

貯 法：室温保存
有効期間：3年

	2mg	4mg	8mg
承認番号	23100AMX00236	23100AMX00237	23100AMX00238
販売開始	2019年6月	2019年6月	2019年6月

劇薬
処方箋医薬品

(注意-医師等の処方箋により使用すること)

抗精神病剤
プロナンセリン錠

プロナンセリン錠2mg「タカタ」 プロナンセリン錠4mg「タカタ」 プロナンセリン錠8mg「タカタ」

Blonanserin Tablets "TAKATA"



2. 禁忌 (次の患者には投与しないこと)
- 2.1 昏睡状態の患者〔昏睡状態が悪化するおそれがある。〕
 - 2.2 バルビツール酸誘導体等の中枢神経抑制剤の強い影響下にある患者〔中枢神経抑制作用が増強される。〕
 - * 2.3 アドレナリンを投与中の患者(アドレナリンをアナフィラキシーの救急治療、又は歯科領域における浸潤麻酔もしくは伝達麻酔に使用する場合を除く) [10.1 参照]
 - 2.4 イトラコナゾール、ボリコナゾール、ミコナゾール(経口剤、口腔用剤、注射剤)、フルコナゾール、ホスフルコナゾール、ボサコナゾール、リトナビルを含む製剤、ダルナビル、アタザナビル、ホスアンブレナビル、エンシトレルビル、コピシスタットを含む製剤を投与中の患者 [10.1 参照]
 - 2.5 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

3. 組成・性状

3.1 組成

販売名	有効成分	添加剤
プロナンセリン錠2mg「タカタ」	1錠中 プロナンセリン 2mg	乳糖水和物、低置換度ヒドロキシプロピルセルロース、ヒドロキシプロピルセルロース、結晶セルロース、含水二酸化ケイ素、ステアリン酸マグネシウム
プロナンセリン錠4mg「タカタ」	1錠中 プロナンセリン 4mg	乳糖水和物、低置換度ヒドロキシプロピルセルロース、ヒドロキシプロピルセルロース、結晶セルロース、含水二酸化ケイ素、ステアリン酸マグネシウム
プロナンセリン錠8mg「タカタ」	1錠中 プロナンセリン 8mg	乳糖水和物、低置換度ヒドロキシプロピルセルロース、ヒドロキシプロピルセルロース、結晶セルロース、含水二酸化ケイ素、ステアリン酸マグネシウム

3.2 製剤の性状

販売名	性状	外形		
		表面直径	裏面重さ	側面厚さ
プロナンセリン錠2mg「タカタ」	白色の裸錠			
		約 5.5mm	約 0.06g	約 2.6mm

プロナンセリン錠4mg「タカタ」	白色の割線入りの裸錠			
		約 7.0mm	約 0.12g	約 2.5mm
プロナンセリン錠8mg「タカタ」	白色の割線入りの裸錠			
		約 9.0mm	約 0.24g	約 2.9mm

4. 効能又は効果 統合失調症

6. 用法及び用量

通常、成人にはプロナンセリンとして1回4mg、1日2回食後経口投与より開始し、徐々に増量する。維持量として1日8~16mgを2回に分けて食後経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日量は24mgを超えないこと。

7. 用法及び用量に関連する注意

プロナンセリン経皮吸収型製剤から本剤へ切り替える場合には、本剤の用法・用量に従って、1回4mg、1日2回食後経口投与より開始し、徐々に増量すること。本剤からプロナンセリン経皮吸収型製剤へ切り替える場合には、次の投与予定時刻に切り替え可能であるが、患者の状態を十分観察すること。切り替えに際しては、プロナンセリン経皮吸収型製剤の「臨床成績」の項を参考に用量を選択すること。なお、本剤とプロナンセリン経皮吸収型製剤を同時期に投与することにより過量投与にならないよう注意すること。

8. 重要な基本的注意

- 8.1 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調節すること。
- 8.2 眠気、注意力・集中力・反射運動能力等の低下が起こることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないよう注意すること。
- 8.3 興奮、誇大性、敵意等の陽性症状を悪化させる可能性があるため観察を十分に行い、悪化がみられた場合には他の治療法に切り替えるなど適切な処置を行うこと。
- 8.4 本剤の投与により、高血糖や糖尿病の悪化があらわれ、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡に至ることがあるので、本剤の投与に際しては、あらかじめこれらの副作用が発現する可能性があることを、患者及びその家族に十分に説明し、口渴、多飲、多尿、頻尿等の症状があらわれた場合には、直ちに投与を中断し、医師の診察を受けるよう、指導すること。特に糖尿病又はその既往歴あるいはその危険因子を有する患者については、血糖値の測定等の観察を十分に行うこと。[9.1.5、11.1.9 参照]

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.1 合併症・既往歴等のある患者

9.1.1 心・血管系疾患、低血圧、又はそれらの疑いのある患者

一過性の血圧降下があらわれることがある。

9.1.2 パーキンソン病又はレビー小体型認知症のある患者

錐体外路症状が悪化するおそれがある。

9.1.3 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

痙攣閾値を低下させるおそれがある。

9.1.4 自殺企図の既往及び自殺念慮を有する患者

症状を悪化させるおそれがある。

9.1.5 糖尿病又はその既往歴のある患者、あるいは糖尿病の家族歴、高血糖、肥満等の糖尿病の危険因子を有する患者

血糖値が上昇することがある。[8.4、11.1.9 参照]

9.1.6 脱水・栄養不良状態等を伴う身体的疲弊のある患者

悪性症候群が起りやすい。[11.1.1 参照]

9.1.7 不動状態、長期臥床、肥満、脱水状態等の患者

肺塞栓症、静脈血栓症等の血栓塞栓症が報告されている。[11.1.7 参照]

9.3 肝機能障害患者

血中濃度が上昇するおそれがある。

9.5 妊婦

妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合のみ投与すること。妊娠後期に抗精神病薬が投与されている場合、新生児に哺乳障害、傾眠、呼吸障害、振戦、筋緊張低下、易刺激性等の離脱症状や錐体外路症状があらわれたとの報告がある。

9.6 授乳婦

治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。動物実験（ラット）で乳汁中への移行が報告されている。

9.7 小児等

小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

9.8 高齢者

患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。一般に生理機能が低下しているため、血中濃度が上昇する可能性があり、錐体外路症状等の副作用があらわれやすい。

* 10. 相互作用

本剤は、主として薬物代謝酵素 CYP3A4 で代謝される。[16.4.1 参照]

10.1 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
* アドレナリン（アナフィラキシーの救急治療、又は歯科領域における浸潤麻酔もしくは伝達麻酔に使用する場合を除く）（ボスミン）[2.3 参照]	アドレナリンの作用を逆転させ、重篤な血圧降下を起こすことがある。	アドレナリンはアドレナリン作動性 α 、 β -受容体の刺激剤であり、本剤の α -受容体遮断作用により、 β -受容体刺激作用が優位となり、血圧降下作用が増強される。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
CYP3A4 を強く阻害する薬剤 イトラコナゾール（イトリゾール） ボリコナゾール（ブイフェンド） ミコナゾール（経口剤、口腔用剤、注射剤）（フロリード、オラビ） フルコナゾール（ジフルカン） ホスフルコナゾール（プロジフ） ボサコナゾール（ノクサフィル） リトナビルを含む製剤（ノービア、カレトラ、パキロビッド） ダルナビル（プリジスタ） アタザナビル（レイアタッツ） ホスアンプレナビル（レクシヴァ） エンシトレルビル（ゾコーバ） コビシタットを含む製剤（スタリビルド、ゲンボイヤ、プレジコピックス、シムツェザ） [2.4、16.7.3 参照]	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強するおそれがある。	本剤の主要代謝酵素である CYP3A4 を阻害するため、経口クリアランスが減少する可能性がある。外国において、ケトコナゾール（経口剤：国内未発売）との併用により本剤の AUC が 17 倍、 C_{max} が 13 倍に増加したとの報告がある。

10.2 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
* アドレナリン含有歯科麻酔剤 リドカイン・アドレナリン	重篤な血圧降下を起こすことがある。	アドレナリンはアドレナリン作動性 α 、 β -受容体の刺激剤であり、本剤の α -受容体遮断作用により、 β -受容体刺激作用が優位となり、血圧降下作用が増強されるおそれがある。
中枢神経抑制剤 アルコール	相互に作用を増強することがあるので、減量するなど慎重に投与すること。	本剤及びこれらの薬剤等の中枢神経抑制作用による。
ドパミン作動薬 レボドパ製剤 プロモクリプチン 等	相互に作用が減弱することがある。	本剤はドパミン受容体遮断作用を有していることから、ドパミン作動性神経において、作用が拮抗することによる。
降圧薬	降圧作用が増強することがある。	本剤及びこれらの薬剤の降圧作用による。
エリスロマイシン [16.7.1 参照]	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強するおそれがあるため、観察を十分に行い、必要に応じて減量するなど慎重に投与すること。	本剤の主要代謝酵素である CYP3A4 を阻害するため、経口クリアランスが減少する可能性がある。エリスロマイシンとの併用により本剤の AUC が 2.7 倍、 C_{max} が 2.4 倍に増加したとの報告がある。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
グレープフルーツジュース [16.7.2 参照]	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強するおそれがあるので、観察を十分に行い、必要に応じて減量するなど慎重に投与すること。	本剤の主要代謝酵素である CYP3A4 を阻害するため、経口クリアランスが減少する可能性がある。グレープフルーツジュースとの併用により本剤の AUC、C _{max} が 1.8 倍に増加したとの報告がある。
CYP3A4 阻害作用を有する薬剤 クラリスロマイシン シクロスポリン ジルチアゼム等	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強するおそれがあるので、観察を十分に行い、必要に応じて減量するなど慎重に投与すること。	本剤の主要代謝酵素である CYP3A4 を阻害するため、経口クリアランスが減少する可能性がある。
CYP3A4 誘導作用を有する薬剤 フェニトイン カルバマゼピン バルビツール酸誘導体 リファンピシン等	本剤の血中濃度が低下し、作用が減弱するおそれがある。	本剤の主要代謝酵素である CYP3A4 を誘導するため、経口クリアランスが増加する可能性がある。

11. 副作用

次の副作用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するなど適切な処置を行うこと。

11.1 重大な副作用

11.1.1 悪性症候群（5%未満）

無動緘黙、強度の筋強剛、嚥下困難、頻脈、血圧の変動、発汗等が発現し、それに引き続き発熱がみられる場合は、投与を中止し、体冷却、水分補給等の全身管理とともに適切な処置を行うこと。本症発症時には、白血球の増加や血清 CK の上昇がみられることが多く、また、ミオグロビン尿を伴う腎機能の低下がみられることがある。なお、高熱が持続し、意識障害、呼吸困難、循環虚脱、脱水症状、急性腎障害へと移行し、死亡することがある。[9.1.6 参照]

11.1.2 遅発性ジスキネジア（5%未満）

長期投与により、口周部等の不随意運動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は減量又は中止を考慮すること。なお、投与中止後も症状が持続することがある。

11.1.3 麻痺性イレウス（頻度不明）

腸管麻痺（食欲不振、悪心・嘔吐、著しい便秘、腹部の膨満あるいは弛緩及び腸内容物のうっ滞等の症状）を来し、麻痺性イレウスに移行することがあるので、腸管麻痺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。[15.2.1 参照]

11.1.4 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、低浸透圧血症、尿中ナトリウム排泄量の増加、高張尿、痙攣、意識障害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。このような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。

11.1.5 横紋筋融解症（頻度不明）

筋肉痛、脱力感、CK 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障害の発症に注意すること。

11.1.6 無顆粒球症、白血球減少（いずれも頻度不明）

11.1.7 肺塞栓症、深部静脈血栓症（いずれも頻度不明）

肺塞栓症、静脈血栓症等の血栓塞栓症が報告されているので、観察を十分に行い、息切れ、胸痛、四肢の疼痛、浮腫等が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。[9.1.7 参照]

11.1.8 肝機能障害（頻度不明）

AST、ALT、 γ -GTP、ALP、ビリルビン等の上昇を伴う肝機能障害があらわれることがある。

11.1.9 高血糖、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡（いずれも頻度不明）

高血糖や糖尿病の悪化があらわれ、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡に至ることがある。口渇、多飲、多尿、

頻尿等の症状の発現に注意するとともに、血糖値の測定を行うなど十分な観察を行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、インスリン製剤の投与等の適切な処置を行うこと。[8.4、9.1.5 参照]

11.2 その他の副作用

	5%以上	5%未満	頻度不明 ^{注2)}
過敏症		発疹、湿疹、そう痒	
循環器		血圧低下、起立性低血圧、血圧上昇、心電図異常（QT 間隔の延長、T 波の変化等）、頻脈、徐脈、不整脈、心室性期外収縮、上室性期外収縮、動悸、心拍数増加、心拍数減少	
錐体外路症状 ^{注1)}	パーキンソン症候群（振戦、筋強剛、流涎過多、寡動、運動緩慢、歩行障害、仮面様顔貌等）（33.5%）、アカシジア（静坐不能）（24.7%）、ジスキネジア（構音障害、嚥下障害、口周部・四肢等の不随意運動等）（12.9%）、ジストニア（痙攣性斜頸、顔面・喉頭・頸部の攣縮、眼球上転発作、後弓反張等）		
肝臓		AST、ALT、 γ -GTP、LDH、ALP、ビリルビンの上昇、肝機能異常	脂肪肝
眼		調節障害、霧視、羞明	眼の乾燥
消化器	便秘、食欲不振、悪心	嘔吐、食欲亢進、下痢、上腹部痛、腹痛、胃不快感、腹部膨満感、口唇炎	胃炎、胃腸炎
内分泌	プロラクチン上昇（21.3%）	月経異常、乳汁分泌、射精障害、女性化乳房、勃起不全	
泌尿器		排尿困難、尿閉、尿失禁、頻尿	

	5%以上	5%未満	頻度不明 ^{注2)}
精神神経系	不眠(19.6%)、 眠気(12.4%)、 不安・焦燥感・ 易刺激性、め まい・ふらつ き、頭重・頭 痛、興奮	統合失調症の 悪化、過鎮静、 脱抑制、抑う つ、幻覚・幻 聴、妄想、被 害妄想、睡眠 障害、行動異 常、多動、自 殺企図、脳波 異常、躁状態、 意識障害、異 常感、しびれ 感、会話障害、 多弁、緊張、 痙攣	攻撃性、悪夢
血液		白血球増加、 好中球増加、 白血球減少、 リンパ球減少、 赤血球増加、 貧血、赤血球 減少、ヘモグ ロビン減少、 ヘマトクリッ ト減少、血小 板増加、血小 板減少、異型 リンパ球出現	
その他	倦怠感、口渇、 脱力感	発汗、発熱、 体重増加、体 重減少、胸痛、 咳嗽、過換気、 鼻漏、鼻出血、 多飲、顔面浮 腫、嚙下性肺 炎、低体温、 CK上昇、トリ グリセリド上 昇、血中コレ ステロール上 昇、血中イン スリン上昇、 血中リン脂質 増加、血糖上 昇、BUN上昇、 BUN減少、血 中総蛋白減少、 血中カリウム 上昇、血中カ リウム減少、 血中ナトリウム 減少、尿中蛋 白陽性、尿中 ウロビリן陽 性、尿糖陽性、 尿潜血陽性	浮腫、水中毒、 脱毛、糖尿病、 血糖低下、上 気道感染、鼻 咽頭炎、四肢 痛

注1) 症状があらわれた場合には必要に応じて減量又は抗パーキンソン薬の投与等、適切な処置を行うこと。
注2) 頻度不明にはプロナセリン経皮吸収型製剤のみで認められた副作用を含む。

14. 適用上の注意

14.1 薬剤交付時の注意

14.1.1 本剤の吸収は食事の影響を受けやすく、有効性及び安全性は食後投与により確認されているため、食後に服用するよう指導すること。[16.1.1 参照]

14.1.2 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ある。

15. その他の注意

15.1 臨床使用に基づく情報

15.1.1 本剤による治療中、原因不明の突然死が報告されている。

15.1.2 外国で実施された認知症に関連した精神病症状(承認外効能・効果)を有する高齢患者を対象とした17の臨床試験において、類薬の非定型抗精神病薬投与群はプラセボ投与群と比較して死亡率が1.6~1.7倍高かったとの報告がある。なお、本剤との関連性については検討されておらず、明確ではない。また、外国での疫学調査において、定型抗精神病薬も非定型抗精神病薬と同様に死亡率の上昇に関与するとの報告がある。

15.2 非臨床試験に基づく情報

15.2.1 動物実験(イヌ)で制吐作用が認められたため、他の薬剤に基づく中毒、腸閉塞、脳腫瘍等による嘔吐症状を不顕性化する可能性がある。[11.1.3 参照]

15.2.2 げっ歯類(マウス、ラット)に104週間経口投与したがん原性試験において、マウス(1mg/kg/日以上)で乳腺腫瘍、下垂体腫瘍、ラット(1mg/kg/日)で乳腺腫瘍の発生頻度の上昇が認められた。これらの所見は、プロラクチンに関連した変化として、げっ歯類ではよく知られている。

16. 薬物動態

16.1 血中濃度

16.1.1 単回投与(食後投与)

食後単回経口投与におけるC_{max}及びAUC₀₋₁₂は、空腹時投与と比較して、それぞれ2.68倍及び2.69倍上昇した。また、食後投与時のT_{max}及び平均滞留時間(MRT)は、空腹時投与に比べて有意に延長したが、消失速度定数(k_{el})に差は認められなかった¹⁾。[14.1.1 参照]

表 16-1 薬物動態パラメータ
(健康成人12例、2mg^{iv}食後単回経口投与)

投与時期	T _{max} (h)	C _{max} (ng/mL)	AUC ₀₋₁₂ (ng·h/mL)	MRT (h)	k _{el} (1/h)
空腹時	1.8±0.2	0.06±0.01	0.36±0.05	7.19±0.36	0.16±0.01
食後	3.8±0.5	0.14±0.02	0.83±0.11	9.63±1.17	0.15±0.01

平均値±SE

16.1.2 生物学的同等性試験

プロナセリン錠8mg「タカタ」とロナセン錠8mgを、クロスオーバー法によりそれぞれ1錠(プロナセリンとして8mg)、健康成人男性に絶食単回経口投与して血漿中未変化体濃度を測定し、得られた薬物動態パラメータ(AUC、C_{max})について統計解析を行った。その結果、AUCについては対数値の平均値の差の90%信頼区間がlog(0.80)~log(1.25)の範囲にあり、C_{max}については対数値の平均値の差がlog(0.90)~log(1.11)の範囲にあり、かつ、後発医薬品の生物学的同等性試験ガイドラインで規定する溶出試験の全ての条件で溶出挙動が類似していたことから両剤の生物学的同等性が確認された²⁾。

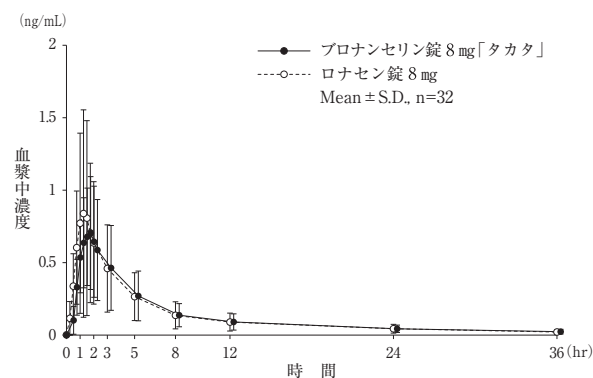


図 16-1 血漿中濃度

表 16-2 薬物動態パラメータ

	評価パラメータ		参考パラメータ	
	AUC _t (ng·hr/mL)	C _{max} (ng/mL)	t _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)
プロナセリン錠 8mg「タカタ」	4.5140± 2.4527	0.7877± 0.3777	1.20± 0.39	12.40± 3.64
ロナセン錠 8mg	4.6462± 3.0267	0.9302± 0.7135	1.23± 0.35	11.83± 1.86

(Mean±S.D., n=32)

血漿中濃度並びにAUC、C_{max}等のパラメータは、被験者の選択、体液の採取回数・時間等の試験条件によって異なる可能性がある。

16.4 代謝

16.4.1 代謝酵素

プロナンセリンは、主として CYP3A4 で代謝されると考えられる³⁾(*in vitro*)。[10. 参照]

16.7 薬物相互作用

16.7.1 エリスロマイシン併用時の薬物動態

表 16-3 薬物動態パラメータ

(健康成人 12 例にプロナンセリン 2mg³⁾を朝食後投与) ^{4),5)}[10.2 参照]

	T _{max} (h) ^{a)}	C _{max} (ng/mL) ^{b)}	t _{1/2} (h) ^{b)}	AUC _{last} (ng・h/ mL) ^{b)}
単独投与时	2 (1-3)	0.26±0.11	14.9±8.5	1.94±1.03
併用投与时 ^{c)}	3 (2-3)	0.63±0.24	27.0±11.0	4.93±1.65

a) 中央値 (最小値-最大値)、b) 平均値±標準偏差

c) プロナンセリン投与 7 日前より投与前日までエリスロマイシン 1,200mg/日 (分 4) を反復経口投与し、プロナンセリン投与時はエリスロマイシン 300mg を併用

16.7.2 グレープフルーツジュース併用時の薬物動態

表 16-4 薬物動態パラメータ

(健康成人 12 例にプロナンセリン 2mg³⁾を朝食後投与) ^{5),6)}[10.2 参照]

	T _{max} (h) ^{a)}	C _{max} (ng/mL) ^{b)}	t _{1/2} (h) ^{b)}	AUC _{last} (ng・h/ mL) ^{b)}
単独投与时	2 (1-3)	0.22±0.13	12.3±11.7	1.73±0.96
併用投与时 ^{c)}	2.5 (1-6)	0.39±0.25	15.7±8.7	3.17±1.71

a) 中央値 (最小値-最大値)、b) 平均値±標準偏差

c) プロナンセリン投与 60 分前及び投与時にグレープフルーツジュース 200mL を摂取

16.7.3 ケトコナゾール併用時の薬物動態

表 16-5 薬物動態パラメータ

(健康成人 12 例にプロナンセリン 2.5mg³⁾を朝食後投与 (外国人データ) ^{7),8)}[10.1 参照]

	T _{max} (h) ^{a)}	C _{max} (ng/mL) ^{b)}	t _{1/2} (h) ^{b)}	AUC _{last} (ng・h/ mL) ^{b)}
単独投与时	3 (1-5)	0.32±0.13	20.9±9.0	2.60±1.39
併用投与时 ^{c)}	4.3 (2-5)	4.22±2.05	18.2±5.5	45.17±22.82

a) 中央値 (最小値-最大値)、b) 平均値±標準偏差

c) プロナンセリン投与 7 日前より投与当日までケトコナゾール 400mg/日反復経口投与

注) 本剤の承認された用法・用量は、成人は 1 日 8~24mg を 2 回に分けて食後経口投与である。

16.8 その他

16.8.1 プロナンセリン錠 2mg 「タカタ」

プロナンセリン錠 2mg 「タカタ」は、「含量が異なる経口固形製剤の生物学的同等性試験ガイドライン (平成 24 年 2 月 29 日 薬食審査発 0229 第 10 号)」に基づきプロナンセリン錠 8mg 「タカタ」を標準製剤としたとき、溶出挙動が等しく、生物学的に同等とみなされた⁹⁾。

16.8.2 プロナンセリン錠 4mg 「タカタ」

プロナンセリン錠 4mg 「タカタ」は、「含量が異なる経口固形製剤の生物学的同等性試験ガイドライン (平成 24 年 2 月 29 日 薬食審査発 0229 第 10 号)」に基づきプロナンセリン錠 8mg 「タカタ」を標準製剤としたとき、溶出挙動が等しく、生物学的に同等とみなされた¹⁰⁾。

18. 薬効薬理

18.1 作用機序

In vitro 受容体結合試験において、プロナンセリンはドパミン D₂ 受容体サブファミリー (D₂、D₃) 及びセロトニン 5-HT_{2A} 受容体に対して親和性を示し、完全拮抗薬として作用した。主要代謝物である N-脱エチル体もドパミン D₂ 受容体サブファミリー (D₂、D₃) 及びセロトニン 5-HT_{2A} 受容体に対して親和性を示したが、ドパミン D₂ 受容体への親和性はプロナンセリンの約 1/10 であった。N-脱エチル体はセロトニン 5-HT_{2C} 受容体及び 5-HT₆ 受容体に対しても親和性が認められた。また、プロナンセリンはアドレナリン α₁、ヒスタミン H₁、ムスカリン M₁ 及び M₃ 等の受容体に対して主作用であるドパミン D₂ 受容体サブファミリー (D₂、D₃) 及びセロトニン 5-HT_{2A} 受容体への親和性に比べて低い親和性を示し、N-脱エチル体もアドレナリン α₁、ヒスタ

ミン H₁、ムスカリン M₁ 等の受容体に対する親和性は低かった¹¹⁾⁻¹⁴⁾。

19. 有効成分に関する理化学的知見

一般的名称：プロナンセリン (Blonanserin)

化学名：2- (4-Ethyl-1-piperazinyl) -4- (4-fluorophenyl) -5, 6, 7, 8, 9, 10-hexahydrocycloocta [b] pyridine

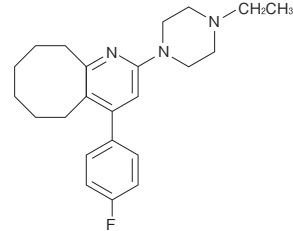
分子式：C₂₃H₃₀FN₃

分子量：367.50

性状：白色～微黄色の結晶性の粉末。

酢酸 (100) に溶けやすく、メタノール又はエタノール (99.5) にやや溶けにくく、アセトニトリルに溶けにくく、水にほとんど溶けない。

化学構造式：



融点：123~126℃

22. 包装

〈プロナンセリン錠 2mg 「タカタ」

100 錠 [10 錠 (PTP) × 10]

〈プロナンセリン錠 4mg 「タカタ」

100 錠 [10 錠 (PTP) × 10]

300 錠 [プラスチック瓶、バラ、乾燥剤入り]

〈プロナンセリン錠 8mg 「タカタ」

100 錠 [10 錠 (PTP) × 10]

300 錠 [プラスチック瓶、バラ、乾燥剤入り]

23. 主要文献

- 1) 食事の影響の検討 (ロナセン錠/散：2008 年 01 月 25 日承認、CTD2.7.6.1.9)
- 2) 社内資料：生物学的同等性試験 (プロナンセリン錠 8mg 「タカタ」)
- 3) ヒト代謝 CYP の同定 (ロナセン錠/散：2008 年 1 月 25 日承認、CTD2.7.2.2)
- 4) 松本和也ほか：臨床精神薬理。2008; 11: 891-899
- 5) 薬物相互作用 (ロナセン錠/散：2008 年 1 月 25 日承認、CTD2.7.2.2)
- 6) 松本和也ほか：臨床精神薬理。2008; 11: 901-909
- 7) ケトコナゾールとの薬物相互作用試験 (ロナセン錠/散：2008 年 1 月 25 日承認、CTD2.7.2.2)
- 8) ケトコナゾールとの薬物相互作用 (ロナセン錠/散：2008 年 1 月 25 日承認、CTD2.7.6.1.13)
- 9) 社内資料：生物学的同等性試験及び溶出性試験 (プロナンセリン錠 2mg 「タカタ」)
- 10) 社内資料：生物学的同等性試験及び溶出性試験 (プロナンセリン錠 4mg 「タカタ」)
- 11) 采輝昭ほか：臨床精神薬理。2007; 10: 1263-1272
- 12) ドパミン D₂、D₃ 及びセロトニン 5-HT_{2A} 受容体に対する作用及び拮抗作用 (ロナセンテープ、2019 年 6 月 18 日承認、CTD2.6.2.2)
- 13) ムスカリン M₃ 受容体への結合親和性 (ロナセンテープ、2019 年 6 月 18 日承認、CTD2.6.2.2)
- 14) *In vitro* 試験 (ロナセン錠/散：2008 年 1 月 25 日承認、CTD2.6.2.2)

24. 文献請求先及び問い合わせ先

高田製薬株式会社 文献請求窓口

〒 336-8666 さいたま市南区沼影 1 丁目 11 番 1 号

電話 0120-989-813

FAX 048-816-4183

26. 製造販売業者等

26.1 製造販売元

高田製薬株式会社

さいたま市西区宮前町 203 番地 1