルク、クロスカルメロースナトリウム、結晶セルロース・軽質無水ケイ酸、ステアリン酸マグネシウム、ヒプロメロース、マクロゴール400、酸化チタン
色調・剤形	白色でだ円形の割線のある フィルムコーティング錠
外形 (mm)	
重量 (mg)	約128
識別コード	MO183

【効能・効果】

うつ病・うつ状態

（効能・効果に関連する使用上の注意）

抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること。（「その他の注意」の項参照）

【用法・用量】

通常、成人にはエスシタロプラムとして10mgを1日1回夕食後に経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減するが、増量は1週間以上の間隔をあけて行い、1日最高用量は20mgを超えないこととする。

（用法・用量に関連する使用上の注意）

1. 本剤の投与量は必要最小限となるよう、患者ごとに慎重に観察しながら投与すること。
2. 肝機能障害患者、高齢者、遺伝的にCYP2C19の活性が欠損していることが判明している患者（Poor Metabolizer）では、本剤の血中濃度が上昇し、QT延長等の副作用が発現しやすいおそれがあるため、10mgを上限とすることが望ましい。また、投与に際しては患者

の状態を注意深く観察し、慎重に投与すること。（「慎重投与」「高齢者への投与」及び「薬物動態」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) 不整脈又はその既往歴のある患者、先天性QT延長症候群の患者又はQT延長を起こすことが知られている薬剤を投与中の患者、うっ血性心不全、低カリウム血症の患者 [本剤の投与によりQTが延長する可能性がある。]
- (2) 肝機能障害のある患者 [本剤のクリアランスが低下し、血中濃度が上昇するおそれがある。]（「薬物動態」の項参照）
- (3) 高度の腎機能障害のある患者 [本剤のクリアランスが低下し、血中濃度が上昇するおそれがある。]（「薬物動態」の項参照）
- (4) 自殺念慮又は自殺企図の既往のある患者、自殺念慮のある患者 [自殺念慮、自殺企図があらわれることがある。]
- (5) 躁うつ病患者 [躁転、自殺企図があらわれることがある。]
- (6) 脳の器質的障害又は統合失調症の素因のある患者 [精神症状が増悪することがある。]
- (7) 衝動性が高い併存障害を有する患者 [精神症状が増悪することがある。]
- (8) てんかん等の痙攣性疾患又はこれらの既往歴のある患者 [痙攣発作を起こすことがある。]
- (9) 出血の危険性を高める薬剤を併用している患者、出血傾向又は出血性素因のある患者 [出血傾向が増強するおそれがある。]
- (10) 高齢者（「高齢者への投与」の項参照）
- (11) 小児（「小児等への投与」の項参照）

2. 重要な基本的注意

- (1) うつ症状を呈する患者は希死念慮があり、自殺企図のおそれがあるので、このような患者は投与開始早期ならびに投与量を変更する際には患者の状態及び病態の変化を注意深く観察すること。
- (2) 不安、焦燥、興奮、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、攻撃性、衝動性、アカシジア/精神運動不穏、軽躁、躁病等があらわれることが報告されている。また、因果関係は明らかではないが、これらの症状・行動を来した症例において、基礎疾患の悪化又は自殺念慮、自殺企図、他害行為が報告されている。患者の状態及び病態の変化を注意深く観察するとともに、これらの症状の増悪が観察された場合には、服薬量を増量せず、徐々に減量し、中止するなど適切な処置を行うこと。
- (3) 自殺目的での過量服用を防ぐため、自殺傾向が認められる患者に処方する場合には、1回分の処方日数を最小限にとどめること。

- (4) 家族等に自殺念慮や自殺企図、興奮、攻撃性、易刺激性等の行動の変化及び基礎疾患悪化があらわれるリスク等について十分説明を行い、医師と緊密に連絡を取り合うよう指導すること。
- (5) 眠気、めまい等があらわれることがあるので、本剤投与中の患者には、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には十分注意させること。
- (6) 投与中止（突然の中止）により、不安、焦燥、興奮、浮動性めまい、錯感覚、頭痛及び悪心等があらわれることが報告されている。投与を中止する場合には、突然の中止を避け、患者の状態を観察しながら徐々に減量すること。

3. 相互作用

本剤は主に肝代謝酵素CYP2C19で代謝され、CYP2D6及びCYP3A4も代謝に関与している。（「薬物動態」の項参照）

(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
モノアミン酸化酵素(MAO) 阻害剤 セレギリン塩酸塩 エフビー	セロトニン症候群があらわれることがある。MAO阻害剤を投与中あるいは投与中止後14日間以内の患者には投与しないこと。また、本剤投与後にMAO阻害剤を投与する場合には、14日間以上の間隔をあけること。	セロトニンの分解が阻害され、脳内セロトニン濃度が高まると考えられる。
ピモジド オーラップ	本剤のラセミ体であるシタロプラムとピモジドとの併用により、QT延長が発現したとの報告がある。（「薬物動態」の項参照）	機序不明

(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
セロトニン作用薬 トリプタン系薬剤 スマトリプタン 等 選択的セロトニン再取り込み阻害剤 セロトニン前駆物質(L-トリプトファン)含有製剤又は食品等 トラマドール塩酸塩 リネゾリド 炭酸リチウム 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	セロトニン症候群等のセロトニン作用による症状があらわれることがある。これらの薬物を併用する際には観察を十分に行うこと。（「重大な副作用」の項参照）	本剤はセロトニン再取り込み阻害作用を有するため、併用により、セロトニン作用が増強することがある。
三環系抗うつ剤 イミプラミン塩酸塩 クロミプラミン塩酸塩 ノルトリプチリン塩酸塩 等 フェノチアジン系抗精神病剤 リスベリドン ブチロフェノン系抗精神病剤 ハロペリドール 抗不整脈剤 フレカイニド酢酸塩 プロパフェノン塩酸塩	これらの薬剤の血中濃度が上昇するおそれがあるので、これらの薬剤を減量するなど注意すること。（「薬物動態」の項参照）	本剤がこれらの薬剤の代謝酵素であるCYP2D6を阻害することによって考えられる。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
β遮断剤 メトプロロール酒石酸塩	メトプロロールの血中濃度が上昇するおそれがあるので、メトプロロールを減量するなど注意すること。（「薬物動態」の項参照）	本剤がこれらの薬剤の代謝酵素であるCYP2D6を阻害することによって考えられる。
シメチジン	本剤の血中濃度が上昇するおそれがあるので、本剤を減量するなど注意すること。（「薬物動態」の項参照）	シメチジンが本剤の代謝酵素を阻害することによって考えられる。
オメプラゾール ランソプラゾール チクロピジン塩酸塩	本剤の血中濃度が上昇するおそれがあるので、本剤を減量するなど注意すること。（「薬物動態」の項参照）	これらの薬剤が本剤の代謝酵素であるCYP2C19を阻害することによって考えられる。
ワルファリン	本剤のラセミ体であるシタロプラムとワルファリンとの併用により、ワルファリンのプロトロンビン時間が軽度延長（約5%）したとの報告がある。本剤の投与を開始もしくは中止する場合は、プロトロンビン時間を慎重にモニターすること。	機序不明
出血傾向が増強する薬剤 非定型抗精神病剤 フェノチアジン系抗精神病剤 三環系抗うつ剤 アスピリン等の非ステロイド系抗炎症剤 ワルファリン 等	出血傾向が増強することがある。	SSRIの投与により血小板凝集能が阻害され、これらの薬剤との併用により出血傾向が増強することがある。
アルコール（飲酒）	本剤服用中は飲酒を避けることが望ましい。	他の抗うつ剤で作用の増強が報告されている。

4. 副作用

大うつ病性障害患者を対象とした国内臨床試験（4試験）において、総症例550例中、409例（74.4%）に臨床検査値異常を含む副作用が認められている。その主なものは悪心131例（23.8%）、傾眠129例（23.5%）、頭痛56例（10.2%）、口渇53例（9.6%）、浮動性めまい48例（8.7%）、倦怠感39例（7.1%）、下痢34例（6.2%）、腹部不快感32例（5.8%）等であった。（承認時）

(1) 重大な副作用

1) 痙攣（頻度不明）*

痙攣があらわれることがあるので、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。

2) 抗利尿ホルモン不適合分泌症候群(SIADH)（頻度不明）*

低ナトリウム血症、頭痛、集中力の欠如、記憶障害、錯乱、幻覚、痙攣、失神等を伴う抗利尿ホルモン不適合分泌症候群(SIADH)があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止し、水分摂取の制限等適切な処置を行うこと。

3) セロトニン症候群（頻度不明）*

不安、焦燥、興奮、振戦、ミオクローヌス、高熱等のセロトニン症候群があらわれることがある。セロトニン作用薬との併用時に発現する可能性が高くなるため、特に注意すること（「相互作用」の項参照）。異常が認められた場合には投与を中止し、水分補給等の全身管理とともに適切な処置を行うこと。

*自発報告又は海外での報告のため頻度不明

(2) その他の副作用

以下のような副作用があらわれた場合には、症状に応じて適切な処置を行うこと。

	5%以上	1～5%未満	1%未満	頻度不明 ^{注2)}
全身症状	倦怠感	無力症、異常感	熱感、発熱、疲労、体重増加、体重減少	浮腫
過敏症 ^{注1)}		発疹	湿疹、蕁麻疹、掻痒	アナフィラキシー反応、血管浮腫
精神神経系	頭痛、傾眠、浮動性めまい	あくび、不眠症、体位性めまい、感覚鈍麻、易刺激性（いらいら感、焦燥）	睡眠障害、異常夢（悪夢を含む）、激越、不安、錯乱状態、躁病、落ち着きのなさ、錯感覚（ピリピリ感等）、振戦、リビドー減退、歯ぎしり	パニック発作、アカシジア、精神運動不穏、失神、幻覚、神経過敏、離人症、ジスキネジー、運動障害、無オルガズム症
消化器	悪心、腹部不快感、下痢、口渇	食欲減退、腹部膨満、腹痛、嘔吐、便秘、胃炎	食欲亢進	
循環器		動悸	起立性低血圧、QT延長	頻脈、徐脈
血液		赤血球減少、ヘマトクリット減少、ヘモグロビン減少	白血球増加、血小板増加、血小板減少、鼻出血	出血傾向（斑状出血、消化管出血等）
肝臓		AST(GOT)・ALT(GPT)・Al-P・γ-GTP・ビリルビンの上昇等の肝機能検査値異常		肝炎
筋骨格系			関節痛、筋肉痛、肩こり、こわばり	
泌尿器・生殖器		排尿困難、頻尿、尿蛋白陽性、射精障害	勃起不全	尿閉、持続勃起症、不正出血、月経過多
その他		耳鳴、多汗症	回転性めまい、味覚異常、脱毛、コレステロール上昇、血中ナトリウム低下、乳汁漏出	視覚異常、散瞳、副鼻腔炎

注1) このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。

注2) 自発報告又は海外での報告のため頻度不明

5. 高齢者への投与

高齢者での薬物動態試験で、血中濃度が高い傾向が認められているので、用量に留意して、患者の状態を観察しながら、慎重に投与すること。（「用法・用量に関連する使用上の注意」「薬物動態」の項参照）

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。

[妊娠中の投与に関する安全性は確立していない。]

1) 生殖発生毒性試験（ラット）において、臨床曝露量を超える高い曝露により胎児毒性（体重減少、骨化遅延）及び出生児の死亡率の増加が認められた。なお、動物実験（ラット）において、催奇形作用は認められていない。

2) 本剤のラセミ体であるシタロプラムの生殖発生毒性試験（ラット）において、心血管系の異常を有する胎児数の増加が認められたが、再試験においては認められなかった。

3) 妊娠末期に本剤あるいは他のSSRI、SNRIを投与された妊婦から出生した新生児において、入院期間の延長、呼吸補助、経管栄養を必要とする、離脱症状と同様の症状が出産直後にあらわれたとの報告がある。臨床所見としては、呼吸窮迫、チアノーゼ、無呼吸、発作、体温調節障害、哺乳障害、嘔吐、低血糖症、筋緊張低下、筋緊張亢進、反射亢進、振戦、びくつき、易刺激性、持続性の泣きが報告されている。

4) 海外の疫学調査において、妊娠中に本剤のラセミ体であるシタロプラムを含む他のSSRIを投与された妊婦から出生した新生児において、新生児遷延性肺高血圧症のリスクが増加したとの報告がある¹⁾。このうち1つの調査では、妊娠34週以降に生まれた新生児における新生児遷延性肺高血圧症発生のリスク比は、妊娠早期の投与では2.4（95%信頼区間1.2-4.3）、妊娠早期及び後期の投与では3.6（95%信頼区間1.2-8.3）であった²⁾。]

- (2) 授乳中の婦人への投与は避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合には授乳を避けさせること。

[ヒト母乳中へ移行することが報告されている。]

7. 小児等への投与

- (1) 低出生体重児、新生児、乳児、幼児又は小児に対する有効性及び安全性は確立していない（国内での使用経験がない）。

- (2) 他の抗うつ薬（パロキセチン塩酸塩水和物）において、海外で実施された7～18歳における大うつ病性障害（DSM-IV^{*}における分類）患者を対象としたプラセボ対照の臨床試験において有効性が確認できなかったとの報告がある。

*DSM-IV：American Psychiatric Association（米国精神医学会）のDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition（DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル）

8. 過量投与

- (1) 徴候・症状

海外において、本剤1000mgを超える過量投与が報告されている。また、本剤を過量投与した患者において、死亡例が海外で報告されている。主な症状として、中枢神経障害（めまい、振戦、不安、焦燥、興奮、セロトニン症候群、痙攣、昏睡）、胃腸障害（悪心・嘔吐等）、心血管障害（低血圧、頻脈、QT延長、不整脈）、電解質及び水分バランス異常（低カリウム血症、低ナトリウム血症）等が報告されている。

(2) 処置

特異的な解毒剤は知られていない。必要に応じて気道確保、酸素吸入等を行い、胃洗浄、活性炭投与等の適切な処置を行うこと。一般的な対症療法とともに心・呼吸機能のモニターを行うことが望ましい。

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

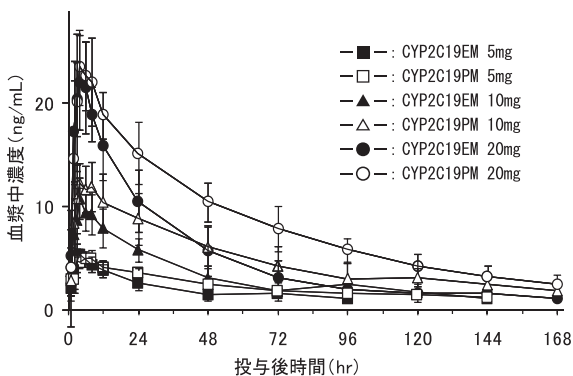
- 海外で実施された大うつ病性障害等の精神疾患を有する患者を対象とした、本剤を含む複数の抗うつ剤の短期プラセボ対照臨床試験の検討結果において、24歳以下の患者では、自殺念慮や自殺企図の発現のリスクが抗うつ剤投与群でプラセボ群と比較して高かった。なお、25歳以上の患者における自殺念慮や自殺企図の発現のリスクの上昇は認められず、65歳以上においてはそのリスクが減少した。
- 主に50歳以上を対象に実施された海外の疫学調査において、選択的セロトニン再取り込み阻害剤及び三環系抗うつ剤を含む抗うつ剤を投与された患者で、骨折のリスクが上昇したとの報告がある。
- 海外で実施された臨床試験において、本剤を含む選択的セロトニン再取り込み阻害剤が精子特性を変化させ、受精率に影響を与える可能性が報告されている。
- ラット反復投与毒性試験において、本剤投与後に、心毒性（心筋炎に基づくうっ血性心不全）による死亡が認められている。心毒性は本剤のCmaxに依存して発現するものと考えられ、発現の閾値におけるラット及びヒト曝露量の乖離は約8倍と推察されている。
- ラット反復投与毒性試験において、本剤投与後に、肺、精巣上体及び副腎にリン脂質症に関連する所見（光顕的に認められる泡沫状肺胞マクロファージの集簇及び細胞の空胞化）が認められ、これらの所見はヒトにおける曝露量よりも低い曝露量より認められた。休業により、リン脂質症に関連する所見は回復した。

【薬物動態】

1. 血中濃度

(1) 単回投与

健康成人（CYP2C19のPM（Poor Metabolizer）及びEM（Extensive Metabolizer）各6例）に、絶食下で本剤5mg、10mg、20mgを単回経口投与した。CYP2C19EM群では投与後3.8～4.3時間で最高血漿中濃度（Cmax）に達し、消失半減期（T_{1/2}）は24.6～27.7時間であり、Cmax及び血中濃度-時間曲線下面積（AUC）は投与量にほぼ比例して増加した。CYP2C19PM群における最高血漿中濃度到達時間及びCmaxはCYP2C19EM群と同程度であったが、AUC及びT_{1/2}はCYP2C19EM群の約2倍であった³⁾。



単回投与時の薬物動態パラメータ

CYP2C19 遺伝子型 ^{注)}	投与量 (mg)	Cmax (ng/mL)	Tmax (hr)	AUC _{0-∞} (ng · hr/mL)	T _{1/2} (hr)
EM	5	5.7 ± 0.8	3.8 ± 1.3	183 ± 70	24.6 ± 9.9
	10	10.8 ± 2.1	3.8 ± 0.4	418 ± 153	27.7 ± 7.5
	20	23.0 ± 4.3	4.3 ± 1.4	807 ± 282	27.4 ± 7.2
PM	5	5.5 ± 0.6	4.2 ± 1.5	384 ± 109	55.8 ± 16.4
	10	12.9 ± 2.3	4.8 ± 1.8	885 ± 384	51.2 ± 16.9
	20	24.7 ± 4.7	5.2 ± 1.8	1595 ± 356	55.3 ± 8.7

(平均値 ± 標準偏差, n=6)

注) EM : CYP2C19*1/*1, CYP2C19*1/*2, CYP2C19*1/*3

PM : CYP2C19*2/*2, CYP2C19*2/*3, CYP2C19*3/*3

(2) 反復投与

健康成人（CYP2C19のPM及びEM各5例）に本剤10mgを1日1回21日間反復経口投与した。CYP2C19EM群、CYP2C19PM群のいずれにおいても血漿中濃度は投与回数に従い徐々に上昇し、CYP2C19EM群では投与15日目までに、CYP2C19PM群では投与19日目までにほぼ定常状態に達した。CYP2C19PM群の21日間反復投与後におけるCmax、AUC及びT_{1/2}のいずれも、CYP2C19EM群と比較して約2倍高値であった³⁾。

反復投与時の薬物動態パラメータ（投与21日目）

CYP2C19 遺伝子型 ^{注)}	Cmax (ng/mL)	Tmax (hr)	AUC ₀₋₂₄ (ng · hr/mL)	T _{1/2} (hr)
EM	26.8 ± 6.1	3.0 ± 1.0	506 ± 132	37.7 ± 7.5
PM	53.9 ± 12.9	6.4 ± 3.3	1094 ± 266	57.8 ± 14.7

(平均値 ± 標準偏差, n=5)

注) EM : CYP2C19*1/*1, CYP2C19*1/*2, CYP2C19*1/*3

PM : CYP2C19*2/*2, CYP2C19*2/*3, CYP2C19*3/*3

(3) 食事の影響（外国人データ）

健康成人（17例）に絶食下又は高脂肪食摂取後に本剤20mgを単回経口投与したとき、Cmax及びAUCは両群で統計学的有意差は認められず、食事の影響は認められなかった⁴⁾。

(4) 生物学的利用率（外国人データ）

本剤のラセミ体であるシタロプラム40mgを健康成人12例に単回経口投与したときの生物学的利用率は79.5%であった⁵⁾。

2. 分布

(1) 健康成人（CYP2C19のPM及びEM各6例）に本剤5mg、10mg、20mgを単回経口投与したときの分布容積（V_{z/F}）は872～1053Lであった³⁾。

(2) 血漿蛋白結合率（in vitro、外国人データ）

ヒト血漿にエスシタロプラム（20～100ng/mL）を添加したとき、検討した濃度範囲における血漿蛋白結合率はほぼ一定であり、その平均値は55.4%であった⁶⁾。

3. 代謝・排泄

(1) エスシタロプラムは主にCYP2C19によりデメチル化体へ代謝され、また、デメチル化体への代謝には、CYP2D6及びCYP3A4が関与する。デメチル化体はCYP2D6によりジデメチル化体へ代謝される⁷⁾。また、エスシタロプラムの一部はCYP2D6あるいはモノアミノオキシダーゼ並びにアルデヒド酸化酵素により酸化されN-オキサイド体あるいはプロピオン酸体に変換されることが報告されている^{8,9)}。エスシタロプラムは、肝臓でこれら代謝物に変換された後、そのまま、あるいはグルクロン酸抱合体として尿中に排泄されると考えられる¹⁰⁾。

(2) 健康成人に本剤を単回あるいは反復経口投与したときのCmax及びAUCは、エスシタロプラム、デメチル化体、ジデメチル化体の順に高かった。また、ジデメチル化体の尿中排泄率は、エスシタロプラムあるいはデメチル化体に比較して低かった³⁾。

- (3) 健康成人（CYP2C19のPM及びEM各6例）に本剤5mg、10mg、20mgを単回経口投与したとき、投与後168時間後までのエスシタロプラムの尿中排泄率は、CYP2C19EM群では投与量の12.9～13.2%、CYP2C19PM群では21.2～21.9%であった。また、健康成人（CYP2C19のPM及びEM各5例）に本剤10mgを1日1回21日間反復経口投与したとき、最終投与後24時間までのエスシタロプラムの尿中排泄率は、CYP2C19EM群では投与量の17.4%、CYP2C19PM群では30.7%であった³⁾。

4. 相互作用（外国人データ）¹¹⁾

- (1) 本剤を用いた試験の成績
- 1) オメプラゾール
健康成人（16例）にオメプラゾール30mgを1日1回6日間反復経口投与し、5日目に本剤20mgを併用経口投与したとき、本剤のCmaxには影響は認められなかったが、AUCが1.51倍に上昇した。
 - 2) シメチジン
健康成人（16例）にシメチジン400mgを1日2回5日間反復経口投与し、4日目に本剤20mgを併用経口投与したとき、本剤のCmaxには影響は認められなかったが、AUCが1.72倍に上昇した。
 - 3) メトプロロール
健康成人（15例）に本剤を反復経口投与（10mg/日を1週間、引き続き20mg/日を3週間）し、最終投与日（28日）にメトプロロール100mgを併用経口投与したとき、メトプロロールのCmax及びAUCがそれぞれ1.75倍、2.27倍に上昇した。
 - 4) デシプラミン（国内販売中止）
健康成人（20例）に本剤を反復経口投与（10mg/日を1週間、引き続き20mg/日を3週間）し、最終投与日（28日）にデシプラミン50mgを併用経口投与したとき、デシプラミンのCmax及びAUCがそれぞれ1.41倍、2.07倍に上昇した。
 - 5) リトナビル
健康成人（18例）に本剤20mgとリトナビル600mgを併用経口投与したとき、本剤及びリトナビルの薬物動態に影響は認められなかった。
- (2) 本剤のラセミ体であるシタロプラム（国内未発売）を用いた試験の成績
- 1) レボメプロマジン
健康成人（8例）にシタロプラム40mgを1日1回10日間反復経口投与し、7日目にレボメプロマジン50mgを併用経口投与したとき、シタロプラム及びレボメプロマジンの薬物動態に影響は認められなかった。
 - 2) トリアゾラム
健康成人（17例）にシタロプラムを反復経口投与（20mg/日を7日間、引き続き40mg/日を23日間）し、最終投与日（30日）にトリアゾラム0.25mgを併用経口投与したとき、シタロプラム及びトリアゾラムの薬物動態に影響は認められなかった。
 - 3) カルバマゼピン
健康成人（12例）にカルバマゼピンを反復経口投与（100mgを2回/日を3日間、引き続き200mgを2回/日を3日間、400mg/日を29日間）し、22日目よりシタロプラム40mgを1日1回14日間反復併用経口投与したとき、カルバマゼピンの薬物動態に影響は認められなかった。
 - 4) ビモジド
健康成人（26例）にシタロプラム40mgを1日1回11日間反復経口投与し、最終投与日（11日）にビモジド2mgを併用経口投与したとき、ビモジドの薬物動態に影響は認められなかった。一方、併用時のQTcはビモジド単独投与時と比べ有意に延長した（QTcのベースラインからの変化量：併用時9.6～14.1msec、単独投与時2.1～2.3msec）。
 - 5) ケトコナゾール（経口剤は国内未発売）
健康成人（17例）にシタロプラム40mg及びケトコナゾール200mgを併用経口投与したとき、シタロプラムの薬物動態に影響は認められなかった。また、ケトコナゾール単独投与時と比べ、ケトコナゾールのTmaxは遅延（併用時2.4時間、単独投与時1.9時間）し、Cmaxが0.79倍に低下したが、AUC及びT_{1/2}は同程度であった。

- 6) ワルファリン
健康成人（12例）にシタロプラム40mgを1日1回21日間反復経口投与し、15日目にワルファリン25mgを併用経口投与したとき、S-ワルファリン及びR-ワルファリンの薬物動態に影響は認められなかった。また、併用時のプロトロンビン時間の最大値（Rmax）及びプロトロンビン時間-時間曲線下面積（AUC_{PT}）はワルファリン単独投与時に比べ有意に増加したがその増加の程度は軽度であった（Rmax及びAUC_{PT}：併用時26.7sec及び3260sec・hr、単独投与時25.1sec及び3098sec・hr）。

- 7) ジゴキシン
健康成人（11例）にシタロプラム40mgを1日1回29日間反復経口投与し、22日目にジゴキシン1mgを併用経口投与したとき、シタロプラム及びジゴキシンの薬物動態に影響は認められなかった。
- 8) リチウム
健康成人（8例）にシタロプラム40mgを1日1回10日間反復経口投与し、3日目から7日目までリチウム30mmolを1日1回5日間反復併用経口投与したとき、シタロプラム及びリチウムの薬物動態に影響は認められなかった。
5. 高齢者（外国人データ）
本剤10mg、20mg及び30mgを絶食下単回経口投与したときの高齢者（14例、65～73歳）におけるCmaxは非高齢者（15例、19～35歳）と同程度であったが、AUC及びT_{1/2}は非高齢者と比較してそれぞれ1.29～1.35倍、1.48～1.53倍上昇あるいは延長した¹²⁾。また、本剤10mgを1日1回21日間反復経口投与したときの高齢者（18例、64～80歳）におけるエスシタロプラムのCmax及びAUCは、非高齢者（18例、23～35歳）のそれぞれ1.34倍、1.50倍に上昇した¹³⁾。

6. 肝機能障害患者（外国人データ）
本剤20mgを軽度～中等度（Child-Pugh分類のAあるいはB）の肝機能低下患者8例に単回経口投与したとき、肝機能障害の程度に応じてAUCが上昇し、軽度、中等度の肝機能低下患者におけるAUCは、健康成人のそれぞれ1.37倍、1.61倍であった¹⁴⁾。
7. 腎機能障害患者（外国人データ）
本剤のラセミ体であるシタロプラム20mgを腎機能が低下（糸球体濾過量：10～53mL/min）した患者7例に単回経口投与したとき、健康成人と比較してT_{1/2}は1.35倍延長し、AUC（投与量で補正）は1.24倍に上昇したが、Cmax（投与量で補正）、Tmax及びVz/Fはほぼ同程度であった¹⁵⁾。
8. 遺伝子多型
- (1) CYP2C19
本剤を健康成人に投与したとき、CYP2C19PMにおけるAUC及びT_{1/2}は、CYP2C19EMと比較して約2倍高かった³⁾。
 - (2) CYP2D6（外国人データ）
本剤を健康成人に経口投与あるいは静脈内投与したとき、CYP2D6PMにおけるCmax及びAUCは、8例中1例でCYP2D6EMにおける値のそれぞれ1.2倍及び1.3倍であったが、他の7例ではCYP2D6EMと同程度であった¹⁶⁾。
9. QT間隔に対する影響（外国人データ）
健康成人117例を対象としたプラセボ対照二重盲検比較試験（Thorough QT試験）において、QTcFのベースラインからの変化量（プラセボ補正）は、本剤1日10mg投与において4.3msec、1日30mg投与において10.7msecであった¹⁷⁾。

QTcFのベースラインからの変化量（プラセボ補正）

薬剤	QTcF（90%信頼区間） （msec）
エスシタロプラム 10mg/日	4.3（2.2,6.4）
エスシタロプラム 30mg/日	10.7（8.6,12.8）
モキシフロキサシン 400mg/日	9.2（7.7,10.7）

（注）本剤の承認用量は、1日20mgまでである。（「用法・用量」の項参照）

【臨床成績】

承認時における臨床試験成績の概要は以下のとおりであった。

1. 二重盲検並行群間比較試験

大うつ病性障害患者を対象として、本剤（エスシタロプラムとして1日10mg又は20mg）、プラセボ又はパロキセチン塩酸塩水和物（パロキセチンとして1日20～40mg）を8週間投与した結果、主要評価項目であるMADRS合計点の変化量は下表のとおりであり、本剤（10mg及び20mg併合群）のプラセボに対する優越性が示された¹⁸⁾。

MADRS合計点及びベースラインからの変化量

投与群	例数	MADRS合計点 ^{a)}		変化量			
		ベースライン	最終評価時	ベースラインからの変化量 ^{a)}	プラセボ群との対比較 ^{b)}		
					群間差 ^{b)} [95%信頼区間]	p値	
プラセボ群	124	29.0±5.6	18.3±10.1	-10.7±9.5	-	-	
本剤	10mg群	120	29.4±5.8	15.6±11.0	-13.7±10.0	-3.0 [-5.4,-0.5]	0.018*
	20mg群	119	29.8±6.0	16.2±10.1	-13.6±8.8	-2.7 [-5.0,-0.4]	0.021*
	併合群	239	29.6±5.9	15.9±10.5	-13.7±9.4	-2.8 [-4.9,-0.8]	0.006*
パロキセチン群	121	29.8±5.9	15.6±10.0	-14.2±9.9	-3.2 [-5.6,-0.8]	0.009*	

a)：平均値±標準偏差

b)：最小二乗平均値

c)：投与群を因子、ベースラインのMADRS合計点を共変量とした共分散分析

*：有意差あり（p<0.05）

2. 長期投与試験

大うつ病性障害患者を対象として、本剤（エスシタロプラムとして1日10mg又は20mg）を最大52週間投与した結果、52週まで有効性は維持された¹⁹⁾。

MADRS合計点及びベースラインからの変化量

評価時期	例数	MADRS合計点 ^{a)}	変化量 ^{a)}
ベースライン	92	31.3±5.5	-
8週時	87	15.0±9.3	-16.5±8.5
24週時	79	10.8±9.1	-20.3±8.6
52週時	66	8.0±7.4	-23.0±7.6

a)：平均値±標準偏差

3. 高齢者長期投与試験

高齢の大うつ病性障害患者を対象として、本剤（エスシタロプラムとして1日10mg又は20mg）を最大52週間投与した結果、52週まで有効性は維持された²⁰⁾。

MADRS合計点及びベースラインからの変化量

評価時期	例数	MADRS合計点 ^{a)}	変化量 ^{a)}
ベースライン	22	31.4±8.6	-
8週時	19	17.1±9.9	-13.7±9.0
24週時	14	11.5±8.5	-18.6±7.6
52週時	13	7.4±6.4	-23.3±6.6

a)：平均値±標準偏差

【薬効薬理】

本剤は選択的なセロトニン（5-HT）再取り込み阻害作用を示し、脳内での細胞外5-HT濃度を持続的に上昇させることにより5-HT神経系を賦活化し抗うつ作用を示すと考えられる。

1. 抗うつ作用

- マウス強制水泳試験において無動時間を短縮した^{21,22)}。
- ラット慢性緩和ストレスモデルにおいて、ストレス負荷により減少したショ糖溶液摂取量をストレス非負荷動物と同程度に回復させた^{23,24)}。
- ラット社会的ストレスモデルにおいて、居住ラットの侵入ラットに対する攻撃行動を単回投与では減少させ、逆に反復投与では増加させた²⁵⁾。

2. セロトニン再取り込み阻害作用

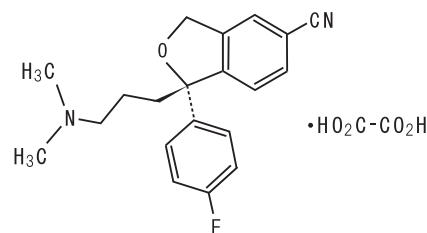
- ラット脳シナプトソームを用いた*in vitro*実験において5-HT取り込みを阻害し（50%抑制濃度は2.1nmol/L）、*in vivo*においてもラット前脳皮質中の細胞外5-HT濃度を上昇させた^{26,27)}。
- ヒトモノアミントランスポーター発現細胞において、本剤の5-HTトランスポーターに対する選択性（結合親和性定数の比率）はノルアドレナリントランスポーター及びドパミントランスポーターと比較して各々7100倍及び24000倍であった（*in vitro*）²⁸⁾。
- 脳内5-HT神経系の賦活化により惹起されるマウスの行動変化を増強したが、ノルアドレナリン神経系及びドパミン神経系の賦活化により惹起される行動変化には影響を及ぼさなかった^{26,29,30)}。
- ヒト及び各種動物由来の受容体、イオンチャネル及びトランスポーター（計144種類）を用いた実験において、本剤は高濃度で σ_1 受容体に対する結合性が認められたが、その他の各種神経伝達物質の受容体に対してほとんど結合性を示さなかった（*in vitro*）^{22,31)}。

【有効成分に関する理化学的知見】

一般名：エスシタロプラムシユウ酸塩（escitalopram oxalate）

化学名：(1S)-1-[3-(dimethylamino)propyl]-1-(4-fluorophenyl)-1,3-dihydroisobenzofuran-5-carbonitrile monooxalate

構造式：



分子式：C₂₀H₂₁FN₂O · C₂H₂O₄

分子量：414.43

性状：エスシタロプラムシユウ酸塩は白色～淡黄色の粉末である。本品は、メタノールに溶けやすく、水及びエタノール(95)にやや溶けにくい。

【包装】

PTP：28錠、100錠、140錠、500錠

バラ：500錠

【主要文献】

- Chambers, C. D. et al. : N. Engl. J. Med. 354 (6), 579～587 (2006)
- Källén, B. et al. : Pharmacoepidemiol. Drug Saf. 17 (8), 801～806 (2008)
- 持田製薬社内資料（国内第I相試験－エスシタロプラムの単回及び反復投与試験－）
- 持田製薬社内資料（海外臨床薬物動態試験－エスシタロプラムの薬物動態に及ぼす食事の影響－）
- 持田製薬社内資料（海外臨床薬物動態試験－シタロプラムの生物学的利用率－）
- 持田製薬社内資料（薬物動態試験－エスシタロプラムの蛋白結合の検討－）
- 持田製薬社内資料（薬物動態試験－エスシタロプラムの*in vitro*代謝の検討－）
- Olesen, O. V. et al. : Pharmacology 59 (6), 298～309 (1999)
- Rochat, B. et al. : Biochem. Pharmacol. 56 (1), 15～23 (1998)

- 10) 持田製薬社内資料（海外臨床薬物動態試験－シタロプラムのマスバ
ランス－）
- 11) 持田製薬社内資料（海外臨床薬物動態試験－エスタロプラム及び
シタロプラムの薬物相互作用試験－）
- 12) 持田製薬社内資料（海外臨床薬物動態試験－高齢者におけるエスタ
ロプラムの薬物動態（単回投与）－）
- 13) 持田製薬社内資料（海外臨床薬物動態試験－高齢者におけるエスタ
ロプラムの薬物動態（反復投与）－）
- 14) 持田製薬社内資料（海外臨床薬物動態試験－肝機能障害患者におけ
るエスタロプラムの薬物動態－）
- 15) 持田製薬社内資料（海外臨床薬物動態試験－腎機能障害患者におけ
るシタロプラムの薬物動態－）
- 16) 持田製薬社内資料（海外臨床薬物動態試験－エスタロプラムの薬
物動態に及ぼすCYP2D6遺伝子多型の影響－）
- 17) 持田製薬社内資料（海外Thorough QT試験－エスタロプラムの心
臓再分極に及ぼす影響－）
- 18) 持田製薬社内資料（用量反応非劣性試験－大うつ病性障害患者にお
けるプラセボ及び塩酸パロキセチンを対照とした有効性及び安全性
の検討－）
- 19) 持田製薬社内資料（長期投与試験－大うつ病性障害患者における長
期投与の安全性及び有効性の検討－）
- 20) 持田製薬社内資料（高齢者長期投与試験－大うつ病性障害患者にお
ける長期投与の安全性、有効性及び薬物動態の検討－）
- 21) 持田製薬社内資料（薬理試験－うつ病モデル及び不安障害モデルに
おける有効性－）
- 22) Sánchez, C. et al. : Psychopharmacology 167 (4), 353～362 (2003)
- 23) Montgomery, S. A. et al. : Pharmacol. Toxicol. 88 (5), 282～286
(2001)
- 24) Sánchez, C. et al. : Behav. Pharmacol. 14 (5-6), 465～470 (2003)
- 25) 持田製薬社内資料（薬理試験－ラット社会的ストレスモデルの行動
様式に及ぼす影響－）
- 26) 持田製薬社内資料（薬理試験－ラット脳シナプトソームの5-HT取
り込み (*in vitro*) 及びテトラベナジン誘発によるマウスの行動
(*in vivo*) に及ぼす影響－）
- 27) Mørk, A. et al. : Neuropharmacology 45 (2), 167～173 (2003)
- 28) Owens, M. J. et al. : Biol. Psychiatry 50 (5), 345～350 (2001)
- 29) Hyttel, J. et al. : J. Neural Transm. Gen. Sect. 88 (2), 157～160
(1992)
- 30) 持田製薬社内資料（薬理試験－エスタロプラム及び代謝物のモノ
アミン取り込みに及ぼす影響 (*in vitro*及び*in vivo*) －）
- 31) 持田製薬社内資料（薬理試験－各種受容体及びトランスポータに対
するリガンドの結合に及ぼす影響－）

【文献請求先・製品情報お問い合わせ先】

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ください。

田辺三菱製薬株式会社 くすり相談センター
大阪府大阪市中央区北浜2-6-18 〒541-8505
TEL 0120-753-280

本剤は新医薬品であるため、厚生労働省告示第107号（平
成18年3月6日付）に基づき、薬価収載後1年を経過する月の
末日までは、投薬期間は1回14日分を限度とされています。

販 売



田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区北浜2-6-18

プロモーション提携



吉富薬品株式会社
大阪市中央区北浜2-6-18

製造販売元



持田製薬株式会社
MOCHIDA 東京都新宿区四谷1丁目7番地

提 携

